

V. KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ diệt trừ *H. pylori* lần đầu bằng phác đồ bốn thuốc chứa bismuth theo ý định điều trị (ITT) và thiết kế nghiên cứu (PP) tương ứng là 86,6% và 93,2%. Tỷ lệ diệt trừ *H. pylori* lần hai bằng phác đồ bốn thuốc chứa bismuth theo ý định điều trị (ITT) và thiết kế nghiên cứu (PP) tương ứng là 87,3% và 89,9%

2. Tác dụng không mong muốn khi sử dụng phác đồ bốn thuốc chứa bismuth lần đầu và lần thứ hai tương ứng là: 66,9% và 58,5%. Các tác dụng không mong muốn hay gặp ở hai nhóm gồm: phân màu đen, mệt mỏi, vị kim loại... Tuy nhiên, phần lớn đều nhẹ và bình phục sau 01 tuần dùng thuốc

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Chí Nam, Nguyễn Thị Cẩm Tú, Phạm Thị Thu Hương và cs.** Hiệu quả diệt trừ *Helicobacter pylori* bằng phác đồ PCA, PTMB, PLA. Tạp chí khoa học Tiêu hóa Việt Nam 2016;IX(45): 2851-2854.
2. **Đặng Ngọc Quý Huệ, Trần Văn Huy, Nguyễn Thanh Hải.** Viêm dạ dày mạn do *Helicobacter pylori*: Hiệu quả diệt trừ của phác đồ bốn thuốc chứa bismuth (EBMT). Tạp chí khoa học Tiêu hóa Việt Nam 2016; IX(45): 2862-2871.
3. **Nguyễn Thị Nhã Đoàn.** Hiệu quả của levofloxacin trong phác đồ bốn thuốc chứa bismuth

diệt trừ *Helicobacter pylori*. Tạp chí khoa học Tiêu hóa Việt Nam 2018;IX(53): 3294-3299

4. **Tuong TTK.** The eradication rate of levofloxacin containing quadruple therapy for the first-line treatment of *Helicobacter pylori*. Biomedical Journal of Scientific & Technical Research 2020;27(1): 20494-20496
5. **Khúc Thu Trang, Nguyễn Công Long, Vũ Trường Khanh.** Hiệu quả của phác đồ bốn thuốc chứa bismuth ở bệnh nhân loét hành tá tràng chảy máu có *Helicobacter pylori*. Tạp chí khoa học Tiêu hóa Việt Nam 2021;IX(6): 3842-384
6. **Tuong TTK, Huy HQ, Hong TND, et al.** Bismuth quadruple therapy versus levofloxacin triple therapy for first-line *Helicobacter pylori* eradication treatment: multicenter study. Medical Science 2020;24(104): 2246-2250
7. **Trần Thiện Trung, Phạm Văn Tấn, Quách Trọng Đức và cs.** Hiệu quả của phác đồ EAL và EBMT trong diệt trừ *Helicobacter pylori* điều trị thất bại lần đầu. Ý học TP Hồ Chí Minh 2009;13(phụ bản số 1): 11-17
8. **Nguyễn Thúy Vinh.** Đánh giá hiệu quả diệt trừ *Helicobacter pylori* lần hai bằng phác đồ EAC và d EBMT. Tạp chí y học thực hành 2011;4: 23-26
9. **Trần Thị Khánh Tường.** Hiệu quả của phác đồ bốn thuốc có levofloxacin cho bệnh nhân nhiễm *Helicobacter pylori* thất bại điều trị lần đầu với phác đồ ba thuốc chuẩn. Tạp chí Y học Việt Nam 2019;473: 185-190

TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA ĐIỀU TRỊ BƯỚC MỘT PHÁC ĐỒ PACLITAXEL – CARBOPLATIN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN IV Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá các tác dụng không mong muốn của điều trị bước một phác đồ Paclitaxel – Carboplatin ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV ở bệnh nhân cao tuổi tại Bệnh viện Hữu Nghị. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, phối hợp hồi cứu và tiến cứu 51 bệnh nhân \geq 60 tuổi, ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV được điều trị hoá chất bước một phác đồ Paclitaxel-Carboplatin tại Bệnh viện Hữu Nghị, từ tháng 01/2016 đến tháng 12/2020. **Kết quả:** Tỷ lệ giảm BC, BCTT là 25,5%; 37,3%. Trong đó chủ yếu là giảm BC và giảm BCTT độ 1/2 là 19,6% và 27,4%. Tỷ lệ giảm HST, giảm tiểu cầu là 29,4% và 13,7%. Tỷ lệ buồn nôn,

Trần Đình Quang¹, Nguyễn Thị Thái Hòa²

nôn là 19,6% và 9,8%. Tiêu chảy chiếm tỷ lệ 11,8%. Tỷ lệ rối loạn thần kinh cảm giác ngoại vi, đau xương khớp là 17,6% và 21,6%. **Kết luận:** Tác dụng không mong muốn của phác đồ chủ yếu ở mức độ 1/2, an toàn để áp dụng điều trị cho bệnh nhân cao tuổi.

Từ khóa: Paclitaxel-Carboplatin, Ung thư phổi không tế bào nhỏ, cao tuổi

SUMMARY

SIDE-EFFECTS OF FIRST LINE PACLITAXEL – CARBOPLATIN REGIMEN FOR STAGE IV NON-SMALL CELL LUNG CANCER IN OLDER ADULTS

Objective: Estimate Side-effects of first line Paclitaxel – Carboplatin regimen for stage IV non-small cell lung cancer in elderly patients at Huu Nghi Hospital. **Patients and Methods:** Retrospective and prospective estimated side effects of 51 patients older than 60 years with stage IV non-small cell lung cancer receiving Paclitaxel-Carboplatin as first line chemotherapy at Huu Nghi Hospital from January 2016 to December 2021. **Results:** Of our 51 patients, the rate of leukopenia, neutropenia were 25,5% and 37,3% respectively. Leukopenia and neutropenia grade 1/2

¹Bệnh viện Hữu Nghị

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đình Quang

Email: dinhquang228@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 4.10.2021

Ngày duyệt bài: 14.10.2021

occurred in 19,6% and 27,4%. Anaemia and thrombopenia were 29,4% and 13,7%. The rate of vomiting and nausea were 19,6% and 9,8%. Diarrhea occurred in 11,8%. The rate of peripheral neuropathy and osteoarthritis were 17,6% and 21,6%.
Conclusions: Side-effects of the regimen mostly at grade 1 or 2, safely to apply on older adults.

Keywords: Paclitaxel-Carboplatin, Non-small cell lung cancer, Older adults

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là bệnh lý ác tính thường gặp nhất và là nguyên nhân tử vong hàng đầu do ung thư trên toàn thế giới. Tại Việt Nam, ung thư phổi đứng thứ hai về tỷ lệ mắc ở nam và thứ ba ở nữ [4]. UTP được chia làm 2 nhóm chính dựa trên đặc điểm mô bệnh học là ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) và ung thư phổi tế bào nhỏ, trong đó UTPKTBN chiếm khoảng 80-85%. Tại thời điểm chẩn đoán có khoảng 2/3 số bệnh nhân UTPKTBN đã ở giai đoạn tiến xa hoặc di căn, trong đó có hơn 50% bệnh nhân trên 60 tuổi [1]. Phác đồ hóa trị phổi hợp bộ đôi có nhóm platinum được coi là điều trị chuẩn bước một UTPKTBN giai đoạn tiến xa hoặc di căn. Trong đó, phác đồ Paclitaxel-Carboplatin đã được chứng minh có hiệu quả và an toàn với những bệnh nhân cao tuổi qua nhiều thử nghiệm lâm sàng [7]. Tại Bệnh Viện Hữu Nghị với đặc điểm chủ yếu là bệnh nhân cao tuổi, phác đồ Paclitaxel-Carboplatin đã được sử dụng rộng rãi trong điều trị bước một UTPKTBN giai đoạn IV. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào đánh giá tác dụng không mong muốn của phác đồ này đối với nhóm bệnh nhân cao tuổi tại đây. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá các tác dụng không mong muốn của điều trị bước một phác đồ Paclitaxel – Carboplatin ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV ở bệnh nhân cao tuổi tại Bệnh viện Hữu Nghị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân ≥ 60 tuổi UTPKTBN giai đoạn IV được điều trị hoá chất bước một phác đồ Paclitaxel - Carboplatin tại Bệnh viện Hữu Nghị từ tháng 01/2016 đến tháng 12/2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- UTPKTBN giai đoạn IV (theo phân loại của AJCC năm 2017).
- Được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học.
- Không di căn não.
- BN ≥ 60 tuổi (theo pháp lệnh người cao tuổi Việt Nam sửa đổi năm 2009)
- Chỉ số toàn trạng (PS) từ 0-2.
- Có các tổn thương đích đánh giá đáp

ứng được theo tiêu chuẩn RECIST.

- Chưa được điều trị bằng một phương pháp điều trị ung thư nào trước đó

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1 Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, phối hợp hồi cứu và tiến cứu.

2.2 Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện, thu nhận 51 bệnh nhân.

2.3 Trình tự nghiên cứu. Các bệnh nhân được chẩn đoán UTPKTBN giai đoạn IV có đầy đủ các tiêu chuẩn trên được điều trị bước một bằng hóa chất phác đồ Paclitaxel 175mg/m² ngày 1, Carboplatin AUC 5 ngày 1, chu kỳ 21 ngày, tối thiểu 3 chu kỳ. Sau mỗi đợt bệnh nhân được đánh giá lâm sàng, xét nghiệm và ghi nhận độc tính. Các bệnh nhân đánh giá bệnh đáp ứng được điều trị đủ 4-6 chu kỳ.

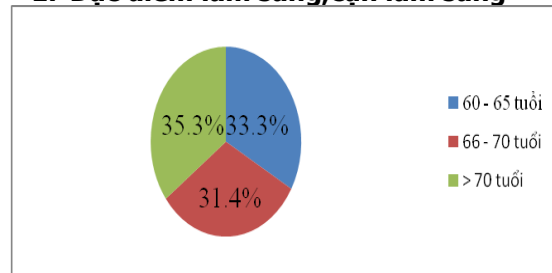
Đánh giá thể trạng bệnh nhân: Theo thang của Tổ chức Y tế Thế giới

Độc tính điều trị: Theo tiêu chuẩn về độc tính CTC AEv5.0

2.4 Xử trí phân tích số liệu: Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng



Biểu đồ 1: Phân loại bệnh nhân theo tuổi

Nhận xét: Bệnh nhân trong nghiên cứu chủ yếu thuộc nhóm tuổi 60-70 tuổi chiếm 64,7%; nhóm > 70 tuổi chiếm 35,3%. Bệnh nhân lớn tuổi nhất 77 tuổi.

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm bệnh nhân	Số bệnh nhân (N)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	43
	Nữ	8
Hút thuốc	Có	32
	Không	19
Giai đoạn	IVA	22
	IVB	29
Mô bệnh học	UTBM	36
	Tuyến	14
	UTBM Vảy	1
	UTBM Tế bào lớn	0

Bệnh kèm theo	Có	19	37,3
	Không	32	62,7

Nhận xét: - Đa phần bệnh nhân nghiên cứu là nam chiếm 84,3%, nữ chiếm 15,7%.

- Tỷ lệ hút thuốc chiếm 62,7%.
- Giai đoạn IVB chiếm 56,9%, giai đoạn IVA chiếm 43,1%.
- UTBM tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất 70,6%, còn lại là UTBM vảy chiếm 27,4% và UTBM tế bào lớn chiếm 2,0%.

- Tỷ lệ bệnh nhân có bệnh kèm theo chiếm 37,3%.

Biểu đồ 2: Liều điều trị so với liều chuẩn

Bảng 2 : Độ độc tính trên hệ tạo huyết

Độc tính trên hệ tạo huyết	Độ độc tính				
	ĐỘ 1 N %	ĐỘ 2 N %	ĐỘ 3 N %	ĐỘ 4 N %	TỔNG N %
Giảm bạch cầu	6 (11,8)	4 (7,8)	3 (5,9)	0 (0)	13 (25,5)
Giảm bạch cầu trung tính	9 (17,6)	5 (9,8)	4 (7,8)	1 (2,0)	19 (37,3)
Giảm huyết sắc tố	10 (19,6)	5 (9,8)	0 (0)	0 (0)	15 (29,4)
Giảm tiểu cầu	6 (11,8)	1 (2,0)	0 (0)	0 (0)	7 (13,7)

Nhận xét: - Độc tính hệ tạo huyết chủ yếu là độ 1/2.

- Tỷ lệ giảm bạch cầu là 25,5%, giảm bạch cầu độ 3 chỉ có 5,9%, không có độ 4
- Tỷ lệ giảm bạch cầu trung tính là 37,3%, giảm độ 3/4 chỉ có 9,8%
- Tỷ lệ giảm huyết sắc tố và giảm tiểu cầu tương ứng là 29,4% và 13,7% đều ở độ 1/2.

2.2 Độ độc tính trên chức năng gan, thận, tiêu hóa

Bảng 3: Độ độc tính trên chức năng gan, thận, tiêu hóa

Độc tính trên chức năng gan, thận, tiêu hóa	Độ độc tính				
	ĐỘ 1 N %	ĐỘ 2 N %	ĐỘ 3 N %	ĐỘ 4 N %	TỔNG N %
Tăng AST/ALT	6 (11,8)	1 (2,0)	0 (0)	0 (0)	7 (13,7)
Tăng Creatinin	1 (2,0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2,0)
Buồn nôn	9 (17,6)	1 (2,0)	0 (0)	0 (0)	10 (19,6)
Nôn	4(7,8%)	1 (2,0)	0 (0)	0 (0)	5 (9,8%)
Tiêu chảy	6 (11,8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	6 (11,8)

Nhận xét:- Tăng men gan gặp 13,7% chỉ ở độ 1/2

- Tăng Creatinin chỉ gặp ở 1 BN chiếm 2,0%.
- Tỷ lệ buồn nôn và nôn tương ứng là 19,6% và 9,8% đều ở độ 1/2.
- Tỷ lệ tiêu chảy là 11,8% đều ở độ 1.

2.3 Các độc tính khác

Bảng 4: Các độc tính khác

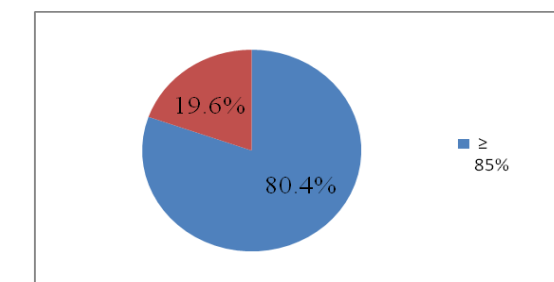
Độc tính khác	Độ độc tính				
	ĐỘ 1 N %	ĐỘ 2 N %	ĐỘ 3 N %	ĐỘ 4 N %	TỔNG N %
Thần kinh ngoại vi	7 (13,7)	2 (3,9)	0 (0)	0 (0)	9 (17,6)
Đau xương khớp	9 (17,6)	2 (3,9)	0 (0)	0 (0)	11 (21,6)
Rụng tóc	0 (0)	0 (0)	21 (41,2)	30 (58,8)	51 (100)

Nhận xét: - Độc tính thần kinh cảm giác ngoại vi chiếm 17,6% ở độ 1/2.

- Đau xương khớp chiếm 21,6% ở độ 1/2.
- Tất cả bệnh nhân đều rụng tóc sau hóa trị, 41,2% độ 3 và 58,8% độ 4.

2.4 Độ độc tính gây tri hoãn và ngưng điều trị

Bảng 5: Độ độc tính gây tri hoãn và ngưng điều trị



Nhận xét: Bệnh nhân chủ yếu sử dụng liều hóa chất ≥ 85% chiếm 80,4%.

2. Tác dụng không mong muốn

2.1 Độ độc tính trên hệ tạo huyết

Độc tính	Số bệnh Nhân (N)	Tỷ lệ (%)
Giảm bạch cầu trung tính	4	7,8
Giảm huyết sắc tố	3	5,9
Giảm tiểu cầu	1	2,0
Tăng AST/ALT	1	2,0
Thần kinh ngoại vi	1	2,0
Đau xương khớp	1	2,0

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân phải trì hoãn và ngưng điều trị chiếm tỷ lệ thấp, chủ yếu do độc tính trên hệ tạo huyết là giảm bạch cầu trung tính 7,8% và giảm huyết sắc tố 5,9%. Không ghi nhận trường hợp nào tử vong liên quan đến độc tính.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng.

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên bệnh nhân cao tuổi tại bệnh viện Hữu Nghị, do đó tất cả bệnh nhân đều trên 60 tuổi. Nhóm tuổi 60 -70 chiếm tỷ lệ cao nhất là 64,7%, nhóm tuổi > 70 chiếm 35,3%, bệnh nhân lớn tuổi nhất 77 tuổi. Trong đó nam giới chiếm 84,3%, tỷ lệ nam/nữ là 5,4/1. Nhóm tuổi >70 và tỷ lệ nam/nữ này cao hơn so với tác giả Trương Thị Kiều Oanh (2017) tuổi > 70 chiếm 15,9%, tỷ lệ nam/nữ 2,9/1[3], nhưng thấp hơn so với tác giả nước ngoài Biesma (2011) tuổi trung vị là 74, có cả nhóm bệnh nhân trên 80 tuổi[5]. Sự khác biệt này do tính chất của bệnh viện điều trị có chức năng chăm sóc cho các đối tượng cán bộ hưu, chủ yếu là nam giới, mặt bằng tuổi trung bình cao hơn các nơi khác. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số bệnh nhân có bệnh kèm theo chiếm 37,3%, tỷ lệ hút thuốc chiếm tỷ lệ cao 62,7%, tỷ lệ bệnh nhân giai đoạn IVB cao hơn IVA là 56,9% so với 43,1%, mô bệnh học chủ yếu là biểu mô tuyến chiếm 70,6%, còn lại là biểu mô vảy 27,4% và biểu mô tế bào lớn 2,0%.

Liều điều trị so với liều chuẩn ở nhóm bệnh nhân dùng liều $\geq 85\%$ chiếm tỷ lệ 80,4%, nhóm bệnh nhân dùng liều < 85% chiếm tỷ lệ 19,6%. Kết quả này tương tự với tác giả Trương Thị Kiều Oanh (2017) số bệnh nhân dùng liều $\geq 85\%$ chiếm tỷ lệ 77,8%[3], tuy các bệnh nhân trong nghiên cứu cao tuổi, nhưng đa số có thể trạng tốt nên có thể dùng được đủ liều để đạt được kết quả điều trị tối ưu.

2. Tác dụng không mong muốn

2.1 Độc tính trên hệ tạo huyết. Độc tính trên hệ tạo huyết là độc tính được quan tâm nhất khi điều trị hóa chất. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ giảm bạch cầu là 25,5%, giảm bạch cầu trung tính là 37,3%, giảm huyết sắc tố là 29,4% và giảm tiểu cầu là 13,7%. Tuy vậy phần lớn độc tính ở mức độ 1 và 2. Số bệnh nhân có độc tính nghiêm trọng (độ 3 và 4) có tỷ lệ thấp: giảm bạch cầu độ 3 là 5,9%, không có độ 4; giảm bạch cầu trung tính độ 3 là 7,8%, độ 4 là 2,0%; không có trường hợp nào giảm huyết sắc tố và giảm tiểu cầu độ 3,4.

Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả của tác giả Trương Thị Kiều Oanh (2017) khi

nghiên cứu 63 bệnh nhân cao tuổi cho thấy giảm bạch cầu là 20,6%, giảm bạch cầu trung tính là 38,1%, giảm huyết sắc tố là 27%, giảm tiểu cầu 12,7% [3] và cũng tương đồng với kết quả của Biesma và cs (2011) giảm bạch cầu 17%, giảm bạch cầu hạt 33%, giảm tiểu cầu 2% [5]. Một nghiên cứu khác trên bệnh nhân cao tuổi lại cho kết quả cao hơn so với kết quả của chúng tôi. Theo Shenshaw và cs (2012), tỷ lệ độc tính độ 3, 4 ở bạch cầu hạt là 22,7%; huyết sắc tố 9,1%; tiểu cầu 4,5%. Sự khác biệt này là do nghiên cứu trên dùng liều Paclitaxel và Carboplatin cao hơn nghiên cứu của chúng tôi, Paclitaxel 200mg/m² kết hợp Carboplatin AUC 6 [6].

2.2 Độc tính trên chức năng gan, thận, tiêu hóa. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận độc tính tăng men gan AST/ALT là 13,7%; buồn nôn 19,6%; nôn 9,8%; tiêu chảy 11,8% và các độc tính này đều ở độ 1, 2. Trong đó có 1 bệnh nhân tăng Creatinin máu độ 1 chiếm 2,0%, là trường hợp bệnh nhân có tiêu chảy, nhưng Creatinin về bình thường sau truyền bù dịch điện giải.

Kết quả này cũng tương tự như tác giả Trương Thị Kiều Oanh (2017) tỷ lệ tăng men gan là 12,7%; buồn nôn 14,3%; nôn 9,5%; ỉa chảy 12,7% đều ở độ 1, 2 [3]. Theo Shenshaw và cs (2012) với liều hóa chất cao hơn, tỷ lệ nôn độ 3, 4 là 13,6%, cao hơn so với kết quả của chúng tôi [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tăng Creatinin chiếm 2,0% cao hơn các nghiên cứu trên, xuất hiện ở 1 bệnh nhân có tiêu chảy, do vậy cần chú ý bù đủ dịch điện giải đối với các bệnh nhân có tác dụng phụ tiêu chảy khi sử dụng phác đồ này.

2.3 Các độc tính khác. Độc tính thần kinh cảm giác ngoại vi trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ 17,6% ở độ 1/2, không có bệnh nhân nào độ 3/4. Kết quả này tương tự các tác giả Trương Thị Kiều Oanh (2017) 15,9%[3] và Biesma (2011) 15% [5]. Nhưng thấp hơn so với Shenshaw và cs (2012) khi sử dụng liều hóa chất cao hơn, tỷ lệ rối loạn thần kinh cảm giác ngoại vi độ 3, 4 là 22,7% [6]

Độc tính đau xương khớp chiếm tỷ lệ 21,6%, đều ở mức độ 1/2 và được khắc phục bằng thuốc giảm đau thông thường. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều rụng tóc sau hóa trị, với 41,2% độ 3 và 58,8% độ 4. Kết quả này tương tự với tác giả Nguyễn Trọng Hiếu (2012) tỷ lệ đau xương khớp 25%; tỷ lệ rụng tóc độ 3/4 là 100% [2].

2.3 Độc tính gây trì hoãn và ngưng điều trị. Tỷ lệ bệnh nhân phải trì hoãn và ngưng điều trị chiếm tỷ lệ thấp, chủ yếu do độc tính trên hệ tạo huyết là giảm bạch cầu trung tính 7,8% và giảm huyết sắc tố 5,9%. Trong đó có 2 bệnh

nhân (3,9%) xuất hiện giảm bạch cầu trung tính độ 3 và giảm huyết sắc tố độ 2 phải trì hoãn điều trị 1 tuần, 1 bệnh nhân (2%) giảm bạch cầu trung tính độ 4 và giảm huyết sắc tố độ 2 ngưng điều trị sau 3 chu kỳ, 1 bệnh nhân (2%) giảm bạch cầu trung tính độ 3 và giảm tiểu cầu độ 2 ngưng điều trị sau 4 chu kỳ.

Tỷ lệ trì hoãn điều trị do độc tính tăng AST/ALT là 2%, thần kinh cảm giác ngoại vi là 2%, đau xương khớp là 2%. Các bệnh nhân điều trị phải trì hoãn 1-2 tuần điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào tử vong liên quan đến độc tính.

V. KẾT LUẬN

Các độc tính trên hệ tạo huyết bao gồm: tỷ lệ giảm BC, BCTT là 25,5%; 37,3%, trong đó chủ yếu là giảm BC và giảm BCTT độ 1/2 là 19,6% và 27,4%. Tỷ lệ giảm HST, giảm tiểu cầu là 29,4% và 13,7%, đều ở độ 1/2. Độc tính trên gan, thận, tiêu hóa bao gồm: tỷ lệ tăng AST/ALT và tăng Creatinin là 13,7% và 2,0%, tỷ lệ buồn nôn, nôn là 19,6% và 9,8%, tiêu chảy là 11,8%, đều ở độ 1/2. Tỷ lệ rối loạn thần kinh cảm giác ngoại vi, đau xương khớp là 17,6% và 21,6%, ở độ 1/2. Rụng tóc gặp ở tất cả các bệnh nhân sau hóa trị. Tỷ lệ trì hoãn và ngưng điều trị thấp, chủ yếu do giảm BCTT là 7,8% và giảm HST là 5,9%. Không có trường hợp nào tử vong liên quan đến độc tính. Các độc tính ghi nhận trong nghiên cứu đều chấp nhận được và an toàn để điều trị cho

bệnh nhân cao tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Tuấn Anh, Nguyễn Ngọc Bảo Hoàng (2013). Đặc điểm lâm sàng và điều trị của 1158 bệnh nhân ung thư phổi tại Trung tâm Ung bướu Chợ Rẫy. Y học thực hành, 8(8), 7869.
2. Nguyễn Trọng Hiếu (2012), Đánh giá hiệu quả và độc tính phác đồ Paclitaxel/Carboplatin trong ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIB-IV, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
3. Trương Thị Kiều Oanh (2017), Đánh giá đáp ứng hóa chất phác đồ Paclitaxel-Carboplatin bước 1 ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB-IV trên 60 tuổi, Luận án thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
4. Bray F, Ferlay J et al (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries, CA Cancer J Clin, 2018 Nov, 68(6), 394-424.
5. B. Biesma, A. N. M. Wymenga, A. Vincent et al (2011). Quality of life, geriatric assessment and survival in elderly patients with non-small-cell lung cancer treated with carboplatin-gemcitabine or carboplatin-paclitaxel: NVALT-3 a phase III study. Annals of Oncology, 22, 1520-1527.
6. Hala Mohamed El-Shenshaw, Saleh Taema, Eman El-Zahaf et al (2012). Advanced non-small cell lung cancer in elderly patients : The standard every 3-weeks versus weekly paclitaxel with carboplatin. Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis, 61, 485 -493.
7. Junya Zhu, Dhruv B. Sharma, Aileen B. Chen, et al(2013). Comparative Effectiveness of Three Platinum - Doublet Chemotherapy Regimens in Elderly Patients With Advanced Non-Small Cell Lung Cancer. Cancer, 119, 2048-2060.

NGHIÊN CỨU RỐI LOẠN LIPID MÁU Ở NGƯỜI CAO TUỔI TĂNG HUYẾT ÁP

Nguyễn Văn Tuấn¹, Hoàng Thị Cúc¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ rối loạn lipid máu và mối liên quan giữa rối loạn lipid máu với một số chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng ở người cao tuổi tăng huyết áp điều trị tại Bệnh viện đa khoa 115 - Nghệ An. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 150 bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát điều trị tại Bệnh viện đa khoa 115 - Nghệ An. **Kết quả:** (1) Tỷ lệ rối loạn lipid máu ở bệnh nhân cao tuổi tăng huyết áp là 88,0%; (2) Có mối liên quan giữa rối loạn lipid máu với tình trạng gan nhiễm

mỡ, chỉ số BMI, chỉ số vòng bụng, thời gian phát hiện tăng huyết áp, uống nhiều rượu và ít vận động thể lực; (3) Chưa thấy mối liên quan giữa rối loạn lipid máu với nhóm tuổi (nhóm bệnh nhân ≥ 70 tuổi so với nhóm bệnh nhân 60 - 69 tuổi), giới, tiền sử gia đình bị rối loạn lipid máu. **Kết luận:** Rối loạn lipid máu chiếm tỷ lệ rất cao ở bệnh nhân cao tuổi tăng huyết áp, đặc biệt ở những bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ tim mạch khác đi kèm như thừa cân, béo phì, uống nhiều rượu và ít vận động thể lực.

Từ khóa: Rối loạn lipid máu, người cao tuổi, tăng huyết áp

SUMMARY

DYSLIPIDEMIA IN ELDERLY PATIENTS WITH HYPERTENSION

Objectives: To survey the prevalence of dyslipidemia and the relationship between dyslipidemia and some clinical and subclinical indexes

¹Trường Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tuấn
Email: tuanminh1975@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 5.10.2021

Ngày duyệt bài: 13.10.2021