

thang điểm Findrisc có điều chỉnh để phù hợp với người Châu Á là 5,6%. Nữ giới sẽ tăng thêm 5,9% và tăng thêm 4,9% ở nam giới [1].

Có sự khác biệt về kết quả dự báo nguy cơ giữa các nghiên cứu có thể là do rất nhiều yếu tố chi phối như độ tuổi nghiên cứu, lối sống, chế độ ăn, kiến thức trình độ ở các vùng miền là khác nhau. Hơn nữa, sự khác biệt về văn hóa - xã hội giữa các vùng và dân số đã hạn chế khả năng khái quát hóa các kết quả của chúng tôi đối với cả nước.

V. KẾT LUẬN

Trong 8 yếu tố cấu thành nên thang điểm Findrisc: các yếu tố về chỉ số BMI, vòng bụng, vận động thể lực hàng ngày, tiền sử có người thân được chẩn đoán mắc ĐTD là các yếu tố nguy cơ quan trọng. Diện tích dưới đường cong Roc lần lượt là 0,747; 0,844; 0,635; 0,621.

Áp dụng thang điểm findrisc, điểm cắt tối ưu để phát hiện ĐTD là 9,5 điểm (Se= 0,673; Sp= 0,603; p=0,001). Điều chỉnh chỉ số BMI và VB phù hợp với người Châu Á, điểm cắt tối ưu để

phát hiện ĐTD là 11,5 điểm (Se= 0,714; Sp= 0,595; p=0,000).

Dự báo nguy cơ mắc ĐTD type 2 trong vòng 10 năm tới theo thang điểm Findrisc có điều chỉnh BMI và VB cao hơn so với sử dụng thang điểm Findrisc cổ điển: 13,02% so với 7,58% ở nam giới; 13,14% so với 8,89% ở nữ giới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Ích Thành và cộng sự** (2019), Dự báo nguy cơ mắc đái tháo đường trên những đối tượng 30-69 tuổi tại thành phố Đà Nẵng, in Số 35. Tạp chí Nội tiết và Đái tháo đường
2. **Nguyễn Thế Vinh** (2020), Sử dụng thang điểm Findrisc trong sàng lọc đái tháo đường type 2.
3. **Nguyễn Văn Vy Hậu** (2011), Nghiên cứu dự báo nguy cơ đái tháo đường type 2 bằng thang điểm FINDRISC ở các đối tượng tiền đái tháo đường từ 45 tuổi trở lên tại bệnh viện trường đại học Y Dược Huế, in Luận văn Thạc sỹ y học chuyên ngành nội khoa Trường Đại học Y Dược Huế
4. **Petrie, J.R., T.J. Guzik, and R.M.** Touyz, Diabetes, Hypertension, and Cardiovascular Disease: Clinical Insights and Vascular Mechanisms. Can J Cardiol, 2018. 34(5): p. 575-584.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG RỐI LOẠN SINH TỬY BẰNG DECITABINE TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Đức Thắng¹, Mã Thị Ánh²,
Nguyễn Quang Hảo², Nguyễn Thế Tùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị và bằng phác đồ Decitabine đơn trị trên bệnh nhân hội chứng rối loạn sinh tủy tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 32 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng rối loạn sinh tủy theo WHO 2016 tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ 01/2021 đến 12/2022. Các bệnh nhân được phân nhóm nguy cơ theo tiêu chuẩn IPSS-R và được điều trị bằng phác đồ Decitabine đơn trị. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng lui bệnh hoàn toàn là 46,9%, lui bệnh một phần là 25%, có 9,4% bệnh nhân tiến triển thành lơ xê mi cấp. Các tác dụng không mong muốn ở máu ngoại vi gồm giảm bạch cầu trung tính, giảm tiểu cầu và giảm hồng cầu với tỷ lệ tương ứng là: 28,1%, 40,6% và 18,7%. Có 9 tác dụng phụ khác thường gặp với tỷ lệ ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu: chán ăn 43,7%, đau

đầu 37,5%, táo bón 31,2%, nôn 28,1%, ho 21,8%, sốt 18,7%, tăng men gan 18,7%, tiêu chảy 15,6% và viêm phổi 15,6%. **Kết luận:** Phác đồ điều trị Decitabine đơn trị cải thiện rõ rệt tình trạng bệnh của bệnh nhân hội chứng rối loạn sinh tủy, kèm theo một số tác dụng phụ thường gặp không nghiêm trọng.

Từ khóa: RLST, MDS, Decitabine

SUMMARY

EVALUATION OF CLINICAL OUTCOMES OF DECITABINE TREATMENT FOR MYELOYDYSPLASTIC SYNDROME PATIENTS AT THE THAI NGUYEN INTERNATIONAL HOSPITAL

Objectives: Evaluation of clinical outcomes of Decitabine treatment for MDS patients and common adverse events of Decitabine. **Subjects and methods:** 32 MDS patients have been diagnosed and treated at the Thai Nguyen International Hospital. **Results:** 32 patients who were treated with Decitabine achieved a significantly including 46,9% complete responses and 25% partial responses. 9.4% of patients progressed to acute leukemia. The most common adverse effects included myelosuppression (neutropenia 27,9%, anemia 18,7% and thrombocytopenia 40,6%), constipation 31,2%,

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

²Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Thắng

Email: ducthang.dhyn@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2023

Ngày duyệt bài: 19.5.2023

vomiting 28,1%, cough 21,8%, fever 18,7%, diarrhea 15,6%, and pneumonia 15,6%. **Conclusion:** Decitabine was found to be clinically effective in the treatment of patients with both lower-risk group and higher-risk group MDS, provided durable responses.

Keywords: RLST, MDS, Decitabine.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng rối loạn sinh tủy (Myelodysplastic Syndrome - MDS) là một nhóm bệnh lý ác tính của tủy xương được đặc trưng bởi giảm tế bào ngoại vi và những biến đổi loạn sản trong tủy xương với các đặc điểm lâm sàng khác nhau. Bệnh nhân MDS thuộc nhóm nguy cơ trung bình, cao, rất cao có tiên lượng xấu. Nền tảng chính của điều trị MDS là chăm sóc hỗ trợ và hóa trị liệu. Trong hai thập kỷ qua, những thử nghiệm lâm sàng sử dụng các thuốc giảm methyl hóa ADN đã cho kết quả đầy hứa hẹn, dẫn đến việc mở rộng kho vũ khí trị liệu cho MDS. Nhóm thuốc giảm methyl ADN có bản chất là azanucleosides với hai loại đang được chấp thuận sử dụng rộng rãi hiện nay là: azacitidine và decitabine. Trong đó, decitabine được FDA chấp thuận trước và hiện đang sử dụng rộng rãi hơn.

Decitabine can thiệp cạnh tranh và làm giảm quá trình methyl ADN cho phép tái biểu hiện các gen ức chế khối u, đây là một lựa chọn điều trị mới nhiều triển vọng cho bệnh nhân MDS. Trong các thử nghiệm lâm sàng giai đoạn II và III, decitabine có liên quan đến đáp ứng lâu dài ở bệnh nhân MDS và trì hoãn thời gian chuyển sang lơ xê mi cấp dòng tủy hoặc tử vong so với chăm sóc hỗ trợ. Vai trò của decitabine đã được công bố nhiều trong các nghiên cứu và thử nghiệm lâm sàng ở bệnh nhân mắc MDS trên toàn thế giới. Tuy nhiên ở Việt Nam vẫn còn rất ít các nghiên cứu đánh giá vai trò của Decitabine ở nhóm bệnh nhân MDS. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị phác đồ Decitabine đơn trị trên bệnh nhân hội chứng rối loạn sinh tủy tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 32 bệnh nhân rối loạn sinh tủy điều trị tại khoa huyết học lâm sàng Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên từ tháng 1/2021 đến tháng 12/2022.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được chẩn đoán xác định hội chứng rối loạn sinh tủy theo tiêu chuẩn WHO 2016, đồng ý tham gia điều trị.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Không bao gồm ít nhất một trong các tiêu chuẩn sau:

+ Bệnh lý huyết học ác tính khác ngoài MDS cùng hiện diện.

+ Bệnh lý tự miễn (ITP, thiếu máu tán huyết, hội chứng EVAN, Lupus), Thalassemia.

+ Thiếu sắt/Thiếu acid folic/Thiếu vitamin B12.

+ Những rối loạn di truyền (thiếu máu Fanconi, thiếu máu Diamond-Blackfan, hội chứng Shwachman-Diamond ...)

+ Tự ý ngưng Decitabine sau 1 chu kỳ điều trị.

+ Hồ sơ bệnh án không có đầy đủ các thông tin, xét nghiệm: CTM, tuỷ đồ, sinh thiết tủy xương,...

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả.

*** Nội dung nghiên cứu:**

- Bệnh nhân được đánh giá các đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm chẩn đoán và theo dõi điều trị như: Huyết đồ, tủy đồ, các xét nghiệm sinh hoá máu,... trước điều trị.

- Tiến hành điều trị bằng phác đồ: Decitabine liều 20mg/m² da/ ngày, truyền TM x 5 ngày/ đợt (tổng liều 100mg/m² da), tối thiểu 2 đợt.

- Theo dõi, đánh giá kết quả điều trị:

+ Đánh giá kết quả điều trị dựa vào kết quả huyết đồ, tủy đồ sau điều trị

+ Thời điểm đánh giá sau khi kết thúc liệu trình điều trị đợt 2 các tiêu chuẩn đáp ứng được duy trì ổn định ít nhất trong 8 tuần.

+ Thời gian theo dõi bệnh nhân tính từ khi bắt đầu điều trị đến khi kết thúc quá trình nghiên cứu.

Theo dõi, đánh giá kết quả điều trị

- Đánh giá kết quả theo tiêu chuẩn IWG sửa đổi năm 2006

- Thời điểm đánh giá sau khi kết thúc liệu trình điều trị đợt 2 các tiêu chuẩn đáp ứng được duy trì ổn định ít nhất trong 8 tuần.

- Thời gian theo dõi bệnh nhân tính từ khi bắt đầu điều trị đến khi kết thúc quá trình nghiên cứu.

2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu

***Chỉ tiêu lâm sàng:**

- Bệnh nhân thiếu máu: Da xanh, niêm mạc nhợt, hồng nhạt, xuất huyết dưới da đa hình thái, đa lứa tuổi.

- Hội chứng nhiễm trùng: Bệnh nhân có thể có sốt hoặc không sốt.

- Hội chứng khối U: Có thể có lách to hoặc không to

- Các chỉ tiêu khác: đau nhức xương khớp,...

- Số lần truyền chế phẩm máu trong điều trị

***Chỉ tiêu cận lâm sàng:** Các dòng tế bào máu có thể thể hiện tổn thương về mặt chất lượng với các mức độ khác nhau trên tiêu bản

huyết đồ và tủy đồ

2.4. Phương pháp xử lý số liệu. Xử lý theo phương pháp thống kê Y sinh học, sử dụng chương trình phần mềm SPSS16.0

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được thông qua hội đồng đạo đức Bệnh viện. Thông tin bệnh nhân được bảo mật. Các số liệu nghiên cứu chỉ nhằm mục đích khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm		n(%)	Chỉ số trung bình	Khoảng giá trị
Tuổi			61	37 - 77
Giới	Nam	14 (43,75)		
	Nữ	18 (56,25)		
Máu ngoại vi	BC (G/L)		9,5	1 - 70,2
	BCTT (G/L)		3,8	0,1-39,1
	HST (g/l)		88,8	50 - 140
	TC (G/L)		119	6 - 690
Tủy xương	% blast		4,9	0 -16
Phân loại theo WHO 2016	MSD-SLD	0		
	MDS-RS	0		
	MDS-MLD	3 (9,37)		
	MDS-EB	29 (90,63)		
	MDS del(5q)	0		
IPSS-R	MDS-U	0		
	Rất thấp	0		
	Thấp	5 (15,6)		
	Trung bình	15 (46,9)		
	Cao	8 (25,0)		
	Rất cao	4 (12,5)		

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 61. Tỷ lệ giới tính: 43,75% nam giới và 56,25% nữ giới. Giá trị trung bình của chỉ số bạch cầu trung tính, lượng huyết sắc tố, tiểu cầu lần lượt là 3,8 G/L, 88,8 g/L và 119 G/L. Tỷ lệ trung bình của tế bào blast tủy xương là 4,9%. Tỷ lệ bệnh nhân theo phân loại của WHO 2016 gồm: MS-MLD (9,37%) và MS-EB (90,63%). Tỷ lệ bệnh nhân theo nhóm nguy cơ của IPSS-R gồm: nhóm nguy cơ thấp (15,6%), nhóm nguy cơ trung bình (46,9%), nhóm nguy cơ cao (25,0%) và nhóm nguy cơ rất cao (12,5%).

Bảng 3.2. Tỷ lệ bệnh nhân không phụ thuộc truyền máu sau điều trị

	Sau chu kỳ 2	Sau chu kỳ 3	Sau chu kỳ 4	Sau chu kỳ 5	Sau chu kỳ 6

Không phụ thuộc truyền KHC	13 (40,6%)	18 (56,2%)	25 (78,1%)	30 (93,7%)	32 (100%)
Phụ thuộc truyền KHC	19 (59,4%)	14 (43,8%)	7 (21,9%)	2 (6,3%)	0 (0,0%)

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân không phụ thuộc truyền máu tăng theo số chu kỳ được điều trị: thấp nhất là nhóm sau chu kỳ 2 (40,6%), sau chu kỳ 5 là 93,7% và sau 6 chu kỳ là 100%.

Bảng 3.3. Kết quả đáp ứng điều trị theo tiêu chuẩn IWG sửa đổi 2006

Đáp ứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Đáp ứng hoàn toàn	15	46,9
Đáp ứng một phần	8	25,0
Đáp ứng hoàn toàn tùy	1	3,1
Thất bại	5	15,6
Bệnh tiến triển	3	9,4

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 46,9%, đáp ứng một phần là 25,0% và 15,6% bệnh nhân thất bại điều trị.

3.2. Tác dụng không mong muốn của Decitabine

Bảng 3.4. Tác dụng phụ thường gặp của decitabine trong quá trình điều trị

Tác dụng phụ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Giảm bạch cầu trung tính*	9	28,1
Giảm hồng cầu*	6	18,7
Giảm tiểu cầu*	13	40,6
Chán ăn	14	43,7
Đau đầu	12	37,5
Táo bón	10	31,2
Nôn	9	28,1
Ho	7	21,8
Sốt	6	18,7
Tăng men gan	6	18,7
Tiêu chảy	5	15,6
Viêm phổi kẽ	5	15,6

*Phân độ 3 và 4 theo tiêu chuẩn đánh giá các biến cố bất lợi (NCI 2006)

Nhận xét: Đối với các biến cố bất lợi về máu ngoại vi, tỷ lệ bệnh nhân giảm bạch cầu trung tính, giảm tiểu cầu và giảm hồng cầu lần lượt là: 27,9%, 18,6% và 41,9%. Có 9 tác dụng phụ thường gặp khác với tỷ lệ như sau: chán ăn 46,5%, đau đầu 37,2%, táo bón 32,6%, nôn 27,9%, ho 23,3%, sốt 18,6%, tăng men gan 18,6%, tiêu chảy 16,3% và viêm phổi kẽ 16,3%.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả điều trị hội chứng rối loạn sinh tủy bằng phác đồ decitabine đơn trị được thực hiện trên 32 bệnh nhân, từ năm 2021 đến tháng 12/2022. Tất cả bệnh nhân đều là người lớn tuổi với độ tuổi trung bình 61, tương đương với những nghiên cứu khác [1], [2]. Tỷ lệ bệnh nhân nam là 43,75% và bệnh nhân nữ là 56,25%. Các nghiên cứu đều ghi nhận MDS là bệnh của người cao tuổi, 80 – 90% bệnh nhân MDS được chẩn đoán trên 60 tuổi, tỷ lệ bệnh ở nam và nữ tương đương nhau [2], [3].

Trước đây, MDS gắn liền với khái niệm thiếu máu dai dẳng (refractory anemia) với đặc điểm giảm một hoặc nhiều dòng tế bào ở máu ngoại vi. Trong nghiên cứu này, giá trị trung bình của chỉ số bạch cầu trung tính, lượng huyết sắc tố, tiểu cầu lần lượt là 3,8 G/L, 88,8 g/L và 119 G/L đều thấp hơn giới hạn bình thường tại thời điểm chẩn đoán. Ở tủy xương tỷ lệ trung bình của tế bào blast là 4,9%, tương tự như các nghiên cứu khác. Đây là một chỉ số quan trọng để chẩn đoán rối loạn sinh tủy (5 - 20% blast) cũng như chẩn đoán phân biệt với bạch cầu cấp dòng tủy theo WHO 2016 (>20% blast) [4]. 32 bệnh nhân nghiên cứu xuất hiện ở trong 2 trong 6 nhóm phân loại của WHO 2016 với tỷ lệ như sau: MS-MLD (9,37%) và MS-EB (90,63%). Đây là 2 phân nhóm thường gặp, được ghi nhận với tỷ lệ mắc cao hơn phân nhóm còn lại [1]. Việc phân nhóm tiên lượng của MDS cũng tương đối phức tạp với 4 mức độ nguy cơ theo IPSS (1997) [5] và 5 mức độ nguy cơ theo bản cập nhật IPSS-R (2012) [6]. Tỷ lệ bệnh nhân theo IPSS-R ở 32 bệnh nhân MDS lần lượt là: nhóm nguy cơ thấp (15,6%), nhóm nguy cơ trung bình (46,9%), nhóm nguy cơ cao (25%) và nhóm nguy cơ rất cao (12,5%). Đây là căn cứ quan trọng để lựa chọn liệu trình điều trị phù hợp cho bệnh nhân [7], [8].

Trong điều trị rối loạn sinh tủy hiện nay nhóm thuốc giảm methyl hoá ADN được sử dụng khá rộng rãi và ghi nhận hiệu quả tốt ở cả nhóm nguy thấp và đặc biệt là nhóm nguy cơ cao. Ngoài trừ phân nhóm MDS với del(5q) đơn độc được điều trị hiệu quả bằng thuốc điều hoà miễn dịch lenalidomide [7], [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả 32 bệnh nhân được lựa chọn điều trị bằng thuốc giảm methyl hoá Decitabine. Với đặc điểm là nghiên cứu tiến cứu và lựa chọn mẫu thuận tiện nên mỗi bệnh nhân sẽ có số chu kỳ điều trị bằng Decitabine khác nhau. Cho đến thời điểm hiện tại bệnh nhân có quá trình điều trị ngắn nhất là 2 chu kỳ và dài nhất là 6 chu kỳ với

tỷ lệ như sau: 2 chu kỳ có 20,9%, 3 chu kỳ có 11,6%, 4 chu kỳ có 39,5%, 5 chu kỳ có 14% và 6 chu kỳ có 14%. Tỷ lệ bệnh nhân không phụ thuộc truyền máu và phụ thuộc truyền máu trong mỗi nhóm theo số chu kỳ điều trị dao động từ 40 - 100% và tăng theo số chu kỳ được điều trị, được thể hiện trong Bảng 3.2. Tỷ lệ ở mỗi nhóm cụ thể như sau: nhóm điều trị 2 chu kỳ có 40,6% bệnh nhân không phụ thuộc truyền máu, 3 chu kỳ có 56,3% bệnh nhân không phụ thuộc truyền máu, 4 chu kỳ có 78,1% bệnh nhân không phụ thuộc truyền máu, 5 chu kỳ là 93,1% và 6 chu kỳ đạt 100% bệnh nhân không phụ thuộc truyền máu, kết quả này phù hợp với những nghiên cứu khác. Tất cả các thử nghiệm lâm sàng đều cho thấy tỷ lệ bệnh nhân độc lập với truyền máu và truyền tiểu cầu tăng sau 2 chu kỳ điều trị Decitabine.

Tham khảo hướng dẫn của NCCN và các nghiên cứu đã tiến hành chúng tôi lựa chọn phác đồ điều trị Decitabine: 15 mg/m² da tiêm truyền tĩnh mạch liên tục hơn 3 giờ lặp lại mỗi 8 giờ trong 5 ngày mỗi 4 tuần [7], [8]. Kết quả đáp ứng điều trị bệnh trong Bảng 3.3 cho thấy tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 46,7%, đáp ứng một phần là 25%, bệnh ổn định là 2,3% và 15,6% bệnh nhân thất bại điều trị. Tỷ lệ này tương tự như nghiên cứu của Zagonel (1993) và của Kantarjian (2006) với cùng phác đồ điều trị. Những phác đồ với liều cao hơn và thời gian ngắn hơn cũng cho tỷ lệ đáp ứng tổng thể tương tự với khoảng 50%. Đáng chú ý là nghiên cứu của Kantarjian (2007) cho tỷ lệ đáp ứng tổng thể khá cao 73% với phác đồ điều trị 3 giai đoạn: (1) 20 mg/m² da tiêm truyền tĩnh mạch 5 ngày mỗi 4 tuần, (2) 20 mg/m² da tiêm dưới da 5 ngày mỗi 4 tuần, (3) 10 mg/m² da tiêm truyền tĩnh mạch 10 ngày mỗi 4 tuần. Trước khi kết thúc nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận 3 trường hợp bệnh tiến triển thành bạch cầu cấp dòng tủy với thời gian chuyển cấp trung bình là 21,8 tháng. Đây là những bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ trung bình và nguy cơ cao, bệnh nhân không đáp ứng với Decitabine ngay sau 2 chu kỳ điều trị hoặc tiến triển sau khi đã đáp ứng ở chu kỳ điều trị thứ 6. Kết quả này cho thấy, hiện nay Decitabine vẫn là lựa chọn hiệu quả cho cả nhóm nguy cơ thấp, nguy cơ trung bình và nguy cơ cao, với tỷ lệ đáp ứng cao.

Trong quá trình điều trị bằng Decitabine, tác dụng phụ của thuốc có thể lường trước được. Tuy nhiên, với đặc tính bệnh nhân rối loạn sinh tủy là người cao tuổi và thường kèm các bệnh lý nền thì tác dụng phụ của thuốc thường khá phổ

biến. Các thử nghiệm lâm sàng cho thấy gần 90% bệnh nhân có xuất hiện tác dụng phụ không mong muốn. Đối với các biến cố bất lợi về máu ngoại vi gồm tỷ lệ bệnh nhân giảm bạch cầu trung tính, giảm tiểu cầu và giảm hồng cầu lần lượt là: 27,9%, 18,6% và 41,9%; tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của Lee (2020) [10] và thấp hơn nghiên cứu của Kantarjian (2006) [6]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận 9 tác dụng phụ thường gặp khác của decitabine với tỷ lệ ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu như sau: chán ăn 43,7%, đau đầu 37,5%, táo bón 31,2%, nôn 28,1%, ho 21,8%, sốt 18,7%, tăng men gan 18,7%, tiêu chảy 15,6% và viêm phổi kẽ 15,6%. Đáng chú ý là không có bệnh nhân tử vong do biến chứng hay tác dụng phụ của thuốc. Nhìn chung tác dụng phụ của Decitabine đều có thể được giải quyết và không gây nguy hiểm đến tính mạng của bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Phác đồ Decitabine đơn trị cải thiện rõ rệt tình trạng bệnh của bệnh nhân hội chứng rối loạn sinh tủy, kèm theo một số tác dụng phụ thường gặp không nghiêm trọng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jung, K. S., Kim, Y.-J., Kim, Y.-K., Park, S. K., Kim, H. G., Kim, S. J.,... Jang, J. H. (2019). Clinical Outcomes of Decitabine Treatment for Patients With Lower-Risk Myelodysplastic

- Syndrome on the Basis of the International Prognostic Scoring System. *Clinical Lymphoma Myeloma and Leukemia*, 19(10), 656–664.
2. Rollison, D. E., Howlader, N., Smith, M. T., Strom, S. S., Merritt, W. D., Ries, L. A.,... List, A. F. (2008). Epidemiology of myelodysplastic syndromes and chronic myeloproliferative disorders in the United States, 2001-2004, using data from the NAACCR and SEER programs. *Blood*, 112(1), 45–52.
3. What Are Myelodysplastic Syndromes? | American Cancer Society. (n.d.). Retrieved August 11, 2020, from <https://www.cancer.org/cancer/myelodysplastic-syndrome/about/what-is-mds.html>
4. Hong, M., & He, G. (2017). The 2016 Revision to the World Health Organization Classification of Myelodysplastic Syndromes. *Journal of Translational Internal Medicine*, 5(3), 139–143.
5. Greenberg, P., Cox, C., LeBeau, M. M., Fenau, P., Morel, P., Sanz, G.,... Bennett, J. (1997). International scoring system for evaluating prognosis in myelodysplastic syndromes. *Blood*, 89(6), 2079–2088.
6. Greenberg, P. L., Tuechler, H., Schanz, J., Sanz, G., Garcia-Manero, G., Solé, F.,... Haase, D. (2012). Revised International Prognostic Scoring System for Myelodysplastic Syndromes. *Blood*, 120(12), 2454–2465.
7. Montalban-Bravo, G., & Garcia-Manero, G. (2018). Myelodysplastic syndromes: 2018 update on diagnosis, risk-stratification and management. *American Journal of Hematology*, 93(1), 129–147.
8. Steensma, D. P. (2018). Myelodysplastic syndromes current treatment algorithm 2018. *Blood Cancer Journal*, 8(5), 47.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG ĐỘNG KINH KHÁNG THUỐC Ở TRẺ EM TẠI KHOA THẦN KINH BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN NĂM 2020

Ngô Anh Vinh¹, Hồ Đăng Mười²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh động kinh kháng thuốc ở trẻ em tại khoa Thần kinh - Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An năm 2020. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang trên 32 bệnh nhân được chẩn đoán động kinh kháng thuốc trong thời gian từ tháng 01/2020 đến tháng 09/2020. **Kết quả:** Lứa tuổi khởi phát cơn động kinh đầu tiên thường gặp nhất là dưới 3 tuổi (65,7%) và có 53,1% trường hợp

có biến đổi cơn lâm sàng theo thời gian. Đa số cơn động kinh đầu tiên thuộc loại cơn toàn thể (chiếm 50%) và cơn cục bộ toàn thể hóa thứ phát (28,1%). Nhóm bệnh nhân thuộc nhóm động kinh toàn thể chiếm 68,8%, và 31,3% thuộc nhóm bệnh nhân động kinh cục bộ. Phần lớn bệnh nhân có tần suất cơn giật hàng tuần (59,4%). Có 90,6% trường hợp chậm phát triển tâm thần - vận động trong đó mức độ nhẹ, trung bình và nặng chiếm tỉ lệ lần lượt là 56,2%, 31,3% và 3,1%. Trên điện não đồ, có 21,9% trường hợp ghi được hình ảnh sóng kích phát dạng động kinh và 31,3% trường hợp có hình ảnh bất thường của nhu mô não trên cộng hưởng từ. **Kết luận:** Lứa tuổi khởi phát cơn, thể động kinh toàn thể, chậm phát triển tâm thần - vận động, có sóng kích phát dạng động kinh trên điện não đồ và hình ảnh bất thường của nhu mô não trên cộng hưởng từ là những yếu tố có thể dự đoán được nguy cơ động kinh kháng thuốc ở trẻ em.

Từ khóa: lâm sàng, cận lâm sàng, động kinh kháng thuốc, trẻ em.

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Anh Vinh

Email: vinhinc@yahoo.com

Ngày nhận bài: 13.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2023

Ngày duyệt bài: 22.5.2023