

- 468.e6. doi:10.1016/j.jpuro.2019.05.016
5. **Lee YS, Hah YS.** Factors associated with complications of the ureteral stump after proximal ureteroureterostomy. *J Urol.* 2012;188(5):1890-1894.
6. **Rodrigues I, Estevão-Costa J, Fragoso AC.** Complete Ureteral Duplication: Outcome of Different Surgical Approaches. *Acta Med Port.* 2016;29(4):275-278. doi:10.20344/amp.6329
7. **Lebowitz RL, Arnold G.** Operative Pediatric Surgery. Vol 85. 7th ed.; 2013.
8. **Nguyễn Thanh Quang, Lê Anh Tuấn, Nguyễn Thanh Liêm.** Kết quả điều trị thận niệu quản đôi bằng phương pháp nội niệu quản niệu quản có nội soi sau phúc mạc sử dụng 1 trocar hỗ trợ. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 137:16-23.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ KHÓ THỞ Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ GIAI ĐOẠN MUỘN BẰNG MORPHIN LIỀU THẤP TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Hồ Duy Tuấn Anh¹, Phan Minh Ngọc¹, Nguyễn Thảo Linh¹, Trần Huy Kính¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị khó thở của Morphine liều thấp ở bệnh nhân ung thư giai đoạn muộn. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 32 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư giai đoạn muộn, có triệu chứng khó thở mức nặng và đáp ứng kém với các phương pháp điều trị khó thở trước đó, trong thời gian từ tháng 10/2023 đến tháng 8/2024 tại bệnh viện HNĐKNA. Mức độ khó thở và hiệu quả điều trị được đánh giá dựa trên thang điểm NRS, chỉ số SpO₂, nhịp thở. Các yếu tố liên quan kết quả điều trị và tác dụng không mong muốn của phác đồ được ghi nhận và phân tích. **Kết quả:** Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là 69; nam giới chiếm 81,3%. Chỉ số thể trạng ECOG 2-3 có tỷ lệ tương đương (50,0). Ung thư nguyên phát tại phổi chiếm ưu thế (62,5%). Nguyên nhân gây khó thở nhiều nhất là viêm phổi (87,5%); tiếp đến là u chèn ép (62,5) và bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính-COPD(59,4%) kèm theo. Sau điều trị, tần số thở trung bình giảm dần tại các thời điểm thăm khám so với thời điểm thăm khám trước đó, tuy vậy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê duy trì trong khoảng 4h đầu sau điều trị. Điểm NRS ở mọi thời điểm giảm có ý nghĩa thống kê so với các thời điểm thăm khám liền trước đó. Triệu chứng co kéo lồng ngực giảm rõ rệt về mức độ nặng tại các thời điểm 15p, 30p, 1h, 4h sau điều trị, mức giảm không có ý nghĩa tại thời điểm 24h khi so sánh với thời điểm thăm khám trước đó. Đa số tác dụng không mong muốn (TDKMM) ở mức độ 1, không ghi nhận trường hợp nào từ độ 3 trở lên; TDKMM thường gặp nhất là táo bón và nôn/buồn nôn. **Kết luận:** Phác đồ Morphine liều thấp là một phương pháp điều trị giảm nhẹ hiệu quả đối với tình trạng khó thở ở bệnh nhân ung thư giai đoạn muộn có triệu chứng khó thở dai dẳng nặng.

Từ khóa: Ung thư giai đoạn muộn, Morphine liều thấp, Khó thở, Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

¹Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Duy Tuấn Anh

Email: hotuananh725@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 10.9.2024

Ngày duyệt bài: 9.10.2024

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT OF DYSPNEA IN TERMINAL CANCER PATIENTS WITH LOW-DOSE MORPHINE AT NGHE AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL

Objective: Evaluation of the effectiveness of low-dose morphine in treating dyspnea in patients with terminal cancer. **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study on 32 patients diagnosed with advanced cancer, with severe dyspnea symptoms and poor response to previous dyspnea treatments, from October 2023 to April 2024 at the Nghe An General Friendship Hospital. The severity of dyspnea and treatment effectiveness were assessed based on the NRS score, SpO₂ index, and respiratory rate. Factors related to treatment outcomes and adverse effects of the regimen were recorded and analyzed. **Results:** The mean age of the study group was 69; men accounted for 81.3%. The ECOG 2-3 physical status index had a similar rate (50.0%). Primary lung cancer was predominant (62.5%). The most common cause of dyspnea was pneumonia (87.5%); followed by tumor compression (62.5) and Chronic Obstructive Pulmonary Disease -COPD (59.4%). After treatment, mean respiratory rate gradually decreased at each examination moment compared to the former examination moment, however, the statistically significant difference remained in the first 4 hours after treatment. The NRS score at all moment decreased statistically significantly compared to the previous examination moment. Chest retraction symptoms decreased significantly in severity at 15 minutes, 30 minutes, 1 hour, and 4 hours after treatment, the decrease was not significant at 24 hours when compared to the previous examination time point. The majority of adverse events (AEs) were in grade 1, no cases were grade 3 or higher; the most common AEs were constipation and vomiting/nausea. **Conclusion:** Low-dose morphine regimen is an effective palliative treatment for dyspnea in advanced cancer patients with severe persistent dyspnea.

Keywords: Terminal cancer, Low dose morphine, Dyspnea, Nghe An General Friendship Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khó thở là một triệu chứng làm giảm đáng kể chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư, và 46–59% bệnh nhân ung thư bị khó thở từ trung bình đến nặng.¹ Khó thở là một yếu tố tiên lượng bất lợi độc lập ở bệnh nhân ung thư, tần suất và mức độ nghiêm trọng của khó thở tăng lên ở những bệnh nhân có tình trạng chung xấu đi và ở giai đoạn cuối đời. Khó thở ở bệnh nhân ung thư giai đoạn cuối xảy ra rất phổ biến, do nhiều nguyên nhân khác nhau và thường chồng chéo lẫn nhau. Việc điều trị căn nguyên khó thở thường gặp nhiều khó khăn, lúc này các liệu pháp giảm nhẹ bằng thuốc và không dùng thuốc được sử dụng nhằm nâng cao chất lượng sống cho người bệnh. Opioid được sử dụng rộng rãi như một liệu pháp được lý để làm giảm chứng khó thở ở bệnh nhân ung thư và được khuyến cáo là liệu pháp được lý hàng đầu theo một số hướng dẫn.² Hiện nay ở Việt Nam việc sử dụng morphine trong điều trị khó thở vẫn còn xa lạ và gặp nhiều trở ngại. Cản trở thường gặp khi sử dụng opioid là lo lắng về tác dụng suy hô hấp và thúc đẩy tử vong. Tuy nhiên, lo lắng này vẫn chưa có bằng chứng ủng hộ. Do nhu cầu cấp thiết về một phương pháp giảm khó thở hiệu quả và dễ tiếp cận cho đối tượng ung thư giai đoạn muộn, chúng tôi tiên hành thực hiện đề tài này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả các bệnh nhân ung thư giai đoạn muộn có triệu chứng khó thở mức nặng và đáp ứng kém với các phương pháp điều trị khó thở trước đó, trong thời gian từ tháng 10/2023 đến tháng 8/2024 tại khoa Ngoại Tổng hợp 1 bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An đều được đưa vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân ung thư đang có tình trạng khó thở nặng, sau khi áp dụng các phương pháp điều trị khó thở khác (kháng sinh, giãn phế quản, dẫn lưu dịch tự do đa màng...) vẫn ở mức khó thở trung bình- nặng.

- Mức độ nhận thức không suy giảm (điểm MMSE > 23 điểm)

- Từ 18 tuổi trở lên

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân dị ứng với morphine

- Bệnh nhân bị khó thở mức độ nhẹ, NRS < 4 điểm

- Độ lọc cầu thận ước tính (eGFR) < 30 mL/phút/1,73m²

- Nồng độ của cả SGOT, SGPT máu trên năm lần giới hạn trên của mức bình thường.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- Thời gian và địa điểm nghiên cứu

+ Thời gian: từ tháng 10/2023 đến tháng 8/2024

+ Địa điểm nghiên cứu: khoa Ngoại Tổng hợp 1 – Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

- Cỡ mẫu: cỡ mẫu thuận tiện, chọn mẫu không ngẫu nhiên. Tất cả các bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn nghiên cứu đều được đưa vào phân tích

Tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu

- Đánh giá tình trạng khó sau các điều trị đặc hiệu trên, nếu tình trạng khó thở còn ở mức vừa-nặng (theo thang điểm NRS và lâm sàng) thì tiến hành sử dụng Morphin tiêm dưới da/tĩnh mạch chậm theo phác đồ hướng dẫn chăm sóc giảm nhẹ (quyết định 183/QĐ-BYT ban hành ngày 25/01/2022).³

- Mức độ hoạt động thể chất của bệnh nhân được đánh giá bởi thang điểm ECOG các tiêu chí về hạn chế các hoạt động cơ bản, tự chăm sóc bản thân, hay sử dụng hỗ trợ từ 1 phần đến toàn bộ. Có 5 mức điểm lần lượt từ 0-4 tương ứng với các mức độ thể chất

- Thang điểm nhận thức MMSE được lựa chọn để đánh giá tình trạng tâm thần của bệnh nhân trước khi điều trị. Tổng điểm MMSE >24 là mức nhận thức bình thường. Ngược lại, điểm MMSE ≤ 24 là có suy giảm nhận thức.

- Điểm NRS được sử dụng để đánh giá mức độ khó thở trước và sau điều trị; Mức khó thở được phân loại: Điểm NRS 0-4: mức nhẹ; Điểm NRS 5-6: mức trung bình; Điểm NRS >6: mức nặng.

- Thang điểm CTCAE 4.0 được viện ung thư quốc gia Hoa Kỳ soạn thảo nhằm mục đích sử dụng để đánh giá tác dụng không mong muốn của các liệu pháp điều trị ở bệnh nhân ung thư, và là cơ sở tiêu chuẩn giữa các nghiên cứu.

Xử lý và phân tích số liệu: Các biến phân loại sẽ được biểu diễn dưới dạng số đếm (n) và tỉ lệ phần trăm (%). Các biến liên tục sẽ được biểu diễn dưới dạng trung bình (\pm độ lệch chuẩn). Các tỉ lệ sẽ được so sánh bằng kiểm định khi-bình phương (X²) hoặc Fisher's Exact Test. Kiểm định Pair t-test (biến định lượng) hoặc Stuart-Maxwell test (biến định tính) được sử dụng so sánh các giá trị trước-sau can thiệp. Giá trị p<0,05 được xem là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu (n=32)

Đặc điểm	Phân loại	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	<60	2	6,3
	≥ 60	30	93,8
	(X±SD) Min-Max	69,7±9,6 43-84	
Giới	Nam	26	81,3
	Nữ	6	18,8
ECOG	2	16	50,0
	3	16	50,0
Vị trí ung thư nguyên phát	Hệ hô hấp	20	62,5
	Khác	12	37,5
Nguyên nhân khó thở	Viêm phổi	28	87,5
	Tràn dịch đa màng	11	34,4
	U chèn ép	20	62,5
	COPD	19	59,4
	Bệnh lý tim mạch	10	31,3
	Thiếu máu	10	31,3
	Khác	16	50,0

Nhận xét:

- Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là 69; độ tuổi cao nhất là 84, thấp nhất là 43.
- Đa số bệnh nhân là nam giới (81,3%).
- Chỉ số thể trạng ECOG 2-3 có tỷ lệ tương đương (50,0).
- Ung thư nguyên phát tại phổi chiếm ưu thế với 62,5% trường hợp.
- Nguyên nhân gây khó thở nhiều nhất là viêm phổi (87,5%); tiếp đến là u chèn ép (62,5) và COPD (59,4%) kèm theo.

Bảng 2. Tần suất thở trước và sau điều trị (n=32)

Cặp so sánh	Thời điểm	TST trung bình (X±SD)	p
Sau 15p điều trị	Trước điều trị	32,5 ± 2,1	<0,001
	Sau 15p	30,3 ± 0,8	
Sau 30p điều trị	Sau 15p	30,3 ± 0,8	<0,001
	Sau 30p	28,3 ± 1,3	
Sau 1h điều trị	Sau 30p	28,3 ± 1,3	0,005
	Sau 1h	27,0 ± 1,6	
Sau 4h điều trị	Sau 1h	27,0 ± 1,6	0,231
	Sau 4h	25,7 ± 1,3	
Sau 24h điều trị	Sau 4h	25,7 ± 1,3	0,082
	Sau 24h	24,3 ± 2,3	

Nhận xét: Sau điều trị, tần số thở trung bình giảm dần tại các thời điểm thăm khám so với thời điểm thăm khám trước đó, tuy vậy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê duy trì trong khoảng 4h đầu sau điều trị.

Bảng 3. Điểm NRS trước và sau điều trị (n=32)

Cặp so sánh	Thời điểm	Điểm NRS trung bình (X±SD)	p
Sau 15p điều trị	Trước điều trị	7,7 ± 0,4	<0,001
	Sau 15p	5,7 ± 0,4	

Sau 30p điều trị	Sau 15p	5,7 ± 0,4	<0,001
	Sau 30p	5,3 ± 0,3	
Sau 1h điều trị	Sau 30p	5,3 ± 0,3	<0,001
	Sau 1h	4,3 ± 0,6	
Sau 4h điều trị	Sau 1h	4,3 ± 0,6	0,002
	Sau 4h	3,2 ± 0,6	
Sau 24h điều trị	Sau 4h	3,2 ± 0,6	0,004
	Sau 24h	2,6 ± 0,7	

Nhận xét: Điểm NRS ở mọi thời điểm giảm có ý nghĩa thống kê so với các thời điểm thăm khám liền trước đó, với p<0,005.

Bảng 4. Co kéo lồng ngực sau điều trị (n=32)

Thời điểm	Co kéo lồng ngực			p*
	Nhẹ	Vừa	Nặng	
Trước điều trị	0	0	32(100,0)	0,004
Sau 15p	0	16(50,0)	16(50,0)	
Sau 30p	0	24(75,0)	8 (25,0)	<0,001
Sau 1h	8(33,3)	24(66,7)	0	<0,001
Sau 4h	24(75,0)	8(25,0)	0	0,003
Sau 24h	24(75,0)	8(25,0)	0	1,00

* Stuart-Maxwell test

Nhận xét: Triệu chứng co kéo lồng ngực giảm rõ rệt về mức độ nặng tại các thời điểm 15p, 30p, 1h, 4h sau điều trị khi so sánh với thời điểm thăm khám trước đó, tuy nhiên tại thời điểm 24h, sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 5. Tác dụng không mong muốn (n=32)

Tác dụng không mong muốn	Không	Độ 1	Độ 2	Độ 3 trở lên
Táo bón	10 (31,2)	18 (56,3)	4 (12,5)	0
Khô miệng	7 (21,9)	15 (46,9)	10 (31,3)	0
Nôn, buồn nôn	5 (15,6)	18 (56,3)	9 (28,1)	0
An thần	6 (18,7)	15 (46,9)	11 (34,4)	0

Nhận xét: - Không ghi nhận TDKMM nào từ độ 3 trở lên

- TDKMM thường gặp nhất là táo bón và nôn/buồn nôn

- Các TDKMM đa số ở mức độ 1.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung. Về tuổi, nhóm nghiên cứu có độ tuổi là 69, đa số trường hợp có tuổi >60; chỉ có 2 trường hợp <60 tuổi, và bệnh nhất trẻ nhất là 43; bệnh nhân cao tuổi nhất là 84. Điều này phù hợp với tiêu chuẩn đầu vào của nghiên cứu đều là bệnh nhân ung thư giai đoạn muộn. Do đặc thù của khoa phòng là đơn vị chăm sóc giảm nhẹ, đối tượng ở đây đa số ở độ tuổi cao, do không có thể trạng đủ để điều trị đặc hiệu, cũng như tâm lý lo lắng của người thân bệnh nhân khi điều trị đặc hiệu về mặt ung thư.

Tác giả Nguyễn Thị Mỹ Ngân và cs báo cáo độ tuổi trung bình là 54,8; thấp hơn đáng kể so với nghiên cứu của chúng tôi.⁴ Lại Phú Thái Sơn và cs ghi nhận độ tuổi chủ yếu của nhóm nghiên cứu là 51-60 (59,4%).⁵ Về giới, nghiên cứu chúng tôi ghi nhận nam giới chiếm ưu thế, và xu hướng này được ghi nhận ở các nghiên cứu khác.^{4,5} Có thể do nam giới có nhiều thói quen sinh hoạt liên quan đến nhiều nguy cơ ung thư tại phổi (thuốc lá) hoặc đường tiêu hóa (rượu bia...), gia tăng nguy cơ khó thở trong bệnh cảnh ung thư giai đoạn muộn so với các triệu chứng khác. Về u nguyên phát, tổn thương tại phổi chiếm đa số trong nghiên cứu này, xu hướng tương đồng cũng được ghi nhận ở các nghiên cứu của Nguyễn Thị Mỹ Ngân⁴ và Lại Phú Thái Sơn.⁵

Hiệu quả điều trị. Qua phân tích trên 32 bệnh nhân chúng tôi ghi nhận hiệu quả giảm khó thở rõ rệt ở tất cả các tiêu chí so sánh. Về tần số thở, chúng tôi ghi nhận sự khác biệt đáng kể sau khi dùng thuốc tại các thời điểm 15p, 30p, 1h sau điều trị. Tuy nhiên từ thời điểm 4h trở đi, tuy TST có giảm so với thời điểm thăm khám liền trước nhưng sự khác biệt là không có ý nghĩa. Điều này có thể do tại thời điểm 4h và 24h, tần số thở trung bình của BN đạt gần với giới hạn nền, trong khi đó tại các thời điểm cấp tính (sau điều trị 1h), chỉ số này giảm rõ rệt hơn. Xu hướng tương tự được ghi nhận ở chỉ số NRS và mức co kéo lồng ngực (gian sườn, hõm ức). Điểm NRS được ghi nhận mức giảm ở tất cả thời điểm theo dõi, cho thấy tác dụng đáng kể của thuốc về mặt dược lý cũng như tâm lý cho người bệnh. Việc được sử dụng thuốc cho người bệnh cảm giác yên tâm hơn và dẫn đến cảm nhận tốt hơn về hô hấp.

Nguyễn Thị Mỹ Ngân và cs đánh giá: sau khi can thiệp bằng morphine 30 phút, chỉ số SpO₂ có cải thiện, trung bình là 95,1% ($p < 0,05$), sau đó không có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê. Cùng lúc, điểm NRS trung bình giảm còn 4,9 điểm. Mức giảm này tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi tại thời điểm 30p sau điều trị (từ 7,7 xuống 5,3). Sau ba ngày sử dụng morphine, trung bình điểm NRS bệnh nhân tự đánh giá chỉ còn 3 điểm.⁴ Bên cạnh đó, tác giả cũng ghi nhận sự tăng liều morphin từ từ để đạt được ngưỡng kiểm soát khó thở trong 3 ngày sau khi khởi trị. Tác giả Lại Phú Thái Sơn ghi nhận liều Morphin sử dụng thấp hơn đáng kể (5mg mỗi 4h ở đa số bệnh nhân), tuy nhiên mức khó thở nặng vẫn cải thiện rõ rệt từ 100% xuống còn 34,4% (2 ngày); 15,6% (4 ngày) và 9,4% (6 ngày). Tuy vậy SpO₂ lại chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa.⁵

Các nghiên cứu của các tác giả nước ngoài đa phần đều là RCT, và mức giảm so với nhóm giả dược được ghi nhận thấp hơn nhiều khi so sánh với những nghiên cứu không có nhóm chứng trong nước. Phân tích gộp của Jennings và cs từ 9 nghiên cứu mù đôi RCT, với tổng 102 bệnh nhân khó thở giai đoạn muộn (tuy vậy đa phần là COPD, chỉ có 10/102 là ung thư), ghi nhận mức giảm điểm NRS trung bình là -0,4 (95%CI: -0.63 đến -0.17; I²=42.3%) khi đánh giá toàn nhóm;⁶ Một phân tích gộp khác của Ekström trên 118 bệnh nhân từ 8 nghiên cứu mù đôi RCT ghi nhận mức giảm tương tự là -0,34 (-0.58 đến -0.10; I²=0%).⁷ Phân tích gộp lớn hơn của Barnes và cộng sự (2016) dựa trên 26 nghiên cứu mù đôi RCT (40/526 bệnh nhân ung thư) cũng cho kết quả tương tự, khi ghi nhận mức cải thiện khó thở ở nhóm opioid cao hơn so với placebo là 0,09. Mức NRS trung bình của nhóm Opioid sau điều trị của nhóm placebo là 0,19.⁸

Tác dụng không mong muốn. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận các TDKMM phổ biến nhất là nôn/buồn nôn; khô miệng và táo bón. Bên cạnh đó, an thần (hay còn gọi là tiếp xúc chậm chạp) cũng ở mức cao (~45%). Tuy vậy đa số đều ở mức độ 1 và bệnh nhân không cảm thấy đáng ngại vì những TDKMM này. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận TDKMM nhiều hơn đáng kể. Nguyễn Thị Mỹ Ngân ghi nhận táo bón ở 16,1%, và TDKMM tăng dần theo liều điều trị và thời gian điều trị.⁴ Bên cạnh đó, Lại Phú Thái Sơn lại ghi nhận táo bón lên tới 81,3%; trong khi đó nôn/buồn nôn là 3,1%. Việc tỷ lệ các TDKMM giao động khá nhiều qua các nghiên cứu phần nào do sự chông chéo của các triệu chứng của ung thư giai đoạn muộn, cũng như những thay đổi sinh lý của bệnh nhân lớn tuổi, dẫn đến khó khăn trong việc đánh giá chính xác TDKMM của phác đồ điều trị. Phân tích gộp của Takagi và cộng sự cho thấy xu hướng tương tự khi đánh giá TDKMM của phác đồ so với nghiên cứu của chúng tôi. Tác giả ghi nhận không có tác dụng phụ nào đáng kể được ghi nhận từ các thử nghiệm RCT khi so sánh với nhóm sử dụng giả dược, cũng như giữa các chế phẩm Opioid khác nhau.⁹

V. KẾT LUẬN

Phác đồ Morphin liều thấp là một phương pháp điều trị giảm nhẹ hiệu quả đối với tình trạng khó thở ở bệnh nhân ung thư giai đoạn muộn có triệu chứng khó thở dai dẳng nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. L O, W W, V TL. Opioid Management of Dyspnea

- at End of Life: A Systematic Review. *J Palliat Med.* 2023;26(5). doi:10.1089/jpm.2022.0311
- Hui D, Maddocks M, Johnson MJ, et al.** Management of breathlessness in patients with cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines. *ESMO Open.* 2020;5(6): e001038. doi:10.1136/esmoopen-2020-001038
 - Bộ Y tế.** Hướng dẫn chăm sóc giảm nhẹ (Ban hành kèm theo Quyết định số 183/QĐ-BYT ban hành ngày 25/01/2022). Published online 2022.
 - Nguyễn Thị Mỹ Ngân.** Đánh giá hiệu quả của Morphine trong điều trị khó thở ở bệnh nhân ung thư tại khoa chăm sóc giảm nhẹ bệnh viện ung bướu TP.HCM, 2021. Luận Văn Tốt Nghiệp Bác Sĩ Nội Trú Trường Đại Học Khoa Phạm Ngọc Thạch.
 - Lại Phú Thái Sơn.** Đánh giá hiệu quả của Morphine liều nhỏ trong điều trị khó thở cho bệnh nhân ung thư giai đoạn cuối. Luận Văn Thạc Sĩ Học Trường Đại Học Hà Nội. Published online 2013.
 - Jennings AL, Davies AN, Higgins JP, Broadley K.** Opioids for the palliation of breathlessness in terminal illness. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001;(4):CD002066. doi:10.1002/14651858.CD002066
 - Ekström MP, Abernethy AP, Currow DC.** The management of chronic breathlessness in patients with advanced and terminal illness. *BMJ.* 2015;350:g7617. doi:10.1136/bmj.g7617
 - Barnes H, McDonald J, Smallwood N, Manser R.** Opioids for the palliation of refractory breathlessness in adults with advanced disease and terminal illness. *Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group, ed. Cochrane Database Syst Rev.* 2016;2019(7). doi:10.1002/14651858.CD011008.pub2
 - Takagi Y, Sato J, Yamamoto Y, et al.** Opioids for the management of dyspnea in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Int J Clin Oncol.* 2023;28(8):999. doi:10.1007/s10147-023-02362-6

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, KIỂU GEN VI RÚT CỦA NGƯỜI BỆNH VIÊM GAN VI RÚT C MẠN TÍNH NĂM 2021-2024

Phạm Minh Trung¹, Trịnh Văn Sơn², Đỗ Thị Lệ Quyên¹, Nguyễn Hoàng Thành¹, Nguyễn Thị Huyền²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kiểu gen đối tượng người bệnh viêm gan vi rút C. **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu và tiền cứu trên 40 đối tượng người bệnh viêm gan vi rút C mạn tính, đa trung tâm tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 và Bệnh viện Quân Y 103 từ tháng 1/2021-3/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình người bệnh đạt $57,5 \pm 13,3$ tuổi, trong đó nam giới chiếm đa số (77,5%). 80% người đi khám vì mệt mỏi. Ung thư, tăng huyết áp là hai bệnh kèm theo thường gặp nhất (30% và 17,5%). Kết quả men gan ALT 162,0 IQR (81,0-852,0) U/l, AST 105,0 IQR (47,0-432,0) U/l, GGT 193,0 IQR (120,0-373,0) U/l. Chỉ số Billirubin TP 18,0 IQR (11,0-96,0) $\mu\text{mol/l}$, billirubin TT 6,0 IQR (4,0-63,0) $\mu\text{mol/l}$. Tải lượng vi rút viêm gan C 1.150.000 copies/ml, IQR (221.000-7.342.500) copies/ml. Đa số kiểu gen vi rút viêm gan C là kiểu gen 6 (47,1%), kiểu gen 1 (35,3%). **Kết luận:** Người bệnh chủ yếu là nam giới, trong đó đa số trong nhóm độ tuổi từ 46-75 tuổi. Các chỉ số enzym gan (AST, ALT, GGT) và chỉ số Billirubin TP/TT đều vượt quá ngưỡng bình thường. Kiểu gen Vi rút viêm gan C thường gặp là gen 1 và gen 6. **Từ khóa:** Viêm gan, Vi rút viêm gan C, mạn tính, kiểu gen.

¹Bệnh viện Quân Y 103

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Minh Trung

Email: minhtrungbv121@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 9.9.2024

Ngày duyệt bài: 10.10.2024

SUMMARY

CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS, VIRUS GENOTYPES OF PEOPLE WITH CHRONIC HEPATITIS C VIRUS IN 2021-2024

Objective: The study aims to evaluate the clinical, paraclinical characteristics, and genotypes of patients with hepatitis C virus. **Research design:** Cross-sectional descriptive study combining retrospective and prospective on 40 patients with hepatitis C virus, multicenter at Central Military Hospital 108 and Military Hospital 103 from January/2021-3/2024. **Results:** The average age of patients was 57.5 ± 13.3 years old, of which men accounted for the majority (77.5%). 80% of people go to the doctor because of fatigue. Cancer with hypertension being the two most common comorbidities (30% and 17.5%). Liver enzyme results ALT 162.0 IQR (81.0-852.0) U/l, AST 105.0 IQR (47.0-432.0) U/l, GGT 193.0 IQR (120.0- 373.0) U/l. Billirubin TP index 18.0 IQR (11.0-96.0) $\mu\text{mol/l}$, billirubin TT 6.0 IQR (4.0-63.0) $\mu\text{mol/l}$. Hepatitis C virus load 1,150,000 copies/ml, IQR (221,000-7,342,500) copies/ml. The majority of hepatitis C virus genotypes are genotype 6 (47.1%), genotype 1 (35.3%). **Conclusion:** Mainly men, with the majority in the age group of 46-75 years old. Liver enzyme indexes (AST, ALT, GGT) and Billirubin TP/TT index all exceeded the normal threshold. The most common hepatitis C virus genotypes are gene 1 and gene 6.

Keywords: Hepatitis, Hepatitis C virus, chronic, genotype

I. ĐẶT VẤN ĐỀ