

kèm ảnh hưởng đến khả năng gặp PIM-STOPP. Theo Đỗ Thị Tố Quyên (2020) là các yếu tố số thuốc, giới tính, số bệnh, tuổi, thâm niên công tác, sự hài lòng trong công việc của bác sỹ [1]. Tuy nhiên NC chúng tôi không khảo sát yếu tố thuộc về Bác sỹ. Việc tăng số lượng bệnh kèm làm tăng số lượng thuốc sử dụng dẫn đến tăng khả năng xuất hiện PIM. Nhiều NC đã chỉ ra đa dược học và PIP liên quan đến các kết cục như tử vong, nhập viện, ngã và suy giảm nhận thức. Do đó, hạn chế kê nhiều thuốc (≥ 10 thuốc) trên người cao tuổi.

Mối liên quan giữa PIM và ADE. NC xác định có mối liên quan giữa PIM và ADE có ý nghĩa thống kê. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu trên thế giới là kê đơn các PIM theo Beers và STOPP có liên quan hoặc làm gia tăng có ý nghĩa đến các ADE trên BN. Theo Mathumalar Loganathan Fahrni (2019) là cứ mỗi PIM tăng lên tỷ lệ xảy ra ADE tăng 12 lần (OR = 11,8) [4].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ PIP trên BN cao tuổi nội trú theo tiêu chuẩn Beers 2019 và STOPP phiên bản 2 tương đối cao. Hạn chế kê các thuốc hay gặp PIM như diazepam, NSAIDs ở BN có tiền sử loét dạ dày tá tràng, thuốc kháng histamin thế hệ 1. Cần nhắc kê thêm vitamin D, Calci cho BN từng gãy xương, thuốc ức chế kết tập tiểu cầu/statin cho BN tiền sử bệnh mạch vành, mạch máu ngoại vi hoặc mạch não. Lưu ý khi kê nhiều thuốc trên BN cao tuổi đặc biệt ≥ 10 thuốc do tăng khả năng gặp PIM. Có mối liên quan giữa PIM và ADE.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Thị Tố Quyên (2020)**, Đánh giá tác động của can thiệp dược lâm sàng lên quá trình kê đơn cho người cao tuổi được đánh giá thông qua công cụ STOPP/START tại Trung tâm Y Tế huyện Thới Bình, Luận văn thạc sỹ dược học, Đại Học Y Dược Thành Phố HCM
2. **Vũ Thị Trinh (2017)**, Phân tích tình hình kê đơn bằng tiêu chuẩn Beers và tiêu chuẩn STOPP/START tại Bệnh viện Lão khoa Trung Ương, Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ dược học, Đại học Dược Hà Nội.
3. **Demirer Aydemir F., Oncu S., et al. (2021)**, "Potentially inappropriate medication use in elderly patients treated in intensive care units: A cross-sectional study using 2019 Beers, STOPP/v2 Criteria and EU(7)-PIM List", Int J Clin Pract, 75(11), pp. e14802
4. **Fahrni M. L., Azmy M. T., et al. (2019)**, "Inappropriate prescribing defined by STOPP and START criteria and its association with adverse drug events among hospitalized older patients: A multicentre, prospective study", PLoS One, 14(7), pp. e0219898.
5. **Markota M., Rummans T. A., et al. (2016)**, "Benzodiazepine Use in Older Adults: Dangers Management and Alternative Therapies", Mayo Clin Proc, 91(11), pp. 1632-1639.
6. **Motter Fabiane Raquel, et al. (2019)**, "Pain and Inflammation Management in Older Adults: A Brazilian Consensus of Potentially Inappropriate Medication and Their Alternative Therapies", Frontiers in pharmacology, 10, pp.1408-1408.
7. **Perpétuo Carla, Plácido Ana I., et al. (2021)**, "Prescription of Potentially Inappropriate Medication in Older Inpatients of an Internal Medicine Ward: Concordance and Overlap Among the EU(7)-PIM List and Beers and STOPP Criteria", Frontiers in pharmacology, 12, pp. 676020-676020.
8. **Tau Ming Liew, Cia Sin Lee, et al. (2020)**, "The prevalence and impact of potentially inappropriate prescribing among older persons in primary care settings: multilevel meta-analysis", Age and Ageing, 49(4), pp. 570-579.

TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA HOÁ CHẤT PHÁC ĐỒ CAP TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ TUYẾN NƯỚC BỌT GIAI ĐOẠN MUỘN

Đỗ Hùng Kiên¹, Nguyễn Văn Tài²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích một số tác dụng không mong muốn của phác đồ hoá chất CAP trên bệnh nhân ung thư tuyến nước bọt giai đoạn muộn tại bệnh viện K từ 01/2015 đến 10/2021. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu kết hợp tiền cứu 36 bệnh nhân (BN) ung thư

tuyến nước bọt giai đoạn muộn được chẩn đoán và điều trị hoá chất tân CAP tại Bệnh viện K từ từ 01/2015 đến 10/2021. **Kết quả:** Bệnh nhân chủ yếu điều trị 6 chu kỳ CAP, chiếm tỷ lệ 89,9%. Tổng số chu kỳ hoá chất trong nghiên cứu 204, số chu kỳ trung bình là 5,67. Liều điều trị đạt 100% chiếm 91,6% các bệnh nhân. Có 15,6% bệnh nhân trì hoãn hoặc gián đoạn điều trị, Không có bệnh nhân giảm liều hoá chất vì tác dụng không mong muốn của hoá chất. Về tác dụng không mong muốn của phác đồ, độc tính suy tuỷ ít gặp và thường độ 1-2, trong đó chủ yếu hạ bạch cầu và hạ bạch cầu hạt, chiếm lần lượt 44,4% và 47,2%. Không gặp độc tính độ 4 hoặc biến chứng. Tác dụng không mong muốn ngoài hệ tạo huyết như nôn,

*Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Hùng Kiên

Email: kiencc@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 24.5.2022

Ngày duyệt bài: 2.6.2022

buồn nôn và rụng tóc, chỉ gặp độc tính độ 1-2, không gặp độ 4. **Kết luận:** Dung nạp tốt của phác đồ CAP trên bệnh nhân ung thư tuyến nước bọt giai đoạn muộn, chủ yếu độc tính độ 1-2, không ghi nhận trường hợp tử vong do hoá trị.

Từ khóa: Ung thư tuyến nước bọt giai đoạn muộn, phác đồ CAP, Bệnh viện K.

SUMMARY

THE ADVERSE EVENTS OF CHEMOTHERAPY OF TRIPLET REGIMEN CAP IN METASTATIC SALIVARY GLAND CARCINOMA

Objective: Analysing the adverse events of chemotherapy of triplet regimen CAP in metastatic salivary gland carcinoma at National Cancer Hospital from 2015 to 2021. **Patients and method:** Retrospective analysis of 36 patients with metastatic salivary gland carcinoma were diagnosed and treated with chemotherapy of CAP regimen at National Cancer Hospital from 2015 to 2021. **Results:** Most of patients were received 6 cycles of CAP regimen, accounted for 89.9%. Two hundred and four cycles were administered (mean, 5.67 cycles per patient). Full dose of chemotherapy in 33 of 36 patients. Delays, interruptions treatment and decreased dose of chemotherapy were presented 15.6% in our study. The myelosuppression was less frequent and usually less severe. Common hematologic adverse events were leukopenia and neutropenia, accounted for 44.4% and 47.2%, respectively. There were no report of hematologic AEs grade 4 or complications. Major non-hematologic toxic effects were nausea/vomiting and alopecia, usually grade 1-2. **Conclusion:** Chemotherapy of triplet regimen CAP showed good tolerance in patients with metastatic salivary gland carcinoma, toxicity grade 1-2 was predominant, no report of chemotherapy-related deaths occurred.

Keywords: Metastatic salivary gland cancer, CAP regimen, National Cancer Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến nước bọt là một trong những loại ung thư hiếm gặp, trong đó các thể giải phẫu bệnh hay gặp đó là carcinoma dạng tuyến nang, carcinoma biểu bì nhầy, ... Đối với ung thư tuyến nước bọt giai đoạn muộn, bệnh nhân thường có một thời gian tiến triển kéo dài và biểu hiện đa dạng tùy từng bệnh nhân và thể bệnh, và thường không xuất hiện các triệu chứng trên lâm sàng. Chỉ định điều trị hoá chất toàn thân trong ung thư tuyến nước bọt giai đoạn muộn tùy thuộc vào sự tiến triển của bệnh, triệu chứng toàn thân của bệnh nhân, ảnh hưởng chức năng cơ quan đích và sự ảnh hưởng toàn trạng của người bệnh [1],[2].

Tại Việt Nam và Bệnh viện K, điều trị bước 1 ung thư tuyến nước bọt giai đoạn tái phát di căn vẫn là hóa chất toàn thân khi có chỉ định, trong đó phác đồ CAP được sử dụng phổ biến với tỷ lệ đáp ứng và độ an toàn đã được nhiều nghiên

cứu trên thế giới chứng minh. Tuy nhiên, hiện nay chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả của hóa chất toàn thân trên nhóm bệnh nhân Việt Nam, do đó chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: "*Phân tích tác dụng không mong muốn của phác đồ hoá chất CAP trên bệnh nhân ung thư tuyến nước bọt giai đoạn muộn tại bệnh viện K từ 01/2015 đến 10/2021*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân chẩn đoán xác định ung thư tuyến nước bọt giai đoạn tái phát/di căn được điều trị hoá chất phác đồ CAP tại Bệnh viện K từ 01/2015 đến 10/2021.

*Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học là ung thư tuyến nước bọt
- Chẩn đoán giai đoạn theo AJCC 2017: ung thư tuyến nước bọt giai đoạn tái phát, di căn xa
- Chỉ số toàn trạng (PS) theo thang điểm ECOG=0; 1; 2.
- Có các tổn thương có thể đo được bằng các phương tiện chẩn đoán hình ảnh: CT, MRI, ...

*Tiêu chuẩn loại trừ:

- Mặc bệnh ung thư thứ 2
- Mặc các bệnh lý mãn tính hoặc cấp tính ảnh hưởng đến điều trị
- Chức năng gan thận, tủy xương không cho phép điều trị hóa chất
- Đã được điều trị trước đó.
- Không có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

* Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu từ 01/2015 – 10/2021

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện K

*Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang
- Mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu thuận tiện, lấy 36 BN đủ tiêu chuẩn

2.3. Các bước tiến hành

* Quy trình nghiên cứu

Bước 1: Lựa chọn bệnh nhân theo các tiêu chuẩn nghiên cứu

Trong vòng 14 ngày trước điều trị, bệnh nhân được thực hiện các xét nghiệm cơ bản, đánh giá trước điều trị bao gồm:

- Xét nghiệm máu: Công thức máu, sinh hóa máu
- Chẩn đoán hình ảnh đánh giá tổn thương trước điều trị: Chụp CLVT, MRI, ...

Bước 2: Điều trị hoá chất toàn thân

Giải thích cho BN về chẩn đoán bệnh, tiên lượng, phương pháp điều trị, nguy cơ, những tác dụng phụ không mong muốn, cách theo dõi phát hiện và phòng ngừa độc tính của thuốc.

Phác đồ điều trị trong nghiên cứu bao gồm: CAP

- Cyclophosphamide 500mg/m², tĩnh mạch ngày 1
 - Doxorubicine 50mg/m², tĩnh mạch ngày 1
 - Cisplatin 50mg/m², tĩnh mạch ngày 1
- Chu kỳ 28 ngày. Dự phòng hạ bạch cầu bằng G-CSF

Bước 3: Đánh giá độc tính

Khám lâm sàng, xét nghiệm máu: Xét nghiệm máu và khám lâm sàng trước mỗi chu kỳ điều trị nhằm đánh giá tác dụng phụ không mong muốn của phác đồ.

- Ghi nhận độc tính trước mỗi đợt điều trị hoặc khi có dấu hiệu lâm sàng.
- Đánh giá độc tính trên huyết học, chức năng gan thận, da và trên các cơ quan khác theo tiêu chuẩn đánh giá độc tính của NCI (National Cancer Institute Common Toxicity Criteria) phiên bản 2.0
- Xử trí các tác dụng phụ và điều chỉnh liều trong quá trình điều trị

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Điều trị hoá chất CAP

3.1.1. Số chu kỳ hoá chất

Bảng 3.1. Số chu kỳ hoá chất

Số chu kỳ CAP	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
<4 chu kỳ	4	11,1
4-6 chu kỳ	32	88,9
Tổng	36	100

<4 chu kỳ	4	11,1
4-6 chu kỳ	32	88,9
Tổng	36	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần các bệnh nhân nhận được 6 chu kỳ hoá chất, chỉ có 4 bệnh nhân được điều trị 3 chu kỳ do bệnh tiến triển. Tổng số chu kỳ trong nghiên cứu là 204, số chu kỳ trung bình 5,67.

3.1.2. Liều hoá chất và trị hoãn điều trị

Bảng 3.2. Liều hoá chất

Liều điều trị	85-100 liều chuẩn		100% liều chuẩn	
	n	%	n	%
Liều Doxorubicine	3	8,3	33	91,7
Liều Cisplatin	3	8,3	33	91,7
Liều Cyclophosphamid	3	8,3	33	91,7
Tổng	3	8,3	33	91,7

Bảng 3.3. Gián đoạn điều trị hoá chất

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
Trì hoãn điều trị vì độc tính	5	15,6
Ngừng điều trị vì độc tính	0	0
Chuyển phác đồ vì độc tính	0	0

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân đều được nhận liều từ 85% liều điều trị tính theo m² da cơ thể, Không ngừng hoá trị trong điều trị vì độc tính phác đồ.

3.2.2. Tác dụng không mong muốn trên hệ tạo huyết

Bảng 3.4. Tác dụng không mong muốn trên hệ tạo huyết

Độc tính	Độ 0		Độ 1		Độ 2		Độ 3		Độ 4	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Huyết sắc tố	25	69,4	9	25	2	5,6	0	0	0	0
Bạch cầu	20	55,6	8	22,2	4	11,1	4	11,1	0	0
Bạch cầu hạt	19	52,8	10	27,8	7	19,4	0	0	0	0
Sốt hạ BC	36	100	-	-	-	-	0	0	0	0
Tiểu cầu	29	80,6	5	13,9	2	5,6	0	0	0	0

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, độc tính trên hệ huyết học thường gặp là hạ bạch cầu và hạ bạch cầu hạt, trong đó chủ yếu độ 1-2.

Đôi với thiếu máu: Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần bệnh nhân có thiếu máu độ 1 (chiếm tỷ lệ 25%), thiếu máu độ 2 gặp 5,6% trường hợp. Không ghi nhận thiếu máu độ 3 và độ 4.

Đôi với độc tính hạ bạch cầu: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ hạ bạch cầu độ 1

và độ 2 lần lượt chiếm 22,2% và 11,1%. Tương tự, tỷ lệ hạ bạch cầu hạt đại đa phần là độ 1 và độ 2 (lần lượt 27,8% và 19,4%). Chỉ gặp 4 trường hợp hạ bạch cầu và bạch cầu hạt độ 3, tuy nhiên không ghi nhận hạ bạch cầu độ 4 hoặc biến chứng sốt hạ bạch cầu.

Độc tính hạ tiểu cầu, trong nghiên cứu của chúng tôi rất ít gặp hạ tiểu cầu. chỉ gặp 7/36 BN hạ tiểu cầu, không ghi nhận hạ tiểu cầu độ 3-4, hoặc biến chứng xuất huyết do hạ tiểu cầu.

3.2.3. Tác dụng không mong muốn ngoài hệ tạo huyết

Bảng 3.5. Tác dụng không mong muốn trên hệ tạo huyết

Độc tính	Độ 0		Độ 1		Độ 2		Độ 3		Độ 4	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mệt mỏi	22	61,1	10	27,8	4	11,1	0	0	0	0
Tiểu chảy	29	80,6	5	13,9	2	5,6	0	0	0	0

Nôn	14	38,9	14	38,9	8	22,2	0	0	0	0
Buồn nôn	10	27,7	16	44,4	10	27,8	0	0	0	0
Viêm miệng	29	80,6	5	13,9	2	5,6	0	0	0	0
Tăng AST	17	47,2	12	33,3	6	16,7	1	2,8	0	0
Tăng ALT	25	69,4	7	19,4	4	11,1	0	0	0	0
Tăng creatinine	24	66,7	9	25	2	5,6	1	2,8	0	0
Tăng ure	29	80,6	5	13,9	2	5,6	0	0	0	0
Phản ứng truyền	36	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Rụng tóc	0	0	15	41,7	14	38,9	7	19,4	0	0

Nhận xét: Tỷ lệ gặp độc tính độ 3-4 ngoài hệ tạo huyết trong nghiên cứu của chúng tôi thấp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi thống kê các tác dụng không mong muốn ngoài hệ tạo huyết, chúng tôi ghi nhận phác đồ CAP dung nạp tốt, độc tính chủ yếu là nôn, buồn nôn và rụng tóc, tuy nhiên chủ yếu độ 1 và độ 2 và kiểm soát tốt bằng các thuốc hỗ trợ trong quá trình điều trị, không có trường hợp độ 3 và 4 gây ảnh hưởng đến quá trình điều trị của bệnh nhân.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Điều trị hoá chất CAP. Số chu kỳ hoá chất CAP trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự các tác giả nước ngoài. Tổng số chu kỳ trong nghiên cứu là 204, số chu kỳ trung bình 5,67. Tác giả Dreyfuss AI ghi nhận, số chu kỳ hoá chất trung bình của các BN là 4,7 (dao động từ 2 đến 9 chu kỳ), tổng số chu kỳ là 61 [1].

Tất cả bệnh nhân đều được nhận liều từ 85% liều điều trị tính theo m² da cơ thể, bởi vì trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân trên 60 tuổi hoặc có yếu tố bệnh lý nền đều được sử dụng thuốc G-CSF dự phòng sau hoá chất và theo dõi sát các tác dụng không mong muốn nhằm có xử trí thích hợp do đó hạn chế được các độc tính độ 3 và độ 4. Theo Licitra L (1996) ghi nhận phác đồ CAP dung nạp và kiểm soát tốt, tất cả các bệnh nhân đều không phải giảm liều hoặc gián đoạn điều trị.

4.2. Tác dụng không mong muốn trên hệ tạo huyết. Trong nghiên cứu của chúng tôi, độc tính trên hệ huyết học thường gặp là hạ bạch cầu và hạ bạch cầu hạt, trong đó chủ yếu độ 1-2. Đa phần bệnh nhân có thiếu máu độ 1 (chiếm tỷ lệ 25%), thiếu máu độ 2 gặp 5,6% trường hợp. Không ghi nhận thiếu máu độ 3 và độ 4. Theo nghiên cứu của tác giả Dreyfuss AI năm 1987, không ghi nhận trường hợp thiếu máu độ 3 trở lên [1].

Tỷ lệ hạ bạch cầu độ 1 và độ 2 lần lượt chiếm 22,2% và 11,1% trong nghiên cứu của chúng tôi. Tương tự, tỷ lệ hạ bạch cầu hạt đại đa phần là độ 1 và độ 2 (lần lượt 27,8% và 19,4%). Chỉ gặp 4 trường hợp hạ bạch cầu và bạch cầu hạt

độ 3, tuy nhiên không ghi nhận hạ bạch cầu độ 4 hoặc biến chứng sốt hạ bạch cầu. Theo tác giả Dreyfuss AI (1987), có 3/11BN có tác dụng không mong muốn hạ bạch cầu dưới 1G/l, không ghi nhận sốt hạ bạch cầu [1]. Nghiên cứu của tác giả Licitra L (1996) ghi nhận độc tính hạ bạch cầu trung tính độ 2-3 gặp 2/22BN (chiếm 9%) [3]. Theo Tsukuda M (1993), độc tính hạ bạch cầu độ 2 xuất hiện trên 4/24 trường hợp, độ 1 gặp 06/24 trường hợp, không gặp hạ bạch cầu độ 3-4 và không ghi nhận các trường hợp biến chứng nhiễm trùng trong nghiên cứu. Tác giả cũng nhận thấy so với các nghiên cứu trước đó, tỷ lệ gặp hạ bạch cầu và biến chứng cao hơn do không được sử dụng thuốc G-CSF dự phòng [4].

Chúng tôi rất ít gặp hạ tiểu cầu, chỉ gặp 7/36 BN hạ tiểu cầu, không ghi nhận hạ tiểu cầu độ 3-4, hoặc biến chứng xuất huyết do hạ tiểu cầu. Theo Dreyfuss AI năm 1987, có 01/11BN gặp hạ tiểu cầu <50G/l, không ghi nhận độc tính độ 5 [1].

4.3. Tác dụng không mong muốn ngoài hệ tạo huyết. So với các nghiên cứu trong và ngoài nước, tỷ lệ gặp độc tính độ 3-4 ngoài hệ tạo huyết trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn, bởi vì phác đồ có nhiều nguy cơ tác dụng không mong muốn như hạ bạch cầu, tiêu chảy, viêm miệng, nôn-buồn nôn,... do đó chúng tôi đã dự phòng chủ động như thuốc G-CSF sau hoá trị và các thuốc chống nôn, chống sốt, đảm bảo đủ dịch trong ngày truyền hoá chất, soi dạ dày thực quản đánh giá tổn thương viêm loét nếu có, đánh giá cẩn thận và điều trị các bệnh lý nền của bệnh nhân (tăng huyết áp, đái tháo đường, viêm gan, ...), hướng dẫn và theo dõi bệnh nhân sát trong 7-10 ngày điều trị nhằm phát hiện sớm và xử lý kịp thời.

Theo Dreyfuss AI năm 1987, có 3/11BN gặp độc tính tăng creatinin (>25% so creatinin nền), nôn-buồn nôn nhiều gặp trong 2/11 trường hợp, có một trường hợp có tiền sử tăng huyết áp xảy ra đột ngột sau 3 chu kỳ hoá chất. Không gặp trường hợp nào tử vong liên quan đến điều trị được báo cáo [1].

Nghiên cứu của tác giả Licitra L (1996), không ghi nhận tác dụng không mong muốn trên

tim mạch, thận và hệ thần kinh, không có trường hợp ngừng hoá chất vì độc tính. Tác giả ghi nhận độc tính độ 2 viêm dạ dày trên 4/22 trường hợp (chiếm 18%) [3].

Tác giả Tsukuda M (1993) ghi nhận 03/24BN gặp độc tính thần kinh độ 1. Nôn và buồn nôn độ 1, 2, 3 xuất hiện trên 8/24; 3/24 và 3/24 trường hợp, và được quản lý tốt bởi các thuốc chống nôn như kháng 5-hydroxytryptamine. Rụng tóc thường gặp trên các bệnh nhân với mức độ đa dạng khác nhau. Tác giả cũng ghi nhận phác đồ CAP dung nạp và quản lý tốt trong quá trình điều trị, không cần giảm liều hoá chất [4].

Khi so sánh với các phác đồ khác như fluorouracil, doxorubicin, cyclophosphamide, and cisplatin của các tác giả khác trên thế giới về ung thư tuyến nước bọt giai đoạn muộn thì phác đồ CAP dung nạp tốt hơn [5],[6],[7],[8].

V. KẾT LUẬN

Điều trị phác đồ CAP cho bệnh nhân ung thư tuyến nước bọt giai đoạn muộn có dung nạp phác đồ tốt. Phác đồ CAP an toàn và kiểm soát tác dụng không mong muốn tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dreyfuss AI, Clark JR, Fallon BG (1987).** Cyclophosphamide, doxorubicin, and cisplatin

combination chemotherapy for advanced carcinomas of salivary gland origin. *Cancer*. 1987; 60(12): 2869.

2. **Kaplan MJ, Johns ME, Cantrell RW (1986).** Chemotherapy for salivary gland cancer. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1986;95(2):165.
3. **Licitra L, Cavina R, Grandi C (1996).** Cisplatin, doxorubicin and cyclophosphamide in advanced salivary gland carcinoma. A phase II trial of 22 patients. *Ann Oncol*. 1996;7(6):640.
4. **Tsukuda M, Kokatsu T, Ito K, Mochimatsu I (1993).** Chemotherapy for recurrent adeno- and adenoidcystic carcinomas in the head and neck. *J Cancer Res Clin Oncol*. 1993;119(12):756.
5. **Dimery IW, Legha SS, Shirinian M (1990).** Fluorouracil, doxorubicin, cyclophosphamide, and cisplatin combination chemotherapy in advanced or recurrent salivary gland carcinoma. *J Clin Oncol*. 1990;8(6):1056.
6. **Venook AP, Tseng A Jr, Meyers FJ (1987).** Cisplatin, doxorubicin, and 5-fluorouracil chemotherapy for salivary gland malignancies: a pilot study of the Northern California Oncology Group. *J Clin Oncol*. 1987;5(6):951.
7. **Airoldi M, Pedani F, Brando V (1989).** Cisplatin, epirubicin and 5-fluorouracil combination chemotherapy for recurrent carcinoma of the salivary gland. *Tumori*. 1989;75(3):252.
8. **Farhat F, Kattan J, Culine S (1994).** Efficacy of the combination of 5 fluorouracil, adriamycin and cisplatin (FAP protocol) in the treatment of metastatic cylindroma. Apropos of a case with review of the literature. *Bull Cancer*. 1994;81(1):47.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM CỦA NGƯỜI BỆNH LOẠN THẦN DO RƯỢU CÓ HOANG TƯỚNG, ẢO GIÁC ĐANG ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN TÂM THẦN NAM ĐỊNH NĂM 2020

Cao Văn Y*, Phan Văn Hợp*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Một số đặc điểm của người bệnh Loạn thần do rượu có hoang tưởng, ảo giác chiếm ưu thế đang điều trị nội trú tại Bệnh viện Tâm thần Nam Định năm 2020. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang 75 người bệnh được chẩn đoán là Loạn thần do rượu hoang tưởng, ảo giác chiếm ưu thế đang điều trị nội trú tại Bệnh viện Tâm thần Nam Định từ tháng 4/2020 – tháng 10/2020. **Kết quả:** Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất từ 30 đến <40 tuổi (52%). Chủ yếu người bệnh sống ở vùng nông thôn (90,7%) và làm nông nghiệp (49,3%). Thời gian uống rượu từ 10 - > 15 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (44%). Số lượng

rượu uống trung bình 500 - <1000ml/ngày chiếm 85,3%. Đa số là người đã kết hôn, tuy nhiên tỷ lệ chưa kết hôn và ly hôn tương đối cao (20%); người chăm sóc chính là vợ con và những người trong gia đình. Trình độ học vấn của đối tượng thấp, chủ yếu là phổ thông cơ sở (69,33%), số còn lại là phổ thông trung học và tiểu học. 80% người bệnh vào viện với trạng phục kém gọn gàng, da, niêm mạc kém hồng hoặc có trầy xước. Người bệnh vào viện trong tình trạng có rối loạn hành vi: đi lại lộn xộn, kích động (94,7%); 100% người bệnh có rối loạn cảm xúc; trí nhớ giảm (80%), đa số mất định hướng về thời gian và không gian (93,7). **Kết luận:** Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là độ tuổi lao động. Phần đa người bệnh sống ở nông thôn, có trình độ học vấn thấp (chủ yếu tiểu học). Thời gian người bệnh sử dụng rượu chiếm tỷ lệ cao nhất là 10-15 năm; số lượng rượu uống nhiều nhất 500-1000ml. Hầu hết người bệnh vào viện trong tình trạng rối loạn cảm xúc, hành vi. **Từ khóa:** Loạn thần do rượu, hoang tưởng, ảo giác

SUMMARY

*Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Cao Văn Y

Email: vuong.ytcd@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.5.2022

Ngày duyệt bài: 6.6.2022