

quan nghịch mức độ vừa với một số chỉ số đánh giá chức năng tâm thu thất trái như năng lượng tổng máu SW ($r = -0,13$) và EF ($r = -0,25$) [6]. Còn theo tác giả Mislewska A., VAC có tương quan nghịch mức độ chặt chẽ với EF ($r = -0,63$) [7]. Ngày nay, sức căng từng vùng cũng là một trong các chỉ số được dùng để đánh giá hoạt động cơ học và độ cứng của thất trái. VAC tương quan thuận mức độ vừa với GLS ($r=0,42$, $p < 0,001$). Nhóm có GLS giảm có VAC cao hơn so với nhóm GLS bình thường, ($0,78 \pm 0,20$ so với $0,66 \pm 0,17$). Như vậy, chức năng tâm thu thất trái càng giảm, còn VAC lại càng tăng, thể hiện sự bất tương hợp giữa ĐM và tâm thất. VAC cùng với EF là công cụ giúp đánh giá sức co bóp thất trái tốt hơn và góp phần định hướng cho điều trị.

V. KẾT LUẬN

VAC ở bệnh nhân BTMT cao hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng. Khi thất trái giãn, VAC càng tăng. VAC có liên quan đến chức năng tâm thu thất trái và sức căng thất trái GLS. VAC cũng có mối tương quan thuận với GLS. EF càng giảm, thì VAC lại càng tăng, thể hiện sự bất tương hợp giữa thất trái và động mạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chen C.H., Fetts B., Nevo E. et al.** (2001). Noninvasive single-beat determination of left ventricular end-systolic elastance in humans, Journal of the American College of Cardiology, 38(7): 2028-2034.

2. **Marwick T.H., Gillebert T.C., Aurigemma G. et al.** (2015). Recommendations on the use of echocardiography in adult hypertension: a report from the European Association of Cardiovascular Imaging (EACVI) and the American Society of Echocardiography (ASE), European Heart Journal-Cardiovascular Imaging, 16(6): 577-605.
3. **Lane A.D., Wu P.-T., Kistler B. et al.** (2013). Arterial stiffness and walk time in patients with end-stage renal disease, Kidney and Blood Pressure Research, 37(2-3): 142-150.
4. **Nguyễn Thị Vân Anh, Bùi Thuỳ Dương, Lương Công Thức** (2016). Nghiên cứu đặc điểm của chỉ số tương hợp thất trái - động mạch bằng phương pháp siêu âm tim ở người bình thường. Y học Việt Nam, 446(9): 253 - 257.
5. **Cheng H.M., Yu W.C., Sung S.H., et al.** (2008). Usefulness of systolic time intervals in the identification of abnormal ventriculo-arterial coupling in stable heart failure patients. European Journal of Heart Failure, 10(12): 1192-200.
6. **Lanoye L., Segers P., Tchana-Sato V., et al.** (2007). Cardiovascular haemodynamics and ventriculo-arterial coupling in an acute pig model of coronary ischaemia-reperfusion. Exp Physiol, 92(1): 127-137.
7. **Milewska A., Minczykowski A., Krauze T., et al.** (2016). Prognosis after acute coronary syndrome in relation with ventricular-arterial coupling and left ventricular strain. International Journal of Cardiology, 220:343-8.
8. **Sikora-Frac M., Zaborska B., Maciejewski P., et al.** (2019). Improvement of left ventricular function after percutaneous coronary intervention in patients with stable coronary artery disease and preserved ejection fraction: Impact of diabetes mellitus. Cardiology Journal, 1-17. DOI: 10.5603/CJ.a2019.006

THỰC TRẠNG DỰ PHÒNG BIẾN CỐ GIẢM BẠCH CẦU TRUNG TÍNH DO HÓA TRỊ LIỆU TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Hoàng Thị Phương¹, Trần Thị Thu Trang², Nguyễn Thị Thảo²,
Nguyễn Thị Thanh Hiền², Nguyễn Văn Thắng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích tính phù hợp của dự phòng sốt giảm bạch cầu trung tính (BCTT) do hoá trị liệu bằng G-CSF so với khuyến cáo. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang trên các bệnh nhân (BN) được chẩn đoán ung thư và có chỉ định

điều trị hóa chất tại khoa Phụ ung thư, bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 05/12/2023 đến 29/02/2024. **Kết quả:** Nghiên cứu thu thập được 127 BN, tương ứng với 609 chu kỳ. Trong đó, tỷ chủ yếu là ung thư buồng trứng (57,5%) và u nguyên bào nuôi (36,2%). Tỷ lệ các nhóm chu kỳ phân loại theo đặc điểm dự phòng G-CSF: dự phòng phù hợp (36,3%), dự phòng thừa (61,7%), dự phòng thiếu (2,0%). Dự phòng thừa xảy ra ở chu kỳ sau cao hơn chu kỳ 1 (64,1% so với 54,6%) và chủ yếu trên BN ung thư buồng trứng. Kết quả phân tích hồi quy đa biến cho thấy một số yếu tố ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê đến tỷ lệ dự phòng phù hợp như: loại ung thư, tiền sử phẫu thuật gần đây, tiền sử biến chứng giảm BCTT, nguy cơ sốt giảm BCTT của phác đồ hóa trị ($p < 0,05$). **Kết luận:** Thực trạng dự phòng biến cố giảm BCTT bằng G-CSF trong

¹Bệnh viện Phụ sản Trung Ương

²Trường Đại học Dược Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Thắng

Email: dr.thang0805@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.01.2025

Ngày duyệt bài: 25.2.2025

thực hành lâm sàng còn có sự chưa thống nhất so với các khuyến cáo hiện nay. Xây dựng hướng dẫn dựa trên bằng chứng và điều chỉnh phù hợp với các điều kiện thực hành tại bệnh viện là một giải pháp để tối ưu hoá việc quản lý biến cố giảm BCTT. **Từ khóa:** giảm bạch cầu trung tính, sốt giảm bạch cầu trung tính, thuốc tăng sinh bạch cầu, ung thư phụ khoa.

SUMMARY

AN ASSESSMENT OF THE PREVENTION OF CHEMOTHERAPY-INDUCED NEUTROPENIA AMONG CANCER PATIENTS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Objective: To examine the compliance with the standard guidelines of prescribing granulocyte – colony stimulating factor (G-CSF) for the prevention of chemotherapy-induced neutropenia. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on cancer patients diagnosed and undergoing chemotherapy at the Oncological Gynecology Department, National Hospital of Obstetrics and Gynecology, from December 5, 2023, to February 29, 2024. **Results:** We enrolled 127 patients with a total of 609 cycles. Of which, the main proportion was ovarian cancer (57.5%) and gestational trophoblastic neoplasia patients (36.2%). 36.3% of the cycles had appropriate prophylaxis, 61.7% and 2.0% had over- and under- prophylaxis, respectively. In particular, the proportion of cycles with over-prophylaxis in the subsequent cycles was higher than in cycle 1 (64.1% compared to 54.6%) and mostly in ovarian cancer patients. Multivariate regression analysis results show that several factors have a statistically significant impact on the appropriate prophylaxis rate, such as type of cancer, recent surgical history, history of neutropenic complications, risk of febrile neutropenia of chemotherapy regimen, $p < 0.05$. **Conclusions:** Prophylaxis for chemotherapy – induced neutropenia remained not compliant with the guidelines. Developing evidence-based guidelines and adapting to hospital practice conditions is a solution to manage neutropenic events. **Keywords:** Chemotherapy - induced neutropenia, Neutropenia, Febrile neutropenia, Granulocyte-colony stimulating factor, Gynecological cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giảm bạch cầu trung tính (BCTT) do hoá trị liệu là biến cố thường gặp, liên quan đến nguy cơ nhiễm trùng gây đe dọa tính mạng, có thể dẫn đến thay đổi kế hoạch điều trị như giảm liều hoặc trì hoãn, gây ảnh hưởng đến hiệu quả và chi phí cho bệnh nhân (BN) ung thư. Để dự phòng biến cố giảm BCTT, BN được cân nhắc sử dụng thuốc kích thích tăng sinh dòng bạch cầu hạt (G-CSF). Các khuyến cáo đều đồng thuận cần đánh giá nguy cơ sốt giảm BCTT tổng thể của BN trước mỗi chu kỳ dựa trên các yếu tố phác đồ hóa trị liệu, nguy cơ liên quan đến từng BN, tiền sử sốt giảm BCTT và tiền sử dự phòng

G-CSF chu kỳ trước đó [1], [5], [7], [9]. Tuy nhiên, thực trạng dự phòng G-CSF không phù hợp (dự phòng thừa, dự phòng thiếu) tại Việt Nam và trên thế giới đã được ghi nhận [3], [4], [10].

Bệnh viện Phụ sản Trung ương là bệnh viện tuyến trung ương có chức năng khám bệnh, cấp cứu, chữa bệnh chuyên ngành sản phụ khoa và sơ sinh tại Việt Nam. Khoa Phụ ung thư của bệnh viện có vai trò quan trọng trong điều trị các bệnh ung thư phụ khoa, phổ biến là ung thư buồng trứng và u nguyên bào nuôi là 2 loại ung thư. Trong đó, bệnh nhân sử dụng các phác đồ hoá trị liệu có nguy cơ sốt giảm BCTT khác nhau, đòi hỏi đánh giá nguy cơ và chỉ định dự phòng G-CSF phù hợp. Với mong muốn cung cấp thực trạng dự phòng biến cố giảm BCTT do hóa trị ở những BN ung thư đang điều trị tại bệnh viện để có căn cứ xây dựng các chiến lược phù hợp, giúp tối ưu hiệu quả điều trị và nâng cao chất lượng cuộc sống cho BN; nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu đánh giá tính phù hợp của việc dự phòng biến cố giảm BCTT do hóa trị liệu bằng G-CSF so với hướng dẫn điều trị và tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng đến việc dự phòng trên BN ung thư tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương.

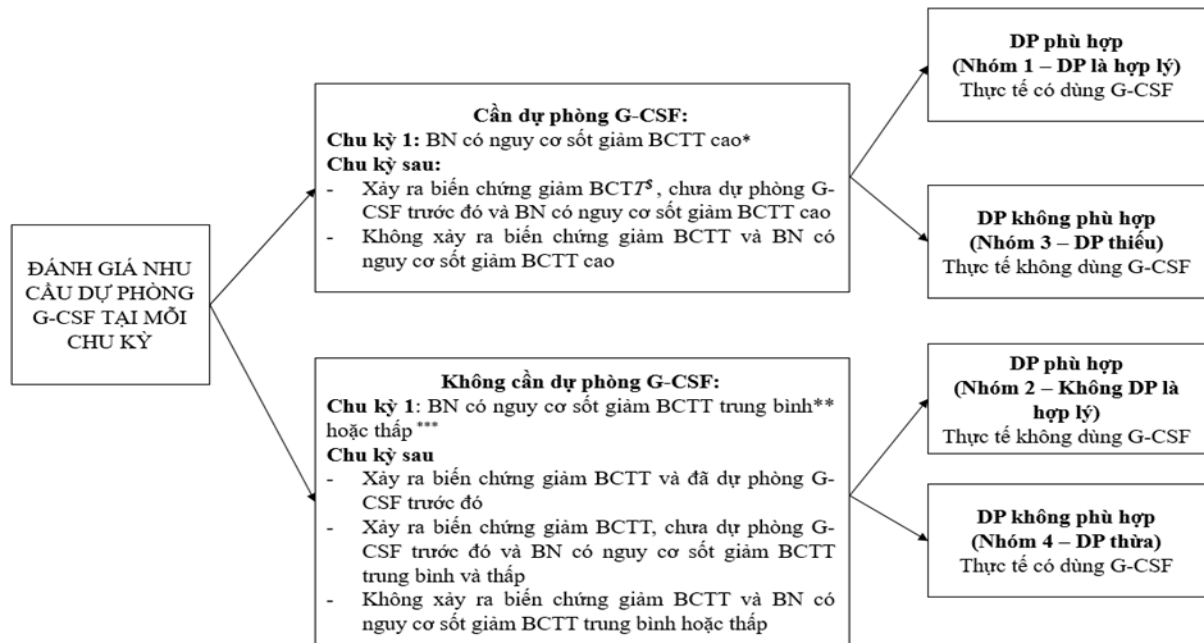
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên các BN có chẩn đoán ung thư, được sử dụng hóa chất tại khoa Phụ ung thư, bệnh viện Phụ sản Trung ương và có thời gian nằm viện từ 05/12/2023 đến 29/02/2024. Nghiên cứu loại trừ các BN có bệnh án không tiếp cận được.

Dựa trên hồ sơ bệnh án, thu thập số liệu về đặc điểm nhân khẩu học, bệnh ung thư, phác đồ hoá trị liệu, đặc điểm dự phòng G-CSF. Các số liệu này sẽ được ghi nhận vào phiếu thu thập thông tin BN đã được thiết kế sẵn.

Quy ước nghiên cứu

Tiêu chí đánh giá dự phòng sốt giảm BCTT bằng G-CSF. Nghiên cứu đánh giá tính phù hợp của chỉ định dự phòng so với các hướng dẫn. Áp dụng các hướng dẫn để đánh giá nhu cầu dự phòng biến cố giảm BCTT tại mỗi chu kỳ hoá trị liệu bao gồm: Hướng dẫn thực hành được lâm sàng cho được sĩ trong một số bệnh không lây nhiễm (Bộ Y tế, 2019), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh ung bướu (Bộ Y tế, 2020), Tổ chức nghiên cứu và điều trị ung thư châu Âu (EORTC, 2011), Hiệp hội Ung thư lâm sàng Hoa Kỳ (ASCO, 2015), Viện Ung thư NSW (EviQ) và Mạng lưới Ung thư Quốc gia Hoa Kỳ (NCCN, 2024) [1], [2], [5], [6], [7], [9]. Các tiêu chí cụ thể đánh giá dự phòng phù hợp và không phù hợp được trình bày trong hình 1.



Hình 1: Lưu đồ đánh giá dự phòng sốt giảm BCTT bằng G-CSF

*Nguy cơ sốt giảm BCTT cao: BN sử dụng phác đồ hóa trị nguy cơ cao hoặc BN sử dụng phác đồ hóa trị nguy cơ trung bình và có ít nhất một trong các yếu tố nguy cơ: tuổi > 65 và nhận đủ cường độ liều hóa trị, bilirubin > 2.0 mg/dL, độ thanh thải creatinine <50 mL/phút, các khối u đặc di căn liên quan đến xương, xạ trị trước đó, mới phẫu thuật và/hoặc có vết thương hở.

Nguy cơ sốt giảm BCTT trung bình: BN sử dụng phác đồ hóa trị nguy cơ trung bình và không kèm bất kỳ yếu tố nguy cơ nào. *Nguy cơ sốt giảm BCTT thấp: BN sử dụng phác đồ hoá trị nguy cơ thấp. §Biến chứng giảm BCTT: sốt giảm BCTT, trì hoãn điều trị, giảm liều, thay đổi phác đồ hóa trị.

Chú thích: BCTT: bạch cầu trung tính; BN: bệnh nhân.

Biến biến chứng liên quan giảm BCTT:

Biến chứng giảm BCTT gồm: (i) Sốt giảm BCTT [2], [7]: tình trạng giảm BCTT (ANC < 0,5G/l hoặc ANC < 1G/l và dự đoán ≤ 0,5G/l trong vòng 48 giờ tới) kèm theo biểu hiện sốt (nhiệt độ ở miệng ≥38,3°C hoặc ≥38,0°C trong hơn 1 giờ) được quan sát bởi nhân viên y tế. (ii) Trì hoãn điều trị [4]: nếu BN bị trì hoãn ≥ 3 ngày với bất kỳ thuốc hóa trị nào so với lịch trình dự kiến. (iii) Giảm liều [4]: liều hóa trị giảm ≥ 15% trên ít nhất một tác nhân trong phác đồ so với chế độ liều dự kiến. (iv) Thay đổi phác đồ [4]: có sự thay đổi ít nhất một thuốc hóa trị so với phác đồ dự kiến ban đầu.

Xử lý số liệu: Số liệu thu thập được nhập

liệu bằng phần mềm Microsoft Excel và xử lý bằng phần mềm SPSS 20. Các biến định tính được biểu diễn dưới dạng số lượng và tỷ lệ phần trăm (%). Các biến liên tục được biểu diễn dưới dạng trung bình (độ lệch chuẩn, SD) hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị, IQR). Phân tích hồi quy logistic đa biến được sử dụng để xác định các yếu tố ảnh hưởng tới tính phù hợp của việc dự phòng. Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học, Bệnh viện Phụ sản Trung ương ngày 6 tháng 12 năm 2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu. Nghiên cứu thu thập được 127 BN, chủ yếu là ung thư buồng trứng và u nguyên bào nuôi. Tổng cộng có 609 chu kỳ hóa trị. Chủ yếu các chu kỳ sử dụng phác đồ hoá trị liệu nguy cơ sốt giảm BCTT thấp (83,1%). Khi tính thêm các yếu tố nguy cơ thuộc về BN, tỷ lệ chu kỳ có nguy cơ sốt giảm BCTT tổng thể ở mức cao tăng lên (Bảng 1).

Bảng 1: Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	Kết quả (N=127), N (%)
Tuổi (TB ± SD), min - max	46,1±15,8, 15 - 82
Loại ung thư	
UT buồng trứng	73 (57,5)

U NBN	46 (36,2)
UT khác*	8 (6,2)
Có bệnh mắc kèm	30 (23,6)
Đã phẫu thuật trước đó	75 (59,1)
Tổng số chu kỳ hoá trị liệu (số chu kỳ trung bình/1 BN), min-max	609 (4,8), 1-15
UT buồng trứng	330 (4,5), 1-15
U NBN	244 (5,3), 1-12
UT khác	35 (4,4), 1-8
Vị trí chu kỳ	
Chu kỳ 1	152 (25,0)
Chu kỳ sau	457 (75,0)
Nguy cơ sốt giảm BCTT của phác đồ hoá trị liệu	
Phác đồ nguy cơ cao	70 (11,5)
Phác đồ nguy cơ trung bình	33 (5,4)
Phác đồ nguy cơ thấp	506 (83,1)
Nguy cơ sốt giảm BCTT của BN**	
Nguy cơ cao	77 (12,6)
Nguy cơ trung bình	26 (4,3)
Nguy cơ thấp	506 (83,1)

Chú thích: * 8 BN ung thư khác bao gồm ung thư vú, ung thư vòm mũi họng, ung thư cổ tử cung và ung thư niêm mạc tử cung; ** tính nguy cơ

Bảng 2. Đặc điểm dự phòng không phù hợp

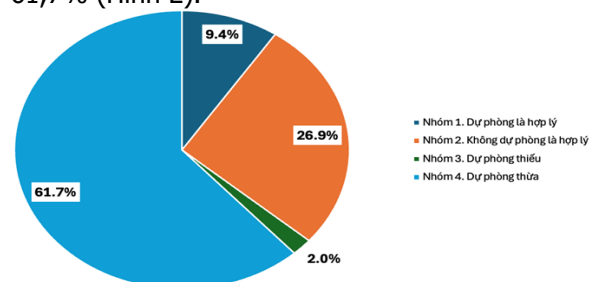
Đặc điểm dự phòng không phù hợp, n (%)	UT buồng trứng (N=330)	U NBN (N=244)	UT khác (N=35)	Tổng (N=609)
Chu kỳ 1	N=79	N=65	N=8	N=152
Dự phòng thiếu	0 (0)	3 (4,6)	2 (25,0)	5 (3,3)
Phác đồ nguy cơ cao	0 (0)	3 (4,6)	2 (25,0)	5 (3,3)
Dự phòng thừa	68 (86,1)	12 (18,5)	3 (37,5)	83 (54,6)
Chu kỳ sau	N=251	N=179	N=27	N=457
Dự phòng thiếu	0 (0)	3 (1,7)	4 (14,8)	7 (1,5)
Chưa có biến chứng giảm BCTT và phác đồ nguy cơ sốt giảm BCTT cao	0 (0)	3 (1,7)	4 (14,8)	7 (1,5)
Dự phòng thừa	244 (97,2)	37 (20,7)	12 (44,4)	293 (64,1)
Chưa có biến chứng giảm BCTT và phác đồ nguy cơ sốt giảm BCTT trung bình, không kèm yếu tố nguy cơ	17 (6,8)	0 (0)	7 (25,9)	24 (5,3)
Chưa có biến chứng giảm BCTT và phác đồ nguy cơ sốt giảm BCTT thấp	223 (88,8)	29 (16,2)	5 (18,5)	257 (56,2)
Có biến chứng giảm BCTT trước đó và đã dự phòng G-CSF, sử dụng phác đồ nguy cơ cao	0 (0)	8 (4,5)	0 (0)	8 (1,8)
Có biến chứng giảm BCTT trước đó và đã dự phòng G-CSF, sử dụng phác đồ nguy cơ thấp	4 (1,6)	0 (0)	0 (0)	4 (0,9)

Chú thích: U NBN: u nguyên bào nuôi; UT: ung thư.

Nghiên cứu tìm hiểu một số yếu tố thuộc về BN, loại ung thư, đặc điểm điều trị và nguy cơ sốt giảm BCTT của phác đồ hoá trị liệu đến việc dự phòng phù hợp. Các yếu tố làm tăng có ý

sốt giảm BCTT của phác đồ hoá trị liệu và yếu tố nguy cơ thuộc về BN; U NBN: u nguyên bào nuôi; UT: ung thư; TB: trung bình.

3.2. Đặc điểm về chỉ định dự phòng G-CSF. Nghiên cứu ghi nhận 433 chu kỳ (71,1%) được dự phòng G-CSF. Trong đó, có 63,7% chu kỳ dự phòng không phù hợp với tỷ lệ dự phòng thiếu và dự phòng thừa lần lượt là 2,0% và 61,7% (Hình 2).



Hình 2. Đánh giá tính phù hợp về chỉ định dự phòng G-CSF (N=609)

Kết quả phân tích đặc điểm chỉ định dự phòng không phù hợp theo từng loại ung thư được trình bày tại bảng 2. Tỷ lệ dự phòng thừa xảy ra ở chu kỳ sau cao hơn chu kỳ 1 (64,1% so với 54,6%) và chủ yếu trên BN ung thư buồng trứng (86,1% ở chu kỳ 1, và 97,2% ở chu kỳ sau).

nghĩa tỷ lệ dự phòng phù hợp bao gồm tiền sử phẫu thuật gần đây, u nguyên bào nuôi, phác đồ nguy cơ cao ($p < 0,05$). Yếu tố tiền sử biến chứng giảm BCTT, ung thư buồng trứng làm giảm có ý nghĩa khả năng dự phòng phù hợp ($p < 0,05$) (Bảng 2).

Bảng 3. Phân tích đa biến các yếu tố liên quan đến tỷ lệ dự phòng phù hợp

Các yếu tố	OR	95%CI	p
Tuổi > 65	0,841	0,282-2,505	0,756
Có tiền sử phẫu thuật gần đây	6,931	2,564-18,735	<0,001
Có tiền sử biến chứng giảm BCTT	0,084	0,019-0,379	0,001
Loại ung thư			
UT khác	-	-	-
UT buồng trứng	0,151	0,054-0,424	<0,001
UNBN	14,566	5,348-39,674	<0,001
Chu kỳ sau	1,309	0,686-2,500	0,414
Nguy cơ sốt giảm BCTT của phác đồ hoá trị liệu			
Phác đồ nguy cơ thấp	-	-	-
Phác đồ nguy cơ trung bình	2,762	0,940-8,120	0,065
Phác đồ nguy cơ cao	3,328	1,406-7,875	0,008
RDI > 85%	0,832	0,269-2,575	0,749

Chú thích: U NBN: u nguyên bào nuôi; UT: ung thư

3.3. Đặc điểm lựa chọn, thời gian dự phòng G-CSF. Tất cả các chu kỳ dự phòng đều sử dụng filgrastim liều 300 µg. 91,5% số chu kỳ bắt đầu dự phòng filgrastim tại thời điểm sau kết thúc truyền hóa chất 1–4 ngày. Trung vị thời gian sử dụng là 2 ngày (min-max, 1-4); chủ yếu được kê đơn sử dụng trong 2 ngày chiếm tỷ lệ 56,1%. Xét riêng trên nhóm chỉ định “dự phòng là hợp lý”, chủ yếu các BN cũng được kê đơn sử dụng trong 1 và 2 ngày, với tỷ lệ lần lượt là 36,8% và 28,1%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi báo cáo tỷ lệ dự phòng không phù hợp so với khuyến cáo và các yếu tố ảnh hưởng đến tính phù hợp của dự phòng sốt giảm BCTT do hoá trị liệu bằng nhóm thuốc G-CSF trên BN ung thư phụ khoa. BN trong nghiên cứu này chủ yếu mắc ung thư buồng trứng và u nguyên bào nuôi, và nhìn chung nguy cơ sốt giảm BCTT tại mỗi chu kỳ phần lớn là nguy cơ thấp.

Về chỉ định dự phòng, nghiên cứu ghi nhận 2,0% BN dự phòng thiếu và 61,7% dự phòng thừa. Tỷ lệ dự phòng thừa ở chu kỳ sau cao hơn chu kỳ 1, phần lớn dự phòng thừa thuộc nhóm chưa có biến chứng sốt giảm BCTT trước đó và sử dụng phác đồ nguy cơ thấp (56,2%). Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Trần Thị Thu Trang tại bệnh viện K (2020) [4], Waters (2013) [10]. Sự khác biệt về kết quả có thể giải thích do nghiên cứu của Trần Thị Thu Trang không quan

sát trên phác đồ nguy cơ sốt giảm BCTT thấp trong khi nghiên cứu này phần lớn BN sử dụng phác đồ nguy cơ thấp. Ngoài ra, nghiên cứu của Waters đánh giá phù hợp trên từng BN, trong khi chúng tôi đánh giá tính phù hợp của từng chu kỳ hóa trị. Khi đánh giá nguy cơ sốt giảm BCTT, ngoài nguy cơ của phác đồ, các yếu tố thuộc về BN cũng được xem xét. Tuy nhiên các tiêu chuẩn cụ thể về các yếu tố này cũng chưa thực sự rõ ràng và đồng thuận giữa các hướng dẫn. Tại bệnh viện Phụ sản trung ương, tất cả BN mắc ung thư phụ khoa đều là nữ giới, đây là một yếu tố làm tăng nguy cơ sốt giảm BCTT theo một số khuyến cáo [1], [5]. Ngoài ra, một số yếu tố khác về bệnh mắc kèm, tình trạng dinh dưỡng, chỉ số hemoglobin thấp cũng có thể làm tăng nguy cơ sốt giảm BCTT [1], [5]. Kết quả phân tích đa biến cho thấy các yếu tố về loại ung thư (u nguyên bào nuôi), sử dụng phác đồ nguy cơ cao, tiền sử phẫu thuật gần đây làm tăng tỷ lệ dự phòng phù hợp. Các yếu tố khác như ung thư buồng trứng và tiền sử biến chứng trước đó là yếu tố làm giảm khả năng dự phòng phù hợp. Trong thực hành lâm sàng các bác sĩ đã chú ý tới một số yếu tố nguy cơ sốt giảm BCTT, tuy nhiên vẫn còn một số khó khăn trong việc phân loại nguy cơ sốt giảm BCTT như vẫn có các phác đồ chưa có phân loại về nguy cơ sốt giảm BCTT trong các hướng dẫn, và kinh nghiệm lâm sàng của bác sĩ cũng có thể ảnh hưởng đến việc kê đơn dự phòng. Như vậy, việc đánh giá nguy cơ sốt giảm BCTT tổng thể tại mỗi chu kỳ là rất quan trọng vì phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố và có thể thay đổi qua các chu kỳ.

Tất cả các chu kỳ dự phòng đều sử dụng filgrastim với trung vị thời gian sử dụng là 2 ngày, chủ yếu là 2 ngày (56,1%). Xét riêng với nhóm “dự phòng là hợp lý”, chủ yếu các BN cũng được kê đơn trong 1 và 2 ngày. Kết quả của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Lê Thái Vỹ Ly tại bệnh viện Ung bướu Hà Nội (1,96 ngày) [3], ngắn hơn so với nghiên cứu của Trần Thị Thu Trang tại bệnh viện K (5 ngày) [4]. Các hướng dẫn khuyến cáo sử dụng filgrastim kéo dài qua thời điểm xuất hiện nadir đến khi số lượng BCTT trở về mức bình thường hoặc gần bình thường theo tiêu chuẩn phòng thí nghiệm và BN cần được theo dõi công thức máu 2 lần mỗi tuần [7], [9]. Theo khuyến cáo từ hệ thống chăm sóc sức khỏe công của chính phủ Anh (NHS) đối với ung thư khối u rắn, G-CSF dự phòng hàng ngày nên được kéo dài trong 7 ngày [8]. Nghiên cứu của Weycker (2014) tại Hoa Kỳ cho thấy tỉ lệ sốt giảm BCTT cao hơn đáng kể ở nhóm dự phòng filgrastim 1-3 ngày và 4-6 ngày so với dự phòng

≥ 7 ngày. Như vậy, thực tế dự phòng filgrastim đang gần hơn so với khuyến cáo có thể tiềm ẩn nguy cơ không đạt hiệu quả dự phòng. Do đó, cần nhắc lựa chọn pegfilgrastim (dùng một lần) hoặc kéo dài thời gian sử dụng filgrastim, đồng thời phát triển các nghiên cứu đánh giá hiệu quả dự phòng theo thời gian sử dụng G-CSF tác dụng ngắn để xác định số ngày dự phòng phù hợp trên nhóm BN ung thư sản phụ khoa, cân bằng giữa hiệu quả, chi phí và thực hành thường quy.

V. KẾT LUẬN

Thực trạng dự phòng biến cố giảm BCTT bằng G-CSF trong thực hành lâm sàng còn có một số điểm chưa thống nhất so với các khuyến cáo hiện nay với tỷ lệ dự phòng thiếu và dự phòng thừa lần lượt là 2,0% và 61,7%. Xây dựng hướng dẫn dựa trên bằng chứng và phù hợp với các điều kiện thực hành tại bệnh viện là một giải pháp có thể cân nhắc để tối ưu hoá việc sử dụng G-CSF trong dự phòng sốt giảm BCTT do hoá trị liệu trên BN ung thư sản phụ khoa tại bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2019), Hướng dẫn thực hành Dược lâm sàng cho dược sĩ trong một số bệnh không lây nhiễm: Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. p. 327-335.
2. **Bộ Y tế** (2020), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh ung bướu: Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. p. 26 - 34.
3. **Lê Thái Vỹ Ly** (2020) Khảo sát tình hình sử dụng thuốc trong dự phòng sốt hạ bạch cầu trung tính trên bệnh nhân ung thư vú điều trị bằng phác đồ

AC và TC tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội, Khóa luận dược sĩ, Trường Đại học Dược Hà Nội, Hà Nội.

4. **Trần Thị Thu Trang, Dương Khánh Linh, Đỗ Huyền Nga, Phùng Quang Toàn, Nguyễn Thị Hồng Hạnh, Nguyễn Thị Liên Hương**, (2020), "Thực trạng dự phòng biến cố giảm bạch cầu trung tính do hoá trị liệu bằng thuốc tăng sinh bạch cầu (G-CSF) trên bệnh nhân ung thư vú và u Lympho tại bệnh viện K", Tạp chí Y học Việt Nam (Tổng hội Y học Việt Nam), (2), pp. 225-230.
5. **Aapro M. S., Bohlius J., et al.** (2011), "2010 update of EORTC guidelines for the use of granulocyte-colony stimulating factor to reduce the incidence of chemotherapy-induced febrile neutropenia in adult patients with lymphoproliferative disorders and solid tumours", Eur J Cancer, 47(1), pp. 8-32.
6. **Cancer Institute NSW**, Gestational trophoblastic disease high risk EMA-CO (etoposide methotrexate daCTINomycin CYCLOPHOSPHamide vinCRISTine), in EviQ. 2011.
7. **National Comprehensive Cancer Network, Hematopoietic Growth Factors** (Version 3.2024). 2024.
8. **Norfolk & Norwich University Hospital (NHS)**, Guideline for the use of granulocyte-colony stimulating factor (G-CSF) in adult oncology and haematology patients 2017.
9. **Smith T. J., Bohlke K., et al.** (2015), "Recommendations for the Use of WBC Growth Factors: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update", J Clin Oncol, 33(28), pp. 3199-212.
10. **Waters G. E., Corrigan P., et al.** (2013), "Comparison of pegfilgrastim prescribing practice to national guidelines at a university hospital outpatient oncology clinic", J Oncol Pract, 9(4), pp. 203-6.

TỶ LỆ TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH NĂM 2024

Tùng Nhất Duy¹, Nguyễn Thị Minh Trang², Võ Ý Lan²

TÓM TẮT

Mục tiêu của nghiên cứu này là xác định tỷ lệ tuân thủ điều trị và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân ngoại trú mắc bệnh tiểu đường type 2. Nghiên cứu được tiến hành tại phòng khám nội tiết Bệnh viện Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh từ tháng 3 đến tháng 5 năm 2024. Tổng cộng có 273 bệnh nhân ngoại trú từ

Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM tham gia phòng vấn có cấu trúc để đánh giá các khía cạnh khác nhau của việc tuân thủ điều trị. Kết quả cho thấy tỷ lệ tuân thủ thuốc là 74,0%, tuân thủ dinh dưỡng là 41,8%, tuân thủ hoạt động thể chất là 75,1% và tuân thủ kiểm soát đường huyết và kiểm tra sức khỏe định kỳ là 22,3%. Nghiên cứu xác định mối liên hệ đáng kể giữa việc tuân thủ thuốc và các yếu tố như giới tính và tình trạng kinh tế. Tuân thủ dinh dưỡng có liên quan đến trình độ học vấn và tình trạng chung sống, trong khi tuân thủ hoạt động thể chất có liên quan đến giới tính, độ tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân và việc sử dụng bảo hiểm y tế để khám sức khỏe. Mặc dù tỷ lệ tuân thủ thuốc và hoạt động thể chất tương đối cao, nhưng tỷ lệ tuân thủ kiểm tra sức khỏe định kỳ và hướng dẫn dinh dưỡng lại thấp đáng kể. Do đó, cần phải tăng cường giáo dục

¹Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Minh Trang

Email: ntmtrangytcc@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.01.2025

Ngày duyệt bài: 25.2.2025