

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÚ Ở NAM GIỚI TẠI BỆNH VIỆN K

Trần Quốc Trung¹, Lê Hồng Quang²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Ung thư vú ở nam giới chiếm khoảng dưới 1% trong các ca ung thư vú nói chung. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm nhận xét các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của ung thư vú ở nam giới. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu có theo dõi dọc trên 38 bệnh nhân nam giới được chẩn đoán ung thư vú từ năm 2014-2021 tại bệnh viện K. **Kết quả:** Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là 63,0. Thời gian khởi phát triệu chứng là 4,0 tháng (IQR 3,0 – 10,5) với kích thước của khối u là 21,5mm (IQR 18,0-26,7). Biểu hiện xâm lấn da (T4b) đáng kể, chiếm 34,2%. Mô bệnh học chủ yếu (78,9%) là ung thư biểu mô ống xâm nhập, phân nhóm phân tử Luminal chiếm ưu thế (92,1%). Giai đoạn di căn từ thời điểm chẩn đoán là 7,9%. Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị phẫu thuật, xạ trị, hóa chất nói chung lần lượt là 84%, 57,8%, 78,9%. Tỷ lệ tiến triển, tái phát di căn sau điều trị là 18,4%. **Kết luận:** Ung thư vú nam là bệnh hiếm gặp, tuy điều trị dựa trên hướng dẫn của ung thư vú nữ, nhưng đặc điểm lâm sàng vẫn có những đặc trưng riêng.

Từ khóa: Ung thư vú nam giới

SUMMARY

EVALUATING CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND INITIAL TREATMENT RESULTS IN MALE BREAST CANCER AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Background: Male breast cancer occurs very rare which accounts for less than 1% of all breast cancers in general. We conduct this study to identify several clinical and subclinical features and treatment effectiveness in this population. **Patients and methods:** This is a retrospective study with longitudinal follow-up of 38 male patients in Viet Nam National Cancer Hospital from 2014 to 2021 who was diagnosis with breast cancer. **Results:** The mean age in the study group was 63.0. Time to symptom onset was 4.0 months (IQR 3.0 – 10.5) with tumor size of 21.5mm (IQR 18.0-26.7). Presence of skin invasion (T4b) accounted for 34.2%. The most common histopathology (78.9%) is invasive ductal carcinoma and the Luminal molecular subtype predominates (92.1%). The metastatic stage from primary diagnosis was 7.9%. The percentage of patients who received surgery, radiotherapy, and chemotherapy in general

was 84%, 57.8%, and 78.9%, respectively. The rate of progression, recurrence and metastasis after treatment was 18.4%. **Conclusions:** Male breast cancer is a rare disease, although treatment is based on the guidelines of female breast cancer, the clinical features still have its own characteristics.

Key words: Male breast cancer, breast cancer in men.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú ở nam giới là bệnh hiếm gặp và có sự khác nhau đa dạng về dịch tễ ở từng vùng lãnh thổ. Tại Anh và Mỹ, UTV nam chiếm khoảng từ 0.5 – 1% trong tất cả các ca mắc ung thư mới được chẩn đoán mỗi năm¹. Riêng đối với Mỹ, tỷ lệ UTV nam < 0,5% trong tổng tất cả các ca mắc của UTV nam trên thế giới, trong khi đó, tại Tanzania và các vùng trung tâm của châu Phi, tỷ lệ này chiếm > 6%². Tỷ lệ mắc mới thấp nhất tại Đông Nam Á, đặc biệt là Thái Lan (0.14/100.000 người/ năm). Các nghiên cứu gần đây cho thấy, tỷ lệ mắc UTV ở nam đang có xu hướng tăng. Một nghiên cứu điều hành bởi Nicole C F Hodgson và cộng sự đã phân tích dữ liệu trên 1396 ca UTV nam từ Florida Cancer Data System cho thấy tỷ lệ mắc UTV nam tăng lên từ 0,9/100,000 năm 1990 đến 1,5/100,000 năm 2000³.

Trong hai thập kỉ vừa qua, đã có nhiều cải thiện về hiểu biết và điều trị UTV. Tuy nhiên, vì UTV nam được thống kê một tỷ lệ nhỏ, hơn nữa, các học thuyết, nghiên cứu, thử nghiệm lâm sàng và phát triển những lựa chọn điều trị mới thường tập trung trên hầu hết đối tượng UTV nữ. Vì vậy, hiện nay những kiến thức về chẩn đoán và các khuyến cáo điều trị UTV nam chủ yếu dựa trên các nghiên cứu của UTV nữ. Tại Việt Nam, các công trình nghiên cứu về ung thư vú nam còn khá ít và tản mạn. Do đó, mục tiêu của nghiên cứu này nhằm đánh giá các đặc điểm về lâm sàng và cận lâm sàng, kết quả điều trị của ung thư vú ở nam giới

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu gồm tất cả các bệnh nhân ung thư vú nam được chẩn đoán và điều trị từ tháng 01 năm 2014 đến tháng 05 năm 2021 tại Bệnh viện K. Tiêu chuẩn lựa chọn bao gồm những bệnh nhân là nam giới được chẩn đoán ung thư vú dựa trên bộ ba (khám lâm sàng, X-quang vú, FNA) hoặc qua mô bệnh học trên bệnh phẩm

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quốc Trung

Email: trungtranhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 15.9.2022

Ngày duyệt bài: 26.9.2022

sinh thiết kim hoặc sinh thiết mở hoặc bệnh phẩm sau mổ. Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm các bệnh nhân có bệnh lý cấp tính kèm theo, có chống chỉ định với điều trị bệnh ung thư.

2. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp theo dõi dọc

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện với 38 bệnh nhân được điều trị tại bệnh viện K từ 2014-2021

Các bệnh nhân được lựa chọn vào nghiên cứu sẽ được ghi nhận các thông tin về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bao gồm: các đặc điểm của bệnh nhân (tuổi, giới...), triệu chứng lâm sàng, đặc điểm X-quang, siêu âm, FNA, mô bệnh học, hóa mô miễn dịch; thông tin về điều trị bao gồm các phương pháp điều trị và biến chứng của quá trình điều trị, Hiệu quả điều trị được đánh giá dựa trên tỉ lệ và thời điểm tái phát, di căn.

3. Xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 22.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu. Trong khoảng thời gian từ 2014-2021, có 38 bệnh nhân nam giới được chẩn đoán ung thư vú điều trị tại bệnh viện K. Giá trị trung vị tuổi của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 63; bệnh nhân ít tuổi nhất là 40 và nhiều tuổi nhất là 82. Trong đó có 2 (5,2%) có tiền sử người thân gia đình bị mắc ung thư vú và 10 (26,3%) có tiền sử bệnh toàn thân trước thời điểm chẩn đoán.

2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

2.1 Các triệu chứng lâm sàng

Thời gian triệu chứng	4,0 (IQR 3,0-10,5)
Kích thước (mm)	21,5 (IQR 18,0-26,7)
Vị trí u	n (%)
Trái	20 (52,6%)
Phải	18 (47,4%)
Số lượng u	n (%)
Một u	37 (97,4%)
Nhiều u	1 (2,6%)
Xâm lấn da	13 (34,2%)
Đau	3 (7,9%)
Sưng đỏ	5 (13,1%)

Nhận xét: Thời gian diễn biến cho đến khi bệnh nhân đi khám có trung vị là 4,0 (IQR 3,0 – 10,5) với kích thước của khối u là 21,5mm (IQR

18,0-26,7). Vị trí bên u ở bên phải và trái lần lượt chiếm 47,4% và 52,6%. Hầu hết bệnh nhân thường chỉ có một u trên lâm sàng (97,4%) và có đến 34,2 % bệnh nhân có biểu hiện xâm lấn da.

2.2 Các triệu chứng cận lâm sàng

Siêu âm	n (%)
Giảm âm	35 (94,8%)
Hỗn hợp âm	1 (2,6%)
Tăng âm	1 (2,6%)
Phát hiện hạch nách	16 (42,1%)
Mất cấu trúc rốn	10 (62,5%)
Không mất cấu trúc rốn	6 (37,5%)
Không	22 (57,9%)

Nhận xét: Trong nhóm đối tượng nghiên cứu, biểu hiện khối u trên siêu âm hầu hết là các khối giảm âm với 35 trường hợp (94,8%). Phát hiện hạch nách qua siêu âm là 16 (42,1%), trong đó mất cấu trúc rốn hạch chiếm 62,5% các trường hợp phát hiện hạch trên siêu âm.

FNA	30 (78,9%)
Dương tính	22 (73,3%)
Nghi ngờ	7 (23,3 %)
Âm tính	1 (3,33%)
Mô bệnh học	
UT biểu mô ống xâm nhập	30 (78,9%)
UT biểu mô tiểu thùy xâm nhập	2 (5,2%)
UT biểu mô nội ống	1 (2,6%)
UT biểu mô nhú nội ống	1 (2,6%)
UT biểu mô thể nhầy	1 (2,6%)
UT biểu mô vi nhú xâm nhập	3 (7,8%)
Độ mô học:	
I	1 (2,6%)
II	29 (76,3%)
III	8 (21,1%)
Thụ thể nội tiết:	
Dương tính	35 (92,1%)
Âm tính	3 (7,9%)
Her2-neu:	
Dương tính	4 (10,5%)
Âm tính	34 (89,5%)
Ki67:	
< 14%	12 (31,5%)
≤14%	26 (68,5%)

Nhận xét: Về vi thể, xét nghiệm tế bào học (FNA) phát hiện dương tính ở 22/30 (73,3%). Mô bệnh học chiếm ưu thế của quần thể là UT biểu mô ống xâm nhập với 30 (78,9%) trường hợp. xếp sau đó là UT biểu mô vi nhú xâm nhập với 3 (7,8%) bệnh nhân. Độ mô học III chiếm 21,1%. Thụ thể nội tiết (+) ở hầu hết các trường hợp chiếm 92,1%. Ki67>14% ở 26 (68,5%) bệnh nhân.

Phân bố giai đoạn theo TNM

Giai đoạn T	n (%)	Giai đoạn N	n (%)	Giai đoạn M	n (%)
Tis, T0	1 (2,6%)	N0	18 (47,4%)	M0	35 (92,1%)
T1	11 (28,9%)	N1	8 (21,0%)	M1	3 (7,9%)
T2	13 (34,2%)	N2	10 (26,3%)		
T3	0	N3	2 (5,2%)		
T4	13 (34,3%)				

Phân nhóm giai đoạn (AJCC phiên bản 8)

Giai đoạn	n (%)
I	6 (15,8%)
II	11 (28,9%)
III	17 (44,7%)
IV	3 (7,9%)
Tái phát	1 (2,6%)

Nhận xét: Hầu hết các bệnh nhân chẩn đoán ban đầu với giai đoạn chưa có di căn (89,4%) trong đó giai đoạn II và giai đoạn III chiếm ưu thế, lần lượt 28,9% và 44,7%. Có 3 (7,9%) bệnh nhân có di căn từ thời điểm chẩn đoán. Vị trí di

Các phương pháp điều trị

Giai đoạn	Phẫu thuật n (%)	Hóa chất			Xạ trị		Nội tiết	
		Tân bổ trợ n (%)	Bổ trợ n (%)	Triệu chứng n (%)	Bổ trợ n (%)	Triệu chứng n (%)	TAM n (%)	AI n (%)
I	6(15,8%)	0	3(7,9%)	0	0	0	5(13,1%)	0
II	11(28,9%)	0	10(26,3%)	0	7(18,4%)	0	7(18,4%)	1(2,6%)
III	14(36,8%)	4(10,5%)	8(21,0%)	0	13(34,2%)	0	10(26,3%)	0
IV	0	0	0	4(10,5%)	0	1(2,6%)	1(2,6%)	0
Tái phát	1(2,6%)	0	1(2,6%)	0	1(2,6%)	0	1(2,6%)	0

Nhận xét: Có 32 (84%) bệnh nhân được điều trị phẫu thuật trong đó có 4 (10,5%) bệnh nhân được phẫu thuật sau hóa chất tân bổ trợ. 30 (78,9%) trường hợp được điều trị hóa chất, 22 (57,8%) được điều trị xạ trị, 25 (65,7%) được điều trị nội tiết, trong đó 24/25 (96%) được dùng Tamoxifen.

Biến chứng phẫu thuật	n	%
Chảy máu	0	0%
Nhiễm trùng vết mổ	2	5,2 %
Hoại tử da	0	0%
Động dịch	3	7,9%
Phù tay	1	2,6%
Tê bì tay	6	15,7%

Nhận xét: Biến chứng phổ biến nhất ghi nhận được sau phẫu thuật là tê bì tay ở 6 (15,7%) bệnh nhân. Động dịch chiếm 7,9% trong khi đó phù tay xảy ra ở 1 (2,6%) bệnh nhân.

Biến chứng xạ trị	n	%
Viêm da	2	5,2%
Viêm phổi	0	0%
Rối loạn tiêu hóa	0	0%
Suy giảm chức năng tim	0	0%
Hạ bạch cầu	0	0%

Nhận xét: Tác dụng phụ của xạ trị thường ít được ghi nhận trong đó 2 trường hợp chiếm 5,2% bệnh nhân có viêm da thành ngực.

Biến chứng hóa chất	n	%
Mệt	10	26,3%
Hạ bạch cầu	9	23,6%
Nôn, buồn nôn	3	7,9%

căn xa từ lúc ban đầu chẩn đoán là xương với 4 trường hợp (100%)

Phân nhóm phân tử	n	%
Luminal A	10	26,3
Luminal B	25	65,8
Her-2 (+)	2	5,3
Bộ ba âm tính	1	2,6

Nhận xét: Phân nhóm phân tử của quần thể nghiên cứu chủ yếu là dưới nhóm Luminal chiếm 92,1% và chủ yếu là Luminal B với 25/38 (65,8%) trường hợp.

3. Điều trị

Viêm miệng	0	0%
Tiêu chảy	2	5,2%
Đau cơ	0	0%
Rối loạn thần kinh ngoại vi	1	2,6%
Tăng men gan	9	23,6%
Độc tính thận	1	2,6%
Đái máu	1	2,6%

Nhận xét: Đối với những bệnh nhân được điều trị hóa chất, có 9 (23,6%) bệnh nhân hạ bạch cầu bằng với tỉ lệ gặp của tăng men gan (23,6%).

Bảng 3. Tái phát, di căn

Bệnh tái phát di căn	N	%
Tiến triển	2	5,2 %
Tái phát	5	13,1%
+ Tại chỗ	1	2,6%
+ Di căn xa	4	10,5%

Nhận xét: Trong tất cả các bệnh nhân nghiên cứu, có 2 (5,2%) bệnh nhân tiến triển trong quá trình điều trị (<6 tháng). Tái phát sau khi đáp ứng điều trị (>6 tháng) có 5 (13,1%) với 10,5% là di căn xa.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi trung vị tuổi của nhóm nghiên cứu là 63. Các nghiên cứu khác cũng chỉ ra độ tuổi trung bình khác nhau, trong khoảng 60-70. Nghiên cứu của Santhi Konduri dựa trên nguồn dữ liệu của SEER (2004-2014)⁴ trên 19 795 bệnh nhân ung thư vú nam tại Mỹ cho thấy tuổi trung bình là 64,6 ± 11,3 tuổi. Và khi so sánh với ung

thư vú nữ tại Việt Nam, theo Trần Văn Thuấn độ tuổi mắc trung bình $48,17 \pm 7,38$ và nhóm 40-49 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất 42,8%⁵.

UTV nam thường là đơn ổ, và vị trí xuất hiện thường là gần núm vú. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kích thước trung bình của khối u là 21,5mm (IQR 18,0-26,7) tuy nhiên, tỉ lệ u có biểu hiện ở da là 34,3% tương ứng với giai đoạn T4 trên lâm sàng. Điều này khá tương tự với kết quả của B Cutuli khi ông nghiên cứu trên bệnh nhân UTV ở Pháp với giai đoạn T4 chiếm 32,8%⁶. Điều này có thể giải thích bởi tuyến vú ở nam thường không đáng kể so với nữ.

4.2 Đặc điểm cận lâm sàng. Hầu hết các trường hợp được phát hiện trên siêu âm là một khối giảm âm (94,8%). Tỉ lệ phát hiện hạch nách trong nghiên cứu là 42,1% trong khi thực tế, số bệnh nhân đi căn hạch sau mổ là 52,6%. Tỉ lệ đi căn hạch cũng cao hơn trong các nghiên cứu UTV ở nữ như nghiên cứu của Lê Hồng Quang (2012)⁷ tỉ lệ đi căn hạch nách là 35,7%.

Đối với mô bệnh học, tương tự ở nữ, chủ yếu là ung thư biểu mô ống xâm nhập chiếm 78,9%. Trong UTV nam cũng có thể gặp các thể bệnh hiếm gặp như ung thư biểu mô thể nhầy, ung thư biểu mô thể vi nhú xâm nhập, ung thư biểu mô nhú nội ống. Phân nhóm phân tử chủ yếu là Luminal chiếm 92,1, Her2 (+) và thể bộ ba âm tính lần lượt là 5,3% và 2,6%. Điều này cũng tương tự với dữ liệu của EORTC với phân nhóm phân tử Luminal, Her 2 (+) và bộ ba âm tính lần lượt là 90,5%, 8,7%, 0,3%.

4.3 Kết quả điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 32 (84%) bệnh nhân được điều trị phẫu thuật trong đó có 4 (10,5%) bệnh nhân được phẫu thuật sau hóa chất tân bổ trợ. Trong số các bệnh nhân được phẫu thuật, 100% bệnh nhân được cắt toàn bộ tuyến vú và vét hạch nách tiêu chuẩn, duy nhất có 1 (2,6%) bệnh nhân được bảo tồn núm vú do vị trí cách xa núm. Tỉ lệ bệnh nhân được điều trị xạ trị và hóa chất lần lượt là 57,8% và 78,9%. Điều trị nội tiết ở 65,7% tương đương với tỉ lệ được điều trị nội tiết của B Cutuli (2009) là 67%⁶.

Đối với phẫu thuật, Có 18,4% bệnh nhân có biến chứng sau phẫu thuật, biến chứng xảy ra thường gặp nhất là tê bì tay chiếm 15,7%. Không có bệnh nhân chảy máu vết mổ hay hoại tử da được ghi nhận, phù tay có ở 1 (2,6%) nhưng mức độ phù chỉ ở mức độ nhẹ và không ảnh hưởng đến sinh hoạt hằng ngày.

Các tác dụng ngoại ý sau xạ trị được ghi nhận không đáng kể, trong đó có 5,2% trường hợp có viêm da sau xạ trị. Điều này có thể giải thích bởi

các tác dụng xạ trị thường không có các biến chứng nhiều trong những năm đầu tiên.

Các tác dụng không mong muốn đối với bệnh nhân điều trị hóa chất bao gồm mệt sau truyền hóa chất được ghi nhận nhiều nhất 26,3%, đây cũng là tác dụng phụ được ghi nhận chủ quan ở hầu hết bệnh nhân truyền hóa chất. Hạ bạch cầu và tăng men gan có cùng tỉ lệ xảy ra trong nghiên cứu chúng tôi (23,6%) trong đó tác dụng trên huyết học ở độ 3-4 là 3/9 (33,33%) trong khi đó 9/9 (100%) bệnh nhân tăng men gan chỉ ở độ I (≤ 3 ULN).

Với thời gian theo dõi trung bình của chúng tôi là 38,3 tháng, có 5,2% bệnh nhân tiến triển trong quá trình điều trị (< 6 tháng). 13,1% bệnh nhân tái phát (> 6 tháng) trong đó có 4/5 bệnh nhân di căn xa (xương, phổi) với trung vị thời gian tái phát là 39 tháng (95% CI, 6,0-61,0)

Tuy nhiên nghiên cứu tại Pháp bởi B Cutuli (2009)⁶ tỉ lệ tái phát tại chỗ tại vùng là 10,3% và di căn xa là 22,5% cao hơn đáng kể so với nghiên cứu của chúng tôi, vì nghiên cứu có trung vị thời gian theo dõi là 58 tháng. Do đó, các bệnh nhân trong nghiên cứu cần được theo dõi dài hơn để đánh giá tái phát di căn.

V. KẾT LUẬN

Ung thư vú nam giới là bệnh hiếm gặp, có những đặc điểm lâm sàng khác so với ung thư vú ở nữ. Thường xảy ra ở độ tuổi cao hơn so với ung thư vú ở nữ. Kích thước trung bình của khối u là 21,5mm tuy nhiên u giai đoạn T4 chiếm ưu thế hơn, có thể vì tuyến vú nam so với nữ là không đáng kể. Giống như ung thư vú nữ, thể mô bệnh học hay gặp nhất là ung thư ống xâm nhập, tỉ lệ phân nhóm phân tử chủ yếu là Luminal (90,5%).

Điều trị ung thư vú nam dựa trên các hướng dẫn điều trị của ung thư vú nữ. Nhìn chung, các biến chứng sau điều trị là chấp nhận được, không có bệnh nhân tử vong do điều trị. Biến chứng do phẫu thuật thường gặp nhất là tê bì tay, biến chứng xạ trị thường ít quan sát thấy. Biến chứng do hóa chất lên hệ tạo huyết chiếm 26,3% trong đó hạ bạch cầu độ 3-4 là 7,9%. Kết quả điều trị cho thấy tổng tỉ lệ tiến triển tái phát di căn là 7/38 (18,4%) và cần thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá thời gian tái phát di căn tốt hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. White J, Kearins O, Dodwell D, Horgan K, Hanby AM, Speirs V. Male breast carcinoma: increased awareness needed. *Breast Cancer Res BCR*. 2011;13(5):219. doi:10.1186/bcr2930
2. Sasco AJ, Lowenfels AB, Pasker-de Jong P. **Review article:** epidemiology of male breast

- cancer. A meta-analysis of published case-control studies and discussion of selected aetiological factors. *Int J Cancer*. 1993;53(4):538-549. doi:10.1002/ijc.2910530403
3. **Hodgson NCF, Button JH, Franceschi D, Moffat FL, Livingstone AS.** Male breast cancer: is the incidence increasing? *Ann Surg Oncol*. 2004;11(8):751-755. doi:10.1245/ASO.2004.01.001
 4. **Konduri S, Singh M, Bobustuc G, Rovin R, Kassam A.** Epidemiology of male breast cancer. *The Breast*. 2020;54:8-14. doi:10.1016/j.breast.2020.08.010
 5. **Trần Văn Thuấn.** Đánh giá kết quả điều trị hỗ trợ bằng hóa chất phác đồ AC kết hợp với liệu pháp nội tiết trên bệnh nhân UTV giai đoạn II-III có thụ thể estrogen dương tính. Luận An Tiến Sĩ Học. Published online 2005.
 6. **Cutuli B, Le-Nir CCS, Serin D, et al.** Male breast cancer. Evolution of treatment and prognostic factors. Analysis of 489 cases. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2010;73(3):246-254. doi:10.1016/j.critrevonc.2009.04.002
 7. **Lê Hồng Quang.** Ứng dụng kỹ thuật hiện hình và sinh thiết hạch cửa trong đánh giá tình trạng di căn hạch nách của bệnh nhân ung thư vú. Luận An Tiến Sĩ Học. Published online 2012.

NGHIÊN CỨU XÂY DỰNG QUY TRÌNH ĐỊNH LƯỢNG QUERCETIN TRONG THỰC PHẨM BẢO VỆ SỨC KHỎE VÀ THUỐC BẰNG SẮC KÝ LỎNG HIỆU NĂNG CAO

Vũ Thị Thủy*

TÓM TẮT

Flavonoid là một nhóm hợp chất lớn thường gặp trong thực vật. Quercetin là một Flavonoid, được nghiên cứu là có khả năng giảm nguy cơ mắc các bệnh về tim mạch, ngăn chặn sự phát triển của bệnh ung thư, chóng dị ứng và giảm đau cho bệnh gout... Hiện nay, Quercetin được sử dụng khá rộng rãi chủ yếu dưới dạng thực phẩm chức năng và có mặt trên thị trường dược phẩm với những dạng bào chế khác nhau: Viên nén, viên nang, dạng bột... Hiện nay, trong các dược điển chưa thấy có chuyên luận riêng chính thức để định tính và định lượng quercetin. Vì vậy, để nâng cao hiệu quả công tác giám sát chất lượng thuốc phục vụ sức khỏe cộng đồng, nhóm nghiên cứu đã tiến hành đề tài **Mục tiêu:** Nghiên cứu xây dựng quy trình định lượng Quercetin trong TPBVSK và thuốc có nguồn gốc từ dược và áp dụng quy trình đã xây dựng để định lượng Quercetin trong một số sản phẩm hiện đang lưu hành trên địa bàn tỉnh Hà Tĩnh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Một số thực phẩm bảo vệ sức khỏe và thuốc có nguồn gốc từ dược liệu thu thập trên địa bàn tỉnh Hà Tĩnh. Tiến hành xác định Quercetin bằng phương pháp sắc ký lỏng hiệu năng cao. **Kết quả:** Đã xây dựng được quy trình định lượng quercetin bằng phương pháp sắc ký lỏng hiệu năng cao. Quy trình phân tích được kiểm soát chất lượng và đạt độ lặp lại cao với RSD < 2,0% (n = 9); đạt độ đúng tốt với độ thu hồi từ 103,9% - 119,6%. Đã áp dụng thành công quy trình xây dựng để phân tích quercetin trong 4 mẫu gồm thuốc Đông dược và TPBVSK đang lưu hành trên thị trường tỉnh Hà Tĩnh. **Kết luận:** Xây dựng quy

trình định lượng hàm lượng quercetin có trong thực phẩm bảo vệ sức khỏe, thuốc có nguồn gốc dược liệu.

Từ khóa: Quercetin, HPLC

SUMMARY

RESEARCH FOR ESTABLISHMENT OF PROCESS FOR QUERCETIN QUANTIFICATION IN HEALTH PROTECTION FOOD AND DRUG BY HIGH PRESSURE LIQUID CHROMATOGRAPHY

Flavonoids are a large group of compounds commonly found in plants. Quercetin is a Flavonoid, which has been studied for its ability to reduce the risk of cardiovascular diseases, prevent the development of cancer, reduce allergies and relieve pain for gout... Currently, Quercetin is used quite a lot, widely available mainly in the form of functional foods and available on the pharmaceutical market with different dosage forms: Tablets, capsules, powder... Currently, in the pharmacopoeias, there is no official monograph for the qualitative and quantitative quercetin. Therefore, in order to improve the effectiveness of drug quality monitoring for public health, the research team conducted the topic **Objective:** To study and build a process to quantify Quercetin in TPBVSK and drugs derived from and apply the established process to quantify Quercetin in some products currently circulating in Ha Tinh province. **Subjects and research methods:** Some health-protective foods and drugs derived from medicinal herbs collected in the locality of Ha Tinh province. Quercetin was determined by high performance liquid chromatography. **Results:** The quantification process of quercetin has been developed by high-performance liquid chromatography. The analytical procedure was quality controlled and highly repeatable with RSD < 2.0% (n = 9); achieved good accuracy with recovery from 103.9% - 119.6%. Successfully applied the construction process to analyze quercetin in 4 samples including traditional medicines and TPBVSK circulating

*Trường Đại học Y Khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Thủy

Email: Vuthuy@vnu.edu.vn

Ngày nhận bài: 26.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2022

Ngày duyệt bài: 27.9.2022