

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PEMETREXED BƯỚC 2 TRONG UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN CỦA PHỔI GIAI ĐOẠN IV

Lê Thị Vân Anh¹, Nguyễn Thị Thái Hòa², Nguyễn Văn Hiếu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS) và các tác dụng phụ của phác đồ Pemetrexed bước 2 trên bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến của phổi giai đoạn IV tại Bệnh viện K từ tháng 1/2017 đến tháng 8/2021. **Đối tượng và phương pháp:** Hồi cứu kết hợp tiền cứu có theo dõi dọc trên 33 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến của phổi giai đoạn IV được điều trị Pemetrexed sau tiến triển hóa trị bước 1 bộ đôi có platinum. **Kết quả:** Trung vị sống thêm bệnh không tiến triển là 3.4 tháng. Phân tích dưới nhóm cho thấy trung vị PFS không khác nhau giữa các phân nhóm tuổi và giới ($p=0.198$ và $p=0.283 > 0.05$). Trung vị PFS của nhóm có thể trạng ECOG=0-1 cao hơn nhóm ECOG=2, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0.029$). Thuốc dung nạp tốt. Độc tính chủ yếu gồm thiếu máu, tăng men gan, mệt mỏi, và buồn nôn đều ở mức độ I, II. Không ghi nhận độc tính độ III, IV. **Kết luận:** Phác đồ Pemetrexed bước 2 là lựa chọn điều trị phù hợp, hiệu quả với dữ liệu độc tính an toàn cho bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến của phổi sau thất bại hóa chất bước 1 bộ đôi có platinum.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tuyến của phổi, điều trị bước 2, sống thêm bệnh không tiến triển.

SUMMARY

EVALUATION OF THE TREATMENT OUTCOMES OF PEMETREXED IN SECOND-LINE TREATMENT OF LUNG ADENOCARCINOMA STAGE IV

Objective: To evaluate progression-free survival and side effects of Pemetrexed in second-line treatment of patients with lung adenocarcinoma stage IV at K hospital from January 2017 to August 2021. **Methods:** Combined retrospective and prospective longitudinal study in 33 patients with lung adenocarcinoma stage IV treated with Pemetrexed after progression on platinum-containing first-line chemotherapy. **Results:** Median progression-free survival was 3.4 months. There were no significant differences in median PFS between subgroups in terms of age and sex. The median PFS of patients with better performance status (ECOG) was superior compared to those with poorer ECOG ($p=0.029$). Toxicity: The regimen was well tolerated. The most common toxicities were anemia, elevated

transaminases, fatigue, and nausea which all at grade 1-2 toxicity. No patients experienced grade 3-4 toxicity. **Conclusion:** Pemetrexed is an reasonable, effective, and safe option for the second-line treatment of metastatic lung adenocarcinoma priorly treated with platinum-containing chemotherapy.

Keywords: Lung adenocarcinoma, second-line treatment, progression-free survival.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là bệnh lý ác tính thường gặp và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư trên phạm vi toàn cầu. Theo Globocan 2018, tại Việt Nam, UTP đứng hàng thứ 2 chỉ sau ung thư gan với tổng số ca mới mắc và tử vong lần lượt là 23667 (14.4%) và 20710 (18.0%). Tiên lượng sống thêm của UTP vẫn còn rất hạn chế, số bệnh nhân UTP đạt được thời gian sống thêm từ 5 năm trở lên chỉ khoảng 19% [1], [2], [3]. UTP được chia thành 2 nhóm: UTP tế bào nhỏ và UTP không tế bào nhỏ (UTPKTBN). Ung thư biểu mô tuyến của phổi (UTBMTP) thuộc nhóm UTPKTBN là tuýp thường gặp nhất, chiếm 38.5% số trường hợp UTP [4].

Mặc dù khoa học đã có nhiều tiến bộ trong phát hiện và chẩn đoán sớm UTP, nhưng đa phần bệnh nhân tại thời điểm chẩn đoán đã ở giai đoạn muộn, có di căn xa. Khi đó, rào cản về gánh nặng u, thể trạng và tuổi tác khiến việc điều trị gặp nhiều khó khăn. Trong suốt thập kỷ qua, những nỗ lực không ngừng đặt ra để tìm ra các thuốc mới, các tuần tự điều trị nhằm cải thiện kết quả sống thêm cho bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn di căn. Kết quả cải thiện đáng kể nhất phải kể đến sự ra đời của các thuốc điều trị đích, tuy nhiên chỉ dành cho phân nhóm bệnh nhân có đột biến EGFR nhạy thuốc hoặc tái tổ hợp gen ALK. Đối với nhóm không có hoặc không rõ tình trạng đột biến, liệu pháp miễn dịch đơn thuần hoặc phối hợp hóa chất cũng đem lại những kết quả kỳ vọng. Tuy vậy, hóa chất vẫn là điều trị cơ bản do tính có sẵn cũng như chi phí điều trị bệnh nhân có thể tiếp cận được [5].

Điều trị bước 2 UTPKTBN giai đoạn di căn sau khi tiến triển với hóa trị bước 1 là cần thiết để giúp kéo dài thời gian sống thêm cho bệnh nhân. Ở bước này, thể trạng bệnh nhân đã kém đi nhiều do trải qua nhiều chu kỳ điều trị trước đó, nên mục tiêu là lựa chọn các thuốc vừa có hiệu

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Vân Anh

Email: vanhle.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 13.10.2021

Ngày duyệt bài: 22.10.2021

quả, dung nạp tốt và ít độc tính tích lũy. Pemetrexed- một thuốc kháng ung thư nhóm folate áp dụng với nhóm UTPKTBN không vảy, đã cho thấy vai trò trong điều trị bước 2 nhờ hiệu quả điều trị, độc tính thấp và tiện lợi khi sử dụng. Nghiên cứu ngẫu nhiên pha III của Hannah (2004) và Pujol (2007) so sánh đối đầu Pemetrexed và Docetaxel trong điều trị bước 2 cho thấy hiệu quả tương đương về thời gian sống thêm giữa 2 thuốc, nhưng độc tính do Pemetrexed dễ quản lý hơn Docetaxel [6], [7].

Tại bệnh viện K, việc điều trị Pemetrexed đơn trị bước 2 cho ung thư biểu mô tuyến của phổi sau tiến triển hóa chất bước 1 đã được áp dụng trong những năm gần đây. Tuy nhiên tại Việt Nam, còn ít dữ liệu đánh giá tính hiệu quả và mức độ an toàn của phác đồ này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm 2 mục tiêu:

1. *Đánh giá thời gian sống thêm bệnh không tiến triển của phác đồ Pemetrexed bước 2 trên bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến của phổi giai đoạn IV*

2. *Nhận xét một số tác dụng phụ không mong muốn của phác đồ*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. Gồm 33 bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn IV tiến triển sau điều trị hóa chất bước 1, được điều trị bằng Pemetrexed bước 2 từ tháng 1/2017 đến tháng 8/2021 tại Bệnh viện K.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Chẩn đoán mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến của phổi.

Không có hoặc không biết tình trạng đột biến EGFR hoặc ALK.

Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến của phổi giai đoạn IV tiến triển sau hóa trị bước 1 bộ đôi có platinum và được điều trị bước 2 bằng Pemetrexed, tối thiểu 2 đợt.

Chỉ số toàn trạng ECOG 0-2.

Không mắc bệnh ung thư khác.

Chức năng gan, thận, tủy xương trong giới hạn cho phép hóa trị.

Có ít nhất 1 tổn thương đích đo được để đánh giá đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST.

Bệnh nhân có hồ sơ bệnh án theo dõi đầy đủ thông tin

Tiêu chuẩn loại trừ:

Trước đó đã điều trị Pemetrexed.

Bỏ dở điều trị hoặc không theo đúng phác đồ điều trị vì lý do không phải chuyên môn.

Có tình trạng tràn dịch màng phổi hoặc di căn não không kiểm soát được.

Không có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

2.2 Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu, có theo dõi dọc.

Thu thập thông tin: Thu thập thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất, dựa trên thông tin hồi cứu từ bệnh án lưu trữ.

Các bước tiến hành: chọn mẫu thuận tiện.

- Thu thập thông tin chung và ghi nhận đặc điểm LS, CLS trước điều trị Pemetrexed.

- Điều trị, đánh giá đáp ứng khách quan tổn thương theo tiêu chuẩn RECIST.

- Đánh giá độc tính của phác đồ theo tiêu chuẩn CTCAE v4.0.

2.3 Phân tích và xử lý số liệu: Các thông tin thu thập được mã hóa và xử lý trên phần mềm SPSS 20.0, phân tích thời gian sống thêm theo phương pháp Kaplan-Meier.

2.4 Đạo đức nghiên cứu: Phác đồ có trong hướng dẫn điều trị UTP của Bộ Y Tế.

Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân

	n	%
Giới:		
Nam	27	81.8
Nữ	6	18.2
Nhóm tuổi:		
≤ 49	5	15.2
50-59	12	36.4
≥ 60	16	48.5
ECOG:		
0-1	27	81.8
2	6	18.2

Nhận xét: Tuổi mắc bệnh trung bình 58.3 ± 7.6, tuổi thấp nhất 42 và tuổi cao nhất 75 tuổi.

Tuổi càng cao nguy cơ mắc bệnh càng cao. Nhóm ≥ 60 tuổi chiếm tỷ lệ mắc cao nhất là 48.5% trong khi nhóm ≤ 49 tuổi chỉ chiếm 15.2%.

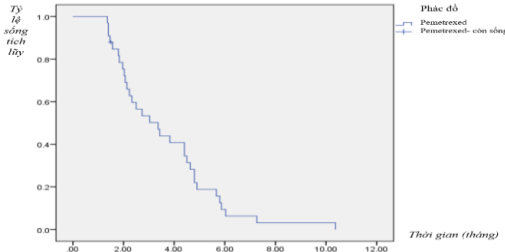
UTP là bệnh lý gặp chủ yếu ở nam giới (tỷ lệ nam/nữ = 4.5/1).

Phần lớn bệnh nhân có chỉ số toàn trạng ECOG từ 0-1, chiếm tỷ lệ 81.8%.

Bảng 2. Vị trí di căn

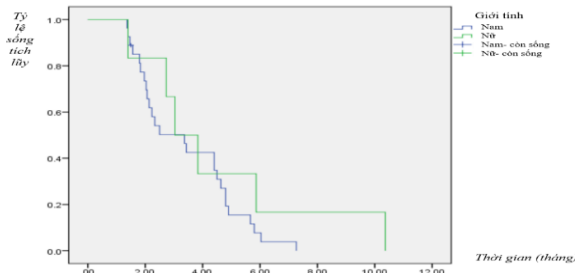
Vị trí	n	%
Phổi	12	36.4
Xương	15	45.5
Màng phổi	12	36.4
Gan	4	12.1
Não	3	9.1
Thượng thận	2	6.1
Khác (hạch cổ, phần mềm, hạch nách..)	7	21.2
Số vị trí di căn		
Di căn 1 vị trí	9	27.3
Di căn ≥ 2 vị trí	24	72.7

Nhận xét: Trong các vị trí di căn, xương, phổi và màng phổi gặp phổ biến nhất, chiếm tỷ lệ lần lượt là 45.5%, 36.4% và 36.4%. Đa phần bệnh nhân đã di căn nhiều vị trí, số bệnh nhân có tổng vị trí di căn ≥ 2 chiếm 72.7%.



Biểu đồ 1. Kết quả sống thêm bệnh không tiến triển

Nhận xét: Những bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến của phổi giai đoạn IV tiến triển bước 1 được điều trị bằng Pemetrexed đơn trị bước 2 có trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển là 3.4 ± 0.7 tháng, thấp nhất là 1.37 tháng và cao nhất là 10.37 tháng.



Biểu đồ 2. Sống thêm bệnh không tiến triển theo giới

Nhận xét: Trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển ở nam là 3.376 ± 0.759 ; ở

Bảng 3. Tác dụng không mong muốn

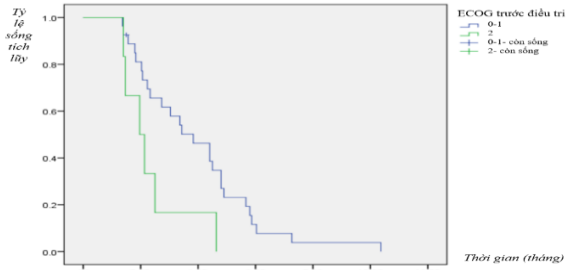
Độc tính (n=144)	ĐỘ I		ĐỘ II		ĐỘ III		ĐỘ IV		ĐỘ V	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Thiếu máu (Hb)	22	15.3	1	0.7	0	0	0	0	0	0
Hạ bạch cầu	1	0.7	0	0	0	0	0	0	0	0
Hạ bạch cầu TT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hạ tiểu cầu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tăng men gan	32	22.2	3	2.1	0	0	0	0	0	0
Tăng creatinin	1	0.7	0	0	0	0	0	0	0	0
Mệt mỏi (n=33)	7	21.2	3	9.1	0	0	0	0	0	0
Buồn nôn (n=33)	7	21.2	1	3	0	0	0	0	0	0
Nôn (n=33)	4	12.1	0	0	0	0	0	0	0	0
Tiểu chảy (n=33)	2	6.1	0	0	0	0	0	0	0	0

Nhận xét: Trên hệ huyết học: độc tính thiếu máu ghi nhận 16% hạ độ I, II, không có bệnh nhân nào thiếu máu từ độ III trở lên. Các độc tính về hạ bạch cầu, bạch cầu trung tính và tiểu cầu không đáng kể.

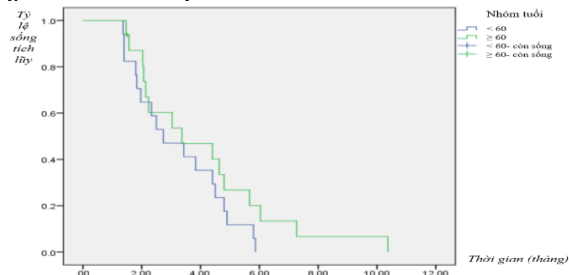
Chức năng gan thận: trong 144 chu kỳ, có

nữ là 3.033 ± 0.674 . Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0.283$).

Biểu đồ 3. Sống thêm bệnh không tiến triển theo chỉ số toàn trạng ECOG PS



Nhận xét: Trung vị sống thêm bệnh không tiến triển ở nhóm bệnh nhân ECOG 0-1 là 3.833 ± 0.693 tháng cao hơn nhóm ECOG 2 là 1.967 ± 0.408 tháng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0.029 < 0.05$).



Biểu đồ 4. Sống thêm bệnh không tiến triển theo nhóm tuổi

Nhận xét: Trung vị sống thêm bệnh không tiến triển ở nhóm < 60 tuổi là 2.733 ± 0.755 tháng và nhóm ≥ 60 tuổi là 3.367 ± 1.39 tháng. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0.198$)

24.3% xuất hiện tăng men gan độ I, II. Chức năng thận ít bị ảnh hưởng.

Trong số 33 bệnh nhân, mệt mỏi và buồn nôn khá thường gặp. 30.3% bệnh nhân mệt mỏi mức độ I, II và 24.2% bệnh nhân buồn nôn mức độ I, II.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm bệnh nhân. Trong số 33 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ mắc UTP tăng dần theo tuổi. Nhóm ≥ 60 tuổi chiếm tỷ lệ mắc cao nhất 48.5%. Bệnh chủ yếu hay gặp ở nam giới. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đây về UTP [6], [8].

Việc đánh giá chỉ số toàn trạng trước điều trị là quan trọng để xác định bệnh nhân nào đủ khả năng tiếp nhận điều trị hóa chất. Theo hướng dẫn của NCCN, những bệnh nhân có điểm ECOG PS ≤ 2 hoặc KPS $\geq 60\%$ có thể được chỉ định điều trị hóa chất. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết bệnh nhân có chỉ số ECOG PS từ 0-1, chiếm 81.8%. Số bệnh nhân ECOG 2 chiếm 18.2%.

4.2 Vị trí di căn. Vị trí di căn hay gặp nhất là ở xương, phổi, màng phổi. Đa phần bệnh nhân đã di căn nhiều vị trí, số bệnh nhân có tổng vị trí di căn ≥ 2 chiếm 72.7%. Điều này phù hợp với tình trạng bệnh ở giai đoạn muộn đã thất bại với liệu pháp điều trị trước đó, đồng thời cũng cho thấy sự phức tạp của bệnh và gánh nặng cần phải tìm ra phương án điều trị phù hợp.

4.3 Kết quả điều trị. Trung vị PFS trong nghiên cứu của chúng tôi là 3.4 tháng. Khi đánh giá kết quả điều trị Docetaxel bước 2, nghiên cứu của Trần Nguyên Bảo (2014) cho kết quả PFS trung bình là 5.7 tháng; Trên thế giới, nghiên cứu ngẫu nhiên pha III của Hanna và cộng sự (2004) so sánh đối đầu kết quả điều trị của Pemetrexed và Docetaxel bước 2 sau thất bại hóa chất trước đó cho thấy trung vị PFS tương đương nhau 2.9 tháng [6], [7]. Lý giải cho kết quả sống thêm bệnh không tiến triển trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn của tác giả Trần Nguyên Bảo (2004) và Nguyễn Thị Hương (2019) là do nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ bao gồm bệnh nhân ở giai đoạn IV, đã di căn nhiều vị trí và tới gần 20% số bệnh nhân có chỉ số toàn trạng ECOG=2; trong khi đó, nhóm bệnh nhân của 2 tác giả trên bao gồm cả giai đoạn III và IV, đa phần di căn 1 vị trí và có thể trạng tốt hơn (không có bệnh nhân nào ECOG PS = 2) [9]. Kết quả của chúng tôi cao hơn một chút so với kết quả trong nghiên cứu của Hanna (2019), có thể do trong nghiên cứu của Hanna, thời điểm đánh giá đáp ứng điều trị nghiêm ngặt hơn, bệnh nhân theo dõi và giám sát chặt chẽ nên sớm phát hiện được tình trạng bệnh tiến triển.

Khi phân tích dưới nhóm, trung vị PFS không khác biệt giữa nam và nữ, giữa bệnh nhân < 60 tuổi và ≥ 60 tuổi ($p=0.198$ và $p=0.283 > 0.05$). Tuy nhiên, kết quả này ở nhóm bệnh nhân có

thể trạng tốt hơn (ECOG=0-1) cao hơn có ý nghĩa với nhóm bệnh nhân có thể trạng kém (ECOG=2) ($p=0.029$). Bệnh nhân có thể trạng tốt hơn liên quan đáng kể đến việc tăng dung nạp hóa chất, liều được sử dụng tối đa, độc tính cũng có thể thấp hơn vì vậy giúp cải thiện được PFS.

4.4 Tác dụng phụ không mong muốn. Độc tính trên hệ huyết học, gan thận chủ yếu gồm thiếu máu, tăng men gan với tỷ lệ lần lượt là 16% và 24.3% mức độ I-II. Không ghi nhận trường hợp nào độ III, IV. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương (2019) cho thấy độc tính thiếu máu (hạ Hb) và hạ bạch cầu trong điều trị Docetaxel bước 2 là 24.8% và 28.9%. Tỷ lệ này cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi. Điều này phù hợp với các so sánh đối đầu 2 thuốc điều trị bước 2 Docetaxel và Pemetrexed trên thế giới, Pemetrexed có dữ liệu độc tính an toàn hơn Docetaxel [6], [7]. Tỷ lệ tăng men gan trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu về điều trị Pemetrexed đơn trị khác [5], [6], [7]. Tuy nhiên hầu hết bệnh nhân gặp phải tình trạng tăng men gan trong nghiên cứu của chúng tôi đều có liên quan tới di căn gan và bệnh lý viêm gan đi kèm. Có 2 bệnh nhân trong số đó phải trì hoãn điều trị hóa chất 1 tuần, nhưng sau đó tiếp tục điều trị bình thường.

Trong các độc tính ngoài hệ huyết học, gan thận, tỷ lệ bệnh nhân gặp phải mệt mỏi, buồn nôn khi điều trị Pemetrexed thường gặp nhất. Tuy nhiên chỉ ở mức độ nhẹ, không đáng lo ngại.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 33 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến của phổi được điều trị phác độ Pemetrexed sau tiến triển với hóa chất bước 1 tại Bệnh viện K từ tháng 1/2017 đến tháng 8/2021, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

Trung vị PFS là 3.4 tháng.

Trung vị PFS không khác biệt về giới và tuổi, nhưng cao hơn có ý nghĩa ở nhóm có thể trạng tốt (ECOG=0-1) so với nhóm có thể trạng kém hơn (ECOG=2) ($p=0.029$).

Thuốc dung nạp tốt, độc tính trên hệ huyết học và gan thận chủ yếu gồm thiếu máu, tăng men gan. Độc tính ngoài ra hay gặp là mệt mỏi, buồn nôn. Tất cả đều được ghi nhận ở mức độ nhẹ (độ I, II).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Văn Thuận (2019)**, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh ung thư thường gặp, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. **International Agency for Research on Cancer (2018)**. Globocan 2018- Vietnam. WHO.
3. **National Comprehensive Cancer Network**

- (NCCN) (2020), Non-small cell lung cancer, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, Version 3.2020.
4. **Dela Cruz C.S., Tanoue L.T., and Matthey R.A. (2011).** Lung Cancer: Epidemiology, Etiology, and Prevention. Clinics in Chest Medicine, **32(4)**, 605–644.
 5. **Tomasini P., Barlesi F., Mascoux C., et al. (2016).** Pemetrexed for advanced stage nonsquamous non-small cell lung cancer: latest evidence about its extended use and outcomes. Therapeutic Advances in Medical Oncology.
 6. **Hanna N., Shepherd F.A., Fossella F.V., et al. (2004).** Randomized phase III trial of pemetrexed versus docetaxel in patients with non-small-cell lung cancer previously treated with chemotherapy. J Clin Oncol, **22(9)**, 1589–1597.
 7. **Pujol J.-L., Paul S., Chouaki N., et al. (2007).** Survival without common toxicity criteria grade 3/4 toxicity for pemetrexed compared with docetaxel in previously treated patients with advanced non-small cell lung cancer (NSCLC): a risk-benefit analysis. J Thorac Oncol, **2(5)**, 397–401.
 8. **Bùi Công Toàn- Hoàng Đình Chân (2008),** Bệnh ung thư phổi, Nhà xuất bản Y học.
 9. **Trần Nguyễn Bảo (2014).** Đánh giá hiệu quả điều trị Docetaxel trong điều trị bước 2 UTPKTBN tại Bệnh viện Ung Bướu Hà Nội. Luận văn thạc sĩ Y học, Đại Học Y Hà Nội.

TÌNH TRẠNG CĂNG THẺ CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ TẠI MỘT SỐ BỆNH VIỆN ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN COVID-19 TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH NĂM 2021

Vũ Thị Cúc¹, Nguyễn Phúc Thành Nhân¹, Nguyễn Xuân Chi²,
Nguyễn Võ Minh Hoàng², Võ Văn Thắng^{1,3}, Nguyễn Minh Quân²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhân viên y tế là đối tượng tiếp xúc trực tiếp với cảm xúc tiêu cực ở mức độ cao dường như làm tăng nguy cơ dẫn đến hậu quả lâu dài như căng thẳng thứ phát, các triệu chứng trầm cảm hoặc kiệt sức nghề nghiệp với các kết quả bất lợi đến chất lượng chăm sóc sức khỏe. **Mục tiêu:** Đánh giá mức độ căng thẳng của nhân viên y tế và một số yếu tố liên quan tại một số bệnh viện điều trị bệnh nhân COVID-19 tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2021. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 244 nhân viên y tế tại 12 bệnh viện, cơ sở y tế tuyến đầu điều trị COVID-19 tại thành phố Hồ Chí Minh. Sử dụng cấu phần căng thẳng từ thang đo Trầm cảm – Lo âu – căng thẳng (DASS-21) để đánh giá mức độ căng thẳng của nhân viên y tế. **Kết quả:** Trong 244 nhân viên y tế tham gia nghiên cứu, tỷ lệ có tình trạng căng thẳng là 80,3%, trong đó tỷ lệ có căng thẳng ở mức độ rất nặng, nặng, vừa và nhẹ lần lượt là: 12,3%, 27,9%, 22,5% và 17,6%. Phân tích hồi quy logistic cho thấy có 2 yếu tố liên quan đến tình trạng căng thẳng ở nhân viên y tế bao gồm: trực tiếp tham gia điều trị bệnh nhân COVID-19 (OR=2,14, 95%CI: 1,01 - 4,53; p<0,05) và thường xuyên chịu áp lực từ cấp trên trong công việc (OR=7,05; 95%CI: 1,55 - 31,9; p<0,05). **Kết luận:** Tỷ lệ nhân viên y tế có tình trạng căng thẳng rất cao. Cần

giảm thời gian làm việc và tăng cường chính sách đảm bảo an toàn môi trường bệnh viện, đặc biệt quan tâm nhiều hơn cho nhân viên y tế tiếp xúc trực tiếp với bệnh nhân COVID-19 trong quá trình điều trị

Từ khóa: Căng thẳng, nhân viên y tế, COVID-19, thành phố Hồ Chí Minh

SUMMARY

STRESS AMONG MEDICAL WORKERS IN SOME HOSPITALS TREATING COVID-19 PATIENTS IN HO CHI MINH CITY

Background: Medical workers are directly exposed to high levels of negative emotions that appear to increase the risk of long-term consequences such as secondary stress, depressive symptoms or burnout occupation with adverse outcomes for health care quality. **Objectives:** To assess the stress level of medical workers and its related factors at some hospitals treating COVID-19 patients in Ho Chi Minh City in 2021. **Methods:** A cross sectional study was conducted on 244 medical workers in 12 hospitals and frontline medical units treating COVID-19 patients in Ho Chi Minh City from September 13 to 20, 2021. Using the stress component of the 21-item Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) to assess the level of stress among healthcare workers. **Results:** A total of 244 medical workers, 80.3% experienced stress. The prevalence of stress was found to be in the range of mild (17.6%), moderate (22.5%), severe (29.7%), of extremely severe (12.3%). Multivariable logistic regression model showed that directly treating COVID-19 patients (OR=2.14, 95%CI: 1.01 - 4.53; p<0.05) and often under pressure from superiors at work (OR = 7.05; 95%CI: 1.55 - 31.9; p<0.05) were associated with stress. **Conclusion:** The prevalence of stress among medical workers was very high. It is necessary to reduce working time and strengthen special policies to ensure the highest level of safety in hospital

¹Viện Nghiên cứu Sức khỏe Cộng đồng, Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

²Bệnh viện thành phố Thủ Đức, Hồ Chí Minh

³Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Quân

Email: tsmnhquanbvttd@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 12.10.2021

Ngày duyệt bài: 19.10.2021