

máu khoang dưới nhện chiếm tỉ lệ (26,3%), vỡ xương sọ và máu tụ ngoài màng cứng tỉ lệ ngang nhau (3,9%), máu tụ trong não 2,6%.

Theo Đàm Quang Thịnh (2014), trong số 97 bệnh nhân cao tuổi chấn thương sọ não cấp tính, lâm sàng đau đầu hay gặp nhất (43,3%); Tổn thương da đầu gặp nhiều nhất là vết thương <10cm (20,6%); tụ máu dưới da < 10cm (15,5%); 8 bệnh nhân có dấu hiệu vỡ nền sọ (8,2%), trong đó có 4 trường hợp chảy máu tai, 3 trường hợp tụ máu quanh mắt và 1 trường hợp chảy máu qua mũi. Tình trạng bệnh nhân theo tri giác theo (GCS) từ 13-15 điểm (63,9%), 9-12 điểm có 26 trường hợp (26,8%), chỉ có 9 trường hợp (9,3%) có điểm < 8[1].

4.5. Kết quả điều trị khi ra viện. Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân ra viện tốt chiếm (84,2%), khá (7,9%), trung bình (2,6%), sống thực vật và tử vong (5,2%). Kết quả điều trị bệnh nhân trong báo cáo của chúng tôi cũng gần tương tự với một số tác giả trong nước như: Đàm Quang Thịnh (2014), kết quả điều trị 97 bệnh nhân cao tuổi chấn thương sọ não cấp tính, nhóm điều trị nội khoa 77 bệnh nhân khi ra viện tốt chiếm tỷ lệ 81,8%, trung bình 13%, xấu 5,2%. Nhóm 20 bệnh nhân phẫu thuật có kết quả tốt 85%, 10% có kết quả trung bình, 1 trường hợp xấu chiếm 5% [1]. Theo Phạm Tỵ (2010), báo cáo

kết quả điều trị nội khoa 174 bệnh nhân cao tuổi chấn thương sọ não thấy tốt (74,6), di chứng nhẹ (20,1%), di chứng nặng (2,3%), thực vật (0,6%), nặng xin về 3 ca tử vong (1,7%).

V. KẾT LUẬN

Máu tụ dưới màng cứng cấp tính ở người cao tuổi do chấn thương chiếm tỉ lệ (14,2%). Nguyên nhân do té ngã chiếm cao nhất (51,3%), đa số điều trị nội khoa. Kết quả xấu chiếm (5,2%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đàm Quang Thịnh (2014)**, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị chấn thương sọ não cấp tính ở người cao tuổi", Luận văn Bác sĩ chuyên khoa 2, Ngoại Thần kinh-Sọ não, Đại học Y Hà Nội, 2014.
2. **Phạm Tỵ (2010)**, Chấn thương sọ não không có chỉ định phẫu thuật ở người cao tuổi. Tạp chí Y học Việt Nam tháng 5-số 1/2010.
3. Gaist D, García Rodríguez LA, et al (2017): **Association of antithrombotic drug use with subdural hematoma risk. JAMA 317:836–846, 2017.**
4. **Panagiotis Kerezoudis, et al (2020)**: Morbidity and mortality in elderly patients undergoing evacuation of acute traumatic subdural hematoma. Neurosurg Focus Volume 49, October, 2020. DOI: 10.3171/2020.7.FOCUS20439.
5. **Lara A Harvey, et al (2012)**. Traumatic brain injury in older adults: characteristics, causes and consequences. Injury, 2012 Nov;43(11): 18216. doi:10.1016/j.injury.2012.07.188.Epub 2012 Aug 11.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ BUỒNG TRỨNG TÁI PHÁT KHÁNG PLATINUM BẰNG LIPOSOMAL DOXORUBICIN TẠI BỆNH VIỆN K GIAI ĐOẠN 2018 – 2021

Lê Thanh Đức*, Đồng Chí Kiên*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị ung thư biểu mô buồng trứng tái phát kháng platinum bằng phác đồ liposomal doxorubicin và một số tác dụng không mong muốn của phác đồ. **Đối tượng và phương pháp:** 30 bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng tái phát kháng platinum được điều trị bằng liposomal doxorubicin tại Bệnh viện K từ tháng 01/2018 đến tháng 8/2021. **Kết quả:** Giai đoạn chẩn đoán ban đầu chủ yếu là III và IV tương ứng là 60% và 23,3%. Tất cả bệnh nhân tăng CA125 tại thời điểm tiến triển, tái phát. Tỷ lệ đáp ứng: 53,3% bệnh đáp ứng một phần,

40% bệnh giữ nguyên, 6,7% bệnh tiến triển. Tỷ lệ kiểm soát bệnh 93,3%. Tỷ lệ đáp ứng theo giai đoạn bệnh ban đầu III, IV tương ứng là 50%, 28,5%. Về tác dụng không mong muốn: giảm bạch cầu trung tính, giảm tiểu cầu chủ yếu ở độ 1,2, không có trường hợp nào hạ độ 3,4. Hội chứng bàn tay chân chỉ ở độ 1, 2, nôn, buồn nôn chủ yếu độ 1 không có trường hợp nào độ 3,4.

Từ khóa: ung thư biểu mô buồng trứng kháng platinum

SUMMARY

TO EVALUATE THE TREATMENT OUTCOMES FOR PATIENTS WITH PLATINUM-RESISTANT RECURRENT EPITHELIAL OVARIAN CANCER WITH LIPOSOMAL DOXORUBICIN AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Objectives: To evaluate the treatment outcomes for patients with platinum-resistant recurrent epithelial

*Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Đức

Email: Ducthanhle1972@gmail.com

Ngày nhận bài: 31.5.2022

Ngày phản biện khoa học: 22.7.2022

Ngày duyệt bài: 29.7.2022

ovarian cancer with liposomal doxorubicin and some adverse events the regimen. **Patients and method:** 30 patients with platinum-resistant recurrent epithelial ovarian cancer treated with liposomal doxorubicin at K Hospital from January 2018 to August 2021. **Results:** The initial stage of diagnosis is mainly stage III, and IV: 60%, 23.3%, respectively. All of patients with CA125 elevation at the time of progression, recurrence. 53.3% partial response disease, 40% stable disease, 6.7% progression disease, 93,3% of patients have clinical benefits. The response rate according to stage III, and IV were 50%, 28.5%, respectively. To the adverse events of liposomal doxorubicin: neutrophils, thrombocytopenia, mainly at grade 1, 2, no one had grade 3, 4. Hand-foot syndrome seen at grade 1, 2, vomiting, nausea mainly grade 1, no cases grade 3, 4.

Keyword: platinum-resistant recurrent epithelial ovarian cancer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư buồng trứng (UTBT) là bệnh phổ biến thứ ba trong các ung thư phụ khoa, đứng thứ 8 trong các bệnh UT của phụ nữ trên toàn thế giới, ở Mỹ tỷ lệ tử vong đứng hàng đầu trong các ung thư phụ khoa. Theo ghi nhận của GLOBOCAN 2020, Việt Nam có 1404 ca mắc mới và 923 ca tử vong. Về mô bệnh học, có tới 80-90% UTBT là loại biểu mô. Điều trị ban đầu của ung thư biểu mô buồng trứng (UTBMBT) chủ yếu là phẫu thuật kết hợp hóa trị, phác đồ hóa trị có platinum được coi là phác đồ tiêu chuẩn. Mặc dù đã được điều trị ban đầu, đa số bệnh nhân sẽ tái phát và cần được điều trị tiếp. Đối với bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng tái phát, bệnh nhân được phân loại thành hai nhóm chính dựa vào thời gian tái phát từ khi kết thúc điều trị. Những bệnh nhân có thời gian tái phát từ 6 tháng trở lên sau điều trị ban đầu với phác đồ hóa trị có platinum được gọi là nhóm "nhạy cảm với thuốc platinum". Những bệnh nhân có thời gian tái phát dưới 6 tháng sau điều trị ban đầu với phác đồ hoá trị có platinum được gọi là "kháng thuốc platinum". Phẫu thuật ít có vai trò trong những trường hợp này, việc lựa chọn điều trị tiếp theo thường khuyến cáo hoá trị đơn trị liệu hơn là điều trị kết hợp. Liposomal doxorubicin là một thuốc có hiệu quả trong điều trị ung thư buồng trứng tái phát kháng platinum. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chứng minh vai trò ngày càng rõ ràng của phác đồ trên. Phác đồ này đã từng bước được sử dụng rộng rãi tại bệnh viện K, tuy nhiên chưa có nghiên cứu về đánh giá hiệu quả và độc tính của phác đồ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân UTBMBT tái phát kháng platinum được điều trị

bằng liposomal doxorubicin tại bệnh viện K từ tháng 1/2018 đến tháng 8/2021.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân nữ, có chẩn đoán mô bệnh học ung thư biểu mô buồng trứng tại bệnh viện K.
- Thời gian tái phát dưới 6 tháng tính từ thời điểm kết thúc hoặc tiến triển trong khi điều trị phác đồ có platinum trước đó.
- Có các tổn thương đích để đánh giá đáp ứng.
- Bệnh nhân được điều trị bằng phác đồ liposomal doxorubicin với liều 50mg/m² da, chu kỳ 28 ngày, ít nhất 3 chu kỳ.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- UTBMBT tái phát di căn kháng platinum được điều trị kết hợp liposomal doxorubicin với các thuốc khác (hoá chất, kháng thể đơn dòng .v.v)
- Những UTBMBT tái phát di căn không phù hợp với một trong các tiêu chuẩn lựa chọn ở trên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

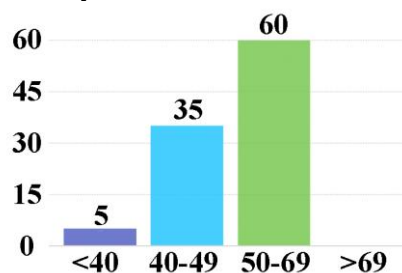
Phương pháp nghiên cứu: hồi cứu

Cỡ mẫu: mẫu thuận tiện, trong nghiên cứu chọn 30 bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

3.1.1. Đặc điểm tuổi

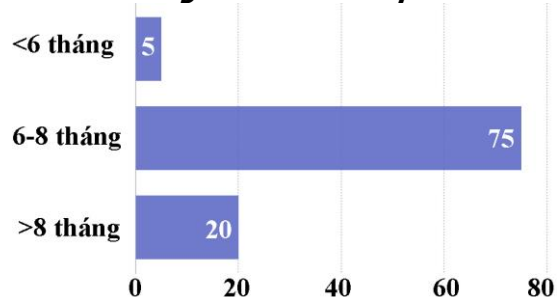


Biểu đồ 2: Đặc điểm nhóm tuổi bệnh nhân nghiên cứu

Nhận xét: - Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 51,6±7,4

- Nhóm tuổi thường gặp nhất là từ 50-69 tuổi, chiếm tỉ lệ 60%.

3.1.2. Thời gian tiến triển bệnh



Biểu đồ 2: Thời gian tiến triển bệnh tính từ lúc bắt đầu hoá trị platinum

Nhận xét: Tính từ thời điểm bắt đầu hoá trị platinum đến lúc tiến triển tái phát: nhóm dưới 6 tháng chiếm tỷ lệ 5%.

3.1.3. Giai đoạn bệnh ban đầu

Bảng 1: Giai đoạn bệnh ban đầu

| Giai đoạn | Số bệnh nhân | Tỷ lệ (%) |
|---------------|--------------|------------|
| Giai đoạn II | 5 | 16,7 |
| Giai đoạn III | 18 | 60 |
| Giai đoạn IV | 7 | 23,33 |
| Tổng | 30 | 100 |

Nhận xét: Giai đoạn ung thư buồng trứng được chẩn đoán ban đầu đa số là giai đoạn tiến xa chiếm 83,3%, trong đó giai đoạn III chiếm tỷ lệ 60%.

3.1.4. Phương pháp điều trị trước đó

Bảng 2: Phương pháp điều trị trước đó

| Phương pháp | Số bệnh nhân | Tỷ lệ (%) |
|---|--------------|------------|
| Phẫu thuật, hóa trị 6 chu kỳ | 19 | 63,3 |
| Phẫu thuật, hóa trị 8 chu kỳ | 7 | 23,3 |
| Hóa trị trước, phẫu thuật, hóa trị sau phẫu thuật | 4 | 13,4 |
| Tổng | 30 | 100 |

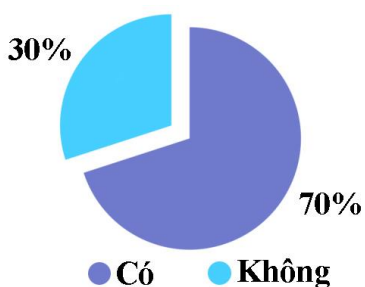
3.1.5. Đặc điểm mô bệnh học

Bảng 3: Chẩn đoán mô bệnh học

| Giai đoạn | Số bệnh nhân | Tỷ lệ (%) |
|----------------------------|--------------|------------|
| UTMBM dạng thanh dịch | 12 | 40 |
| UTMBM dạng nội mạc tử cung | 8 | 26,7 |
| UTMBM tế bào sáng | 10 | 33,3 |
| Tổng | 30 | 100 |

Nhận xét: Mô bệnh học hay gặp nhất là ung thư biểu mô dạng thanh dịch độ ác tính cao gặp 40%. Ngoài ung thư biểu mô dạng nội mạc tử cung, ung thư biểu mô tế bào sáng, không gặp loại mô bệnh học khác

3.1.7. Dịch ổ bụng



Biểu đồ 3: Dịch ổ bụng trước điều trị

Nhận xét: Với xét nghiệm cận lâm sàng siêu âm ổ bụng trước điều trị, tỷ lệ bệnh nhân có dịch ổ bụng chiếm 70% trong quần thể nghiên cứu

3.1.6. Triệu chứng lâm sàng khi tái phát, tiến triển

Bảng 4: Triệu chứng lâm sàng

| Triệu chứng | Số bệnh nhân | Tỷ lệ (%) |
|-----------------|--------------|------------|
| Đau bụng | 11 | 36,7 |
| Bụng chướng | 9 | 30 |
| Hạch thượng đòn | 7 | 23,3 |
| Khác | 3 | 10 |
| Tổng | 30 | 100 |

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là đau bụng và bụng chướng chiếm tỷ lệ cao nhất 66,7%.

3.1.8. Chỉ điểm u CA125 lúc tái phát, tiến triển

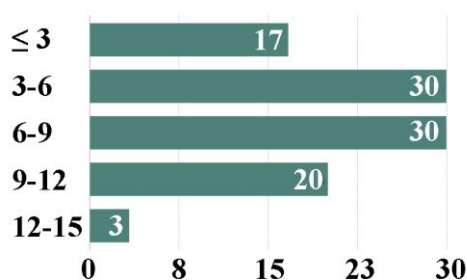


Biểu đồ 4: Nồng độ CA-125 trước điều trị

Nhận xét: Nồng độ CA-125 trước điều trị trung bình là $521 \pm 334,3$ U/ml, nồng độ CA 125 cao nhất là 1100 U/ml, thấp nhất là 125 U/ml.

3.2. Kết quả điều trị

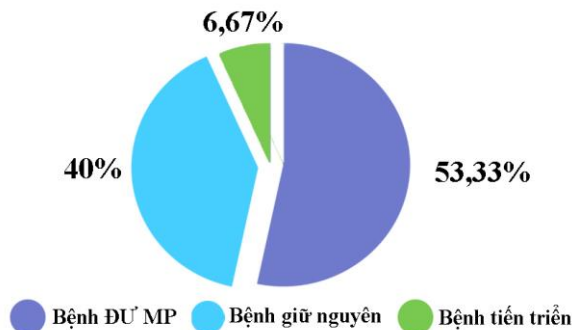
3.2.1 Số chu kỳ hoá trị thuốc nghiên cứu



Biểu đồ 5: Số chu kỳ hóa trị

Nhận xét: Trung bình số chu kỳ hóa trị của thuốc nghiên cứu là $8,1 \pm 3,1$ chu kỳ. Số chu kỳ hóa trị 3-6 chu kỳ chiếm tỷ lệ cao nhất 30%, có 5 bệnh nhân điều trị 3 chu kỳ hóa trị chiếm tỷ lệ 16,7.

3.2.2 Tỷ lệ đáp ứng



Biểu đồ 6: Tỷ lệ đáp ứng

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng một phần 53,3%, tỷ lệ bệnh giữ nguyên 40%, bệnh tiến triển chiếm 6,7%. Có 93,3% bệnh nhân có lợi ích lâm sàng khi điều trị.

Bảng 5: Tỷ lệ bệnh đáp ứng theo giai đoạn ban đầu

| Giai đoạn | Đáp ứng | Không đáp ứng | p |
|-------------|-----------|---------------|------|
| III | 9 (50%) | 9 (50%) | 0,59 |
| IV | 2 (28,5%) | 5 (71,5%) | |
| Tổng | 11 | 14 | |

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng theo giai đoạn bệnh: giai đoạn III (50%), giai đoạn IV (28,5%).

Bảng 6: Tỷ lệ đáp ứng theo mô bệnh học

| Mô bệnh học | Đáp ứng (Tỷ lệ %) | Không đáp ứng | p |
|-------------------------|-------------------|---------------|---|
| UTBM thanh dịch ác tính | 10 (87,5%) | 2 | |

Bảng 8: Tác dụng không mong muốn

| Độc tính | Số bệnh nhân (tỷ lệ %) | | | | | Tổng |
|--------------------------|------------------------|-----------|-----------|----------|--------|-----------|
| | Độ 0 | Độ 1 | Độ 2 | Độ 3 | Độ 4 | |
| Giảm bạch cầu trung tính | 17 (56,9%) | 7 (23,3%) | 4 (13,2%) | 2 (6,6%) | 0 (0%) | 30 (100%) |
| Thiếu máu | 20 (67%) | 8 (26,4%) | 2 (6,6%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 30 (100%) |
| Giảm tiểu cầu | 29 (96,7%) | 1 (3,3%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 30 (100%) |
| Giảm bạch cầu | 20 (67%) | 8 (26,4%) | 1 (3,3%) | 1 (3,3%) | 0 (0%) | 30 (100%) |
| Rụng tóc | 27 (90,1%) | 2 (6,6%) | 1 (3,3%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 30 (100%) |
| Viêm miệng | 26 (86,8%) | 1 (3,3%) | 1 (3,3%) | 2 (6,6%) | 0 (0%) | 30 (100%) |
| Hội chứng bàn tay chân | 16 (53,4%) | 12 (40%) | 2 (6,6%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 30 (100%) |
| Nôn | 22 (73,3%) | 5 (16,6%) | 3 (10,1%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 30 (100%) |

Tác dụng không mong muốn khác: không có bệnh nhân nào giảm chức năng phân suất tổng máu thất trái sau điều trị.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

+ Tuổi và nhóm tuổi: Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 51,6±7,4; Biểu đồ 1 cho thấy tỉ lệ mắc tăng dần theo nhóm tuổi và nhóm tuổi thường gặp nhất là 50-69 tuổi chiếm tỉ lệ 60%. Trong nghiên cứu của Gordon vs CS tuổi trung bình là 60 tuổi, nghiên cứu của Mutch và CS độ tuổi trung bình 59 tuổi^{1, 2, 3}. Tại Việt Nam theo nghiên cứu của Trần Bá Khuyến (2013), độ tuổi trung bình là 55 tuổi, nhóm tuổi 50-69 tuổi chiếm tỷ lệ 67%⁴. Như vậy có sự tương đồng về nhóm tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả nước ngoài.

+ Giai đoạn bệnh chẩn đoán ban đầu: Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số bệnh nhân được chẩn đoán ban đầu ở giai đoạn tiến xa, trong đó giai đoạn III chiếm tỷ lệ 60%. Trong nghiên cứu của tác giả Trần Bá Khuyến (2013) bệnh nhân được chẩn đoán ban đầu ở giai đoạn

| | | | |
|----------------|-----------|---|------|
| UTBM dạng NMCT | 8 (100%) | 0 | 0,61 |
| UTBMTB sáng | 10 (100%) | 0 | |
| Tổng | 28 | 2 | |

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng của UTBM thanh dịch ác tính là 87,5%, UTBM dạng nội mạc tử cung và UTBM tế bào sáng là 100%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p = 0,61).

Bảng 7: Nồng độ CA 12-5 trước và sau điều trị

| | Nhỏ nhất | Lớn nhất | Trung bình | p |
|----------------|----------|----------|------------|-------|
| Trước điều trị | 125 | 1110 | 521±334,3 | 0,001 |
| Sau điều trị | 30 | 750 | 330±256,9 | |

Nhận xét: Sự khác biệt của nồng độ CA 12-5 trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95%, với p=0,001.

3.3. Tác dụng không mong muốn

III chiếm 59,6%, giai đoạn II có tỷ lệ 21,2% và 9,6% giai đoạn IV³. Kết quả này cũng hoàn toàn phù hợp với các nghiên cứu dịch tễ liên quan đến UTBMTB trong đó nhận thấy bệnh thường diễn biến âm thầm với triệu chứng không đặc hiệu hoặc không có triệu chứng ở giai đoạn sớm.

3.3 Kết quả điều trị

+ Số chu kỳ điều trị

Tổng số chu kỳ điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi là 161 chu kỳ, số chu kỳ trung bình 8,1±3,1. Bệnh nhân được điều trị ít nhất 3 chu kỳ, bệnh nhân được điều trị nhiều nhất 15 chu kỳ. Số chu kỳ điều trị liên quan đến tỷ lệ đáp ứng và xa hơn nữa là thời gian sống bệnh không tiến triển, như vậy với kết quả nghiên cứu chu kỳ điều trị có thể dự đoán được tỷ lệ đáp ứng và hiệu quả của phác đồ.

+ Tỷ lệ đáp ứng. Tỷ lệ đáp ứng một phần 53,3%, không có bệnh nhân nào đáp ứng hoàn toàn với điều trị, tỷ lệ bệnh giữ nguyên 40%, bệnh tiến triển chiếm 6,7%. Tỷ lệ kiểm soát

bệnh hay lợi ích lâm sàng (bao gồm đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng một phần và bệnh giữ nguyên) đạt được là 93,3%. Tỷ lệ đáp ứng trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn tỷ lệ đáp ứng của tác giả Gordon và tương đồng với tác giả Mutch, là vì quần thể bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là những bệnh nhân chỉ nhận được 1 liệu pháp hoá trị trước đó cho điều trị ban đầu, còn bệnh nhân trong nghiên cứu của Gordon và CS đã nhận được nhiều liệu pháp hoá trị trước đó^{2,3}.

+ Sự thay đổi thay đổi nồng độ CA-125 trước và sau điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả theo biểu đồ 3 và 4 cho thấy có sự thay đổi nồng độ CA125 giảm so với trước điều trị. Chỉ số CA-125 trung bình trước và sau nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 520, 320, chỉ số này trong nghiên cứu của Gordon lần lượt là 199, 178¹.

+ Tỷ lệ đáp ứng liên quan: Nồng độ CA125: Dựa trên kết quả nghiên cứu cho thấy các bệnh nhân đáp ứng với điều trị có nồng độ CA125 sau điều trị giảm so với trước điều trị có ý nghĩa thống kê với $P < 0,001$. Như vậy có sự tương quan chặt chẽ giữa nồng độ CA125 và đáp ứng điều trị⁵.

- Mô bệnh học: Tỷ lệ đáp ứng của UTBM thanh dịch ác tính là 87,5%, UTBM dạng nội mạc tử cung là 100%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($P = 0,61$). Sự khác biệt do cỡ mẫu nhỏ, các thể mô học chiếm tỷ lệ tương đương nhau nên kết quả điều trị không có sự khác biệt giữa các thể mô bệnh học

3.4 Tác dụng không mong muốn

+ Tác dụng không mong muốn trên hệ tạo huyết: thường gặp nhất khi hóa trị, bao gồm giảm bạch cầu, bạch cầu trung tính, giảm tiểu cầu. Trong NC của chúng tôi chủ yếu gặp độ 1, 2. Tỷ lệ giảm bạch cầu trung tính độ 3,4 thấp hơn nhiều các nghiên cứu khác, có thể do bệnh nhân trong quá trình điều trị được theo dõi sát và sử dụng thuốc tăng sinh dòng bạch cầu hạt (G-CSF) khi có giảm bạch cầu đa nhân trung tính từ độ 2 trở lên^{2,3}.

+ Tác dụng không mong muốn ngoài hệ tạo huyết: Độc tính nôn độ 1,2 gặp 26,7%, không có bệnh nhân nào nôn độ 3,4. Độc tính hội chứng bàn tay chân, thay đổi sắc tố da trong nghiên cứu của chúng tôi gặp độ 1 (40%), độ 2 (6,6%). So sánh với các nghiên cứu của tác giả Mutch, hội chứng bàn tay chân độ 2 gặp 9,3%, độ 3 gặp 10,4%³. Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng

tôi gặp độc tính hội chứng bàn tay chân độ 2 tương đương với tác giả Mutch, tuy nhiên sau khi điều chỉnh liều và phối hợp điều trị chuyên khoa đi kèm, vẫn có thể tiếp tục liệu trình điều trị. Trong NC của chúng tôi không gặp bệnh nhân nào giảm phân suất tổng máu thất trái sau khi dùng liposomal doxorubicin.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu tiến hành trên 30 bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng tái phát kháng platinum được điều trị phác đồ liposomal doxorubicin tại Bệnh viện K từ tháng 01/2018 đến tháng 8/2021 cho thấy:

5.1. Kết quả điều trị

- Tỷ lệ đáp ứng: đáp ứng một phần (53,3%), bệnh giữ nguyên (40%), bệnh tiến triển (6,7%),
- Tỷ lệ kiểm soát bệnh (93,3%).
- Đáp ứng theo giai đoạn lúc chẩn đoán ban đầu: giai đoạn III là 50%, giai đoạn IV là 28,5%

5.3. Tác dụng không mong muốn

- Tác dụng không mong muốn trên hệ tạo huyết như giảm bạch cầu trung tính 23,3% (độ 1), 12,3% (độ 2), giảm tiểu cầu 3% (độ 1), không có trường hợp nào giảm độ 3,4.

- Tác dụng không mong muốn ngoài hệ tạo huyết hay gặp là hội chứng bàn tay chân (40% độ 1, 6,6% độ 2), các tác dụng không mong muốn khác chủ yếu ở độ 1, 2, không có trường hợp nào độ 3, 4.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Gordon AN, Fleagle JT, Guthrie D, Parkin DE et al. (2001).** Recurrent epithelial ovarian carcinoma: a randomized phase III study of pegylated liposomal doxorubicin versus topotecan. *J Clin Oncol.* 2001;**19(14)**:3312
- Gordon AN, Tonda M, Sun S, Rackoff W (2004).** Long-term survival advantage for women treated with pegylated liposomal doxorubicin compared with topotecan in a phase 3 randomized study of recurrent and refractory epithelial ovarian cancer. *Gynecol Oncol.* 2004;**95(1)**:1
- David G. Mutch, Mauro Orlando, Tiana Goss 2007.** Randomized phase III trial of Gemcitabine compared with Pegylated Liposomal Doxorubicin in patients with platinum-resistant ovarian cancer. *J Clin Oncol* 25: 2811-2818
- Trần Bá Khuyến.** Đánh giá hiệu quả điều trị bệnh ung thư buồng trứng tái phát di căn bằng pegylated liposomal doxorubicin. Luận văn thạc sỹ y khoa, Đại học Y Hà Nội, 2013
- Herzog TJ, Vermorken JB, Pujade-Lauraine E, et al.** Correlation between CA-125 serum level and response by RECIST in a phase III recurrent ovarian cancer study. *Gynecol Oncol.* 2011;**122(2)**,350-355.