

cần nhắc xử lý triệt để ngay trong cùng thời điểm phẫu thuật sửa toàn bộ tứ chứng Fallot nhằm làm giảm tỷ lệ mổ lại đối với bệnh tim bẩm sinh này. Phẫu thuật bảo tồn vòng van ĐMP nên được tiến hành bất cứ khi nào có thể, vì lợi ích của người bệnh. Theo dõi lâu dài sau phẫu thuật là rất quan trọng nhằm đảm bảo kết quả điều trị cho nhóm bệnh tim bẩm sinh phức tạp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lillehei CW, Varco RL, Cohen M, Warden HE, Gott VL, Dewall RA, et al. The First Open Heart Corrections of Tetralogy of Fallot: A 26–31 Year Follow-up of 106 Patients. *Ann Surg.* 1986 Oct;204(4):490.
2. Knott-Craig CJ, Elkins RC, Lane MM, Holz J, McCue C, Ward KE. A 26-year experience with surgical management of tetralogy of fallot: risk analysis for mortality or late reintervention. *Ann Thorac Surg.* 1998 Aug;66(2):506–10.
3. Bacha EA, Scheule AM, Zurakowski D, Erickson LC, Hung J, Lang P, et al. Long-term results after early primary repair of tetralogy of Fallot. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2001 Jul;122(1):154–61.
4. Park CS, Lee JR, Lim HG, Kim WH, Kim YJ. The long-term result of total repair for tetralogy of Fallot☆. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2010 Sep;38(3):311–7.
5. Hiền NS. Đánh giá kết quả phẫu thuật triệt để tứ chứng Fallot tại bệnh viện tim Hà Nội giai đoạn 2011–2015. *Tạp Chí Phẫu Thuật Tim Mạch Và lồng Ngực Việt Nam.* 2020 Nov 2;20:95–101.
6. Khang CD, Phan NV. ĐÁNH GIÁ KỸ THUẬT XẺ VÒNG VAN, ĐÔNG MẠCH PHỔI GIỚI HẠN TRONG PHẪU THUẬT SỬA CHỮA TỨ CHỨNG FALLOT. :4.
7. Kirklin JW, Pacifico AD. Surgical Results and Protocols in the Spectrum of Tetralogy of Fallot. *Ann Surg.* 1983;198(3):15.
8. Sarris GE, Comas JV, Tobota Z, Maruszewski B. Results of reparative surgery for tetralogy of Fallot: data from the European Association for Cardio-Thoracic Surgery Congenital Database. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2012 Nov 1;42(5):766–74.
9. Blais S, Marelli A, Vanasse A, Dahdah N, Dancea A, Drolet C, et al. Comparison of Long-term Outcomes of Valve-Sparing and Transannular Patch Procedures for Correction of Tetralogy of Fallot. *JAMA Netw Open.* 2021 Jul 27;4(7):e2118141.

KẾT QUẢ SỐNG THÊM BỆNH NHÂN UNG THƯ TUYẾN NƯỚC BỌT GIAI ĐOẠN MUỘN ĐIỀU TRỊ HOÁ CHẤT PHÁC ĐỒ CAP TẠI BỆNH VIỆN K

Đỗ Hùng Kiên*, Nguyễn Văn Tài*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sống thêm bệnh nhân bệnh nhân ung thư tuyến nước bọt giai đoạn muộn điều trị phác đồ hoá chất CAP tại bệnh viện K từ 01/2015 đến 10/2021. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu kết hợp tiền cứu 21 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 01/2015 đến 10/2021. **Kết quả:** Tuổi mắc bệnh trung bình là 50,6±5,5, tỷ lệ nam/ nữ là 1,6/1. Thể trạng tốt, chủ yếu chỉ số PS=0, chiếm 47,6%, tiếp đến PS=1 (chiếm 38,1%). Thời gian tái phát kể từ khi kết thúc điều trị triệt căn trung bình là 22+6,3 tháng, chủ yếu trong thời gian 2 năm đầu. Đa số ung thư dạng tuyến nang (chiếm 76%), tiếp đến ung thư biểu mô tuyến và ung thư kém biệt hoá chiếm tỷ lệ nhỏ. Đa phần các bệnh nhân có u nguyên phát từ tuyến mang tai (chiếm 42,9%), tiếp đến tuyến dưới hàm (chiếm 33,3%). Di căn 1 cơ quan chiếm 57,1% và tần suất di căn phổi gặp nhiều nhất, chiếm 76,2%, tiếp đến là di căn hạch trung thất và di căn xương. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung bình 7,3±2,1 tháng. Tỷ lệ sống

thêm 1 năm và 2 năm lần lượt là 51,9% và 39,0%. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình 17,5±3,1 tháng. Tỷ lệ sống thêm 1 năm và 2 năm lần lượt là 46,8% và 33,4%. **Kết luận:** Phác đồ hoá chất CAP mang lại hiệu quả sống thêm trên bệnh nhân ung thư tuyến nước bọt giai đoạn muộn, thời gian sống thêm toàn bộ trung bình 17,5±3,1 tháng.

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

SUMMARY

THE SURVIVAL OUTCOME OF CHEMOTHERAPY OF TRIPLET REGIMEN CAP IN METASTATIC SALIVARY GLAND CARCINOMA

Objective: Evaluating the survival outcome 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 21 patients with metastatic salivary gland carcinoma were diagnosed and treated with chemotherapy of CAP regimen at National Cancer Hospital from 2015 to 2021. **Results:** The average age was 50.6±5.5, male/female ratio was 1.6/1. Mean recurrent time was 22+6.3 months. The pathology of adenoid cystic tumor was observed in 76%. Primary carcinoma, 42.9% patients had tumor of parotid gland origin and 33.3% submaxillary gland origin. Oligometastasis, accounted for 57.1% and lung metastasis was dominated with 76.2%, then

*Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Hùng Kiên

Email: kiencc@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.5.2022

Ngày phản biện khoa học: 30.6.2022

Ngày duyệt bài: 11.7.2022

mediastinal nodes and bone metastasis. Average free-progression survival was 7.3 ± 2.1 months. 1-year and 2-year free-progression survival rates were 51.9% and 39.0%, respectively. Average overall survival was 17.5 ± 3.1 months. 1-year and 2-year overall survival rates were 46.8% and 33.4%, respectively.

Conclusion: Chemotherapy of triplet regimen CAP showed good survival outcome in patients with metastatic salivary gland carcinoma, average overall survival was 17.5 ± 3.1 month

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: "*Kết quả sống thêm bệnh nhân ung thư tuyến nước bọt giai đoạn muộn điều trị phác đồ hoá chất CAP tại bệnh viện K*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu 21 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 2010: 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

2.2. 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

- 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 21 BN đủ tiêu chuẩn.

2.3. Các bước tiến hành

***Nội dung nghiên cứu/Các biến số và chỉ số trong nghiên cứu:**

- Tuổi, giới, tiền sử bản thân
- Tiền sử điều trị bệnh trước đó: phương pháp điều trị, giai đoạn bệnh lúc phát hiện, đáp ứng điều trị trước đó, thời gian đến lúc bệnh tái phát,...
- Chỉ số toàn trạng bằng thang điểm ECOG
- Biểu hiện lâm sàng: ho khạc máu, chảy máu mũi, ù tai, hạch ngoại vi,...
- Các đặc điểm tổn thương trên chẩn đoán hình ảnh.
- Kết quả mô bệnh học bằng xét nghiệm giải phẫu bệnh.
- Đáp ứng điều trị: hoàn toàn, một phần, giữ nguyên, tiến triển
- Độc tính trên huyết học, gan thận và độc tính khác

* 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 kết quả điều trị

- Đánh giá đáp ứng: Bao gồm
- Thay đổi điểm chỉ số toàn trạng PS
 - Đánh giá đáp ứng: CR, PR, SD, PD

- Thời điểm và phương pháp đánh giá:
 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

Xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh: sau điều trị mỗi 3 chu kỳ hoặc khi có bất thường.

Phương pháp đánh giá đáp ứng: tiêu chuẩn RECIST 1.1.

Đánh giá độc tính: - 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

- Đánh giá sống thêm bệnh không tiến triển theo phương pháp Kaplan-Meier.

2.4. Xử lý số liệu. Các thuật toán thống kê được sử dụng như sau:

+ So sánh các giá trị trung bình: sử dụng kiểm định T (T-Test).

+ Mỗi liên quan giữa đáp ứng với các yếu tố loại định tính: sử dụng kiểm định χ^2 hoặc kiểm định chính xác Fisher.

+ Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê. Ý nghĩa thống kê đặt ở mức 95%, khoảng tin cậy được xác định ở mức 95%.

+ Kết quả được thể hiện trên các bảng hoặc đồ thị thích hợp, dạng tỷ lệ phần trăm (%) hoặc dưới dạng giá trị trung bình \pm độ lệch chuẩn ($X \pm SD$).

+ Sử dụng phần mềm SPSS 16.0.

2.5. Vấn đề y đức

- Lợi ích của nghiên cứu: Các nghiên cứu trên thế giới đã đánh giá hiệu quả của điều trị toàn thân trên nhóm bệnh nhân ung thư tuyến nước bọt giai đoạn muộn, việc đánh giá kết quả điều trị giúp bác sỹ lâm sàng có cơ sở dữ liệu nhằm phục vụ điều trị cho bệnh nhân.

- Tính tự nguyện: Tất cả BN trong nghiên cứu đều hoàn toàn tự nguyện tham gia. Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị, không nhằm mục đích nào khác. Những BN có đủ tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được giải thích đầy đủ, rõ ràng về các lựa chọn điều trị tiếp theo, về qui trình điều trị, các ưu, nhược điểm của từng phương pháp điều trị, các rủi ro có thể xảy ra. Tất cả các thông tin chi tiết về tình trạng bệnh tật, các thông tin cá nhân của người bệnh được bảo mật thông qua việc mã hoá các số liệu trên máy vi tính.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

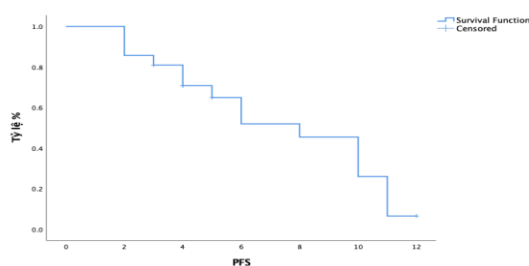
Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Giới tính		
Nam	13	61,9
Nữ	8	38,1
Tuổi	Tuổi trung bình: 50,6 \pm 5,5 (tuổi) Min: 38; Max: 61	
Vị trí u nguyên phát		
Tuyến mang tai	9	42,9
Tuyến dưới hàm	7	33,3
Tuyến dưới lưỡi	3	14,3
Khác	2	9,5
Thể giải phẫu bệnh		
Dạng tuyến nang	16	76
Khác	5	24
Toàn trạng (ECOG)		
PS 0	10	47,6
PS 1	8	38,1
PS 2	3	14,3
Thời gian tái phát (tháng)		
< 2 năm	14	66,7
> 2 năm	7	33,3
Trung bình	22+6,3 tháng	
Số lượng cơ quan di căn		
1	12	57,1
2	7	33,4
>2	2	9,5
Cơ quan di căn		
Phổi	16	76,2
Gan	3	14,3
Hạch trung thất	8	38,1
Xương	7	33,3
Khác	3	14,3

Nhận xét: Tuổi mắc bệnh trung bình là 50,6 \pm 5,5. Tuổi cao nhất là 61 và thấp nhất là 38 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 1,6/1. Thời gian tái phát kể từ khi kết thúc điều trị triệt căn trung bình là 22+6,3 tháng, chủ yếu trong thời gian 2 năm đầu. Đa phần chỉ số PS=0 (chiếm 47,6%), tiếp đến PS=1 (chiếm 38,1%). Đa số ung thư dạng tuyến nang (chiếm 76%), tiếp đến ung thư biểu mô tuyến và ung thư kém biệt hoá chiếm tỷ lệ nhỏ.

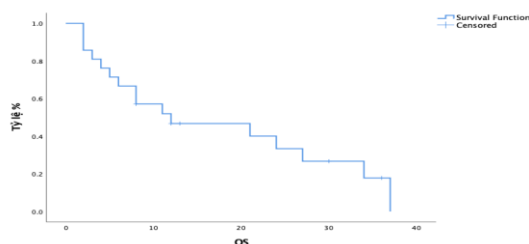
Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần các bệnh nhân có u nguyên phát từ tuyến mang tai (chiếm 42,9%), tiếp đến tuyến dưới hàm (chiếm 33,3%). Tần suất di căn phổi nhiều nhất, chiếm 76,2%, tiếp đến là di căn hạch trung thất và di căn xương

3.2. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển

Nhận xét: Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung bình 7,3 \pm 2,1 tháng. Tỷ lệ sống thêm 1 năm và 2 năm lần lượt là 51,9% và 39,0%.



3.3. Thời gian sống thêm toàn bộ



Nhận xét: Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình $17,5 \pm 3,1$ tháng. Tỷ lệ sống thêm 1 năm và 2 năm lần lượt là 46,8% và 33,4%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu.

Các đặc điểm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự các báo cáo của các nghiên cứu trên thế giới. Một số nghiên cứu của các tác giả Dreyfuss AI (1987), Licitra L (1996), Tsukuda M (1993) về đối tượng tương tự. Tác giả Dreyfuss AI năm 1987 ghi nhận tỷ lệ nam/nữ là 5/8, tuổi trung bình 43 tuổi (từ 22-65 tuổi) [1]. Theo Licitra L (1996), tỷ lệ nam/nữ = 1:1, tuổi trung bình là 50 tuổi (từ 31-65 tuổi) [3]. Trong nghiên cứu của Tsukuda M, tuổi trung bình là 57 tuổi, trong đó nam/nữ là 9/5 [4].

Nghiên cứu của tác giả Tsukuda M (1993), trong số 14 BN, đa phần các BN có chỉ số PS=1 (11BN), sau đó là PS=2 (2BN) và PS=0 có 1BN [4]. Tác giả Dreyfuss AI cho thấy đa phần ung thư dạng tuyến nang (9/13BN), còn ung thư biểu mô tuyến chỉ gặp 4/13 trường hợp [1]. Theo Licitra L (1996), thể mô bệnh học chiếm đại đa số là carcinoma dạng tuyến nang (12/22BN) [3]. Nghiên cứu của tác giả Tsukuda M (1993), trong số 14 BN có 8BN là ung thư biểu mô tuyến và 6BN ung thư biểu mô tuyến nang [4].

Tác giả Dreyfuss AI năm 1986 ghi nhận, đa phần các BN có u nguyên phát từ tuyến nước bọt dưới hàm và tuyến mang tai (7/13BN), còn lại 6BN thuộc ung thư tuyến dưới lưỡi, khoang mũi,... [1] Theo Licitra L (1996), chủ yếu u nguyên phát từ các vị trí tuyến mang tai, tuyến dưới hàm và xoang hàm; đều chiếm 5/22BN [3]. Nghiên cứu của tác giả Tsukuda M (1993), trong

số 14 BN, đa phần các bệnh nhân có u nguyên phát từ tuyến mang tai (chiếm 50%) [4].

Trong nghiên cứu của Dreyfuss AI, đa phần bệnh nhân có tái phát tại chỗ, tại vùng (10/13BN), di căn phổi (10/13BN), tiếp đến di căn gan (3/13) và xương (3/13) [1]. Theo Licitra L (1996), có 7/22BN giai đoạn tiến triển tại chỗ, tại vùng; 9/22BN có kết hợp di căn xa và tiến triển tại vùng; và 6/22BN chỉ có di căn xa. Trong 22BN, di căn phổi chiếm đa phần (13BN), di căn xương và da đều có 2BN [3].

4.2. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển.

Trong nghiên cứu của tác giả Isaiah năm 1990 trên bệnh nhân ung thư tuyến nước bọt giai đoạn muộn được điều trị đa hoá trị có nền tảng platinum với thời gian theo dõi trung vị 2 năm, các bệnh nhân có đáp ứng toàn bộ kéo dài 68 tuần, trong khi bệnh nhân đáp ứng một phần kéo dài trung vị 24 tuần (dao động khoảng 4 đến 72 tuần). Thời gian kéo dài đáp ứng toàn bộ trung vị đạt 32 tuần. Nghiên cứu Licitra trên 22 bệnh nhân ung thư tuyến nước bọt giai đoạn muộn cho thấy thời gian đáp ứng hoá trị CAP từ 3 đến 13 tháng (thời gian trung vị 7 tháng) [3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 21 bệnh nhân ung thư tuyến nước bọt được điều trị phác đồ CAP, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung bình $7,3 \pm 2,1$ tháng. Tỷ lệ sống thêm 1 năm và 2 năm lần lượt là 51,9% và 39,0%. Kết quả tương đồng với các nghiên cứu trên thế giới.

4.3. Thời gian sống thêm toàn bộ.

Trong nghiên cứu của tác giả Isaiah năm 1990 trên bệnh nhân ung thư tuyến nước bọt giai đoạn muộn được điều trị đa hoá trị có nền tảng platinum, thời gian sống thêm toàn bộ trung vị các bệnh nhân đạt 72 tuần. Trong nhóm bệnh nhân đáp ứng, thời gian trung vị đạt 78 tháng, so với 27 tuần trong nhóm bệnh nhân không đáp ứng hoá trị [5], [6], [7].

Một nghiên cứu khác của Dreyfuss năm 1987 sử dụng hoá trị CAP trên bệnh nhân ung thư tuyến nước bọt giai đoạn muộn cho thấy số chu kỳ hoá trị trung bình 4,7 (dao động từ 2 đến 8 chu kỳ), thời gian đáp ứng trung vị đạt 5 tháng (dao động từ 2 đến 9 tháng). Báo cáo cũng ghi nhận trường hợp ung thư tuyến nước bọt phụ gốc lưỡi dạng tuyến nang tại thời điểm theo dõi 60 tháng không ghi nhận bệnh tiến triển [1].

Trong nghiên cứu Licitra cho thấy thời gian sống thêm toàn bộ trung vị đạt 21 tháng trên bệnh nhân ung thư tuyến nước bọt giai đoạn muộn được điều trị phác đồ CAP [3].

Nghiên cứu của Tsukuda 1993 cho thấy thời gian sống thêm toàn bộ trung bình của nhóm

đáp ứng hoá trị CAP là 21±10 tháng, so với 7±3 tháng ở nhóm không đáp ứng hoá trị [4].

Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 17,5±3,1 tháng. Tỷ lệ sống thêm 1 năm và 2 năm lần lượt là 46,8% và 33,4%. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu ung thư tuyến nước bọt giai đoạn muộn trên thế giới.

V. KẾT LUẬN

Phác đồ hoá chất CAP mang lại hiệu quả sống thêm trên bệnh nhân ung thư tuyến nước bọt giai đoạn muộn, thời gian sống thêm toàn bộ trung bình 17,5±3,1 tháng.

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.

CÁC YẾU TỐ DỰ PHÒNG TĂNG HUYẾT ÁP Ở NGƯỜI DÂN TỪ 30 TUỔI TRỞ LÊN TẠI QUẬN HẢI CHÂU, THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG

Trần Anh Quốc¹, Nguyễn Văn Song¹, Nguyễn Khắc Minh¹, Trần Đình Trung¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu các yếu tố dự phòng tiền tăng huyết áp và tăng huyết áp của người dân từ 30 tuổi trở lên. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 495 người dân từ 30 tuổi trở lên tại quận Hải Châu, thành phố Đà Nẵng. **Kết quả:** các yếu tố dự phòng tiền tăng huyết áp và tăng huyết áp ghi nhận được bao gồm: thừa cân, béo phì, tiền sử rối loạn lipid, sử dụng rượu bia thường xuyên. **Kết luận:** các yếu tố dự phòng tăng huyết áp tìm thấy giúp hình thành các giả thuyết để chứng minh các yếu tố như trên.

Từ khóa: yếu tố dự phòng, tăng huyết áp.

SUMMARY

PREVENTIVE FACTORS FOR HYPERTENSION IN PERSONS 30 YEARS AND OLDER IN HAI CHAU DISTRICT, DA NANG CITY

Objective: To determine the preventive factors of pre-hypertension and hypertension among those aged 30 or over. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 495 people aged 30 or over in Hai Chau district, Da Nang.

Results: The preventive factors of pre-hypertension and hypertension include: overweight, obesity, history of dyslipidemia, frequent alcohol consumption. **Conclusion:** Hypertension preventive factors have been investigated to develop hypotheses to support such factors.

Keywords: preventive factors, hypertension.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp đang trở thành một vấn đề thời sự và phổ biến ở cộng đồng hiện nay, là nguyên nhân gây tử vong và tàn phế, để lại hậu quả nặng nề về tinh thần và kinh tế cho gia đình và xã hội [1]. Năm 2008, tỷ lệ người tăng huyết áp ở độ tuổi 25-64 tuổi là 25,1% [5], Tại Đà Nẵng năm 2013, tỷ lệ tăng huyết áp ở người trên 40 tuổi là 31,7%, trong đó tăng huyết áp ở người có tiền sử đã từng phát hiện chiếm 60,4%[4]. Ở Việt Nam chiến lược quốc gia phòng, chống bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản và các bệnh không lây nhiễm khác, giai đoạn 2015 – 2025 đã được chính phủ phê duyệt, với mục tiêu khống chế tỷ lệ bị tăng huyết áp dưới 30% ở người trưởng thành; 50% số người bị tăng huyết áp được phát hiện; 50% số người phát hiện bệnh được quản lý, điều trị theo hướng dẫn chuyên môn.

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y – Dược Đà Nẵng
Chịu trách nhiệm chính: Trần Đình Trung
Email: trandinhtung@dhktyduocdn.edu.vn
Ngày nhận bài: 23.5.2022
Ngày phản biện khoa học: 29.6.2022
Ngày duyệt bài: 11.7.2022