

A Systematic Review and Meta-Analysis. *Mov Disord*, 36(1), 50–58.

7. **Wiesli D et al** (2017), Influence of Mild Cognitive Impairment, Depression, and Anxiety on the Quality of Life of Patients with Parkinson Disease, *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*, 7 (3): p. 297-308.

8. **William C.B et al** (2016), Electroconvulsive therapy for depression in Parkinson's disease: systematic review of evidence and recommendations. *Neurodegenerative disease management*, 6(2):161-76

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA LIPOSOMAL DOXORUBICIN ĐƠN THUẦN TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BUỒNG TRỨNG TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU HÀ NỘI

Nguyễn Khánh Hà¹, Nguyễn Thị Mai Lan¹, Nguyễn Thị Ngọc Hà¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của liposomal doxorubicin đơn thuần trong điều trị ung thư buồng trứng tại bệnh viện Ung bướu Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** Sử dụng thiết kế mô tả hồi cứu kết hợp với tiến cứu trên 33 bệnh nhân có chẩn đoán mô bệnh học ung thư biểu mô buồng trứng từ 03/2022 đến 10/2022 tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng chung là 27,3%. Trong đó không có bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn, 27,3% bệnh nhân đáp ứng một phần, 30,3% bệnh giữ nguyên, 42,4% bệnh tiến triển, Tỷ lệ kiểm soát bệnh 57,6%. Trung vị thời gian sống thêm không tiến triển trung bình là 38,3 tuần. Bệnh nhân có sự thay đổi về chỉ số toàn trạng và chỉ số CA125 tốt hơn nhưng chưa rõ rệt có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Phác đồ liposomal doxorubicin sử dụng điều trị ung thư buồng trứng tái phát kháng platin là phác đồ phù hợp về tính hiệu quả và an toàn, nên được áp dụng rộng rãi trên lâm sàng tại các cơ sở điều trị ung thư đặc biệt là các tuyến cơ sở.

Từ khóa: ung thư buồng trứng, liposomal doxorubicin

SUMMARY

EFFICACY OF LIPOSOMAL DOXORUBICIN ALONE IN THE TREATMENT OF OVARIAN CANCER AT HANOI ONCOLOGY HOSPITAL

Objective: To evaluate the effectiveness of liposomal doxorubicin alone in the treatment of ovarian cancer at Hanoi Oncology Hospital. **Subjects and methods:** Using a retrospective descriptive design combined with prospective on 33 patients with histopathological diagnosis of ovarian carcinoma from 03/2022 to 10/2022 at Hanoi Oncology Hospital. **Results:** The overall response rate was 27.3%. In which there were no patients with complete response, 27.3% of patients with partial response, 30.3% with stable disease, 42.4% with progressive disease, 57.6% disease control rate. Median progression-free

survival was 38.3 weeks. The patient had a change in overall health index and better CA125 index but not statistically significant. **Conclusion:** The liposomal doxorubicin regimen used to treat platinum-resistant recurrent ovarian cancer is an appropriate regimen in terms of efficacy and safety, and should be widely applied in clinical practice in specialized cancer treatment facilities, especially the base lines.

Keywords: ovarian cancer, liposomal doxorubicin

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư buồng trứng (UTBT) là một trong những ung thư phụ khoa hay gặp ở phụ nữ Việt Nam cũng như một số nước khác trên thế giới. Trên toàn thế giới, gần 314.000 phụ nữ được chẩn đoán mắc bệnh ung thư buồng trứng vào năm 2020 và hơn 207.000 người chết vì căn bệnh này [1]. Tại Việt Nam, theo thống kê năm 2020, bệnh phổ biến thứ 3 trong các bệnh ung thư phụ khoa và thứ 7 trong các bệnh ung thư ở phụ nữ. Theo ghi nhận ở TP. Hồ Chí Minh, tỷ lệ mắc bệnh theo tuổi là 4,4/100.000 dân, ở Hà Nội là 3,7/100.000 dân [2].

Ung thư buồng trứng tái phát được định nghĩa là bệnh xuất hiện trở lại sau 6 tháng kể từ lúc hoàn thành điều trị. 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 [3]. Liposomal doxorubicin bản chất là doxorubicin được bọc trong các vi cầu mỡ bảo vệ khỏi bị hệ thống lưới nội mô đào thải, thuốc xâm nhập vào tổ chức khối u và giải phóng

¹Bệnh viện Ung bướu Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Khánh Hà

Email: khanhha.1989@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.5.2023

Ngày duyệt bài: 15.6.2023

ra doxorubicin dạng hoạt động [4]. Gián tiếp phá vỡ chuỗi ADN bởi tác dụng của Anthracyclin trên Topoisomerase II xen vào giữa ADN, ức chế men trùng hợp AND. Một số nghiên cứu cho thấy liposomal doxorubicin cho tỷ lệ đáp ứng cao nhất đối ung thư buồng trứng giai đoạn tái phát, di căn [5]. Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: "Đánh giá tỉ lệ đáp ứng, thời gian sống thêm của phác đồ liposomal doxorubicin trên bệnh nhân ung thư buồng trứng"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian, địa điểm nghiên cứu: Từ 03/2022 đến 10/2022 tại Bv Ung bướu Hà Nội.

2.2. Đối tượng nghiên cứu:

2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân nữ, 18 < tuổi < 70.
- Có chẩn đoán mô bệnh học ung thư biểu mô buồng trứng.
- Thời gian bệnh quay trở lại dưới 6 tháng tính từ thời điểm kết thúc phác đồ hóa trị có platinum trước đó.
- Phải xác định được các tổn thương đích để đánh giá đáp ứng.
- Bệnh nhân được điều trị bằng phác đồ liposomal doxorubicin chu kỳ 28 ngày, điều trị ít nhất 3 chu kỳ.

- Điểm toàn trạng PS = 0,1,2.

- Xét nghiệm đánh giá chức năng gan thận, huyết học trước điều trị ở giới hạn cho phép điều trị.

- + Bạch cầu tổng $\geq 3 \times 10^3 \mu\text{L}$
- + Bạch cầu trung tính $\geq 1,5 \times 10^3 \mu\text{L}$
- + Tiểu cầu $\geq 100 \times 10^3 \mu\text{L}$
- + Hemoglobin $\geq 9,0\text{g/dL}$
- + Bilirubin toàn phần $\leq 1,5 \text{ UNL}$
- + Men gan AST/ALT $\leq 3 \text{ UNL}$
- + Creatinin $\leq 1,5 \text{ ULN}$

- Có hồ sơ ghi nhận thông tin đầy đủ.

- ECG và siêu âm tim không phát hiện suy giảm chức năng tâm thu.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- UTBMBT kháng platinum được điều trị kết hợp liposomal doxorubicin với hóa trị khác.
- Những UTBMBT không phù hợp với một trong các tiêu chuẩn lựa chọn ở trên.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế và quy trình nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp với tiến cứu

2.3.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu: Tất cả các bệnh nhân đảm bảo các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ ở trên => n=33

2.3.3. Các thông tin về chẩn đoán và điều trị ban đầu

- Tuổi
- Đặc điểm mô bệnh học
- * Các thời điểm đánh giá:
 - Đánh giá đáp ứng cơ năng, toàn thân, thực thể, xét nghiệm sau mỗi 3 chu kỳ hoá chất, hoặc thời điểm bệnh có dấu hiệu tiến triển.

- Đánh giá sống thêm không tiến triển tại thời điểm dừng nghiên cứu.

* Thông tin đánh giá:

- Dựa vào các thông tin thu được về lâm sàng và cận lâm sàng

- Các thông tin trong các lần tái khám và thông tin cuối cùng trước khi dừng thời điểm nghiên cứu.

* Đánh giá đáp ứng với hóa trị:

- Đáp ứng cơ năng: So sánh sự thay đổi các triệu chứng cơ năng trước và sau điều trị

- Chỉ số toàn trạng trước và sau điều trị.

- Chỉ số các chất chỉ điểm khối u trước và sau điều trị.

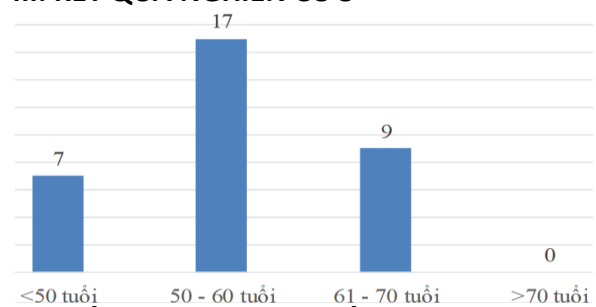
- Đánh giá đáp ứng thực thể: Dựa trên các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, đánh giá theo tiêu chuẩn đánh giá đáp ứng khối u đặc (RECIST- Response Evaluation Criteria In Solid Tumors)

*Đánh giá thời gian đến khi bệnh tiến triển: Ghi nhận các thời điểm có bằng chứng bệnh tiến triển.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu. Các thông tin được mã hoá và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.5. Vấn đề đạo đức nghiên cứu. Việc nghiên cứu nhằm đánh giá tổng kết kết quả điều trị nhằm rút ra các kết luận, với hy vọng kéo dài thời gian sống thêm và nâng cao chất lượng cuộc sống. Nghiên cứu hoàn toàn nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị cho người bệnh, không nhằm mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 1. Phân bố tuổi của bệnh nhân

Nhận xét: Tuổi trung bình của nghiên cứu là $55,8 \pm 7,2$ tuổi, nhỏ nhất là 43 tuổi, cao nhất là 70 tuổi. Đa số bệnh nhân thuộc nhóm tuổi từ 50 – 60 tuổi, chiếm tỷ lệ 48,5%.

Bảng 6. Đặc điểm mô bệnh học

Mô bệnh học	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
UTMBM dạng thanh dịch	23	69,7
UTMBM dạng nội mạc tử cung	5	15,2
UTMBM tế bào sáng	4	12,1
UTMBM tế bào nhầy	1	3
Tổng	33	100

Nhận xét: UTMBM dạng thanh dịch chiếm đa số với tỷ lệ 69,7%. Các thể mô bệnh học khác bao gồm UTMBM dạng nội mạc tử cung (15,2%), UTMBM tế bào sáng (12,1%) và UTMBM tế bào nhầy (3%).

Bảng 7. Toàn trạng sau điều trị

Phân loại toàn trạng	Trước điều trị	Sau điều trị	Giá trị p
ECOG 0	4 (12,1)	6 (18,2)	0,25 (Kiểm định chính xác fisher)
ECOG 1	20 (60,6)	21 (63,6)	
ECOG 2	9 (27,3)	6 (18,2)	
ECOG 3	0	0	
Tổng	33	33	

Nhận xét: Sau điều trị, tỷ lệ bệnh nhân ECOG 0 tăng từ 12,1% lên 18,2%. Tỷ lệ bệnh nhân ECOG 2 tăng từ 60,6% lên 63,6%. Tỷ lệ bệnh nhân ECOG 3 giảm từ 27,3% xuống 18,2%. Tuy nhiên, chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về toàn trạng bệnh nhân trước và sau điều trị.

Bảng 8. CA125 trước và sau điều trị

	Trước điều trị		Sau điều trị	
	Trung bình ± Độ lệch chuẩn	Giá trị nhỏ nhất – lớn nhất	Trung bình ± Độ lệch chuẩn	Giá trị nhỏ nhất – lớn nhất
CA125 (U/mL)	48,9±28	11,5-105,8	42,5±24,3	3-954,5
Giá trị p ¹	<0,54			

¹Kiểm định ttest

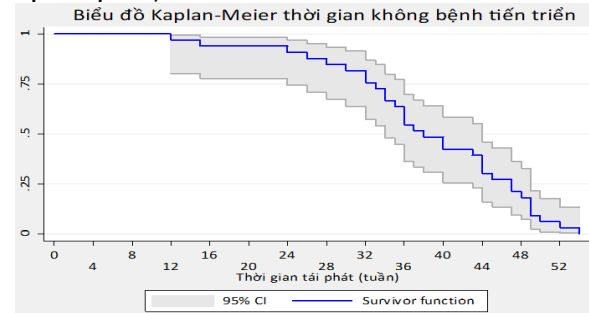
Nhận xét: Nồng độ CA-125 trước điều trị trung bình là 42,5 ± 24,3 U/ml, dao động từ 3 U/ml đến 954,5 U/ml. Không có sự khác biệt nồng độ CA125 trước và sau điều trị (p<0,54).

Bảng 9. Mức độ đáp ứng điều trị

Đáp ứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Hoàn toàn	0	0
Một phần	9	27,3
Bệnh giữ nguyên	10	30,3
Tiến triển	14	42,4
Tổng	33	100

Nhận xét: Không có bệnh nhân nào đạt đáp ứng toàn bộ, tỷ lệ bệnh nhân có đáp ứng một phần là 27,3%, đáp ứng một phần là 27,3%, Tỷ

lệ bệnh nhân tiến triển là 42,4%, tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 57,6%.



Biểu đồ 2. Thời gian bệnh không tiến triển

Nhận xét: Thời gian không bệnh tiến triển trung bình là 38,3 tuần (KTC95% là 34,7 - 41,9 tuần). Thời gian tái phát sớm nhất là 12 tuần và muộn nhất là 54 tuần.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi

Trong UTBMBT, tuổi là một yếu tố liên quan chặt chẽ với tỷ lệ mắc bệnh và tiên lượng bệnh. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 55,8±7,2; bệnh nhân trẻ tuổi nhất 43 tuổi, bệnh nhân cao tuổi nhất là 70 tuổi, tỷ lệ mắc tăng dần theo nhóm tuổi và nhóm tuổi thường gặp nhất là 50-60 tuổi chiếm tỷ lệ 48,5%. Nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với một số tác giả thực hiện nghiên cứu về UTBT kháng platinum trong những năm gần đây. Trong nghiên cứu của Đồng Chí Kiên (2021) nghiên cứu trên 30 BN, tuổi trung bình 51,6 tuổi [4]. Donovan HS và CS năm 2014 tại Đại học Pittsburgh, Mỹ ghi nhận trên 63 bệnh nhân tái phát có tuổi trung bình là 56,5±9,23 [6].

4.2. Đặc điểm mô bệnh học

Về mô bệnh học, trong nghiên cứu của chúng tôi các u thanh dịch ác tính chiếm tỷ lệ cao nhất 69,7%. Các thể mô bệnh học khác bao gồm u dạng nội mạc tử cung 15,2%, u tế bào sáng ác tính 12,1% và một số dạng u khác, hoàn toàn phù hợp với các nghiên cứu về đặc điểm mô bệnh học UTBMBT. Nghiên cứu của tác giả Đặng Tiến Giang năm 2017 trên nhóm bệnh nhân UTBT tái phát kháng platinum cũng cho kết quả thống kê về mô bệnh học tương tự: ung thư thanh dịch chiếm tỷ lệ cao nhất là 76,1%, tiếp đến là ung thư nội mạc tử cung chiếm 10,9% [7]. Một nghiên cứu tương tự của Đồng Chí Kiên (2021) cho thấy: ung thư thanh dịch cũng chiếm đa số là 40%, sau đó là ung thư dạng nội mạc chiếm 26,67%, còn lại là các nhóm khác [4]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương tự với hầu hết các nghiên cứu trong nước

về mô bệnh học của ung thư buồng trứng.

4.3. Toàn trạng sau điều trị. Từ bảng kết quả, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: sau điều trị, tỷ lệ bệnh nhân ECOG 0 tăng từ 12,1% lên 18,2%. tỷ lệ bệnh nhân ECOG 2 tăng từ 60,6% lên 63,6%. Tỷ lệ bệnh nhân ECOG 3 giảm từ 27,3% xuống 18,2%. Tuy nhiên, chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về toàn trạng bệnh nhân trước và sau điều trị. Như vậy phần lớn các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có thể trạng khá hơn sau điều trị. Kết quả này cho thấy việc điều trị trên nhóm bệnh nhân ung thư buồng trứng kháng platin còn gặp nhiều khó khăn, các bệnh nhân vừa cần được điều trị bệnh và cần được chăm sóc triệu chứng giai đoạn muộn, bệnh cảnh UTBMBT giai đoạn muộn bệnh nhân thường suy kiệt nhanh đây cũng là một nguyên nhân quan trọng ảnh hưởng đến kết quả điều trị chung.

4.4. Thay đổi nồng độ CA12-5. CA-125 là chất chỉ điểm u rất có giá trị trong theo dõi điều trị theo dõi tái phát, di căn. Dựa vào chỉ số CA-125 tăng hay giảm mà ta có thể đánh giá hiệu quả điều trị xen bệnh nhân đáp ứng hay không đáp ứng với điều trị. Trong nghiên cứu này chúng tôi cho bệnh nhân làm xét nghiệm CA-125 sau mỗi đợt điều trị. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, Nồng độ CA-125 trước điều trị trung bình là $42,5 \pm 24,3$ U/ml, dao động từ 3 U/ml đến 954,5 U/ml. Theo thống kê, chúng tôi thấy không có sự khác biệt nồng độ CA125 trước và sau điều trị ($p < 0,54$). Kết quả này được lý giải do trong nghiên cứu của chúng tôi thì có tới 42,4% bệnh nhân tiến triển, 30,3% bệnh giữ nguyên và tỷ lệ đáp ứng một phần chỉ có 27,3%, chỉ số CA 125 phần nào phản ánh đúng thực trạng khó khăn trong điều trị của nhóm UTBMBT tái phát kháng platin.

4.5. Tỷ lệ đáp ứng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân nào đáp ứng hoàn toàn, bệnh nhân đáp ứng một phần, chiếm 27,3%, bệnh nhân bệnh giữ nguyên chiếm 30,3%, còn lại 42,4% bệnh tiến triển, tỷ lệ đáp ứng chung là 27,3%. Tỷ lệ kiểm soát bệnh (bao gồm đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng một phần và bệnh giữ nguyên) đạt 57,6%. Theo tác giả Mutch và CS, tỷ lệ đáp ứng chung của nghiên cứu khi điều trị với liposomal doxorubicin là 45,8%, tỷ lệ kiểm soát bệnh là 76,9% [3]. Nghiên cứu của Đồng Chí Kiên năm 2021 tại bệnh viện K trên nhóm đối tượng bệnh nhân tương tự lại cho kết quả đáp ứng cao hơn rõ rệt: tỷ lệ đáp ứng một phần 53,33%, không có bệnh nhân nào đáp ứng hoàn toàn với điều trị, tỷ lệ

bệnh giữ nguyên 40%, bệnh tiến triển chiếm 6,67%. 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 93,33% [4]. Sự khác biệt này là do trong nghiên cứu, tác giả chỉ chọn những bệnh nhân UTBT kháng platinum mà điều trị liposomal doxorubicin ngay ở bước 1, khi bệnh nhân thể trạng còn tốt và cũng chưa phải trải qua nhiều bước hóa trị.

4.6. Thời gian sống bệnh không tiến triển: Thời gian không bệnh tiến triển trung bình là 38,3 tuần (KTC95% là 34,7 - 41,9 tuần). Thời gian tái phát sớm nhất là 12 tuần và muộn nhất là 54 tuần. Trường hợp ung thư kháng với điều trị phác đồ có platin nhìn chung có tiên lượng xấu. Các phác đồ điều trị cho thời gian đáp ứng không dài, mục tiêu điều trị trong giai đoạn này chủ yếu làm chậm sự phát triển của bệnh đồng thời hạn chế tác dụng phụ không mong muốn của hóa trị. Các phác đồ đơn trị được nghiên cứu chứng minh cho hiệu quả nhất định và giảm được độc tính so với các phác đồ đa hóa trị, trong đó không có sự khác biệt về thời gian sống thêm toàn bộ trong một số nghiên cứu so sánh đơn hóa trị và đa hóa trị trong ung thư buồng trứng tái phát [8]. Phác đồ đơn hóa trị liposomal doxorubicin đã được nhiều nghiên cứu chứng minh có hiệu quả và hiệu quả cũng tương đương với một số phác đồ đơn hóa trị khác. Mutch D.G và CS đã nghiên trên 195 bệnh nhân chia 2 nhóm so điều trị gemcitabin (n=99) và liposomal doxorubicin (n=96) cho thấy kết quả không khác biệt có ý nghĩa thống kê (thời gian sống thêm không tiến triển: 3,6 và 3,1 tháng. Sống thêm toàn bộ: 12,7 và 13,5 tháng)[3].

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ đáp ứng: Không có bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn, 27,3% bệnh nhân đáp ứng một phần, 30,3% bệnh giữ nguyên, 42,4% bệnh tiến triển, tỉ lệ đáp ứng chung là 27,3%. Tỷ lệ kiểm soát bệnh 57,6%.

- Trung vị thời gian sống thêm không tiến triển trung bình là 38,3 tuần. Bệnh tiến triển sớm nhất là 12 tuần và muộn nhất là 54 tuần.

- Bệnh nhân có sự thay đổi về chỉ số toàn trạng và chỉ số CA125 tốt hơn nhưng chưa rõ rệt có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel R L et al** (2021), Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries, CA Cancer J Clin, 71(3), 209-249.

2. Nguyễn Bá Đức, Đào Ngọc Phong (2008), Dịch tễ học bệnh ung thư, 19 – 21, Nhà xuất bản Y học.
3. Mutch D G, Orlando M, Goss T et al (2007), Randomized phase III trial of gemcitabine compared with pegylated liposomal doxorubicin in patients with platinum-resistant ovarian cancer, *J Clin Oncol*, 25(19), 2811-8.
4. Đồng Chí Kiên, Lê Thanh Đức (2021), Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng tái phát kháng platinum bằng phác đồ liposomal doxorubicin tại bệnh viện K, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2(156), 156-159.
5. Coleman R L, Brady W E, McMeekin D S et al (2011), A phase II evaluation of nanoparticle, albumin-bound (nab) paclitaxel in the treatment of recurrent or persistent platinum-resistant ovarian, fallopian tube, or primary peritoneal cancer: a Gynecologic Oncology Group study, *Gynecol Oncol*, 122(1), 111-5.
6. Donovan H S, Ward S E, Sereika S M et al (2014), Web-based symptom management for women with recurrent ovarian cancer: a pilot randomized controlled trial of the WRITE Symptoms intervention, *J Pain Symptom Manage*, 47(2), 218-30.
7. Đặng Tiến Giang (2017), Đánh giá kết quả điều trị ung thư biểu mô buồng trứng tái phát tại bệnh viện K, Luận văn thạc sĩ y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. Pfisterer J, Plante M, Vergote I et al (2006), Gemcitabine plus carboplatin compared with carboplatin in patients with platinum-sensitive recurrent ovarian cancer: an intergroup trial of the AGO-OVAR, the NCIC CTG, and the EORTC GCG, *J Clin Oncol*, 24(29), 4699-707.

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC ĐIỀU TRỊ THIẾU MÁU TRÊN BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN GIAI ĐOẠN CUỐI ĐANG LỌC MÁU CHU KỶ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA LONG AN

Nguyễn Thị Thanh Bình¹, Nguyễn Ngọc Khôi², Nguyễn Như Hồ²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm sử dụng thuốc điều trị thiếu máu và hiệu quả trong 6 tháng trên bệnh nhân lọc máu chu kỳ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên bệnh nhân bị suy thận mạn giai đoạn cuối đang lọc máu chu kỳ tại Đơn vị lọc thận – Bệnh viện đa khoa Long An và có sử dụng thuốc điều trị thiếu máu trong thời gian từ 01/01-31/12/2020. **Kết quả:** Trong số 111 bệnh nhân, có 44,1% là nam giới. Độ tuổi trung bình của mẫu là 55,9±1,5 tuổi. Tất cả được chỉ định tác nhân kích thích hồng cầu (ESA) đường tĩnh mạch với liều phổ biến là 6000 IU/tuần và 13,2% phối hợp thêm sắt đường uống. Có 29,7% bệnh nhân đạt mức Hgb mục tiêu từ 10-11,5 g/dL. Tỷ lệ bệnh nhân có mức RBC và Hct đạt mục tiêu lần lượt là 9,9% và 12,6%. **Kết luận:** Việc điều trị thiếu máu cho bệnh nhân bệnh thận mạn đang lọc máu chu kỳ chưa được tối ưu.

Từ khóa: thiếu máu, tác nhân kích thích hồng cầu (ESA), bệnh thận giai đoạn cuối, lọc máu chu kỳ.

SUMMARY

TREATING ANEMIA IN PATIENTS WITH END-STAGE RENAL DISEASE UNDERGOING PERIODIC HEMODIALYSIS AT LONG AN GENERAL HOSPITAL

¹Bệnh viện Đa khoa Long An

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Như Hồ

Email: nhnguyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.5.2023

Ngày duyệt bài: 14.6.2023

Objective: To investigate the characteristics of drug treatments for anemia and their effectiveness in patients with peiodic hemodialysis during a period of 6 months. **Materials and methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on patients with end-stage chronic renal failure undergoing dialysis and were being treated with anemia medications at the Renal dialysis Unit of Long An General Hospital between 1/1-31/12/2020. **Result:** Of 111 patients, 44.4% were male and the mean age was 55.9±1.5 years. All patients received intravenous erythropoietin stimulating agents (ESA) at a common dose of 6000 IU/week and 13.2% of cases were combined with oral iron. A percentage of 29.7% of patients reached the target Hgb level from 10 to 11.5 g/dL. Patients with target RBC and Hct levels accounted for 9.9% and 12.6%, respectively. **Conclusion:** Anemia treatment for end-stage renal disease patients undergoing peiodic hemodialysis were still not optimal.

Keywords: anemia, erythropoiesis-stimulating agent (ESA), iron, end-stage renal disease, dialysis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu máu là một trong các biến chứng thường gặp nhất ở bệnh nhân (BN) bệnh thận mạn (BTM), và trở nên trầm trọng hơn vào giai đoạn cuối. Thiếu máu cũng liên quan đến tăng tỉ lệ mắc bệnh tim mạch, tăng nguy cơ nhập viện, thời gian nằm viện và tử vong do bệnh tim mạch[1]. Nguyên nhân chính dẫn đến tình trạng này là do thận giảm hoặc không còn sản xuất erythropoietin, là một hormon kích thích sản sinh ra hồng cầu từ tủy xương. Vì vậy vấn đề điều trị thiếu máu được xem là một trong những mục