

## RỐI LOẠN NỘI TIẾT Ở TRẺ THALASSEMIA THỂ NẶNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA VÙNG TÂY NGUYÊN

Trần Thị Thúy Minh<sup>1</sup>, Huỳnh Phú Phong<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Thalassemia là bệnh lý huyết tán di truyền phổ biến ở trẻ em. Những thập kỷ gần đây, với nỗ lực điều trị và quản lý bệnh, tỷ lệ tử vong đã giảm đáng kể, tuy nhiên rối loạn nội tiết và biến chứng tim mạch vẫn là những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở bệnh lý này. **Mục tiêu nghiên cứu:** xác định tỷ lệ rối loạn nội tiết ở trẻ thalassemia nặng và các yếu tố liên quan. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang phân tích tiền cứu trên 79 trẻ dưới 16 tuổi mắc thalassemia thể nặng ở Bệnh Viện đa khoa Vùng Tây Nguyên, Việt Nam. Từ tháng 4-6/2024. Thu thập thông tin qua khám lâm sàng, xét nghiệm ferritin, T4, TSH, Hb, glucose lúc đói, XO xương cổ tay không thuận. **Kết quả:** nghiên cứu 46 trẻ nam và 33 trẻ nữ, tuổi trung bình là 8,6±3,9 tuổi, đa phần là  $\beta$  thalassemia và  $\beta$  thalassemia/HbE. 13,9% đã cắt lách, suy giáp 0%, tiểu đường 5,1%, rối loạn glucose lúc đói 10,1%, chậm dậy thì 83,3%, chậm phát triển tuổi xương 62,0%, thấp còi 79,7%. Hb trung bình trước truyền máu 6,8±1,4g/dL, thời gian điều trị trung bình 7,4±3,8 năm. Thời gian điều trị trung bình cao hơn, Hb trung bình trước truyền máu thấp hơn ở nhóm tiểu đường và rối loạn glucose lúc đói ( $p<0,05$ ). **Kết luận:** tỷ lệ rối loạn nội tiết của bệnh nhân thalassemia nặng còn cao. Cần có một chiến lược quản lý hợp lý, tái sắt tích cực, tầm soát các bệnh nội tiết ở bệnh nhân thalassemia thể nặng tại Bệnh viện đa khoa Vùng Tây Nguyên.

**Từ khóa:** thalassemia, rối loạn nội tiết, trẻ em.

### SUMMARY

#### ENDOCRINE DISORDERS IN CHILDREN WITH THALASSEMIA MAJOR AT THE TAY NGUYEN GENERAL HOSPITAL

**Background:** Thalassemia is a common hereditary hemolytic disease in children. In recent decades, with efforts to treat and manage this disease, mortality rates have decreased significantly, however, endocrine disorders and cardiovascular complications are still the leading causes of mortality and death. **Objective:** to determine rate of endocrine disorders in children with thalassemia major and related factors. **Methods:** A Cross-sectional study with prospective analysis on 79 children under 16 years old with thalassemia major at the Tay Nguyen general hospital, Vietnam. From April to June 2024, Information was collected through clinical examination, ferritin, T4, TSH, Hb, impaired fasting glucose, and bone age determination by X-ray of the

non-dominant wrist. **Results:** A total of 46 boys and 33 girls with an average age of 8.6±3.9 years old. Most of them were  $\beta$  thalassemia and  $\beta$  Thalassemia/HbE. 13.9% had splenectomy, hypothyroidism 0%, diabetes mellitus 5.1%, impaired fasting glucose 10.1%, delayed puberty 83.3%, delayed bone age development 62.0%, stunting 79.7%. Average Hb before blood transfusion 6.8±1.4g/dL, average treatment time 7.4±3.8 years. There is a strong positive correlation between SGPT, SGOT and serum ferritin levels. The average treatment time higher, the average Hb before transfusion lower in the diabetes mellitus and impaired fasting glucose groups ( $p<0.05$ ). **Conclusion:** The rate of endocrine disorders in thalassemia patients is still high. There needs to be a reasonable strategy for active management, iron chelation, and screening endocrine diseases in thalassemia major patients at Tay Nguyen general hospital. **Keywords:** thalassemia, endocrine disorders, children.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thalassemia là bệnh lý tán huyết di truyền phổ biến nhất ở trẻ em. Hiện nay, nước ta có khoảng trên 12 triệu người mang gen bệnh và có trên 20.000 người bệnh mức độ nặng. Trong thời gian vừa qua, tỷ lệ bệnh nhân được quản lý, điều trị tích cực có chiều hướng tăng. Tuy nhiên, biến đổi tim mạch và rối loạn nội tiết vẫn là biến chứng thường gặp trong thalassemia nặng. Rối loạn nội tiết trong thalassemia nặng là một biến chứng phổ biến. Bao gồm: thấp còi, suy giáp, suy cận giáp, chậm dậy thì, tiểu đường, suy sinh dục... Việc phát hiện sớm các biến chứng này giúp cải thiện điều trị, giảm tử vong và tăng chất lượng cuộc sống. Tại Bệnh viện đa khoa Vùng Tây Nguyên, hàng năm có khoảng trên 1500 lượt bệnh nhân thalassemia thể nặng. Nghiên cứu này của chúng tôi nhằm mục tiêu: Xác định tỷ lệ các biến chứng rối loạn nội tiết và các yếu tố liên quan đến rối loạn nội tiết ở bệnh nhân thalassemia thể nặng nhằm rút kinh nghiệm và làm cơ sở lập kế hoạch trong việc điều trị rối loạn nội tiết ở những bệnh nhân này.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhi thalassemia thể nặng điều trị tại khoa nhi Tổng hợp, Bệnh viện vùng Tây Nguyên từ 01/04/2024 đến 30/05/2024.

Chẩn đoán thalassemia dựa vào: Sinh học phân tử xác định tổn thương gen  $\alpha$  hoặc  $\beta$  thalassemia trên nhiễm sắc thể thứ 16 hoặc 11, hoặc điện di Hb: HbA<sub>1</sub> giảm, HbF tăng, HbA<sub>2</sub>

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa vùng Tây Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thúy Minh

Email: drtranthuyminh@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 5.8.2024

Ngày duyệt bài: 28.8.2024

tăng, có HbE hay HbH.

Thalassemia thể nặng dựa vào: xuất hiện thiếu máu tán huyết sớm và nặng, vàng da, gan lách to và biến dạng xương, cần truyền máu nhiều lần, có MCV < 78 fl, MCH < 28 pg, điện di HbA < 80%, HbF 20 – 100%.

Thấp còi (short stature): chiều cao theo tuổi dưới 2SD theo CDC 2000.

Chậm dậy thì: Trẻ gái: không có dấu hiệu dậy thì nào trước khi ≥ 13 tuổi

Trẻ trai: không có dấu hiệu dậy thì nào trước khi ≥ 14 tuổi

Tiêu chuẩn chẩn đoán tiểu đường: theo International Society of Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD) 2022, Suy giáp: định nghĩa khi FT4 < 0,7 ng/dL.

**Phương pháp nghiên cứu:** Cắt ngang phân tích tiền cứu.

Bệnh nhân vào viện thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh sẽ được hỏi bệnh, ghi nhận các biến số nghiên cứu, khám và xác định các chỉ số cân nặng, chiều cao, BMI, kiểm tra xét nghiệm máu để xác định Hb, ferritin, sắt huyết thanh, SGOT, SGPT, T4, TSH, ...Chụp XQ xương cổ bàn tay không thuận.

Bệnh nhân sẽ được dặn nhịn ăn từ 18 giờ tối đến 6 giờ sáng hôm sau, lấy máu xét nghiệm glucose lúc đói vào 6 giờ sáng hôm sau.

**Thu thập và xử lý số liệu:** Theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm Epi info 3.4.3.

**Vấn đề y đức:** Nghiên cứu đã được hội đồng Y đức về công trình nghiên cứu, Sở Y tế Đắk Lắk chấp thuận.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Nghiên cứu trên 79 bệnh nhân thalassemia thể nặng từ 1/4-30/5/2024

**Bảng 1: Đặc điểm dân số nghiên cứu**

	M±SD
Nam	46 (58,2%)
Nữ	33 (41,8%)

**Bảng 4: Các yếu tố liên quan đến rối loạn nội tiết ở trẻ thalassemia thể nặng**

	Dậy thì muộn		P	Chậm phát triển tuổi xương		P	Tiểu đường			P
	muộn	Không		Có	Không		Tiểu đường	RL glucose lúc đói	Không	
Tuổi	14,6±0,6	15±1,0	>0,05	10±3,7	6,3±2,9		12,3±3,4	12±4,2		>0,05
Tuổi phát hiện bệnh	3,6±2,7	1.5±0.7	>0,05				2,0±1,4	2,8±2,8	2,1±1,9	>0,05
Hb trước truyền máu (g/dL)	6,7±1,7	8,2±1,6	>0,05	6,7±1,5	7,0±1,1	>0,05	5,7±1,3	6,9±1,2	7,4±2,6	<0,05
Thời gian điều trị	11,0±2,7	13,5±0,7	>0,05	7,6±3,8	4,5±2,7	<0,05	10,3±3,8	9,2±4,2	5,9±3,4	<0,05

Tuổi trung bình (năm)	8,6 ± 3,9
Tuổi phát hiện bệnh (năm)	2,2 ± 1,9
Thời gian điều trị trung bình (năm)	7,4 ± 3,8
Hb trung bình trước truyền máu (g/dL)	6,8 ± 1,3
Alpha Thalassemia	10 (12,7%)
Beta Thalassemia	45 (57,0%)
Beta Thalassemia + HbE	24 (30,4%)
Cắt lách	11 (13,9%)
Nhẹ cân	60 (75,9%)
Không tuân thủ thải sắt đúng	77 (97,5%)

**Nhận xét:** Đa số là β thalassemia: 57,0%, β/HBE:30,4%

**Bảng 2: Rối loạn nội tiết**

Rối loạn nội tiết	N	%
Suy giáp	0/79	0
Tiểu đường	4/79	5,1%
Rối loạn glucose đói	8/79	10,1%
Dậy thì muộn	10/12	83,3%
Chậm phát triển tuổi xương	49/79	62%
Thấp còi	63	(79,7%)

Suy giáp 0%, 5,1% tiểu đường, 10,1% rối loạn glucose lúc đói, 83,3% chậm dậy thì, 62% chậm phát triển tuổi xương.

**Bảng 3. Các yếu tố liên quan đến nồng độ Ferritin**

	Ferritin (ng/dL)		P
	<2000	≥2000	
SGPT	18,9 ± 10	66,2 ± 42,6	P< 0,001
SGOT	35,3 ± 12,9	59,1 ± 24,8	P< 0,001
Thời gian điều trị (năm)	3,4 ± 3,2	7,2 ± 3,4	P<0,001
Tuổi trung bình (năm)	7,1 ± 4	9 ± 0,7	P>0,05
Tuổi phát hiện (năm)	3,8 ± 2,5	1,7 ± 1,5	P<0,001
Hb trước truyền (g/dL)	7,5 ± 1,4	6,6 ± 1,3	P<0,05

**Nhận xét:** Tuổi phát hiện bệnh, Hb trước truyền máu, Thời gian điều trị, SGPT, SGOT của những bệnh nhân có ferritin≥2000ng/dL, khác biệt có ý nghĩa so với nhóm có ferritin < 2000 ng/dL.

Cắt lách	2 (20%)	2 (80%)		8	3	OR=0,6 (0,14±2,4)	2	1	8	>0,05
<sup>a</sup> Thalassemia	216,7%	0	>0,05	6 (7,6%)	4 (5,1%)	>0,05	0	0	10	<0,05
<sup>B</sup> Thalassemia	8 (66,7%)	1 (8%)		29 (36,7%)	16 (20,3%)		4	8	33	
<sup>β</sup> Thalassemia + HbE	0	1 8%		14 17,2%	10 12,7%		0	0	24	
SGPT(UI)	48,1 ±24,3	58,0 ±9,9	>0,05	54,7 ±40,3	59,8 ±47,1	>0,05	73,5 ±17,1	75,1 ±70,9	53,4 ±39,3	>0,05
SGOT(UI)	55,3 ±22,1	29,1 ±30,4	>0,05	52,5 ±25,7	57,0 ±23,2	>0,05	54,3 ±33,3	55,1 ±33,7	54,1 ±23,5	>0,05
Ferritin < 2000 ng/dL	1	0		7	9		0	0	16	
≥2000 ng/dL	9	2		23	40		4	8	51	

Thời gian điều trị trung bình: ở bệnh nhân chậm phát triển tuổi xương dài hơn không chậm phát triển tuổi xương ( $p < 0,001$ ), ở bệnh nhân tiểu đường dài hơn không rối loạn đường huyết ( $p < 0,05$ ). Đa phần các biến chứng rối loạn nội tiết xảy ra ở trẻ mắc  $\beta$  thalassemia hoặc  $\beta$  thalassemia + Hb E ( $p < 0,05$ ).

**IV. BÀN LUẬN**

	Chúng tôi n=79	Trần Thị Thúy Minh[4] n=78	Ramadan A. Mahmoud,[3] n=120	Evi Dewiyanti[1] n=115
Tuổi trung bình	8,6 ± 3,9	8,6 ± 3,8	11,34 (2,27) 11,12 (2,01)	168 (120-216)
Tuổi phát hiện	2,2 ± 1,9		5,74 (3,45) 5,14 (3,20)	54 (3-188) tháng
Suy sinh dưỡng: Thấp còi Nhẹ cân	79,7% 75,9%		44 (66,67%) 40 (74,07%)	89 (77,4) 26%
Ferritin		1735,3 ± 498,0	3121 (1390) 2997 (1480)	3,761 (102 - 78760)
Hb trước truyền	6,8 ± 1,3	7,3 ± 1,2	6,82 (1,45) 6,65 (1,89)	7,4 (4,1 -11,7)
Tiểu đường	5,1%	47,4%	0	4 (3,5)
Impaired glucose tolerance (IGT)			5 (4,17%)	34 (29,6)
Rối loạn glucose lúc đói (IFG)	10,1%	46,2%	4 (3,33%)	
Suy giáp	0%		5 (4,17%)	
Suy cận giáp			8 (6,66%)	
Chậm dậy thì	83,3%			25 (21,7)
Chậm phát triển tuổi xương	62,0%			74 (64,4)

**Tuổi:** Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi 8,6 ± 3,9 năm là thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Ai Cập là 11,34 năm. Tuy nhiên tuổi phát hiện bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi 2,2 ± 1,9 tuổi cũng thấp hơn nhiều so với các nghiên cứu của Mahmoud Ai Cập 5,74 (3,45)[3] và 54 (3-188) tháng ở Indonesia của Evi Dewiyanti [1]. Điều này chứng tỏ các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi biểu hiện triệu chứng lâm sàng sớm, và có lẽ là nặng hơn so với bệnh nhân ở các nghiên cứu khác.

**Hb trung bình trước truyền máu** của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu khác trong khu vực. Tuy nhiên tỷ lệ không tuân thủ điều trị thải sắt rất cao (97,5%). Điều này là một bất lợi trong quá trình điều trị và là một nguy cơ

lớn trong việc gia tăng các biến chứng của những trẻ ở thể nặng. Việc tuân thủ thải sắt phụ thuộc vào rất nhiều vấn đề. Một là: điều kiện kinh tế của gia đình bệnh nhân; Hai là: địa lý nơi ở của bệnh nhân đa phần cách xa bệnh viện trung tâm; Ba là: đa phần những đứa trẻ ứ sắt nặng đều có tuổi lớn phụ thuộc vào thời gian đi học của trẻ và thời gian đi làm của cha mẹ; Bốn là: việc cung ứng thuốc thải sắt của bệnh viện đôi lúc không đầy đủ vì rất nhiều lý do. Năm là sự truyền tải không đầy đủ thông tin về tầm quan trọng của việc thải sắt cho cha mẹ bệnh nhân. Tất cả những vấn đề này đã dẫn đến việc thải sắt không thường quy, không đúng phác đồ và là lý do tại sao tỷ lệ các biến chứng của bệnh lý này vẫn còn cao.

**Tỷ lệ rối loạn nội tiết** của chúng tôi trong nghiên cứu khá cao so với các nghiên cứu khác trong khu vực. Tiểu đường 5,1% là đã giảm một cách có ý nghĩa đối với nghiên cứu của chính chúng tôi trên một nghiên cứu tương tự 18 tháng trước đó (tháng 01/2023) thời điểm ngay sau dịch Covid 19 với một thời gian rất dài các bệnh nhân không được thải sắt. Ngay sau nghiên cứu đó, việc thải sắt của những bệnh nhân này được tiến hành một cách vô cùng tích cực và giám sát, quản lý chặt chẽ từ đơn vị huyết học lâm sàng Nhi Khoa. Tương tự với tỷ lệ mắc tiểu đường, Rối loạn glucose lúc đói (IFG) cũng giảm một cách có ý nghĩa từ 46,2% xuống còn 10,1%. Tuy nhiên tỷ lệ mắc tiểu đường của chúng tôi vẫn cao hơn với nghiên cứu của Ai Cập 0% và của Indonesia 3,5%. Rối loạn glucose lúc đói 10,1% vẫn cao hơn nhiều so với nghiên cứu tại Ai Cập là 3,33%. Như vậy, vẫn cần một sự quản lý thường xuyên hơn, chặt chẽ và tích cực hơn trong vấn đề thải sắt.

**Tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp còi** trong nghiên cứu của chúng tôi ở những bệnh nhân thể nặng là 79,7% tương đương với các nghiên cứu khác ở Ai Cập 66,67% [3], 77,4% ở Indonesia [1] và cao rất nhiều so với cộng đồng. Chứng tỏ dinh dưỡng bị ảnh hưởng rất nhiều ở những bệnh nhân nặng này.

**Chậm dậy thì:** tỷ lệ chậm dậy thì cao, cho dù mẫu nghiên cứu này còn rất thấp (n = 12). Điều này có thể là do những đứa trẻ này đã bị quá tải sắt và các nguyên nhân khác gây ức chế nội tiết sinh dục trong một thời gian quá dài. Hơn nữa, tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp còi và nhẹ cân ở những trẻ trong nghiên cứu này cũng rất cao, có thể làm ảnh hưởng đến vấn đề chậm dậy thì. Cần có những quản lý chặt chẽ hơn, điều trị tích cực hơn.

**Chậm phát triển tuổi xương** của chúng tôi rất cao (62,0%). Tình trạng này ở trẻ em phụ thuộc vào nhiều yếu tố: thiếu máu mãn, sự rối loạn tuyến nội tiết, sự lắng đọng sắt tại xương...[2] rối loạn phát triển tuổi xương chủ yếu do các yếu tố như dậy thì muộn, đái tháo đường, suy giáp, tạo máu không hiệu quả cũng như tăng sản tủy xương, rối loạn chức năng tuyến cận giáp, tác dụng độc hại của sắt đối với nguyên bào xương, hormone tăng trưởng (GH) và thiếu hụt các yếu tố tăng trưởng giống insulin-1 (IGF-1). Những yếu tố này phá vỡ sự cân bằng giữa các nguyên bào xương bằng cách can thiệp vào các cơ chế phân tử khác nhau và dẫn đến giảm mật độ xương [5].

## V. KẾT LUẬN

**5.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu:** giới nam 46 (58,2%), Tuổi trung bình 8,6±3,9 năm, Tuổi phát hiện bệnh 2,2±1,9 năm, Hb trung bình trước truyền máu là 10,6±1,1 g/dL.  $\beta$  thalassemia 57,0% và  $\beta$  thalassemia + HbE là 30,4%). Tuổi phát hiện bệnh, Hb trước truyền máu, Thời gian điều trị, SGPT, SGOT của những bệnh nhân có ferritin $\geq$ 2000ng/dL, khác biệt có ý nghĩa so với nhóm ferritin < 2000 ng/dL

**5.2. Tỷ lệ các biến chứng nội tiết:** suy giáp 0%, 5,1% bị tiểu đường, 10,1% rối loạn glucose lúc đói, 83,3% chậm dậy thì, 62% chậm phát triển tuổi xương. Thấp còi là 79,7%.

**5.3. Thời gian điều trị trung bình:** ở bệnh nhân chậm phát triển tuổi xương dài hơn không chậm phát triển tuổi xương (p < 0,001), ở bệnh nhân tiểu đường dài hơn không rối loạn đường huyết (p < 0,05). Đa phần các biến chứng rối loạn nội tiết xảy ra ở trẻ mắc  $\beta$  thalassemia hoặc  $\beta$  thalassemia + Hb E (p < 0,05).

## VI. KIẾN NGHỊ

1. Tầm soát biến chứng nội tiết ở những trẻ thalassemia nặng để có những điều trị rối loạn nội tiết kịp thời và phù hợp. Tầm soát dậy thì muộn khi nam > 14 tuổi, nữ > 13 tuổi. Tầm soát tiểu đường chậm nhất khi trẻ 12 tuổi, tầm soát chậm phát triển tuổi xương khi chậm nhất khi trẻ 10 tuổi.

2. Cần chú ý biến chứng rối loạn nội tiết ở những trẻ có thời gian phát hiện bệnh sớm, thời gian điều trị dài và Hb trước truyền máu đều thấp. Tăng cường thải sắt tích cực ở những bệnh nhân thalassemia nặng đặc biệt là beta thalassemia có lượng Hb vào viện thấp, SGOT, SGPT cao.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Evi Dewiyanti, A., Dian Puspita Sari,** (2021), Serum ferritin levels and endocrine disorders in children with thalassemia major Paediatrica Indonesiana. p-ISSN 0030-9311; e-ISSN 2338-476X; Vol.61, No.3(2021). p.125-32; DOI: 10.14238/pi61.3.2021.125-32.
2. **Lapatsanis, P., et al.,** (1978), Bone growth in thalassaemic children. Arch Dis Child. 53(12): p. 963-5.
3. **Mahmoud, R.A., A. Khodeary, and M.S. Farhan,** (2021), Detection of endocrine disorders in young children with multi-transfused thalassemia major. Ital J Pediatr. 47(1): p. 165.
4. **Trần Thị Thúy Minh,** (2024), Tiểu đường ở bệnh nhân thalassemia thể nặng tại bệnh viện đa khoa vùng Tây Nguyên. Y học Việt Nam. tập 537: p. 113.
5. **Saki, N., et al.,** (2015), Molecular Aspects of Bone Resorption in  $\beta$ -Thalassemia Major. Cell J. 17(2): p. 193-200.

# TÌNH HÌNH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN RỐI LOẠN CHỨC NĂNG TÂM THU THẤT TRÁI DO ANTHRACYCLINES TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ VÀ BỆNH VIỆN UNG BƯỚU CẦN THƠ NĂM 2023-2024

Thạch Văn Tùng<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Diễm<sup>1</sup>, Trương Tú Trạch<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Ung thư là một bệnh lý phổ biến và nghiêm trọng với tỷ lệ mắc và tử vong tăng cao hàng năm. Nhóm thuốc anthracyclines, phổ biến trong điều trị ung thư vú, máu và mô liên kết, gây ra rối loạn chức năng tim đáng kể. Việc theo dõi và phát hiện sớm các rối loạn này là cần thiết để điều chỉnh chiến lược điều trị, nhưng nghiên cứu tại Việt Nam còn hạn chế. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ và một số yếu tố liên quan đến rối loạn chức năng tâm thu thất trái do anthracyclines trên bệnh nhân ung thư tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Bệnh viện Ung bướu Cần Thơ năm 2023-2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, có phân tích trên 64 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh lý ung thư (ung thư vú, ung thư mô liên kết, u lympho) và được sử dụng phác đồ hóa trị liệu có nhóm thuốc anthracyclines tại bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Bệnh viện Ung bướu Cần Thơ từ 04/2023 - 04/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $53,31 \pm 10,27$ , nhóm < 65 tuổi chiếm 84,4%, nhóm  $\geq 65$  tuổi chiếm 15,6%, với tỷ lệ nữ/nam bằng 7/1. ung thư vú chiếm tỷ lệ cao nhất (76,6%), kế đến là ung thư lympho (18,8%), ung thư dạ dày, buồng trứng, tuyến ức chiếm tỷ lệ như nhau và đều bằng 1,6%. Tỷ lệ BN có rối loạn chức năng tâm thu thất trái chiếm khá cao 56,3%, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân có liều tích lũy  $\geq 400$  mg/m<sup>2</sup> (chiếm 58,3%). Đái tháo đường hoặc bệnh nhân có  $\geq 2$  yếu tố nguy cơ làm tăng khả năng rối loạn chức năng tâm thu thất trái có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Chúng tôi không ghi nhận mối liên quan giữa nhóm tuổi, giới tính, béo phì, rối loạn lipid máu hút thuốc lá và tình trạng tích lũy liều anthracyclines đến tình trạng rối loạn tâm thu thất trái ( $P > 0,05$ ). **Kết luận:** Tỷ lệ rối loạn chức năng tâm thu thất trái do anthracyclines ở bệnh nhân ung thư khá cao, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân có liều tích lũy anthracyclines  $\geq 400$  mg/m<sup>2</sup>. Đái tháo đường và có nhiều yếu tố nguy cơ làm tăng có ý nghĩa rối loạn chức năng tâm thu thất trái.

**Từ khóa:** Rối loạn chức năng tâm thu thất trái, anthracyclines, ung thư.

## SUMMARY

### THE STATUS AND SOME FACTORS RELATED

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa Sóc Trăng

Chịu trách nhiệm chính: Thạch Văn Tùng

Email: bsvantung1993@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 6.8.2024

Ngày duyệt bài: 28.8.2024

## TO LEFT VENTRICULAR SYSTOLIC DYSFUNCTION DUE TO ANTHRACYCLINES IN CANCER PATIENTS AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL AND CAN THO ONCOLOGY HOSPITAL IN 2023-2024

**Introduction:** Cancer is a prevalent and severe disease with increasing incidence and mortality rates annually. Anthracyclines, commonly used in the treatment of breast cancer, hematologic malignancies, and connective tissue tumors, significantly contribute to cardiac dysfunction. Early detection and monitoring of these dysfunctions are crucial to adjust therapeutic strategies. However, research in Vietnam remains limited. **Objective:** To determine the prevalence and some related factors of left ventricular systolic dysfunction (LVSD) due to anthracyclines in cancer patients at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital and Can Tho Oncology Hospital from 2023 to 2024. **Subjects and Methods:** A descriptive cross-sectional study with analysis was conducted on 64 patients diagnosed with cancer (breast cancer, connective tissue cancer, lymphoma) and treated with chemotherapy regimens including anthracyclines at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital and Can Tho Oncology Hospital from April 2023 to April 2024. **Results:** The mean age of the study subjects was  $53.31 \pm 10.27$  years, with 84.4% under 65 years and 15.6% aged 65 years or older. The female/male ratio was 7/1. Breast cancer had the highest prevalence (76.6%), followed by lymphoma (18.8%), with gastric cancer, ovarian cancer, and thymus cancer each accounting for 1.6%. The prevalence of LVSD was relatively high at 56.3%, especially in patients with a cumulative dose of  $\geq 400$  mg/m<sup>2</sup> (58.3%). Diabetes mellitus or patients with  $\geq 2$  risk factors significantly increased the likelihood of LVSD ( $p < 0.05$ ). No association was found between age group, gender, obesity, dyslipidemia, smoking, and cumulative anthracycline dose with LVSD ( $p > 0.05$ ). **Conclusion:** The prevalence of LVSD due to anthracyclines in cancer patients is quite high, particularly in those with a cumulative anthracycline dose of  $\geq 400$  mg/m<sup>2</sup>. Diabetes mellitus and multiple risk factors significantly increase the risk of LVSD.

**Keywords:** Left ventricular systolic dysfunction, anthracyclines, cancer.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư là một trong những bệnh lý phổ biến và nghiêm trọng nhất hiện nay, với tỷ lệ mắc bệnh và tử vong đều tăng cao hàng năm. Theo thống kê của Tổ chức Ung thư Toàn cầu