

theo dõi dài hạn >12 tháng để đánh giá chính xác hơn độ ổn định và yếu tố nguy cơ thiếu chỉnh, tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Chí Trung Thế Truyền** (2012). Tình tiến vật cơ trán trong điều trị sụp mí nặng. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, 16.
2. **Cates C.A., Tyers A.G.** (2001). Outcomes of anterior levator resection in congenital blepharoptosis. *Eye (Lond)*, 15(6):770-3.
3. **Katowitz J.A.** (2002). Pediatric Ptosis. In: *Pediatric Oculoplastic Surgery*. Springer.
4. **Mokhtarzadeh A., Bradley E.A.** (2016). Safety and Long-term Outcomes of Congenital Ptosis Surgery. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus*, 53(4):212-7.

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ NỘI TIẾT KẾT HỢP TRASTUZUMAB TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ TÁI PHÁT, DI CĂN THỤ THỂ NỘI TIẾT DƯƠNG TÍNH, HER2 DƯƠNG TÍNH TẠI BỆNH VIỆN K

Lê Thanh Đức¹, Nguyễn Thị Lan¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả và độ an toàn của điều trị nội tiết kết hợp trastuzumab trên bệnh nhân ung thư vú tái phát, di căn HR+/HER2+ tại Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu – tiền cứu trên 51 bệnh nhân ung thư vú HR+/HER2+ tái phát, di căn, điều trị tại Bệnh viện K giai đoạn 01/2015 – 07/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình khi chẩn đoán 59,0. Tỷ lệ đáp ứng chung (ORR) 21,6%; bệnh giữ nguyên 39,2%; lợi ích lâm sàng (CBR) 60,8%. Trung vị PFS 6,5 tháng. Không có khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm AI và fulvestrant, cũng như giữa nhóm có và không hóa trị cam ứng ($p > 0,05$). Tác dụng phụ thường gặp: mệt mỏi (9,8%), đau khớp (13,7%), đau xương (11,8%), tác dụng trên tim mạch (11,8%) chủ yếu nhịp nhanh xoang. **Kết luận:** Liệu pháp nội tiết kết hợp trastuzumab mang lại lợi ích lâm sàng với PFS 6,5 tháng, an toàn, dung nạp tốt, là lựa chọn khả thi trong thực hành lâm sàng.

Từ khóa: Ung thư vú HR+/HER2+; tái phát; di căn; trastuzumab; điều trị nội tiết; sống thêm bệnh không tiến triển.

SUMMARY

EFFICACY OF ENDOCRINE THERAPY COMBINED WITH TRASTUZUMAB IN PATIENTS WITH RECURRENT OR METASTATIC HR+/HER2+ BREAST CANCER AT K HOSPITAL

Objectives: To evaluate the efficacy and safety of endocrine therapy combined with trastuzumab in patients with recurrent or metastatic HR+/HER2+ breast cancer. **Methods:** Descriptive retrospective-prospective study on 51 patients with recurrent/metastatic HR+/HER2+ breast carcinoma treated at K Hospital between 01/2015 and 07/2025. **Results:**

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Đức

Email: ducthanhle1972@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2025

Ngày duyệt bài: 11.12.2025

Mean age at diagnosis: 59.0. ORR 21.6%; stable disease 39.2%; CBR 60.8%. Median PFS: 6.5 months. No significant difference between AI vs. fulvestrant or with/without prior neoadjuvant chemotherapy ($p > 0.05$). Common adverse events: fatigue (9.8%), arthralgia (13.7%), bone pain (11.8%), cardiovascular AE (11.8%), mainly sinus tachycardia. **Conclusion:** Endocrine therapy plus trastuzumab confers significant clinical benefit with good tolerability, suggesting a feasible treatment option in HR+/HER2+ recurrent or metastatic breast cancer. **Keywords:** HR+/HER2+ breast cancer; recurrence; metastasis; endocrine therapy; trastuzumab; progression-free survival.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là loại ung thư phổ biến nhất ở phụ nữ và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư, chiếm khoảng 24–25% tổng số ca ung thư mới mỗi năm trên toàn thế giới, với xu hướng gia tăng do thay đổi lối sống, béo phì và yếu tố di truyền¹. Tại Việt Nam, Năm 2022 ung thư vú chiếm khoảng 25,8% trong tổng số các trường hợp ung thư ở nữ². Hiện nay, UTV được phân loại dựa trên đặc điểm sinh học, đặc biệt là tình trạng thụ thể nội tiết (HR) và HER2. Khoảng 15–20% bệnh nhân thuộc nhóm HR+/HER2+, có đặc điểm đồng thời nhạy cảm với hormone và khả năng tăng sinh mạnh do khuếch đại HER2, khiến bệnh tiến triển nhanh, dễ tái phát và di căn tới xương, phổi, gan hoặc não³. Ở giai đoạn tái phát, di căn, việc kiểm soát bệnh lâu dài vẫn là thách thức lớn.

Trong điều trị, trastuzumab – một kháng thể đơn dòng nhắm trúng đích HER2 – đã chứng minh hiệu quả vượt trội trong nhóm HER2+⁴, trong khi tamoxifen, aromatase inhibitors (AI) và fulvestrant là các lựa chọn chuẩn cho HR+. Sự kết hợp trastuzumab với nội tiết được nhiều nghiên cứu chứng minh mang lại lợi ích nhờ tác động bổ sung, giúp cải thiện kiểm soát bệnh⁵. Thử nghiệm TAnDEM cho thấy việc phối hợp AI

+ trastuzumab cải thiện rõ rệt PFS so với AI đơn thuần⁶. Nghiên cứu PERTAIN báo cáo AI kết hợp trastuzumab ± pertuzumab giúp kéo dài PFS 15,8–20,6 tháng và OS khoảng 57–60 tháng⁷. Các nghiên cứu khác như TH3RESA, BOLERO-1 và KATHERINE cũng khẳng định hiệu quả phối hợp nội tiết và kháng HER2 trong cải thiện thời gian sống thêm^{8,9}. Tại Việt Nam, trastuzumab đã được triển khai trong điều trị UTV HER2+, song dữ liệu nghiên cứu lâm sàng về hiệu quả phối hợp với nội tiết trong phân nhóm HR+/HER2+ vẫn còn hạn chế. Phần lớn các báo cáo hiện tại mới tập trung vào hiệu quả trastuzumab ở nhóm HER2+ nói chung. Do đó, việc nghiên cứu chuyên biệt về điều trị nội tiết kết hợp trastuzumab trên bệnh nhân HR+/HER2+ tái phát, di căn tại Bệnh viện K mang tính cấp thiết, nhằm bổ sung bằng chứng khoa học trong nước, hỗ trợ định hướng thực hành lâm sàng, đồng thời góp phần nâng cao chất lượng điều trị và cải thiện thời gian sống thêm cho người bệnh. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với các mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân UTV HR+/HER2+ tái phát, di căn.*
2. *Đánh giá hiệu quả và độ an toàn của liệu pháp nội tiết kết hợp trastuzumab.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu bao gồm các bệnh nhân ung thư vú tái phát hoặc di căn có thụ thể hormone dương tính (HR+) và HER2 dương tính (HER2+), đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn, được điều trị tại Bệnh viện K trong giai đoạn từ tháng 01/2015 đến tháng 07/2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn. Các bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu là nữ giới từ 18 tuổi trở lên, có tình trạng toàn thân ECOG PS từ 0–2, được chẩn đoán ung thư vú tái phát hoặc di căn xác nhận bằng mô bệnh học và/hoặc chẩn đoán hình ảnh. Tình trạng HR+ được xác định khi ER $\geq$ 1% và/hoặc PR $\geq$ 1% theo hóa mô miễn dịch (IHC), trong khi HER2+ được xác định bằng IHC 3+ hoặc FISH dương tính. Phân số tổng máu thất trái (LVEF) trên 50%. Đã hoàn thành điều trị hỗ trợ với trastuzumab > 6 tháng

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Giảm LVEF < 50% trong hoặc sau khi điều trị trastuzumab trước đó, có chẩn đoán ung thư nguyên phát tại cơ quan khác. Mặc bệnh mạn tính tiến triển, đe dọa tính mạng hoặc có nguy cơ tử vong gần

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Phương pháp nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu và chọn mẫu.

Tất cả bệnh nhân UTV tái phát, di căn HR+/HER2 + đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn, được điều trị tại bệnh viện K từ tháng 1/2015 đến tháng 7/2025.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Nội dung nghiên cứu và các biến số.

Nghiên cứu thu thập các thông tin hành chính (tên, tuổi, địa chỉ, số hồ sơ bệnh án, lý do nhập viện) cùng với các dữ liệu lâm sàng và cận lâm sàng. Các biến số bao gồm: tuổi, chỉ số toàn trạng theo ECOG, giai đoạn bệnh khi chẩn đoán ban đầu, đặc điểm mô bệnh học (loại mô, độ mô học, chỉ số Ki67), tình trạng HR và HER2 của u nguyên phát và u tái phát. Thông tin liên quan đến điều trị bao gồm thời gian điều trị nội tiết hỗ trợ, khoảng thời gian không bệnh, vị trí và tình trạng di căn, các phác đồ điều trị đã sử dụng trước đó. Các chỉ số theo dõi trong quá trình nghiên cứu gồm thời điểm bắt đầu điều trị, thời điểm bệnh tiến triển hoặc tử vong, tỷ lệ đáp ứng, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS) và các chỉ số an toàn (chức năng gan, thận, huyết học, chức năng tim [LVEF]).

Quy trình nghiên cứu. Đối với bệnh nhân tiến cứu, thông tin cá nhân và tiền sử bệnh được khai thác có hệ thống. Khám lâm sàng ghi nhận lý do nhập viện, triệu chứng cơ năng, chỉ số toàn trạng (ECOG), đặc điểm u nguyên phát, phương pháp điều trị ban đầu, thời điểm kết thúc điều trị trastuzumab hoặc hóa trị hỗ trợ, cũng như khoảng thời gian không bệnh. Khi bệnh tái phát, đặc điểm tổn thương tái phát, tình trạng hạch, tim mạch và các cơ quan khác được thăm khám chi tiết. Về cận lâm sàng, bệnh nhân được sinh thiết hoặc làm tế bào học để đánh giá lại tình trạng HR, HER2 và Ki67 (khi có thể), xét nghiệm công thức máu, chức năng gan thận, và thực hiện các chẩn đoán hình ảnh (siêu âm ổ bụng, X-quang ngực, xạ hình xương, điện tâm đồ, siêu âm tim). LVEF được theo dõi định kỳ nhằm đánh giá chức năng tim.

Điều trị và theo dõi. Bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn được điều trị bằng liệu pháp nội tiết kết hợp trastuzumab. Thuốc nội tiết bao gồm anastrozole (1 mg/ngày), letrozole (2,5 mg/ngày) hoặc fulvestrant (500 mg tiêm bắp ngày 1 và 15 của chu kỳ đầu, sau đó mỗi 28 ngày). Trastuzumab được sử dụng với liều tĩnh mạch 8 mg/kg ở chu kỳ đầu, sau đó 6 mg/kg mỗi 3 tuần, hoặc tiêm dưới da 600 mg. Điều trị được duy trì cho đến khi bệnh tiến triển hoặc xuất hiện độc tính không thể chấp nhận. Đáp ứng khối u được đánh giá sau mỗi 3 chu kỳ hoặc khi có dấu hiệu tiến triển. Tác dụng bất lợi được ghi nhận và xử trí trong suốt quá trình điều trị.

Chức năng tim được đánh giá định kỳ mỗi 3 tháng; nếu LVEF giảm $\geq 10\%$, trastuzumab được tạm ngừng và đánh giá lại sau 3 tuần; nếu LVEF $\leq 45\%$ sau hai lần đánh giá liên tiếp, thuốc được ngừng vĩnh viễn. Trong trường hợp gián đoạn trastuzumab trên 21 ngày, liều tải ban đầu được sử dụng lại khi tiếp tục điều trị.

Kết quả điều trị. Kết quả điều trị được đánh giá dựa trên nhiều tiêu chí chuẩn hóa. Đáp ứng khối u được xác định theo tiêu chuẩn RECIST (Response Evaluation Criteria In Solid Tumors), trong khi các tác dụng không mong muốn được phân loại và đánh giá theo bộ tiêu chí CTCAE (Common Terminology Criteria for Adverse Events). Thời gian sống thêm không bệnh tiến triển: là khoảng thời gian từ lúc bệnh nhân bắt đầu được điều trị cho tới thời điểm xác định bệnh tiến triển hoặc bệnh nhân tử vong.

2.4. Xử lý số liệu. Các thông tin được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 27.0. Các thuật toán thống kê sử dụng trong nghiên cứu: Mô tả: Trung bình, độ lệch chuẩn, khoảng tin cậy 95%, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất. Ước tính thời gian sống không bệnh, thời gian sống thêm sử dụng phương pháp Kaplan-Meier.

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Thông tin về bệnh nhân được bảo đảm bí mật, nghiên cứu chủ nhằm mục đích nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị, không phục vụ mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tuổi, n(%)		
≥ 65	19	37,3
< 65	32	62,7
Trung bình 59 tuổi		
ECOG, n(%)		
0	38	74,5
1	13	25,5
Điều trị trastuzumab trước đó, n(%)		
Có	17	33,3
Không	34	66,7
Giai đoạn bệnh khi chẩn đoán ban đầu, n(%)		
I	6	11,8
II	16	31,4
III	13	25,5
IV	16	31,3
Hóa trị cảm ứng		
Có	28	54,9
Không	23	45,1
Di căn tạng, n(%)		

Không di căn tạng	19	37,3
Có di căn tạng	32	62,7
Thuốc ức nội tiết, n(%)		
AI	31	60,7
Fulvestrant	20	39,3
Khoảng thời gian không bệnh		
< 24 tháng	13	37,5
≥ 24 tháng	22	62,5

Nhận xét: 51 bệnh nhân tham gia nghiên cứu. Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 59,0 tuổi, tuổi nhỏ nhất là 31 tuổi, cao nhất là 79 tuổi. Có 31,3% bệnh nhân ung thư vú di căn de novo, trong những bệnh nhân tái phát có 62,5% bệnh nhân có khoảng thời gian không bệnh ≥ 24 tháng. Tỷ lệ bệnh nhân có di căn tạng và không di căn tạng chiếm 37,3% và 62,7%. Trong đó 51 bệnh nhân được điều trị trastuzumab kết hợp với thuốc AI chiếm 60,7%. 17 bệnh nhân được điều trị trastuzumab kết hợp với thuốc fulvestrant chiếm 39,3%; có 33,3% được điều trị với trastuzumab trước đó (Bảng 1).

3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Tỷ lệ đáp ứng

Bảng 3.1. Tỷ lệ đáp ứng

Đáp ứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Đáp ứng hoàn toàn	0	0
Đáp ứng một phần	11	21,6
Bệnh giữ nguyên	20	39,2
Bệnh tiến triển	20	39,2
Tổng	51	100

Nhận xét: Trong 51 bệnh nhân nghiên cứu. Tỷ lệ đáp ứng chung của phác đồ là 21,6%, 39,2% bệnh giữ nguyên, như vậy lợi ích lâm sàng đạt được là 60,8%.

3.2.2. Đáp ứng với điều trị và một số yếu tố liên quan

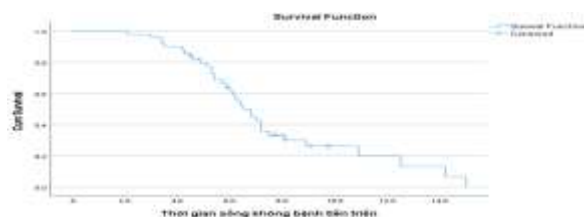
Bảng 3.2. Tỷ lệ đáp ứng và các yếu tố liên quan

	Bệnh đáp ứng		Bệnh tiến triển		p
	n1	%	n2	%	
Hóa trị cảm ứng					
Có	13	46,4	15	53,6	0,323
Không	13	55,5	10	44,5	
Thuốc nội tiết					
AI	17	54,8	14	45,2	0,680
Fulvestran	13	65	7	35	

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng ở các nhóm thuốc nội tiết và tình trạng hóa trị cảm ứng khác biệt không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$

3.3. Đánh giá thời gian sống thêm bệnh không tiến triển

3.3.1. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển



Biểu đồ 1: Thời gian sống thêm bệnh không bệnh tiến triển

Nhận xét: Trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển là 6,5 tháng

3.3.2 Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển với các yếu tố liên quan

Bảng 3.3. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển với các yếu tố liên quan

PFS theo thuốc nội tiết (tháng)		
PFS nhóm điều trị với AI	4,6	p = 0,16
PFS nhóm điều trị với Fulvestran	8,6	
PFS theo tình trạng hóa trị cảm ứng (tháng)		
PFS nhóm có hóa trị cảm ứng	6,3	p = 0,64
PFS nhóm không hóa trị cảm ứng	6,8	

Nhận xét: Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển ở các nhóm thuốc nội tiết và tình trạng hóa trị cảm ứng khác biệt không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$

3.2.5. Đánh giá một số tác dụng không mong muốn của phác đồ

* Tác dụng không mong muốn

Bảng 3.4. Tác dụng không mong muốn

Độc tính các cấp độ	Số BN	Tỷ lệ (%)
Mệt mỏi	5	9,8
Đau khớp	7	13,7
Đau xương	6	11,8
AE trên tim mạch	6	11,8

Nhận xét: Tỷ lệ mệt mỏi, đau khớp, đau xương các cấp độ lần lượt là 9,8%, 13,7%, 11,8% số bệnh nhân, AE trên tim mạch các cấp độ là 11,8% số bệnh nhân chủ yếu gặp nhịp nhanh xoang.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy điều trị nội tiết kết hợp trastuzumab mang lại hiệu quả điều trị khả quan ở nhóm bệnh nhân ung thư vú tái phát, di căn HR+/HER2+. Các chỉ số ORR và PFS ghi nhận cho thấy phác đồ này có thể là lựa chọn hợp lý, đặc biệt với những trường hợp đã trải qua nhiều phác đồ trước đó hoặc cần hạn chế độc tính của hóa trị, qua đó khẳng định vai trò của điều trị nội tiết kết hợp trastuzumab trong điều trị ung thư vú HER2 dương tính. Kết quả của chúng tôi có nhiều điểm tương đồng với một số đánh giá quốc tế: thử nghiệm TAnDEM cho thấy trastuzumab kết hợp anastrozole cải thiện PFS so với anastrozole đơn

trị (4,8 so với 2,4 tháng; HR 0,63; $p = 0,006$) ở bệnh nhân HR+/HER2+⁷; nghiên cứu EGF30008 chứng minh lapatinib kết hợp letrozole cải thiện PFS ở nhóm HER2+ (8,2 so với 3,0 tháng; HR 0,71)¹⁰; và gần đây, thử nghiệm SYSUCC-002 tại Trung Quốc chỉ ra trastuzumab kết hợp nội tiết không kém hơn trastuzumab cộng hóa trị về PFS, đồng thời có độc tính thấp hơn⁸. Những dữ liệu này củng cố giá trị thực tiễn của phác đồ phối hợp kháng HER2 với nội tiết và cho thấy kết quả của chúng tôi phù hợp với xu hướng điều trị toàn cầu. Ngoài ra, chúng tôi ghi nhận rằng không có sự khác biệt về tỷ lệ đáp ứng và PFS ở các nhóm thuốc điều trị nội tiết cũng như tình trạng hóa trị cảm ứng. Ý nghĩa lâm sàng nổi bật của liệu pháp này là khả năng giảm độc tính so với hóa trị, qua đó nâng cao chất lượng sống, đặc biệt chiến lược điều trị này mang lại tính khả thi cao cho bệnh nhân thể trạng yếu hoặc cần điều trị kéo dài. Tuy nhiên, nghiên cứu vẫn còn những hạn chế như cỡ mẫu nhỏ, thời gian theo dõi chưa đủ dài để đánh giá OS và thiếu nhóm chứng trực tiếp, do đó chưa thể so sánh toàn diện với các phác đồ chuẩn khác như hóa trị kết hợp trastuzumab hoặc các thuốc kháng HER2 thế hệ mới (pertuzumab, T-DM1). Tóm lại, kết quả nghiên cứu này đã bổ sung dữ liệu thực tiễn về hiệu quả và độ an toàn của liệu pháp nội tiết kết hợp trastuzumab trong điều trị ung thư vú HR+/HER2+ tái phát, di căn tại Việt Nam, góp phần nâng cao chất lượng điều trị và cải thiện tiên lượng sống cho người bệnh

V. KẾT LUẬN

Điều trị nội tiết kết hợp trastuzumab trên nhóm bệnh nhân ung thư vú HR+/HER2+ cho tỷ lệ kiểm soát bệnh, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển không thua kém nhiều so với hóa trị với ưu điểm giảm độc tính so với hóa trị, từ đó nâng cao chất lượng sống cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global cancer statistics 2020. CA Cancer J Clin. 2021;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660.
2. Bray F, Ferlay J, Laversanne M, et al. Global cancer statistics 2022. CA Cancer J Clin. 2024;74(3):229-263. doi:10.3322/caac.21833.
3. Loibl S, Gianni L. HER2-positive breast cancer. Lancet. 2017;389(10087):2415-2429.
4. Slamon DJ, Leyland-Jones B, Shak S, et al. Use of chemotherapy plus a monoclonal antibody against HER2. N Engl J Med. 2001;344(11):783-792.
5. Massarweh S, Schiff R. Endocrine resistance in breast cancer. Clin Cancer Res. 2007;13(7):1950-1954.
6. Kaufman B, Mackey JR, Clemens MR, et al. TAnDEM study. J Clin Oncol. 2009;27(33):5529-5537.

7. **Arpino G, Di Leo A, De Laurentiis M, et al.** PERTAIN final analysis. Clin Cancer Res. 2023;29(8):1468-1476.
8. **Hurvitz SA, Andre F, Jiang Z, et al.** BOLERO-1 trial. Lancet Oncol. 2015;16(7):816-829.
9. **Krop IE, Kim SB, González-Martín A, et al.** TH3RESA trial. Lancet Oncol. 2014;15(7):689-699.
10. **Johnston S, Pippin J Jr, Pivot X, et al.** Lapatinib + letrozole trial. J Clin Oncol. 2009;27(33):5538-5546.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM NỒNG ĐỘ MAGIE Ở NGƯỜI BỆNH BỆNH THẬN MẠN TÍNH GIAI ĐOẠN CUỐI ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Nguyễn Thị Mai Ly¹, Nguyễn Thị Nhâm²,
Nguyễn Thị Thanh¹, Bùi Khắc Cường³

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu nồng độ Magie (Mg) huyết tương ở người bệnh bệnh thận mạn tính (BTMT) giai đoạn cuối và mối liên quan với một số chỉ số sinh trắc và hóa sinh. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có so sánh đối chứng tại Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y từ 2024 đến 2025. Nghiên cứu tiến hành trên 3 nhóm: Nhóm chứng (n=50), nhóm BTMT giai đoạn cuối chưa lọc máu (nhóm chưa LM, n=20); nhóm BTMT giai đoạn cuối có lọc máu (nhóm LM, n=100) đang lọc máu (LM). **Kết quả:** Có sự khác nhau về tỉ lệ kết quả nồng độ Mg (tăng, giảm, bình thường) giữa các nhóm nghiên cứu, giảm Mg xuất hiện phổ biến hơn ở nhóm chưa LM (20,0%) và nhóm LM (13,0%) so với nhóm chứng (6,0%), tỉ lệ tăng Mg cao nhất ở nhóm LM (22,0%) (p = 0,007). Ở nhóm BTMT có LM, nồng độ Mg huyết tương ở nữ cao hơn so với nam (p=0,019). Không thấy sự liên quan của Mg huyết tương với tuổi, BMI và các chỉ số sinh hóa như ure, creatinin, uric, albumin và protein huyết tương. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy có sự khác nhau về tỉ lệ kết quả nồng độ Mg (tăng, giảm, bình thường) giữa các nhóm nghiên cứu. Ở nhóm BTMT có lọc máu, nồng độ Mg huyết tương ở nữ cao hơn ở nam.

Từ khóa: Nồng độ Magie, Mg, lọc máu, bệnh thận mạn tính, bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF PLASMA MAGNESIUM CONCENTRATIONS IN PATIENTS WITH END-STAGE KIDNEY DISEASE TREATED AT MILITARY HOSPITAL 103

Objective: To investigate plasma magnesium (Mg) concentrations in patients with end-stage chronic kidney disease (ECKD) and their relationship with selected anthropometric and biochemical parameters. **Methods:** A cross-sectional descriptive study with a

control comparison was conducted at Military Hospital 103, Military Academy from 2024 to 2025. The study included three groups: control group (n = 50), pre-dialysis group (ECKD patients admitted for preparation for dialysis, not yet on dialysis; n = 20), and dialysis group (ECKD patients undergoing dialysis; n = 100). **Results:** There was a difference in the distribution of plasma Mg status (high, low, normal) among the study groups. Hypomagnesemia was more common in the pre-dialysis group (20.0%) and the dialysis group (13.0%) compared with the control group (6.0%), while the highest rate of hypermagnesemia was observed in the dialysis group (22.0%) (p = 0.007). In the ECKD dialysis group, plasma Mg concentrations were higher in females than in males (p = 0.019). No associations were found between plasma Mg and age, BMI, or biochemical indices including urea, creatinine, uric acid, albumin, and total plasma protein. **Conclusions:** The study demonstrated differences in the distribution of plasma Mg status (high, low, normal) between the groups. Among ECKD patients on dialysis, females had higher plasma Mg concentrations than males. **Keywords:** Plasma magnesium; magnesium; hemodialysis; chronic kidney disease; end-stage kidney disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn tính (BTMT) tiến triển đến giai đoạn cuối cần điều trị thay thế thận, gây gánh nặng bởi chi phí điều trị, nguy cơ khuyết tật, giảm chất lượng cuộc sống, và được dự đoán trở thành nguyên nhân gây tử vong thứ năm trên toàn cầu vào năm 2040 (1). BTMT giai đoạn cuối gây nhiều biến chứng nghiêm trọng về tim mạch, chuyển hoá-nội tiết, và tử vong tăng cao. Tỷ lệ mắc ước tính là 10%, dân số với sự gia tăng cả về tỷ lệ mắc, mắc mới, và tử vong (2). Phần lớn người bệnh BTMT sống ở các nước thu nhập thấp và trung bình, trong đó có Việt Nam (2). Nhiều yếu tố tác động đến tiên lượng của BTMT giai đoạn cuối, trong đó có bất lợi của thiếu hụt các vi chất như kẽm, selen, sắt và Magie (Mg).

Mg là cation phổ biến thứ tư và là đồng yếu tố của >300 enzym (3). Mg hấp thu ở ruột, dự trữ ở xương và mô mềm, và thải trừ qua thận.

¹Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

²Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Smart City

³Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Mai Ly

Email: dr.nguyenmaily@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.11.2025

Ngày duyệt bài: 11.12.2025