

V. KẾT LUẬN

EtCO₂ và CI có mối tương quan thuận với nhau với hệ số tương quan $r=0,410$ và $p=0,000$. Đặc biệt, ở nhóm có cung lượng tim thấp EtCO₂ và CI tương quan thuận với nhau với hệ số tương quan là $0,523$ và $p=0,007$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Swan HJ, Ganz W, Forrester J, Marcus H, Diamond G, Chonette D.** Catheterization of the heart in man with use of a flow-directed balloon-tipped catheter. *N Engl J Med.* 1970;283:447-451.
2. **Kate E DrummondEdward Murphy.** Minimally invasive cardiac output monitors. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain.* 2011;2-6.
3. **Weil, M. H., Bisera, J., Trevino, R. P., et al.** Cardiac output and end-tidal carbon dioxide. *Critical Care Medicine.* 1985;13(11): 907-909.
4. **Dunham CM, Chirichella TJ, Gruber BS, et al.** In emergently ventilated trauma patients, low end tidal CO₂ and low cardiac output are associated and correlate with hemodynamic instability, hemorrhage, abnormal pupils, and death. *BMC Anesthesiology.* 2013;13:1-8.
5. **Way M, Hill GE.** Intraoperative end-tidal carbon dioxide concentrations: what is the target. *Anesthesiology Research and Practice.* 2011;1-3.
6. **Yosefy C, Nasri Y, Magen E, et al.** End tidal carbon dioxide as predictor of the arterial PCO₂ in the emergency department setting. *Emerg Med J.* 2004;21:557-559.
7. **Singla MK, Sodhi K, Shrivastava A, et al.** End-tidal CO₂ should not be parameter for ventilatory adjustment during low cardiac output. Stated like off-pump coronary artery bypass grafting. *Journal of General Practice.* 2014;2:1-4.
8. **Kheng CP, Rahman NH.** The Use of End-Tidal Carbon Dioxide Monitoring in Patient with Hypotension in Emergency Department. *International Journal of Emergency Medicine.* 2012.
9. **McGillicuddy DC, Tang A, Cataldo L, et al.** Evaluation of End Tidal Carbon Dioxide Role in Predicting Elevated SOFA Scores and Lactic Acidosis. *Intern Emerg Med.* 2009;4:41-44.
10. **Tjokorda Gde Agung Senopathi, Made Wiryana, Ketut Sinardja, et al.** The End-Tidal CO₂ correlation with a decreased cardiac output measured by ultrasonic cardiac output monitor in intubated ICU patients. *Bali Medical Journal (Bali Med J).* 2017;6:1: 12-16.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ DUY TRÌ DOXETAXEL SAU HÓA CHẤT PHÁC ĐỒ PACLITAXEL-CARBOPLATIN TRONG UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN IV TẠI BỆNH VIỆN K

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị duy trì hóa chất Docetaxel sau hóa chất phác đồ Paclitaxel-Carboplatin trong ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả. Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV từ 6/2016 đến 6/2022 tại bệnh viện K sau điều trị bước 1 với bộ đôi hóa chất Paclitaxel- Carboplatin đạt được bệnh đáp ứng hoặc ổn định được ghi nhận các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, phương pháp điều trị, đánh giá thời gian sống thêm bệnh không tiến triển và các yếu tố liên quan. **Kết quả:** Nghiên cứu thực hiện trên 55 bệnh nhân. Tuổi trung vị của BN là 62 tuổi, trong đó giới nam chiếm 82,1%; triệu chứng cơ năng thường gặp là ho khan (37,5%), đau tức ngực (32,1%), khó thở (16,1%). Có 32 BN (58,2%) bệnh đáp ứng 1 phần, 41,8% BN bệnh ổn định, không có BN đáp ứng bệnh hoàn toàn. Thời gian sống thêm bệnh không tiến

Bùi Xuân Thăng¹, Nguyễn Thị Thu Hương¹

triển trung vị là 4,2 tháng, thời gian sống thêm toàn bộ trung vị 15 tháng. Tác dụng không mong muốn: giảm bạch cầu là 38,1%, trong đó giảm bạch cầu độ 3, 4 là 10,9%; giảm huyết sắc tố chiếm 92,9% chủ yếu độ 1 và độ 2. Tỷ lệ viêm niêm mạc chiếm 48,8% qua các đợt điều trị, chủ yếu thoáng qua, tự hồi phục. Tiêu chảy chiếm 30,9%, chủ yếu độ 1, tự hồi phục. **Kết luận:** Điều trị duy trì Docetaxel sau hóa chất bộ đôi Paclitaxel-Carboplatin cho hiệu quả cao, khả năng dung nạp thuốc tốt ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV.

Từ khóa: Ung thư phổi không tế bào nhỏ, giai đoạn IV, bộ đôi Paclitaxel- Carboplatin, duy trì Docetaxel.

SUMMARY

RESULTS OF MAINTENANCE OF DOXETAXEL TREATMENT AFTER PACLITAXEL-CARBOPLATIN CHEMOTHERAPY IN STAGE IV NON- SMALL CELL LUNG CANCER AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Aims: To evaluate the results of docetaxel maintenance therapy after paclitaxel- carboplatin chemotherapy in stage IV non-small cell lung cancer. **Patients and methods:** A descriptive study. The

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Xuân Thăng

Email: xuanthang30071996@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 5.12.2022

Ngày duyệt bài: 16.12.2022

patient diagnosed at Vietnam National Cancer Hospital, from June 2016 to June 2022 with stage IV non-small cell lung cancer after treatment step 1 treatment with paclitaxel - carboplatin chemotherapy duo achieved response or stable disease. The assessment was recorded clinical symptoms, subclinical, treatment methods, assessment of survival time and related factors. Results: The study was carried out on 55 patients. The median age of patients was 62 years old, of which male accounted for 82.1%; Common functional symptoms are dry cough (37.5%), chest pain (32.1%), dyspnea (16.1%). There were 32 patients (58.2%) with partial response, 41.8% of patients with stable disease, no patient with complete response. Median progression-free survival was 4.2 months, median overall survival 15 months. Side effects: leukopenia is 38.1%, of which grade 3 and 4 leukopenia is 10.9%; Hemoglobin reduction accounted for 92.9%, mainly grade 1 and grade 2. The rate of mucositis accounted for 48.8% over the course of treatment, mainly transient, self-healing. Diarrhea accounts for 30.9%, mainly grade 1, self-healing. **Conclusion:** Docetaxel maintenance treatment after paclitaxel-carboplatin duo chemotherapy showed high efficacy, good drug tolerance in patients with stage IV non-small cell lung cancer.

Keywords: non-small cell lung cancer, stage IV, Paclitaxel- Carboplatin chemotherapy, maintain Docetaxel.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là ung thư phổ biến và là nguyên nhân tử vong do ung thư thường gặp nhất. Theo tổ chức nghiên cứu ung thư quốc tế IARC (GLOBOCAN 2020)¹, ung thư phổi đứng hàng thứ 2 về tỉ lệ mắc với hơn 2.2 triệu ca được chẩn đoán mới ở cả 2 giới, đứng đầu ở nam và thứ 3 ở nữ giới. Tại Việt Nam, theo ghi nhận của GLOBOCAN 2020¹, có 26262 ca mắc mới, chiếm 14.4% trong tổng số ca mắc mới do các bệnh ung thư. Ung thư phổi có độ ác tính cao, tiến triển nhanh, tiên lượng xấu, tỉ lệ sống thêm 5 năm thấp, khoảng 15% ở cả 2 giới. Theo phân loại của tổ chức y tế thế giới WHO, Ung thư phổi được chia thành 2 nhóm chính dựa trên đặc điểm mô bệnh học là ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN), chiếm 80-85% và ung thư phổi tế bào nhỏ².

Hầu hết bệnh nhân đến viện ở giai đoạn muộn, không còn khả năng phẫu thuật. Liệu pháp đầu tay với bộ đôi có platinum 4 đến 6 chu kỳ giúp cải thiện thời gian sống thêm toàn bộ và không bệnh của bệnh nhân³. Vai trò của điều trị duy trì Docetaxel trong UTPKTBN giai đoạn muộn đã được chứng minh trong nhiều nghiên cứu. Các nghiên cứu này cho thấy cải thiện triệu chứng, thời gian sống bệnh không tiến triển với độc tính chấp nhận được.

Tại bệnh viện K, đã từ nhiều năm áp dụng điều trị duy trì Docetaxel sau khi điều trị hóa

chất Paclitaxel- Carboplatin khi bệnh ổn định hoặc bệnh đạt đáp ứng và cho kết quả khả quan nhưng ít có nghiên cứu đầy đủ về hiệu quả của thuốc. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị duy trì hóa chất Docetaxel sau hóa chất phác đồ Paclitaxel- Carboplatin trong ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV tại bệnh viện K từ T6/2016 đến T6/2022.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu là 55 BN ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV đủ các tiêu chuẩn sau:

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tuổi: 18 tuổi trở lên
- Chẩn đoán xác định UTPKTBN giai đoạn IV được điều trị bằng Docetaxel sau kết thúc điều trị Paclitaxel- Carboplatin bước 1.
- Điều trị duy trì ít nhất 2 chu kỳ Docetaxel.
- Thể trạng: PS \leq 2, có chức năng gan, sinh hóa máu, huyết học tốt. Các chỉ số cận lâm sàng cần có: số lượng bạch cầu đa nhân trung tính \geq 1.500/ml, số lượng tiểu cầu \geq 100.000/ml, nồng độ hemoglobin \geq 9,0g/dL, nồng độ creatinine \leq 1,5mg/dL, AST và ALT \leq 2,5 lần giới hạn bình thường.

- Các trường hợp di căn não cần xạ trị não trước khi điều trị.

- Không dị ứng với Docetaxel hoặc mắc các bệnh cấp, mãn tính trong thời gian gần.

- Có các tổn thương đích để có thể đánh giá đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST

- Có đầy đủ hồ sơ bệnh án, các thông tin cho đến khi kết thúc nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Giải phẫu bệnh là ung thư tế bào nhỏ, u thần kinh nội tiết
- Di căn não chưa được xạ trị não, di căn tủy sống có chèn ép tủy
- Suy gan, suy thận nặng
- Mắc ung thư thứ 2
- Bệnh nhân dị ứng với thuốc
- BN bỏ dở điều trị không vì lý do chuyên môn (khi bệnh chưa tiến triển và không có tác dụng phụ trầm trọng) hay từ chối hợp tác, không theo dõi được.

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện K

2.3. Thời gian: 6/2016 – 6/2022.

2.4. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh.

2.5. Xử lý số liệu: Số liệu thu thập được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0

2.6. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu tại

Khoa Nội 2, Bệnh viện K, với thông tin thu thập được chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu, không can thiệp vào trực tiếp người bệnh. Số liệu thu thập trung thực, khách quan, được thông qua hội đồng mã số 8720108

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thu thập được 55 BN đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Kết quả thu được như sau:

❖ **Tuổi và giới**

Bảng 1: Đặc điểm tuổi

Tuổi	N	Tỷ lệ (%)
≤ 40	1	1,8
41 – 50	3	5,6
51 – 60	18	32,7
61-70	33	59,9
Trên 70	0	0
Tổng	55	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm tuổi thường gặp nhất là từ 61-70 tuổi, cao nhất là 70 tuổi, thấp nhất là 29 tuổi, trung vị là 62 tuổi.

❖ **Đặc điểm lâm sàng**

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng

	N	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng cơ năng (n=55)		
Ho khan	27	37,5
Đau ngực	6	32,1
Khó thở	0	16,1
Ho ra máu	8	5,4
Đau xương khớp	5	16,1
Gầy sút cân	9	17,9
Tự sờ thấy hạch cổ	1	7,1
Tình cờ phát hiện	2	7,1

Nhận xét: Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất khi bệnh nhân đến khám là ho khan (37,5%), đau ngực (32,1%). Có 7,1% bệnh nhân đến khám không có triệu chứng lâm sàng.

❖ **Đặc điểm mô bệnh học**

Bảng 2: Mô bệnh học

Mô bệnh học	N	Tỷ lệ (%)
UTBM tuyến	43	76,8
UTBM vảy	12	23,2
Tổng	55	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ UTBM tuyến chiếm tỉ lệ cao nhất là 76,8%, UTBM vảy chiếm 23,2%.

❖ **Đáp ứng sau điều trị bước 1:**

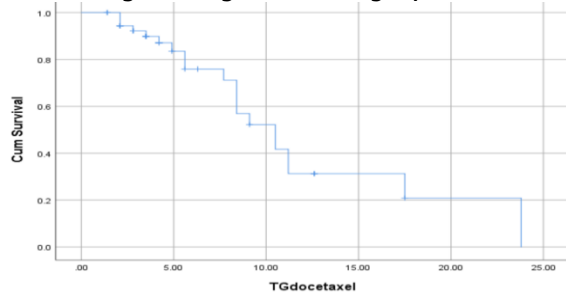
Bảng 4: Đáp ứng sau điều trị bước 1

Triệu chứng	N	Tỷ lệ (%)
Đáp ứng hoàn toàn	0	0
Đáp ứng 1 phần	32	58,2
Bệnh ổn định	23	41,8

Nhận xét: Trong nghiên cứu, bệnh nhân

điều trị bước 1 không có BN đáp ứng hoàn toàn, có 32 BN (58,2%), 41,8% bệnh ổn định.

❖ **Thời gian sống thêm không bệnh tiến triển**



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

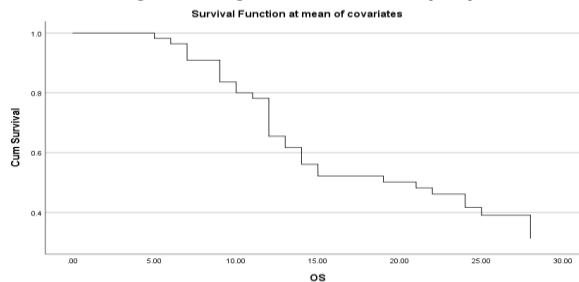
Nhận xét: thời gian theo dõi trung bình là 25 tháng, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển là 4,2 tháng; trong đó, thời gian sống thêm không tiến triển ở nhóm bệnh nhân đạt được bệnh đáp ứng sau phác đồ hóa chất bước 1 trung vị là 5,25 tháng, ở nhóm bệnh nhân bệnh ổn định là 3,5 tháng.

Bảng 6: Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển qua các mốc thời gian

PFS	3 tháng	6 tháng	9 tháng	12 tháng
%	70,9	34,5	21,8	10,9

Nhận xét: Thời gian sống thêm không bệnh tiến triển 3 tháng là 70,9%. Hầu hết BN sẽ tiến triển trong vòng 1 năm điều trị duy trì Docetaxel, chỉ có 10,9% BN bệnh vẫn ổn định và đáp ứng với điều trị.

❖ **Thời gian sống thêm toàn bộ (OS)**



Bảng 7: Thời gian sống thêm toàn bộ (OS)

Thời điểm	Số BN còn sống	Tỉ lệ (%)	Trung bình OS (tháng)	Trung vị (OS)
12 tháng	43	78,2	18±8,18	15
18 tháng	26	47,3		
24 tháng	21	38,2		

Nhận xét: OS trung bình là 18±8,18 tháng, trung vị là 15 tháng, thời gian sống ngắn nhất là 5 tháng dài nhất là 40 tháng.

❖ Tác dụng không mong muốn

Tác dụng phụ	Tỷ lệ (%)
Hạ bạch cầu	38,1
Giảm huyết sắc tố	92,9
Viêm niêm mạc	48,8
Tiêu chảy	30,9
Tăng men gan	7,5
Phù tay chân	0

Nhận xét: tác dụng phụ thường gặp nhất là thiếu máu với 92,9%, chủ yếu độ 1, độ 2; hạ bạch cầu xảy ra ở 38,1% BN, trong đó hạ bạch cầu độ 3 và độ 4 chiếm 10,9%.

IV. BÀN LUẬN

Trong 55 bệnh nhân nghiên cứu, tuổi trung vị của bệnh nhân là 62, nhóm tuổi hay gặp nhất là 61-70 tuổi. Tuổi trung vị trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự với các nghiên cứu về điều trị UTPKTBN đã được nghiên cứu⁶. Trong nghiên cứu, bệnh nhân nam chiếm đa số với 82,1%, nữ chiếm 17,9%. Về mô bệnh học, chủ yếu là UTBM tuyến, chiếm 76,8%, phán ánh sự tăng lên từng ngày của thể mô bệnh học này.

Theo các hướng dẫn điều trị hiện nay, phác đồ có Platinum- Pemetrexed là lựa chọn hàng đầu trong điều trị UTPKTBN giai đoạn IV khi mà BN không thích hợp/ không đủ điều kiện điều trị các thuốc đích/ miễn dịch, cho hiệu quả điều trị cao³. Tuy nhiên, trong điều kiện kinh tế tại Việt Nam, không phải bệnh nhân nào cũng có thể tiếp cận điều trị bằng phác đồ này. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phác đồ Paclitaxel- Carboplatin được sử dụng cho điều trị bước 1, trong đó bệnh nhân đáp ứng sau điều trị chiếm 58,2%, bệnh nhân ổn định chiếm 41,8%.

Các bệnh nhân được điều trị duy trì Docetaxel sau điều trị bước 1 phác đồ Paclitaxel-Carboplatin với BN được điều trị lâu nhất là 34 chu kỳ, ngắn nhất là 3 chu kỳ, trung bình là 8,6 chu kỳ. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Tuấn⁷ với thời gian điều trị trung bình là 8,6 chu kỳ. Đây là kết quả bước đầu cho thấy hiệu quả khá tốt của Docetaxel khi áp dụng điều trị duy trì, bệnh dung nạp tốt, kéo dài thời gian điều trị hơn phản ánh qua số chu kỳ điều trị. Tuy nhiên, thời gian bệnh không tiến triển trung vị là 4,2 tháng; trong đó, ở những bệnh nhân đạt được bệnh đáp ứng sau hóa trị bước 1, PFS là 5,25 tháng, ở những bệnh nhân bệnh ổn định là 3,5 tháng, sự khác biệt về PFS ở 2 nhóm có xu hướng cao hơn ở nhóm bệnh đáp ứng, mặc dù không có ý nghĩa thống kê với $p=0.068$. Theo từng giai đoạn, PFS sau 3 tháng điều trị là 70,9%, các bệnh nhân hầu hết

sẽ tiến triển trong vòng 1 năm điều trị, với PFS sau 12 tháng là 10,9%. So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Tuấn⁷ (PFS 6,3 tháng) và Fidias⁵ (PFS 5,7 tháng), nghiên cứu của chúng tôi có thời gian sống thêm không tiến triển thấp hơn. Có thể phân tích những nguyên nhân khiến kết quả PFS trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu khác: thứ nhất, về độ tuổi trung bình của nghiên cứu, phần lớn BN trên 60 tuổi; và lý do quan trọng hơn, phần lớn BN có thể mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến, với các hướng dẫn chuẩn gần nhất điều trị phác đồ bước 1 phác đồ Platinum- Pemetrexed nên kết quả PFS thấp hơn có thể lý giải.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, PFS là 4,2 tháng, thấp hơn nhiều so với các nghiên cứu trong nước⁸ cũng như trên thế giới về hiệu quả điều trị duy trì Docetaxel sau hóa chất bước 1 có Platinum. Thời gian sống thêm toàn bộ (OS) trong nghiên cứu của chúng tôi (OS trung vị 15 tháng) khác biệt không đáng kể so với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước. Điều trị duy trì Docetaxel ít độc tính tích lũy, có thể dự phòng được các tác dụng không mong muốn có thể gặp, áp dụng điều trị cho cả ung thư biểu mô vảy và không vảy. Đồng thời so với nhiều hóa chất như Pemetrexed, Gemcitabin, Vinorelbin trong điều trị duy trì, Docetaxel dễ tiếp cận, giá thành rẻ hơn và chu kỳ điều trị 3 tuần thuận lợi cho nhiều bệnh nhân.

Tác dụng phụ trong quá trình điều trị đáng lo ngại nhất khi duy trì Docetaxel là hạ bạch cầu do ức chế tủy xương. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hạ bạch cầu chiếm 38,1%, trong đó độ 3, 4 chiếm 10,9% và cần sử dụng các thuốc kích thích dòng bạch cầu hạt. Thiếu máu xảy ra thường xuyên ở các BN, tuy nhiên chủ yếu độ 1, độ 2 và có khả năng tự hồi phục, ít bệnh nhân cần can thiệp truyền máu. Viêm niêm mạc, tiêu chảy và tăng men gan xảy ra với tỉ lệ thấp hơn.

V. KẾT LUẬN

- Tuổi trung vị của BN là 62, chủ yếu là nam giới (82,1%). Các triệu chứng lúc vào viện: ho khan (37,5%), đau tức ngực (32,1%).

- Tất cả BN được điều trị hóa chất bước 1 phác đồ paclitaxel – carboplatin, trong đó 32 BN đạt đáp ứng 1 phần, 23 BN bệnh ổn định sau điều trị, không có BN đạt đáp ứng hoàn toàn. Số chu kỳ điều trị duy trì Docetaxel trung bình là 8,6; trung vị là 4,2 tháng. PFS sau phác đồ hóa chất bước 1 cao hơn so với bệnh nhân đạt được bệnh ổn định (5,25 vs 3,5 tháng), tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê với $p=0,068$.

PFS sau 3 tháng điều trị duy trì Docetaxel đạt 70,9%, hầu hết BN sẽ tiến triển trong vòng 1 năm, với PFS 12 tháng là 10,9%.

- OS trung vị trong nghiên cứu là 15 tháng; OS thời điểm 12 tháng, 18 tháng, 24 tháng lần lượt là 78,2%; 47,3%; 38,2%.

- Tác dụng phụ chủ yếu trong quá trình điều trị gồm chủ yếu là hạ bạch cầu (38,1%), thiếu máu (92,9%), viêm niêm mạc (48,8%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **704-viet-nam-fact-sheets.pdf.** Accessed September 12, 2022. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/704-viet-nam-fact-sheets.pdf>
2. **Detterbeck FC.** The eighth edition TNM stage classification for lung cancer: What does it mean on main street? *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery.* 2018;155(1):356-359. doi:10.1016/j.jtcvs.2017.08.138
3. **nscl.pdf.** Accessed September 12, 2022. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/nscl.pdf
4. **V-lung-cancer.pdf.** Accessed September 12, 2022. <https://www.mdanderson.org/content/dam/mdanderson/documents/about-md-anderson/Community%20Services/V-lung-cancer.pdf>
5. **Fidias PM, Dakhil SR, Lyss AP, et al.** Phase III Study of Immediate Compared With Delayed Docetaxel After Front-Line Therapy With Gemcitabine Plus Carboplatin in Advanced Non-Small-Cell Lung Cancer. *Journal of Clinical Oncology.* Published online December 15, 2008. doi:10.1200/JCO.2008.17.1405
6. **showPdf.pdf.** Accessed September 12, 2022. <https://journal.chestnet.org/action/showPdf?pii=S0012-3692%2813%2960296-2>
7. **Thư viện Đại Học Y.** Accessed September 12, 2022. <http://thuvien.hmu.edu.vn/pages/cms/FullBookReader.aspx?Url=/pages/cms/TempDir/books/eb93b633-ec08-44e7-bec8-a20a1a286038/2020/06/15/202006151008-8b27606c-e61a-4d4f-97ef-131d45b3e27e/FullPreview&TotalPage=129&ext=jpg#page/1/mode/2up>
8. **Thư viện Đại Học Y.** Accessed September 12, 2022. <http://thuvien.hmu.edu.vn/pages/cms/FullBookReader.aspx?Url=/pages/cms/TempDir/books/4d4f906f-5ed4-4915-8204-7e53e5e7c271/2022/03/18/202203181053-eae2af74-5a61-4a02-8e20-a1af6b754560/FullPreview&TotalPage=25&ext=jpg#page/1/mode/2up>

GÁNH NẶNG CHĂM SÓC BỆNH NHÂN PARKINSON CÓ TĂNG HUYẾT ÁP

Hoàng Ngọc Dũng^{1,2}, Trần Việt Lực^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá gánh nặng của người chăm sóc bệnh nhân Parkinson có tăng huyết áp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tổng số 50 bệnh nhân được chẩn đoán Parkinson có tăng huyết áp được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của Ngân hàng não hội Parkinson Vương quốc Anh (UKPDSBB/United Kingdom Parkinson's Disease Society Brain bank)¹, tiêu chuẩn chẩn đoán Tăng huyết áp của ISH² 2020 và người chăm sóc của họ đã được chọn ngẫu nhiên để tham gia nghiên cứu. Phân chia giai đoạn bệnh được thực hiện bởi chuyên gia thần kinh dựa trên Thang điểm Hoehn & Yahr (H&Y). Mức độ nghiêm trọng của bệnh được xác định bằng cách sử dụng Thang điểm thống nhất đánh giá bệnh Parkinson (UPDRS). Gánh nặng chăm sóc được đánh giá bằng cách sử dụng Thang đánh giá gánh nặng Zarit (ZBI). Thang đánh giá lo âu-trầm cảm-căng thẳng (DASS 21) được sử

dụng để đánh giá các triệu chứng lo âu và trầm cảm ở bệnh nhân Parkinson và người chăm sóc của họ. Câu hỏi bệnh Parkinson (PDQ-39) được sử dụng để đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân Parkinson. Thang đánh giá tâm thần tối thiểu (MMSE) được thực hiện để đánh giá tình trạng nhận thức tổng thể. **Kết quả:** 50 người chăm sóc chính của bệnh nhân Parkinson có tăng huyết áp được đưa vào nghiên cứu. Điểm gánh nặng Zarit trung bình của nhóm nghiên cứu là 23,52±13,841. Có sự khác biệt đáng kể giữa điểm gánh nặng Zarit trung bình giữa hai nhóm người chăm sóc bệnh nhân Parkinson có tăng huyết áp độ I và tăng huyết áp độ II. Điểm chất lượng cuộc sống trung bình của người chăm sóc PDQ-carer của nhóm Parkinson có tăng huyết áp độ II có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với nhóm người chăm sóc bệnh nhân Parkinson có tăng huyết áp độ I với p<0,05. **Kết luận:** Gánh nặng chăm sóc cho bệnh nhân Parkinson tăng lên khi có tăng huyết áp.

SUMMARY

CAREGIVER BURDEN IN PARKINSON 'S DISEASE WITH HYPERTENSION

Objective: Assess the caregiver burden (CB) in Parkinson 's disease with hypertension. **Method:** A total of 50 patients who were diagnosed as having IPD with hypertension by neurologist according to United Kingdom Brain Bank Criteria, 2020 International

¹Trường đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Lão khoa Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Ngọc Dũng

Email: hoangdung12341002@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 2.12.2022

Ngày duyệt bài: 14.12.2022