

dưỡng thấp còi ở trẻ em dưới 5 tuổi tại 2 xã thuộc huyện Trạm Tấu tỉnh Yên Bái". Luận văn thạc sĩ dinh dưỡng, trường Đại học Y Hà Nội.

7. Shamsudeen Mohammed và cộng sự. Systematic review and meta-analysis of the

prevalence and determinants of exclusive breastfeeding in the first six months of life in Ghana. BMC Public Health, 2023 May 19;23(1): 920. doi: 10.1186/s12889-023-15758-w.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI BIỂU MÔ TUYẾN GIAI ĐOẠN IIIB-IV BẰNG THUỐC ĐÍCH TK1 THỂ HỆ 1 TẠI TRUNG TÂM UNG BƯỚU THÁI BÌNH

Phạm Văn Thái^{1,2}, Nguyễn Thị Loan³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả điều trị của thuốc TKI thế hệ 1 trong ung thư phổi biểu mô tuyến giai đoạn IIIB-IV tại Trung tâm Ung bướu (TTUB) Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, đánh giá kết quả điều trị 39 bệnh nhân (BN) ung thư phổi giai đoạn IIIB – IV có đột biến gen EGFR tại các exon 19 và 21 từ tháng 01/2019 đến 05/2024. **Kết quả:** Đáp ứng cơ năng: có 28/39 BN đáp ứng cơ năng với điều trị (chiếm 71,8%), có 5 BN đáp ứng hoàn toàn chiếm 12,9%, có 17,9% bệnh không thay đổi và 10,3% bệnh tiến triển. Đáp ứng khách quan: Chúng tôi ghi nhận có 2 bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn chiếm 5,2%. Tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng một phần là 48,6%, có 35,9% bệnh nhân được đánh giá bệnh giữ nguyên. Có 10,3% số bệnh nhân có biểu hiện bệnh tiến triển. Thời gian sống thêm không tiến triển trung bình là 7,9 tháng, trung vị là 6,9 tháng, thời gian sống thêm không tiến triển dài nhất là 19,5 tháng, ngắn nhất là 2,8 tháng. Thời gian sống trung bình toàn bộ là 18,0 ± 0,4 tháng, trung vị là 16,3 tháng. **Kết luận:** Nhóm tuổi hay gặp là nhóm tuổi từ 71–80 (38,5%), tỷ lệ nam/nữ là 1,44/1, có 46,2% Bn hút thuốc, BN nhập viện với lý do ho kéo dài, đau ngực, khó thở, sờ thấy hạch cổ (76,9%, 43,6%, 20,1%, 23,1%). Vị trí U hay gặp ở thùy trên phổi phải và ở ngoại vi (27,6%; 43,1%), Kích thước u trung bình là 4,29 ± 2 cm. Đột biến exon 19 chiếm tỷ lệ 64,1%, đột biến exon 21 chiếm 35,9%. Sau điều trị: đáp ứng hoàn toàn chiếm 5,2%. Tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng một phần là 48,6%, thời gian sống thêm không tiến triển trung vị là 6,9 tháng Thời gian sống trung bình toàn bộ trung vị là 16,3 tháng. **Từ khóa:** Điều trị đích ung thư phổi, erlotinib, gefitinib

SUMMARY

THE RESULTS OF TREATMENT OF STAGE IIIB - IV ADENOCARCINOMA LUNG CANCER BY 1ST GENERATION TKI TARGETED DRUGS AT THAI BINH ONCOLOGY CENTER

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Loan

Email: bs.loanttub@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2024

Ngày duyệt bài: 27.11.2024

Describe clinical and paraclinical characteristics and review treatment results of 1st generation TKI targeted drugs in late-stage adenocarcinoma lung cancer at the Oncology Center Thai Binh Provincial General Hospital in 2019 – 2024. **Method:** 39 patients with stage IIIB - IV lung cancer from January 2019 to July 2024 have EGFR gene mutations in exons 19 and 21. **Results:** Functional response: 28/39 patients responded functionally to treatment (accounting for 71,8%), 5 patients responded completely, accounting for 12,9%, 17,9% had unchanged disease and 10,3% had progressive disease. Objective response: We recorded 2 patients with complete response, accounting for 5,2%. The rate of patients with partial response was 48,6%, with 35,9% of patients whose disease remained unchanged. 10,3% of patients showed progressive disease. The average progression-free survival time is 7,9 months, the median is 6,9 months, the longest progression-free survival time is 19,5 months, the shortest is 2,8 months. The mean overall survival time was 18,0 ± 0.4 months, median 16,3 months. **Conclusion:** The most common age group is the age group 71-80 (38,5%), the male/female ratio is 1,44/1, 46,2% of patients smoke, patients are hospitalized for prolonged cough, chest pain, difficulty breathing, palpitations. cervical lymph nodes were seen (76,9%; 43,6%; 20.1%; 23,1%). Tumor location is common in the upper lobe of the right lung and in the periphery (27,6%; 43,1%), average tumor size is 4,29 ± 2 cm. Exon 19 mutations account for 64,1%, exon 21 mutations account for 35,9%. After treatment: complete response accounts for 5,2%. The rate of partial response patients was 48,6%, median progression-free survival time was 6,9 months, median overall survival time was 16,3 months. **Keywords:** Targeted therapy for lung cancer, erlotinib, gefitinib

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi nguyên phát (ung thư phế quản) thường gọi tắt là ung thư phổi (UTP) là khối u ác tính phát triển từ biểu mô phế quản, tiểu phế quản tận, phế nang hoặc từ các tuyến phế quản [1]. Kể từ khi ung thư phổi được biết đến vào giữa những năm 1900, bệnh luôn được nghiên cứu để tìm hiểu về đặc điểm dịch tễ học, nguyên nhân gây bệnh, phương pháp chẩn đoán và các biện pháp điều trị [1].

Trước đây, điều trị UTP giai đoạn muộn (giai

đoạn IIIB-IV hay tái phát, di căn) hoá trị toàn thân là phương pháp điều trị chủ yếu, giúp kéo dài thời gian sống thêm và cải thiện chất lượng sống cho bệnh nhân [2]. Tuy nhiên, thời gian sống thêm thường không quá 12 tháng [3]. Hóa trị vẫn phải vấn đề về thiếu tính chọn lọc đặc hiệu trên từng cá thể, độc tính tuỷ xương cao, hiệu lực hạn chế và kháng thuốc [4]. Trong những năm gần đây, những tiến bộ trong điều trị dựa trên sinh học phân tử đã mở ra những triển vọng cải thiện kết quả điều trị UTP giai đoạn muộn [5],[6]. Các thuốc điều trị nhắm vào đích phân tử của tế bào cho hiệu quả cao nhờ tính chọn lọc trên từng cá thể và hạn chế độc tính trên tuỷ xương so với thuốc gây độc tế bào.

Thụ thể của yếu tố phát triển biểu mô (EGFR) được biết đến là một đích phân tử quan trọng trong điều trị UTPKTBN. Bộ bộ quá mức thụ thể này gặp 40-80% trong UTP. Đột biến gen EGFR được chứng minh có vai trò trong sinh bệnh và dự báo đáp ứng điều trị với các thuốc ức chế thụ thể tyrosin kinase của EGFR. Đây là một đích được sử dụng phổ biến nhất. Thuốc đích TKI thế hệ 1 (Erlotinib, Gefitinib) là thuốc dùng đường uống ức chế tyrosin kinase receptor (TKI) của yếu tố phát triển biểu mô (EGFR) đầu tiên trong nhóm được chứng minh đem lại lợi ích sống còn cho bệnh nhân UTPKTBN [2],[4]. Vai trò của Erlotinib, Gefitinib đã được khẳng định giúp kéo dài thời gian sống thêm (ST) cho bệnh nhân UTPKTBN không tính đến tình trạng đột biến, thất bại với hoá trị từ 4,7 tháng lên 6,7 tháng và kéo dài thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (STKTT) từ 8 tuần lên 9,7 tuần so với không điều trị [2]. Trên bệnh nhân có đột biến EGFR, thời gian STKTT có thể lên đến 7,5 tháng và STTB lên 10 tháng khi được điều trị bước 2 với Erlotinib, Gefitinib [2],[6],[7]. Nhờ hiệu quả và độ an toàn đã được chứng minh, cho tới nay TKI thế hệ 1 đã được chỉ định điều trị UTPKTBN giai đoạn muộn có đột biến EGFR nhạy cảm thuốc tại nhiều nước trên thế giới Ở Việt Nam, thuốc TKI đã được bắt đầu sử dụng từ năm 2009 trong điều trị UTPKTBN giai đoạn muộn sau khi thất bại với hoá chất và năm 2011 sử dụng cho điều trị bước 1. Tuy nhiên, nhiều BN có đột biến EGFR nhưng không được điều trị ngay từ đầu vì lý do kinh tế, thiếu xét nghiệm, chính sách BHYT... chỉ điều trị ở bước tiếp sau.

Tại Trung tâm Ung bướu Thái Bình, chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả của thuốc trên đối tượng này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành làm đề tài này nhằm mục tiêu: *Nhận xét kết quả điều trị của thuốc đích TKI thế hệ 1 trong ung thư phổi biểu mô tuyến giai đoạn IIIB-IV tại Trung tâm Ung*

bướu (TTUB) BV Đa khoa tỉnh Thái Bình.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 39 bệnh nhân ung thư phổi biểu mô tuyến GD IIIB – IV điều trị tại Trung tâm Ung bướu Thái Bình từ tháng 01/2019 đến tháng 07/2024.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Chẩn đoán xác định là UTPKTBN giai đoạn IIIB-IV (theo tiêu chuẩn của AJCC 2017); Kết quả mô bệnh học là UTBM tuyến; Có đột biến gen EGFR xóa đoạn exon 19 và đột biến L858R ở exon 21; Được điều trị bước 1 bằng erlotinib hoặc Gefitinib ít nhất 2 tháng tính đến thời điểm kết thúc nghiên cứu; Có tổn thương đích để đánh giá đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST 1.1

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Suy gan, suy thận nặng, BN bỏ dở điều trị không vì lý do chuyên môn, không theo dõi được, không có đủ thông tin theo dõi sau điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu kết hợp tiến cứu. Chọn mẫu thuận tiện có chủ đích. Đánh giá đáp ứng cơ năng, kết quả điều trị dựa vào: đánh giá đáp ứng thực thể theo tiêu chuẩn RECIST, thời gian sống thêm không tiến triển, sống thêm toàn bộ. Đánh giá đáp ứng Đánh giá đáp ứng sau 2 tháng và sau 6 tháng điều trị, đánh giá các tác dụng phụ không mong muốn.

2.3. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm BN nghiên cứu

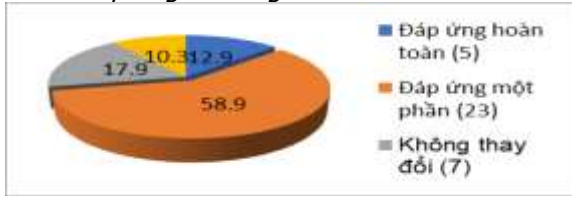
Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Tuổi	Dưới 50	0	0
	50 – 60	9	23,1
	61 – 70	13	33,2
	71 – 80	15	38,5
	Trên 80	2	5,2
Giới	Nam	23	58,9
	Nữ	16	41,1
Hút thuốc	Có hút	18	46,2
	Không hút	21	53,8
Lý do vào viện	Ho kéo dài	30	76,9
	Đau ngực	17	43,6
	Khó thở	8	20,1
	Sờ thấy hạch cổ	9	23,1
	Ho ra máu	3	7,6
	Đau xương	3	7,6
Giai đoạn T	T1	5	12,8
	T2	11	28,2
	T3	13	33,3
	T4	10	25,7
Tình trạng đột biến EGFR	Đột biến exon 19	25	64,1
	Đột biến exon 21	14	35,9

3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Đáp ứng điều trị

a. Đáp ứng cơ năng



Biểu đồ 1: Đáp ứng cơ năng

Nhận xét: Trong 39 BN, có 28 BN đáp ứng cơ năng với điều trị (chiếm 71,8%), có 5 BN đáp ứng hoàn toàn chiếm 12,9%, có 17,9 % bệnh không thay đổi và 10,3% bệnh tiến triển

b. Đáp ứng thực thể

Bảng 2. Đáp ứng thực thể

Đáp ứng	n	Tỷ lệ %
Đáp ứng hoàn toàn	2	5,2
Đáp ứng một phần	19	48,6
Bệnh giữ nguyên	14	35,9
Tiến triển	4	10,3
Tổng	39	100

Nhận xét: Chúng tôi ghi nhận có 2 bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn chiếm 5,2%. Tỷ lệ BN đáp ứng một phần là 48,6%; có 35,9% BN được đánh giá bệnh giữ nguyên. Có 10,3% số bệnh nhân có biểu hiện bệnh tiến triển.

c. Liên quan đáp ứng khách quan với một số yếu tố

Bảng 3. Liên quan đáp ứng khách quan với một số yếu tố

Tình trạng đáp ứng	Đáp ứng	Không đáp ứng	Tổng số	P
Tuổi	< 60	5	4	0,66
	≥ 60	18	12	
Giới	Nam	13	10	0,42
	Nữ	7	9	
PS	0-1	19	8	0,001
	2	7	5	
Số lượng cơ quan di căn	0-1	16	6	0,002
	>1	9	8	

Bảng 4. Tác dụng không mong muốn trên hệ tạo huyết

Tác dụng không mong muốn trên hệ tạo huyết	Độ									
	0		1		2		3		4	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Giảm bạch cầu	30	76,8	6	15,4	2	5,2	1	2,6	0	0
Giảm bạch cầu hạt	26	64,6	9	25,0	3	7,8	1	2,6	0	0
Giảm huyết sắc tố	20	51,2	12	30,8	5	12,8	2	5,2	0	0
Giảm tiểu cầu	33	84,6	5	12,8	1	2,6	0	0	0	0
Tổng số bệnh nhân: 39										

Nhận xét: Hạ bạch cầu, thiếu máu, hạ tiểu cầu gặp ở 23,2%; 48,8%; 15,4%

b. Ngoài hệ tạo huyết

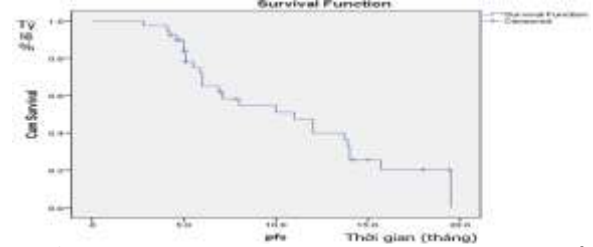
Bảng 5. Một số tác dụng không mong muốn ngoài hệ tạo huyết / tổng số BN

Tác dụng không mong	Độ
---------------------	----

Nhận xét: Chỉ số toàn trạng, số cơ quan bị di căn là những yếu tố ảnh hưởng có ý nghĩa đến đáp ứng khách quan (p<0,05)

3.2.2. Thời gian sống thêm

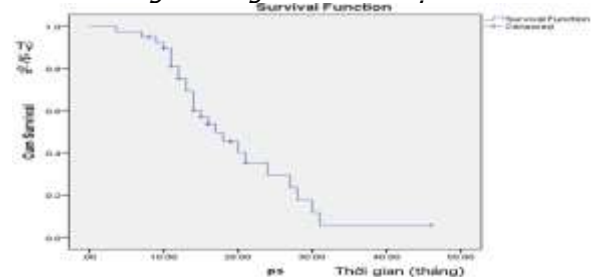
a. Thời gian sống thêm không tiến triển



Biểu đồ 2: Thời gian sống thêm không tiến triển

Nhận xét: Thời gian sống thêm không tiến triển trung bình là 7,9 tháng, trung vị là 6,9 tháng. Thời gian sống thêm không tiến triển dài nhất là 19,5 tháng, ngắn nhất là 2,8 tháng. Thời gian sống thêm không tiến triển 3 tháng là 91%, 6 tháng là 72%, 1 năm là 49,6%

b. Thời gian sống thêm toàn bộ



Biểu đồ 3: Thời gian sống thêm toàn bộ

Nhận xét: Trong 39 bệnh nhân nghiên cứu có 25 bệnh nhân còn sống (64,1%) và 14 bệnh nhân đã tử vong tính đến thời điểm nghiên cứu (35,9%). Thời gian sống trung bình toàn bộ là 18,0 ± 0,4 tháng, trung vị là 16,3 tháng. Thời gian sống thêm dài nhất là 46 tháng (bệnh nhân này hiện tại còn sống sau thời điểm nghiên cứu), thời gian sống thêm ngắn nhất là 3,6 tháng

3.2.3. Tác dụng không mong muốn

a. Trên hệ tạo huyết

muốn ngoài hệ tạo huyết	0		1		2		3		4	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tăng SGOT, SGPT	33	84,6	5	12,8	1	2,6	0	0	0	0
Tăng Creatinin máu	35	89,6	4	10,4	0	0	0	0	0	0
Nôn, buồn nôn	36	94,9	3	7,8	0	0	0	0	0	0
Ỉa chảy	31	79,2	6	15,6	2	5,2	0	0	0	0
Viêm loét niêm mạc miệng	28	71,4	10	26,0	1	2,6	0	0	0	0
Tổng số bệnh nhân = 39										

Nhận xét: Tăng men gan, tăng creatine máu, nôn, buồn nôn, ỉa chảy, viêm loét niêm mạc miệng gặp lần lượt là 15,4%; 10,4%; 7,8%; 20,8%; 28,6%

c. Tác dụng phụ trên da

Bảng 6. Tác dụng phụ trên da

Tác dụng phụ (n=58)	Không		ĐỘ I		ĐỘ II		ĐỘ III		ĐỘ IV	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Mọc mụn ngoài da	13	33,1	19	48,7	5	13,0	2	5,2	0	0
Ngứa da	23	58,9	13	33,3	2	5,2	1	2,6	0	0
Viêm quanh móng	29	74,3	7	17,9	2	5,2	1	2,6	0	0
Rụng tóc	36	92,2	2	5,2	1	2,6	0	0	0	0

Nhận xét: Tỷ lệ BN có mọc mụn ngoài da là 66,9%. Tỷ lệ bệnh nhân bị ngứa da là 41,1%. Tỷ lệ bệnh nhân có viêm quanh móng 25,7. Có 7,8% bệnh nhân có rụng tóc đều ở mức độ nhẹ.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đáp ứng điều trị. Đáp ứng cơ năng: như chúng tôi đã chia sẻ phần trên, một trong các nhiệm vụ của cán bộ y tế làm trong lĩnh vực ung thư, đó là phải làm xoa dịu được nỗi đau cho các người bệnh của mình, đây là việc rất quan trọng, nó giúp bệnh nhân sống chung với bệnh tật của mình mà vẫn có thể sinh hoạt, làm việc được mà không phải phụ thuộc vào người thân, phải nhập viện để điều trị. Trong 39 BN, có 28BN đáp ứng cơ năng với điều trị (chiếm 71,8%), có 5 BN đáp ứng hoàn toàn chiếm 12,9%, có 17,9% bệnh không thay đổi và 10,3% bệnh tiến triển. Kết quả của chúng tôi gần tương đương nghiên cứu của tác giả Lê Thu Hà (2016) [4], Nguyễn Minh Hà (2014) [7].

Đáp ứng thực thể: Chúng tôi ghi nhận có 2 bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn chiếm 5,2%. Tỷ lệ BN đáp ứng một phần là 48,6%; có 35,9% BN được đánh giá bệnh giữ nguyên. Có 10,3% số bệnh nhân có biểu hiện bệnh tiến triển. Tại Trung tâm ung bướu chúng tôi đã áp dụng được các biện pháp cơ bản trong điều trị ung thư phổi, đó là phẫu thuật, xạ trị và hóa chất. Đây là đề tài đầu tiên nghiên cứu về thuốc đích đầu tiên được áp dụng và chúng tôi đã thu được kết quả rất khả quan. Có hai bệnh nhân được đánh giá đáp ứng hoàn toàn, 19 BN đáp ứng một phần, các bệnh nhân này được theo dõi chặt chẽ, khám kỹ lưỡng và duy trì điều trị.

4.2. Thời gian sống thêm. Thời gian sống thêm không tiến triển trung bình là 7,9 tháng,

trung vị là 6,9 tháng. Thời gian sống thêm không tiến triển dài nhất là 19,5 tháng, ngắn nhất là 2,8 tháng. Thời gian sống thêm không tiến triển 3 tháng là 91%; 6 tháng là 72%; 1 năm là 49%. So sánh với các tác giả nước ngoài khác, có thể thấy thời gian sống thêm không tiến triển của nhóm bệnh nhân nghiên cứu này thấp hơn so với một số nghiên cứu khác [5],[6]. Tuy nhiên điều này cũng dễ hiểu vì chúng tôi đã lựa chọn nhóm bệnh nhân mắc ung thư phổi ở giai đoạn muộn, kèm theo đó là nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu cũng tương đối cao. Kết quả của chúng tôi gần tương đương nghiên cứu của tác giả Lê Thu Hà là 8,3 tháng (2016) [2].

Tính tới thời điểm này, cũng là thời điểm chúng tôi kết thúc nghiên cứu này, thì trong 39 bệnh nhân nghiên cứu có 25 bệnh nhân còn sống (64,1%) và 14 bệnh nhân đã tử vong tính đến thời điểm nghiên cứu (35,9%). Thời gian sống trung bình toàn bộ là $18,0 \pm 0,4$ tháng, trung vị là 16,3 tháng. Thời gian sống thêm dài nhất là 46 tháng (bệnh nhân này hiện tại còn sống sau thời điểm nghiên cứu), thời gian sống thêm ngắn nhất là 3,6 tháng. Nghiên cứu của chúng tôi cũng gần tương đương kết quả của tác giả Lê Thu Hà (2017): thời gian STTB trung bình là: $15,4 \pm 1,8$ (tháng), trung vị là: 12,0 (tháng) [2]. Đây là những giá trị mang lại cho người bệnh của phác đồ này và chúng tôi sẽ tiếp tục theo dõi những bệnh nhân trong đề tài này trong thời gian tới cũng như vẫn tiếp tục áp dụng các phương pháp tiến bộ để điều trị bệnh nhân ung thư đặc biệt là bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn muộn.

4.3. Tác dụng không mong muốn. Khi lựa chọn phương pháp áp dụng cho bệnh nhân ung thư đặc biệt bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn muộn, các y bác sĩ chuyên ngành ung thư

luôn tiên lượng các tác dụng phụ có thể có với từng bệnh nhân cụ thể vì không những giúp người bệnh yên tâm giảm triệu chứng mà họ cũng hạn chế được các tác dụng phụ do thuốc gây ra là việc làm quan trọng không kém. Theo nghiên cứu của chúng tôi thì tỷ lệ hạ bạch cầu, thiếu máu, hạ tiểu cầu gặp ở 23,2%; 48,8%; 15,4% bệnh nhân, BN có tăng men gan, tăng creatine máu, nôn, buồn nôn, ỉa chảy, viêm loét niêm mạc miệng gặp lần lượt là 15,4%; 10,4%; 7,8%; 20,8%; 28,6%. Tỷ lệ BN có mọc mụn ngoài da là 66,9%. Tỷ lệ bệnh nhân bị ngứa da là 41,1%. Tỷ lệ bệnh nhân có viêm quanh móng 25,7%. Các tác dụng phụ này phần lớn đều ở mức độ nhẹ, sau khi điều trị kết hợp giảm nhẹ người bệnh lại có thể tiếp tục quay lại được điều trị. Kết quả này của chúng tôi cũng phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước [2],[5],[6].

V. KẾT LUẬN

- Đáp ứng khách quan: có 2 BN đáp ứng hoàn toàn chiếm 5,2%. Tỷ lệ BN đáp ứng một phần là 48,6%, có 35,9% BN được đánh giá bệnh giữ nguyên

- PFS trung vị là 6,9 tháng. Thời gian sống thêm không tiến triển dài nhất là 19,5 tháng, ngắn nhất là 2,8 tháng. OS trung vị là 16,3 tháng. Thời gian sống thêm dài nhất là 46 tháng, thời gian sống thêm ngắn nhất là 3,6 tháng.

- Các độc tính thường gặp là: Trên hệ tạo huyết: hạ bạch cầu gặp ở 23,2% số bệnh nhân; hạ bạch cầu trung tính gặp ở 35,6% số bệnh nhân. Ngoài hệ tạo huyết: tăng men gan gặp ở 15,4% số

bệnh nhân, tăng creatinine gặp ở 4 bệnh nhân. Nôn, buồn nôn chiếm 7,8%, rối loạn tiêu hóa, ỉa chảy gặp ở 20,8% bệnh nhân. Tác dụng phụ trên da: Tỷ lệ bệnh nhân có mọc mụn ngoài da là 66,9%; bệnh nhân bị ngứa da là 41,1%; Tỷ lệ bệnh nhân có viêm quanh móng 25,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Hiếu (2018), Bài giảng ung thư học, Nhà xuất bản Y học Hà Nội.
2. Mai Trọng Khoa, Ngô Thùy Trang, Nguyễn Thị Lan Anh và CS (2016). Nghiên cứu tiền cứu, dịch tễ học phân tử, đánh giá tình trạng đột biến gen EGFR ở các bệnh nhân Việt Nam mắc ung thư phổi dạng biểu mô tuyến, giai đoạn tiến triển, Tạp chí Ung thư học Việt Nam. 2016; 2: 30-36.
3. Nguyễn Bá Đức, Bùi Công Cường and Trần Văn Thuận. Chẩn đoán và điều trị bệnh ung thư (2017), Ung thư phổi: 176-187.
4. Lê Thu Hà and Trần Văn Thuận (2016), Đáp ứng thuốc Erlotinib trong điều trị bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn muộn, Tạp chí Y học thực hành. 2016; số 993, tháng 1/2016: 53-55.
5. Kazandjian D, Blumenthal G.M, Yuan W et al (2016), FDA Approval of Gefitinib for the Treatment of Patients with Metastatic EGFR Mutation-Positive Non Small Cell Lung Cancer, Clin Cancer Res. 2016; 22(6): 1307-12.
6. Rosell R, Carcereny E, Gervais R et al (2012). Erlotinib versus standard chemotherapy as first-line treatment for European patients with advanced EGFR mutation-positive non-small-cell lung cancer (EORTAC): a multicentre, open-label, randomised phase 3 trial, Lancet Oncol. 2012; 13(3): 239-46.
7. Nguyễn Minh Hà, Trần Văn Khánh, Tạ Thành Văn và CS (2014), Erlotinib bước một trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn muộn có đột biến gen EGFR, Tạp chí nghiên cứu y học. 2014: 7-14.

TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA HÓA TRỊ LIỆU TRÊN TRẺ EM MẮC SARCOMA XƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN K - CƠ SỞ TÂN TRIỀU

Nguyễn Thị Tuyết Minh¹, Nguyễn Thị Việt Hà¹,
Lê Thị Văn¹, Lê Thị Thùy Dung^{2,3}, Đỗ Cẩm Thanh¹

TÓM TẮT

Những tiến bộ trong điều trị đa mô thức giúp tăng tỷ lệ sống của trẻ em mắc sarcoma xương trong nhiều năm trở lại đây, tuy nhiên chất lượng cuộc sống

của trẻ còn chưa cao do các tác dụng không mong muốn của hóa trị liệu. **Mục tiêu:** Đánh giá tác dụng không mong muốn ở trẻ em mắc sarcoma xương được điều trị hóa chất. **Đối tượng nghiên cứu:** 37 trẻ mắc sarcoma xương với 92 đợt truyền hóa chất được điều trị tại khoa Nội Nhi – Bệnh viện K Tân Triều từ 01/07/2023 đến 30/06/2024. **Phương pháp nghiên cứu:** Tiến cứu, mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tác dụng không mong muốn trên hệ tiêu hoá là hay gặp nhất (92%) bao gồm buồn nôn, nôn, chán ăn, táo bón, tiêu chảy... Chiếm vị trí thứ hai (78%) là tác dụng không mong muốn trên huyết học với thiếu máu (68,5%), hạ bạch cầu (18,5%), hạ tiểu cầu (2,2%). Thiếu máu và giảm tiểu cầu chỉ thấy ở độ 1-2. Mức độ giảm bạch

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Thủ Dầu Một

³Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Cẩm Thanh

Email: docamthanh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2024

Ngày duyệt bài: 28.11.2024