

4. Joosten EA, D.-M.L., de Weert GH, Sensky T, van der Staak CP, de Jong CA, Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychotherapy and psychosomatics*, 2008. 77(4): p. 219-226.
5. Mohd A, C.A., Patient satisfaction with services of the outpatient department. *Medical journal, Armed Forces India*, 2014. 70(3): p. 237-242.
6. **Sở Y tế TPHCM.** Sở Y tế TP. Hồ Chí Minh chính thức giới thiệu "Phiếu khảo sát trải nghiệm người bệnh trong thời gian điều trị nội trú tại bệnh viện". 2019; Available from: <http://medinet.hochiminhcity.gov.vn/quan-ly-chat-luong-kham-chua-benh/so-y-te-tp-ho-chi-minh-chinh-thuc-gioi-thieu-phiếu-khao-sat-trai-nghiem-nguoi-b-cmobile8-12145.aspx>.
7. **Trần Đức Nguyên Anh,** Trải nghiệm bệnh nhân nội trú tại khoa Nội điều trị theo yêu cầu Bệnh viện Nhi Đồng 2 năm 2021 và các yếu tố liên quan. 2023, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch: TPHCM. p. 94.
8. **Sở y tế Thành phố Hồ Chí Minh.** Kết quả khảo sát trải nghiệm của người bệnh trong thời gian điều trị nội trú tại các bệnh viện trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh trong năm 2020. 2021; Available from: <https://medinet.gov.vn/quan-ly-chat-luong-kham-chua-benh/ket-qua-khao-sat-trai-nghiem-cua-nguoi-benh-trong-thoi-gian-dieu-tri-noi-tru-ta-c8-37740.aspx>.

ĐÁNH GIÁ ĐÁP ỨNG, THỜI GIAN SỐNG THÊM TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN IV BẰNG PHÁC ĐỒ PEMETREXED – CARBOPLATIN

Nguyễn Khánh Toàn¹, Phạm Thị Hường¹,
Cần Xuân Hạnh², Nguyễn Văn Nhật¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đáp ứng và thời gian sống thêm của bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV điều trị bằng phác đồ Pemetrexed – carboplatin. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi tiến cứu trên 45 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV được điều trị hóa chất phác đồ Pemetrexed – Carboplatin tại Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An từ tháng 8/2018 đến tháng 8/2021. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $59,2 \pm 7,4$, tỷ lệ nam/nữ = 5,4/1. 39/45 (86,7%) bệnh nhân hoàn thành bốn chu kỳ và 30/45 (66,7%) bệnh nhân hoàn thành sáu chu kỳ hóa trị. Tỷ lệ đáp ứng chung 37,8%, tỷ lệ kiểm soát bệnh là 66,7. Chỉ số toàn trạng PS và tuổi là yếu tố ảnh hưởng tới tỷ lệ đáp ứng. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển TB là $7,4 \pm 0,3$ tháng, trung vị là 7,7 tháng. Thời gian sống trung bình toàn bộ là $20,5 \pm 1,9$ tháng, trung vị là 19 tháng. **Kết luận:** Phác đồ Pemetrexed - Carboplatin hiệu quả trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV

Từ khóa: ung thư phổi không tế bào nhỏ, giai đoạn IV, Pemetrexed- Carboplatin,

SUMMARY

EVALUATING TREATMENT RESPONSE, SURVIVAL OF STAGE IV NON SMALL CELL LUNG CANCER BY PEMETREXED –

¹Bệnh viện Ung bướu Nghệ An

²Bệnh viện Phổi trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Hường

Email: bshuonngn2ub@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 9.5.2023

Ngày duyệt bài: 19.5.2023

CARBOPLATIN REGIMEN

Aims: To evaluate response and survival of patients with stage IV Non small cell lung cancer who were treated by Pemetrexed – Carboplatin regimen. **Patients and method of study:** Retrospective and prospective study on 45 non-small cell lung cancer patients in stage IV treated by Pemetrexed - Carboplatin regimen from August 2018 to August 2021. **Results:** Median of age $59,2 \pm 7,4$, male/female: 5,4/1. 39/45 (89,7%) patients completed four cycles, and 30/45 (66,7%) completed six cycles of chemotherapy. Objective response rate is 37,8%; disease control rate is 66,7%. Performance status and age are factors affecting response rate. The mean progression-free survival (PFS) was 7.4 ± 0.3 months, the median PFS was 7.7 months. The mean overall survival (OS) was 20.5 ± 1.9 months, the median OS was 19 months. **Conclusion:** Pemetrexed-Carboplatin regimen is effective in the treatment of stage IV non small cell lung cancer.

Keywords: Non small cell lung cancer, stage IV, Pemetrexed Carboplatin

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là loại ung thư phổ biến và là nguyên nhân gây tử vong do ung thư thường gặp nhất. Theo thống kê của tổ chức nghiên cứu ung thư quốc tế IARC (Globocan 2020), ước tính có khoảng 2,21 triệu người mắc mới (chiếm 11,4%) và 1,79 triệu người tử vong do ung thư phổi (chiếm 18%). Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị nhưng tỷ lệ sống thêm 5 năm với bệnh nhân ung thư phổi chỉ chiếm 4 - 17% tùy theo giai đoạn và sự khác biệt khu vực. Tại Việt Nam, tỷ lệ tử vong hàng năm do UTP là 20.710 ca chiếm 19,2% số

ca tử vong do ung thư nói chung¹.

Điều trị UTP là điều trị đa mô thức, kết hợp giữa các phương pháp điều trị tùy thuộc vào giai đoạn bệnh, đặc điểm mô bệnh học, thể trạng BN... Biện pháp điều trị chính đối với UTPKTBN giai đoạn di căn là điều trị toàn thân nhằm cải thiện triệu chứng, kéo dài thời gian sống thêm. Cho đến nay, mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong điều trị nhóm bệnh nhân này nhưng hóa trị vẫn đóng vai trò quan trọng trong điều trị UTP, đặc biệt ở những BN không biết hoặc tình trạng đột biến gen âm tính và PDL1 âm tính. Các thử nghiệm lâm sàng đã chứng minh hiệu quả phác đồ hóa chất có chứa platinum giúp cải thiện thời gian sống thêm toàn bộ và thời gian sống thêm bệnh không tiến triển^{2,3}. Tuy Cisplatin cho tỷ lệ đáp ứng cao hơn carboplatin nhưng lại có nhiều tác dụng phụ trên thận, hệ tạo huyết, nôn, buồn nôn nhiều hơn, trong khi Carboplatin cùng nhóm ít tác dụng phụ hơn, phù hợp với các bệnh nhân thể trạng yếu, cao tuổi hoặc dung nạp kém cisplatin^{4,5}.

Pemetrexed là một thuốc kháng folate được áp dụng trong điều trị UTPKTBN giai đoạn muộn. So với các thuốc khác, pemetrexed có hiệu lực mạnh hơn và hoạt tính chống khối u mạnh hơn 5-FU, metotrexate hoặc raltitrexed².

Trên thế giới, phác đồ Pemetrexed kết hợp với carboplatin đã được khuyến cáo trong điều trị bước một UTPKTBN giai đoạn muộn. Cho đến nay, ở nước ta và trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu quả của phác đồ này với tỷ lệ đáp ứng cao, thời gian sống thêm kéo dài và ít tác dụng không mong muốn. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này tại Bệnh viện ung bướu Nghệ An với 2 mục tiêu:

1. *Đánh giá đáp ứng của phác đồ Pemetrexed Carboplatin trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV*

2. *Đánh giá thời gian sống thêm của bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn IV điều trị bằng phác đồ Pemetrexed Carboplatin.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 45 bệnh nhân được chẩn đoán UTPKTBN giai đoạn IV được điều trị hóa chất phác đồ Pemetrexed – carboplatin tại Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An từ tháng 8/2018 đến tháng 8/2021.

2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn:

❖ Tiêu chuẩn lựa chọn

- Chẩn đoán là UTPKTBN giai đoạn IV (Theo phân loại của AJCC năm 2017)

- Có kết quả mô bệnh học là ung thư phổi

biểu mô tuyến

- Điều trị tối thiểu 3 đợt hóa chất pemetrexed – carboplatin

- Chỉ số toàn trạng PS 0-2

- Không mắc bệnh ung thư khác

- Đột biến gen EGFR, ALK, ROS 1, BRAF âm tính hoặc không biết

- Xét nghiệm PDL1 âm tính hoặc không biết

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

- Chức năng tủy xương, gan, thận trong giới hạn bình thường

- Không dị ứng với pemetrexed và carboplatin

- Chấp nhận tham gia nghiên cứu.

- Hồ sơ lưu trữ đầy đủ

❖ Tiêu chuẩn loại trừ

- Các BN không thỏa mãn các tiêu chuẩn trên

- BN từ chối hợp tác, không theo dõi được.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu.

2.3.2. Thu thập thông tin: Mỗi BN được thu thập thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất, dựa trên các thông tin hồi cứu từ bệnh án được lưu trữ.

2.3.3. Các bước tiến hành: Đánh giá lâm sàng, cận lâm sàng trước điều trị

- Đánh giá TNM từ đó phân loại giai đoạn

theo AJCC 8th, chẩn đoán mô bệnh học theo WHO

- Điều trị hóa chất theo phác đồ:

Pemetrexed 500 mg/m² da truyền tĩnh mạch ngày 1

Carboplatin AUC = 5 truyền tĩnh mạch ngày 1

Chu kỳ 21 ngày.

- Các thời điểm đánh giá:

Sau mỗi chu kỳ điều trị BN được khám lại để đánh giá LS, TDKMM

+ Các BN có TCLS thuyên giảm hoặc ổn định được làm các XN đánh giá mỗi 3 chu kỳ/lần (chụp CLVT lồng ngực, siêu âm hoặc chụp cắt lớp ổ bụng, CT sọ não, MRI sọ não, xạ hình xương)

- Các chỉ số đánh giá

+ Đánh giá đáp ứng thực thể: dựa theo tiêu chuẩn RECIST. Đánh giá đáp ứng theo một số yếu tố như tuổi, giới, chỉ số toàn trạng...

+ Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển, thời gian sống thêm toàn bộ

2.3.4. Phương pháp xử trí phân tích số liệu: Số liệu được nhập và xử lý bằng chương trình SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:

Bảng 3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

| Đặc điểm đối tượng nghiên cứu | | Số BN (n) | Tỷ lệ (%) |
|-------------------------------|-------------------------|-----------|-----------|
| Tuổi | <40 | 1 | 2.2 |
| | 40-49 | 3 | 6.7 |
| | 50-59 | 14 | 31.1 |
| | 60-69 | 26 | 57.8 |
| | ≥70 | 1 | 2.2 |
| Tiền sử hút thuốc | Không hút thuốc | 11 | 24.4 |
| | Hút thuốc lá | 12 | 26.7 |
| | Hút thuốc lá | 10 | 22.2 |
| | Hút thuốc lá, thuốc lào | 12 | 26.7 |
| Tình trạng BN theo ECOG | PS=0 | 17 | 37.8 |
| | PS=1 | 19 | 42.2 |
| | PS=2 | 9 | 20 |

Tỷ lệ UTP cao nhất ở nhóm tuổi 60-69 (57,8%). Tuổi mắc bệnh trung bình là $59,2 \pm 7,4$; cao nhất là 70 tuổi, thấp nhất là 37 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 5,4/1. Tỷ lệ hút thuốc 75,6%, không ghi nhận trường hợp nữ hút thuốc. Đa số BN có chỉ số toàn trạng PS = 0 và PS = 1 chiếm tỷ lệ lần lượt là 37,8% và 42,2%. Chỉ có 20% số BN có PS = 2.

3.2. Đáp ứng điều trị

3.2.1. Số chu kỳ hóa chất:

Bảng 3.2. Số chu kỳ hóa chất

| Số chu kỳ hóa chất | Số BN | Tỷ lệ % |
|--------------------|-----------|------------|
| 3 chu kỳ | 6 | 13.3 |
| 4 chu kỳ | 4 | 8.9 |
| 5 chu kỳ | 5 | 11.1 |
| 6 chu kỳ | 30 | 66.7 |
| Tổng | 45 | 100 |

Có 30/45 số bệnh nhân được điều trị 6 chu kỳ chiếm tỷ lệ 66,7%. Có 6 bệnh nhân (13,3%) điều trị 3 chu kỳ, 4 bệnh nhân (8,9%) dừng hóa trị sau 4 chu kỳ và 5 bệnh nhân (11,1%) dừng điều trị sau 5 chu kỳ do thể trạng kém, bệnh tiến triển.

3.2.2. Tỷ lệ đáp ứng

Bảng 3.3. Tỷ lệ đáp ứng

| Đáp ứng | n | Tỷ lệ % |
|-------------------|-----------|------------|
| Đáp ứng hoàn toàn | 0 | 0 |
| Đáp ứng một phần | 17 | 37.8 |
| Bệnh giữ nguyên | 13 | 28.9 |
| Tiến triển | 15 | 33.3 |
| Tổng | 45 | 100 |

Tỷ lệ đáp ứng chung 37,8%, tỷ lệ kiểm soát bệnh (DCR – Disease Control Rate) 66,7%.

3.2.3. Liên quan đáp ứng đối với một số yếu tố:

Bảng 3.4. Liên quan đáp ứng khách quan với một số yếu tố

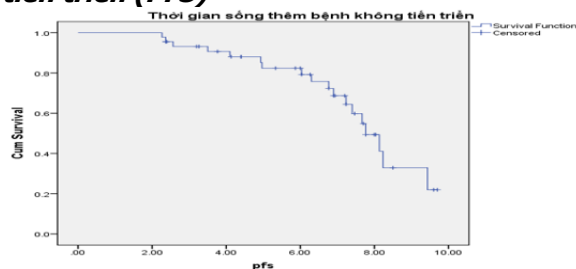
| Yếu tố | | Tình trạng đáp ứng | | Đáp ứng | | Không đáp ứng | | Tổng | | P |
|-------------------|-------|--------------------|--|---------|------|---------------|------|------|-----|--------------|
| | | | | n | % | n | % | n | % | |
| Giới | Nam | | | 26 | 68.4 | 12 | 31.6 | 38 | 100 | 0.429 |
| | Nữ | | | 4 | 57.1 | 3 | 42.9 | 7 | 100 | |
| Tuổi | ≤60 | | | 10 | 50 | 10 | 50 | 20 | 100 | 0.036 |
| | >60 | | | 20 | 80 | 5 | 10 | 25 | 100 | |
| Tiền sử hút thuốc | Không | | | 6 | 54.5 | 5 | 45.5 | 11 | 100 | 0.266 |
| | Có | | | 24 | 70.6 | 10 | 29.4 | 34 | 100 | |
| PS | ≤1 | | | 28 | 77.8 | 8 | 22.2 | 36 | 100 | 0.003 |
| | 2 | | | 2 | 22.2 | 7 | 77.8 | 9 | 100 | |

Tỷ lệ đáp ứng ở nhóm bệnh nhân có PS = 0 hoặc 1 cao hơn nhóm bệnh nhân có PS = 2, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,001$.

Tỷ lệ đáp ứng ở nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi cao hơn nhóm bệnh nhân dưới 60 tuổi với $p = 0,036$ có ý nghĩa thống kê.

3.3. Thời gian sống thêm

3.3.1. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS)

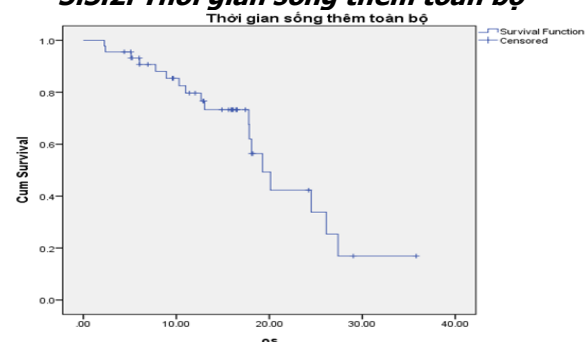


Biểu đồ 3.1. Thời gian sống thêm bệnh

không tiến triển

Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung bình là $7,4 \pm 0,3$ tháng, trung vị là 7,7 tháng

3.3.2. Thời gian sống thêm toàn bộ



Biểu đồ 3.2. Thời gian sống thêm toàn bộ

Thời gian sống trung bình toàn bộ là $20,5 \pm 1,9$ tháng, trung vị là 19 tháng

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi trong tổng số 45 bệnh nhân điều trị có 30/45 số bệnh nhân được điều trị 6 chu kỳ chiếm tỷ lệ 66,7%. Có 6 bệnh nhân (13,3%) điều trị 3 chu kỳ, 4 bệnh nhân (8,9%) dừng hóa trị sau 4 chu kỳ và 5 bệnh nhân (11,1%) dừng điều trị sau 5 chu kỳ do thể trạng kém, bệnh tiến triển. Theo hội ung thư học lâm sàng Mỹ (ASCO), mạng lưới ung thư quốc gia Mỹ (NCCN) khuyến cáo liệu trình điều trị hoá chất thường 4-6 chu kỳ. Sau khi đạt được kiểm soát bệnh sẽ điều trị duy trì tiếp tục hoặc duy trì chuyển đổi nếu bệnh nhân dung nạp thuốc tốt đến khi bệnh tiến triển hoặc độc tính không chấp nhận được. Nghiên cứu này 17 bệnh nhân đạt đáp ứng một phần (chiếm 37,8%), có 13 bệnh nhân bệnh giữ nguyên (chiếm 28,9%), có 15 bệnh nhân có bệnh tiến triển (chiếm 33,3%) và không có bệnh nhân nào đạt đáp ứng hoàn toàn. Như vậy, tỷ lệ kiểm soát bệnh (DCR – Disease Control Rate, bao gồm tỷ lệ bệnh nhân có đáp ứng một phần và tỷ lệ bệnh nhân có bệnh ổn định) trong nghiên cứu của chúng tôi là 66,7%. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả trong nước và nước ngoài. Theo tác giả Wang W., Shang và cộng sự (2011) có 1 trường hợp đáp ứng hoàn toàn, 5 trường hợp đáp ứng một phần, 36 trường hợp ổn định và 21 trường hợp tiến triển, tỷ lệ kiểm soát chung là 66,7% (42/63 BN với $p = 0,017$)⁶. Tác giả Masaru Ito, Nobuyuki Horita và cộng sự (2018) đã thực hiện nghiên cứu trên 285 bệnh nhân trên 70 tuổi, tỷ lệ đáp ứng toàn bộ là 34,0% (CI 95%, 27,5-40,5). Theo tác giả Trần Thanh Hà (2018), điều trị bằng phác đồ Pemetrexed – carboplatin, tỷ lệ đáp ứng là 35,7%⁷.

Chỉ số toàn trạng PS là một yếu tố ảnh hưởng đến điều trị và khả năng dung nạp của thuốc. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đáp ứng ở nhóm bệnh nhân có PS = 0 hoặc 1 cao hơn nhóm bệnh nhân có PS = 2, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,001$. Theo Katirtzoglu N. (2010) và Zhang L. (2014), kết quả cũng gần tương tự, tỷ lệ đáp ứng ở nhóm bệnh nhân có PS = 0 hoặc 1 cao hơn nhóm bệnh nhân có PS = 2⁸.

Về tuổi: trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đáp ứng ở nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi cao hơn nhóm bệnh nhân dưới 60 tuổi với $p = 0,036$ có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên cỡ mẫu trong nghiên cứu chưa đủ lớn nên chưa mang tính đại diện cho nhóm đối tượng bệnh nhân này được. Bệnh nhân UTP giai đoạn muộn có tuổi trung bình dao động trong khoảng từ 55 – 60 tuổi. Tỷ

lệ bệnh nhân trên 60 tuổi khá cao, khi đó thể trạng cũng không tốt. Tuổi càng cao và chỉ số toàn trạng càng kém thì tác dụng không mong muốn do hóa trị ở bệnh nhân UTP giai đoạn muộn càng cao. Đó cũng chính là một trong những lý do chỉ số toàn trạng có liên quan tới tình trạng đáp ứng hóa trị của bệnh nhân.

Một trong các mục đích của điều trị UTP giai đoạn muộn là kiểm soát được bệnh để bệnh không tiến triển, kéo dài thời gian sống thêm, nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian sống thêm không tiến triển trung bình $7,4 \pm 0,3$ tháng, trung vị là 7,7 tháng; thời gian sống trung bình toàn bộ là $20,5 \pm 1,9$ tháng, trung vị là 19 tháng. Theo Trần Thanh Hà (2018) khi nghiên cứu hiệu quả của phác đồ Pemetrexed – carboplatin trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV, thời gian sống thêm không tiến triển trung bình là $6,12 \pm 0,46$ tháng⁷. Masaru Ito, Nobuyuki Horita và cộng sự đã thực hiện nghiên cứu bao gồm 285 bệnh nhân, thời gian sống thêm không tiến triển là 5,4 tháng (95% CI, 4,5–6,4), thời gian sống sót trung bình được ước tính là 14 tháng (95% CI, 11,8 - 16,2)⁴.

V. KẾT LUẬN

Tiến hành nghiên cứu trên 45 bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn IV được điều trị bằng phác đồ Pemetrexed Carboplatin chúng tôi rút ra một số kết luận như sau:

- Tỷ lệ đáp ứng chung là 37,8%, tỷ lệ kiểm soát bệnh là 66,7%
- Chỉ số toàn trạng PS và tuổi là yếu tố ảnh hưởng tới tỷ lệ đáp ứng.
- Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển TB là $7,4 \pm 0,3$ tháng, trung vị là 7,7 tháng.
- Thời gian sống trung bình toàn bộ là $20,5 \pm 1,9$ tháng, trung vị là 19 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. May 2021;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660
2. **Zinner RG, Fossella FV, Gladish GW, et al.** Phase II study of pemetrexed in combination with carboplatin in the first-line treatment of advanced nonsmall cell lung cancer. Cancer. Dec 1 2005;104(11):2449-56. doi:10.1002/cncr.21480
3. **Scagliotti GV, Parikh P, von Pawel J, et al.** Phase III study comparing cisplatin plus gemcitabine with cisplatin plus pemetrexed in chemotherapy-naïve patients with advanced-stage non-small-cell lung cancer. Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology. Jul 20 2008;26(21):3543-51.

- doi:10.1200/jco.2007.15.0375
4. **Ito M, Horita N.** Carboplatin plus pemetrexed for the elderly incurable chemo-naive nonsquamous non-small cell lung cancer: Meta-analysis. Apr 2019;15(2):e3-e10. doi:10.1111/ajco.12837
 5. **Ardizzoni A, Boni L, Tiseo M, et al.** Cisplatin-versus carboplatin-based chemotherapy in first-line treatment of advanced non-small-cell lung cancer: an individual patient data meta-analysis. Journal of the National Cancer Institute. Jun 6 2007;99(11):847-57. doi:10.1093/jnci/djk196
 6. **Wang W, Shang L, Li X, Li J, Wen F, Liu J.** [Pemetrexed combined with cisplatin or carboplatin regimen in the treatment of advanced recurrent or metastasis non-small cell lung cancer: analysis of 63 cases]. Zhongguo fei ai za zhi = Chinese journal of lung cancer. Jan 2011; 14 (1):54-7. doi:10.3779/j.issn.1009-3419.2011.01.11
 7. **Trần Thanh Hà.** Đánh giá kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV bằng phác đồ pemetrexed – carboplatin tại bệnh viện K. Trường Đại học Y Hà Nội; 2018.
 8. **Katirtzoglu N, Gkiozos I, Makrilia N, et al.** Carboplatin plus pemetrexed as first-line treatment of patients with malignant pleural mesothelioma: a phase II study. Clinical lung cancer. Jan 2010;11(1):30-5. doi:10.3816/CLC.2010.n.005

ĐÁNH GIÁ TÍNH AN TOÀN CỦA PHẪU THUẬT MỞ BÈ TỪ PHÍA TRONG TIỀN PHÒNG ĐIỀU TRỊ GLÔCÔM GÓC MỞ

Đỗ Tấn¹, Bùi Thị Vân Anh¹, Nguyễn Thái Đạt¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tính an toàn của phẫu thuật mở bè từ phía trong tiền phòng điều trị glôcôm góc mở. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, tiến cứu, không có nhóm chứng được tiến hành trên 32 mắt (29 bệnh nhân) glôcôm góc mở nguyên phát đã phẫu thuật thất bại tại khoa Glôcôm, bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 3 đến tháng 12 năm 2022. Tiêu chuẩn chọn: Glôcôm góc mở nguyên phát đã phẫu thuật lỗ rò nhãn áp không điều chỉnh với ≥ 2 thuốc bổ sung. Các chỉ số thị lực, nhãn áp, số lượng thuốc hạ nhãn áp và các biến chứng được thu thập và xử lý theo thuật toán thống kê y học. Đánh giá tính an toàn của phẫu thuật dựa trên: thị lực, nhãn áp, số lượng thuốc hạ nhãn áp và đặc biệt là biến chứng, tỷ lệ thất bại sau phẫu thuật 1 tuần, 1 tháng. **Kết quả nghiên cứu:** Sau phẫu thuật, nhãn áp đã hạ rất tốt. Nhãn áp trung bình trước mổ là $31,69 \pm 9,76$ mmHg đã giảm xuống còn $18,69 \pm 5,57$ mmHg với mức hạ nhãn áp trung bình $37,12\% \pm 23,19\%$ sau 1 tháng. Thị lực được bảo tồn so với trước mổ. Sau mổ, bệnh nhân không còn phụ thuộc nhiều vào thuốc hạ nhãn áp. Số lượng thuốc hạ nhãn áp trước mổ là $3,09 \pm 0,89$ đã giảm xuống chỉ còn là $1,06 \pm 1,34$ sau 1 tháng. Kỹ thuật mở bè từ phía trong tiền phòng ít xâm lấn, không có biến chứng nặng cần phải can thiệp phẫu thuật lại hoặc gây ảnh hưởng tới chức năng thị giác của người bệnh. Biến chứng hay gặp nhất sau phẫu thuật là xuất huyết tiền phòng, chủ yếu ở mức độ nhẹ, tự tiêu sau 1 tháng. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu cho thấy, phẫu thuật mở bè từ phía trong tiền phòng điều trị glôcôm góc mở là an toàn trong điều trị Glôcôm góc mở nguyên phát đã phẫu thuật lỗ rò thất bại.

Từ khóa: mở bè, phẫu thuật glôcôm, ab interno

SUMMARY

SAFETY PROFILE OF AB INTERNO TRABECULOTOMY IN PRIMARY OPEN-ANGLE GLAUCOMA TREATMENT

Objective: To evaluate the safety profile of ab interno trabeculotomy in treating primary open-angle glaucoma (POAG) with previously failed filtering surgery. **Subjects and methods:** Prospective study on the results of ab interno trabeculotomy in 32 eyes (29 patients) diagnosed with POAG with previously failed filtering surgery at the Glaucoma Department, Vietnam National Eye Hospital from March 2022 to December 2022. In the studied eyes, IOP was not controlled with at least two hypotensive drugs. Intraocular pressure, number of medications and complication rate were collected and analysed by the medical statistical algorithms. The safety profile was analysed basing on the result of visual acuity, intraocular pressure, number of hypotensive drugs and especially the complication rate, failure rate at 1 week, 1 month. **Results:** The intraocular pressure reduction was significant after surgery. The mean preoperative IOP was 31.69 ± 9.76 mmHg decreased to 18.69 ± 5.57 mmHg with an average reduction of $37.12\% \pm 23.19\%$ after 1 month. The visual acuity was preserved after 1 month. Ab interno trabeculotomy reduced drug dependence of the study group of patients. The mean preoperative number of medication was 3.09 ± 0.89 reduced to 1.06 ± 1.34 after 1 month. Ab interno trabeculotomy shown to be a minimally invasive glaucoma surgery technique, without vision-threatening complications which require second surgical intervention. Hyphema was the most common complication after surgery. Most of the hyphema cases were mild and nearly all resolved by the first postoperative month. **Conclusion:** The results showed a good safety profile of ab interno trabeculotomy in treating primary open-angle glaucoma with previously failed filtering surgeries.

¹Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Tấn

Email: dotan20042005@yahoo.com

Ngày nhận bài: 16.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.5.2023

Ngày duyệt bài: 22.5.2023