

đa số đáp ứng với điều trị. Cần tiếp cận chẩn đoán tỉ mỉ để có thể loại trừ hen nếu có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Đắc Trung và các cộng sự.** (2023), "Kết quả xét nghiệm âm tính hóa COVID-19 và yếu tố liên quan tới kết quả âm hóa sớm ở bệnh nhân thể nhẹ và vừa tại bệnh viện COVID-19 số 1 Thái Nguyên", Tạp chí Y học Việt Nam. 525(1B).
2. **Cenko, E. và các cộng sự.** (2021), "Cardiovascular disease and COVID-19: a consensus paper from the ESC Working Group on Coronary Pathophysiology & Microcirculation, ESC Working Group on Thrombosis and the Association for Acute Cardiovascular Care (ACVC), in collaboration with the European Heart Rhythm Association (EHRA)", Cardiovasc Res. 117(14), tr. 2705-2729.
3. **Guan, Wei-jie và các cộng sự.** (2020), "Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China". 382(18), tr. 1708-1720.
4. **Hernández-Aceituno, A., García-Hernández, A. và Larumbe-Zabala, E.** (2023), "COVID-19 long-term sequelae: Omicron versus Alpha and Delta variants", Infect Dis Now. 53(5), tr. 104688.
5. **Irwin, R. S. và các cộng sự.** (2018), "Classification of Cough as a Symptom in Adults and Management Algorithms: CHEST Guideline and Expert Panel Report", Chest. 153(1), tr. 196-209.
6. **Kang, Y. R. và các cộng sự.** (2023), "Clinical Characteristics of Post-COVID-19 Persistent Cough in the Omicron Era", Allergy Asthma Immunol Res. 15(3), tr. 395-405.
7. **Luo, H. và các cộng sự.** (2019), "Normal Reference Intervals of Neutrophil-To-Lymphocyte Ratio, Platelet-To-Lymphocyte Ratio, Lymphocyte-To-Monocyte Ratio, and Systemic Immune Inflammation Index in Healthy Adults: a Large Multi-Center Study from Western China", Clin Lab. 65(3).
8. **Martin Nguyen, Allison và các cộng sự.** (2021), "Validation of a visual analog scale for assessing cough severity in patients with chronic cough". 15, tr. 17534666211049743.
9. **Moreno-Pérez, O. và các cộng sự.** (2021), "Post-acute COVID-19 syndrome. Incidence and risk factors: A Mediterranean cohort study", J Infect. 82(3), tr. 378-383.
10. **Song, Dae và các cộng sự.** (2018), "KAAACI Evidence-Based Clinical Practice Guidelines for Chronic Cough in Adults and Children in Korea", Allergy, Asthma & Immunology Research. 10, tr. 591.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN MUỘN KHÁNG THUỐC TKIS BẰNG PHÁC ĐỒ PACLITAXEL-CARBOPLATIN TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Thị Hồng¹, Trịnh Lê Huy¹, Nguyễn Thị Thái Hòa²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) giai đoạn muộn kháng thuốc TKIs bằng phác đồ Paclitaxel – Carboplatin. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh, hồi cứu, có theo dõi dọc 46 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV có đột biến EGFR tiến triển sau điều trị với thuốc ức chế Tyrosine kinase, điều trị bằng phác đồ Paclitaxel – Carboplatin tại Bệnh viện K trong thời gian từ tháng 01/2017 đến tháng 06/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 54,7 ± 9,1 (36-76); tỷ lệ nam/nữ = 1/1,19; tỷ lệ không hút thuốc lá chiếm 54,3%. Tỷ lệ đáp ứng khách quan 43,5%, tỷ lệ kiểm soát bệnh 80,4%. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung bình 5,33 ± 0,68 tháng, thời gian sống thêm trung vị là 4,83 tháng. **Kết luận:** Phác đồ Paclitaxel – Carboplatin là một sự lựa chọn trên đối tượng bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn muộn kháng thuốc TKI

với tỷ lệ đáp ứng và tỷ lệ kiểm soát bệnh khả quan.

Từ khóa: UTPKTBN, kháng TKIs, Paclitaxel – Carboplatin

SUMMARY

THE EFFICACY OF PACLITAXEL AND CARBOPLATIN IN PATIENTS WITH TKI-RESISTANT STAGE IV NON-SMALL CELL LUNG CANCER

Objectives: To evaluate the efficacy of paclitaxel and carboplatin in patients with TKI-resistant stage IV non-small cell lung cancer. **Materials and methods:** Descriptive, retrospective, longitudinal case study of 46 patients with stage IV non-small cell lung cancer who had EGFR mutation, advanced after tyrosine kinase inhibitor therapy, treated with Paclitaxel – Carboplatin regimen from 01/2017 to 06/2023 at Vietnam's National Cancer Hospital. **Results:** The mean age was 54,7 ± 9,1 (36-76); male/female ratio was 1/1,19; non-smoking ratio was 54,3%. The overall response rate (ORR) was 43,5%, the DCR was 80,4%. The mean progression-free survival (PFS) was 5,33 ± 0,68 months, the median progression-free survival was 4,83 months. **Conclusion:** In patients with TKI-resistant stage IV non-small cell lung cancer, paclitaxel – carboplatin regimen is a choice with good response and control rates. **Keywords:** non-small cell lung cancer, resistant to TKIs, Paclitaxel – Carboplatin

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Lê Huy

Email: tringlehuy@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 5.10.2023

Ngày duyệt bài: 30.10.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Globocan 2020, tại Việt Nam, ung thư phổi đứng hàng thứ 2 về tỉ lệ mới mắc và tỉ lệ tử vong ở cả hai giới¹. UTP được chia làm 2 nhóm chính là ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) và ung thư phổi tế bào nhỏ (UTPTBN), trong đó UTPKTBN chiếm phần lớn, khoảng 85%^{1,2}. Đa phần bệnh nhân tại thời điểm chẩn đoán đã ở giai đoạn muộn không thể điều trị triệt căn. Mục tiêu chính của điều trị lúc này là làm chậm sự tiến triển của bệnh, kéo dài thời gian sống thêm và nâng cao chất lượng cuộc sống³. Trong các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, việc điều trị các tác nhân ức chế Tyrosine kinase (TKIs) tác động vào thụ thể yếu tố phát triển biểu bì (EGFR) ở những trường hợp có đột biến gen EGFR cho kết quả về sống không tiến triển bệnh cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với hóa trị liều⁴⁻⁶. Tuy nhiên thời gian sống không bệnh tiến triển trung vị thường không quá 1 năm trong các nghiên cứu với TKIs thế hệ thứ 1, 2. Nguyên nhân thường gặp nhất là có đột biến T790M, chiếm tỷ lệ khoảng 50-60%⁷. Trường hợp kháng thứ phát với TKIs không có/hoặc không biết tình trạng đột biến T790M, hoá trị bộ đôi có platinum là lựa chọn đầu tay nếu thể trạng bệnh nhân cho phép. Paclitaxel – Carboplatin là một trong những phác đồ được sử dụng rộng rãi do hiệu quả và tính an toàn đã được chứng minh qua nhiều thử nghiệm lâm sàng. 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 phụ nhưng ít tập trung vào nhóm bệnh nhân UTPKTBN có đột biến gen EGFR sau kháng TKIs. Nhằm đánh giá kết quả của phác đồ Paclitaxel – Carboplatin trong phân nhóm bệnh nhân này, chúng tôi tiến hành đề tài: *"Kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn muộn kháng thuốc TKIs bằng phác đồ Paclitaxel-Carboplatin tại bệnh viện K"* nhằm hai mục tiêu:

1. Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn muộn kháng thuốc TKIs bằng phác đồ Paclitaxel-Carboplatin tại Bệnh viện K.

2. Đánh giá kết quả điều trị của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 46 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV được điều trị bước 1 và tiến triển với thuốc điều trị đích EGFR, không có hoặc không biết tình

trạng T790M sau kháng TKI; được điều trị hóa chất phác đồ paclitaxel – carboplatin tại Bệnh viện K từ tháng 01/2017 đến tháng 06/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Chẩn đoán xác định là UTPKTBN giai đoạn IV (theo AJCC 2017).

- Tuổi ≥ 18

- ECOG 0-1

- Được điều trị bước 1 bằng thuốc kháng EGFR và tiến triển theo tiêu chuẩn RECIST 1.1

- Điều trị hóa chất paclitaxel - carboplatin ít nhất 2 chu kỳ

- Không có hoặc không biết tình trạng T790M sau kháng TKI

- Có tổn thương đích để đánh giá đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST 1.1

- Xét nghiệm huyết học, chức năng gan thận, tim mạch trong giới hạn bình thường.

- Tự nguyện tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có bệnh mạn tính không kiểm soát được

- Bệnh nhân có bệnh ung thư thứ 2 ngoài ung thư phổi

- Không có hồ sơ lưu trữ đầy đủ

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh, hồi cứu, có theo dõi dọc.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện, thu được 46 bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

Các bước tiến hành:

- Đánh giá lâm sàng, cận lâm sàng trước điều trị hóa chất

+ Tuổi, giới

+ Tình trạng hút thuốc

+ Chỉ số toàn trạng tại thời điểm hóa trị

+ Vị trí di căn sau kháng TKI

+ Loại đột biến gen EGFR, loại TKI, kiểu kháng TKI, thời gian điều trị TKI theo loại TKI

- Phác đồ điều trị

+ Paclitaxel 175mg/m² da, truyền tĩnh mạch ngày 1

+ Carboplatin AUC 5, truyền tĩnh mạch ngày 1

+ Chu kỳ 3 tuần, điều trị 4 – 6 chu kỳ, duy trì hóa chất đơn trị (pemetrexed, docetaxel, gemcitabine) đến khi bệnh tiến triển.

- Đánh giá kết quả điều trị

+ Đánh giá đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST 1.1

+ Đánh giá thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS): được tính từ thời điểm bắt đầu điều trị hóa chất paclitaxel- carboplatin đến khi bệnh tiến triển hoặc tử vong (khi chưa có tiến triển), hoặc ghi nhận chưa tiến triển tại thời điểm

kết thúc nghiên cứu.

Xử lý số liệu. Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0. Phân tích sống thêm theo phương pháp Kaplan-Meier.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng tại trường Đại học Y Hà Nội.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Nhận xét: Tuổi trung bình của các bệnh nhân tham gia nghiên cứu là $54,7 \pm 9,1$, trẻ nhất là 36 tuổi, lớn nhất là 76 tuổi, 63,1% bệnh nhân có độ tuổi dưới 60 tuổi. Nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn nam giới (tỷ lệ nam/nữ = 1/1,19). Đa số bệnh nhân nghiên cứu không hút thuốc lá (chiếm 54,3%). Vị trí u nguyên phát thường gặp ở thùy trên chiếm tỉ lệ 73,91%. Vị trí di căn sau kháng thuốc TKI hay gặp nhất là xương (58,7%), phổi đối bên (50%), màng phổi (39,1%), não (21,7%); với 67,4% bệnh nhân tham gia nghiên cứu có từ 2 cơ quan di căn trở lên. Trong nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân có đột biến mất đoạn Exon 19 là cao nhất, chiếm 69,6%. Có 3 bệnh nhân có đột biến không thường gặp (1 bệnh nhân có đột biến S768I-Exon 20, 1 bệnh nhân có đột biến G719X-Exon 18, 1 bệnh nhân có đột biến kép G719X và S768I). Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị bước 1 bằng thuốc TKI thế hệ 1 (Erlotinib hoặc Gefitinib) là cao nhất (chiếm 78,3%). Có 9 bệnh nhân trong tổng số 46 bệnh nhân tham gia nghiên cứu kháng thuốc TKI nguyên phát (chiếm 19,6%).

Bảng 1: Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n) (tỷ lệ (%))
Tuổi	< 60 tuổi	29 (63,1%)
	≥ 60 tuổi	17 (36,9%)
Giới	Nam	21 (45,7%)
	Nữ	25 (54,3%)
Hút thuốc	Có	15 (32,6%)
	Không	31 (67,4%)
Toàn trạng (ECOG)	0	12 (26,1%)
	1	34 (73,9%)
Vị trí u	Thùy trên	34 (73,9%)
	Thùy giữa	3 (6,5%)
	Thùy dưới	9 (19,6%)
Số cơ quan di căn	1 cơ quan	15 (32,6%)
	≥ 2 cơ quan	31 (67,4%)
Vị trí di căn sau kháng TKI	Xương	27 (58,7%)
	Phổi đối bên	23 (50%)
	Màng phổi	18 (39,1%)
	Não	10 (21,7%)
	Gan	8 (17,4%)

	Tuyến thượng thận	6 (13%)
	Khác (hạch cổ, phần mềm, hạch nách...)	4 (8,7%)
Loại đột biến	Exon 19	32 (69,6%)
	Exon 21	11 (23,9%)
	Đột biến không thường gặp	3 (6,5%)
Loại TKI	TKI thế hệ 1	36 (78,2%)
	TKI thế hệ 2	5 (10,9%)
	TKI thế hệ 1,2 → Osimertinib	5 (10,9%)
Kiểu kháng TKI	Kháng nguyên phát	9 (19,6%)
	Kháng thứ phát	37 (80,4%)

Đặc điểm điều trị

Nhận xét: Số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu điều trị đủ 4-6 chu kỳ là 24 bệnh nhân (chiếm 52,2%). Các bệnh nhân có di căn não đều được điều trị ổn định trước khi điều trị hóa chất bước 2, trong đó 7 bệnh nhân được xạ toàn não, 1 bệnh nhân được điều trị bằng Gamma Knife, 2 bệnh nhân được điều trị ổn định bằng TKI và không nhận thêm phương pháp điều trị tại chỗ tại vùng nào khác. Không có bệnh nhân nào phải dừng điều trị do độc tính hoặc dung nạp thuốc.

Bảng 2: Đặc điểm điều trị đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n) (tỷ lệ (%))
Số chu kỳ hóa chất	2 chu kỳ	18 (39,1%)
	3 chu kỳ	4 (8,7%)
	4 chu kỳ	21 (45,7%)
	6 chu kỳ	3 (6,5%)
Điều trị tại vùng nhóm BN di căn não	Xạ toàn não	7 (15,2%)
	Gamma Knife	1 (2,2%)
	TKI	2 (4,3%)

3.2. Đánh giá kết quả điều trị

Đáp ứng điều trị

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, 56,5% bệnh nhân có cải thiện triệu chứng lâm sàng sau điều trị hóa chất bước 2. Có 1 bệnh nhân đạt đáp ứng hoàn toàn trên phim chụp cắt lớp vi tính. Tỷ lệ đáp ứng khách quan 43,5% (2,2% bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn, 41,3% bệnh nhân đáp ứng một phần), tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 80,4%.

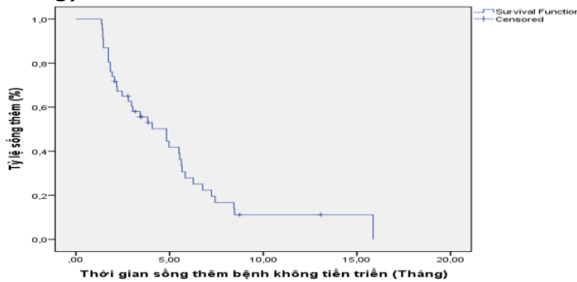
Bảng 3: Đáp ứng điều trị của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n) (tỷ lệ (%))
Đáp ứng cơ năng	Đáp ứng hoàn toàn	0 (0%)
	Đáp ứng một phần triệu chứng	26 (56,5%)
	Các triệu chứng không thay đổi	15 (32,6%)

	Các triệu chứng nặng thêm	5 (10,9%)
Đáp ứng thực thể	Đáp ứng hoàn toàn	1 (2,2%)
	Đáp ứng một phần	19 (41,3%)
	Bệnh ổn định	17 (36,9%)
	Bệnh tiến triển	9 (19,6%)

Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển sau điều trị hóa chất (PFS 2)

Nhận xét: Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung bình $5,33 \pm 0,68$ tháng, thời gian sống thêm trung vị là 4,83 tháng (95%CI 2,9-6,8 tháng).



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

IV. BÀN LUẬN

Ung thư phổi (UTP) là một trong những bệnh lý ác tính phổ biến, là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do các bệnh ung thư trên toàn thế giới. Ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn muộn có tiên lượng xấu. Đột biến EGFR chiếm khoảng 15% BN UTPKTBN thể biểu mô tuyến, gặp nhiều hơn ở phụ nữ và những người không hút thuốc. Khoảng 5% BN ung thư biểu mô vảy có đột biến EGFR.

Phân tích 46 bệnh nhân của chúng tôi cho thấy tỷ lệ gặp đột biến gen tại Exon 19 là cao nhất chiếm 69,6%, đột biến Exon 21 chiếm 23,91%. Nghiên cứu đa trung tâm PIONEER (2012), nhằm xác định tỷ lệ đột biến gen EGFR đối với ung thư phổi tại các nước châu Á, trong đó có Việt Nam cho thấy, đột biến exon 19 gặp ở 45/77 bệnh nhân có đột biến chiếm 58,4%, nhiều hơn so với đột biến trên các exon còn lại.

Với tính hiệu quả của các thuốc kháng TKIs, đột biến EGFR được ưu tiên xét nghiệm sớm để quyết định phương án điều trị, đặc biệt là đối với bệnh nhân không phải ung thư biểu mô vảy có đột biến EGFR. Tuy nhiên, những BN này cuối cùng đều xuất hiện tình trạng kháng thuốc. Có 2 loại kháng thuốc TKI là kháng thuốc nguyên phát và kháng thuốc thứ phát. Kháng thuốc thứ phát là những trường hợp bệnh tiến triển sau khi đã có đáp ứng với điều trị TKIs hoặc sau một thời gian ổn định bệnh trên 6 tháng⁸. Các bệnh nhân kháng TKI không đủ tiêu chuẩn của kháng thứ

phát sẽ được xếp vào nhóm kháng nguyên phát với tỷ lệ từ 20-30%⁹ tùy theo từng nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 19,6% bệnh nhân kháng nguyên phát với thuốc TKI.

Điều trị sau kháng TKI, hóa chất bộ đôi có platinum được đặt ra nhằm mục tiêu kiểm soát bệnh. Nghiên cứu AURA3 trên nhóm BN điều trị pemetrexed – carboplatin cho kết quả trung vị PFS là 4,4 tháng, nhóm BN di căn não có trung vị PFS là 4,2 tháng. Nghiên cứu của tác giả Metro G và Giorgio V Scagliotti cũng ghi nhận kết quả tương tự¹⁰. Tuy nhiên chưa có báo cáo về phác đồ Paclitaxel – Carboplatin trên nhóm đối tượng này. Khi so sánh với các nghiên cứu sử dụng phác đồ Paclitaxel – Carboplatin trên nhóm UTPKTBN giai đoạn muộn chúng tôi nhận thấy kết quả khá tương đồng, PFS trung bình $5,33 \pm 0,68$ tháng, PFS trung vị là 4,83 tháng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn đạt 2,2%, tỷ lệ đáp ứng một phần đạt 41,3%, 36,9% bệnh nhân bệnh giữ nguyên, 16,9% bệnh nhân bệnh tiến triển sau 2-6 chu kỳ hóa chất. Tỷ lệ đáp ứng khách quan 43,5%, tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 80,4%. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị Chung (2019) tính tổng đáp ứng khách quan (ORR) là 42,8%, và tỷ lệ kiểm soát bệnh (DCR) là 83,3%.

Hạn chế trong nghiên cứu của chúng tôi là bệnh nhân sau khi điều trị 4 hoặc 6 chu kỳ, nếu đạt kiểm soát bệnh sẽ chuyển sang điều trị duy trì bằng hóa chất tiếp theo (docetaxel, gemcitabine,...) do tác dụng không mong muốn trên hệ thần kinh ngoại vi, vì vậy khó có thể tách rời hiệu quả của phác đồ paclitaxel – carboplatin.

V. KẾT LUẬN

Với tỷ lệ đáp ứng khách quan 43,5%, tỷ lệ kiểm soát bệnh 80,4% và thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung bình $5,33 \pm 0,68$ tháng cho thấy phác đồ Paclitaxel – Carboplatin đem lại lợi ích cho bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn muộn kháng thuốc TKI.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Trần Văn Thuấn.** Hướng Dẫn Chẩn Đoán và Điều Trị Bệnh Ung Thư Thường Gặp. Nhà xuất bản Y học; 2019.
- Bùi Công Toàn,** Hoàng Đình Chân. Bệnh Ung Thư Phổi. NXB Y học; 2008.
- Misiakos EP, Karidis NP, Kouraklis G.** Current treatment for colorectal liver metastases. World J Gastroenterol. 2011;17(36):4067-4075. doi:10.3748/wjg.v17.i36.4067
- Rosell R, Carcereny E, Gervais R, et al.** Erlotinib versus standard chemotherapy as first-line treatment for European patients with advanced EGFR mutation-positive non-small-cell

- lung cancer (EURTAC): a multicentre, open-label, randomised phase 3 trial. *Lancet Oncol.* 2012; 13(3):239-246. doi:10.1016/S1470-2045(11)70393-X
5. **Zhou C, Wu YL, Chen G, et al.** Erlotinib versus chemotherapy as first-line treatment for patients with advanced EGFR mutation-positive non-small-cell lung cancer (OPTIMAL, CTONG-0802): a multicentre, open-label, randomised, phase 3 study. *Lancet Oncol.* 2011;12(8):735-742. doi:10.1016/S1470-2045(11)70184-X
 6. **Gefitinib or Carboplatin–Paclitaxel in Pulmonary Adenocarcinoma** | NEJM. Accessed August 27, 2022. https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa0810699?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20www.ncbi.nlm.nih.gov
 7. **Maemondo M, Inoue A, Kobayashi K, et al.** Gefitinib or Chemotherapy for Non-Small-Cell Lung Cancer with Mutated EGFR. *New England Journal of Medicine.* 2010;362(25):2380-2388. doi:10.1056/NEJMoa0909530
 8. **Park et al.** *JAMA Onc.* 2016.
 9. **Sun D, Zhu Y, Zhu J, et al.** Primary resistance to first-generation EGFR-TKIs induced by MDM2 amplification in NSCLC. *Molecular Medicine.* 2020;26(1):66. doi:10.1186/s10020-020-00193-z
 10. **G M, R C, M M, et al.** Carboplatin plus pemetrexed for platinum-pretreated, advanced non-small cell lung cancer: a retrospective study with pharmacogenetic evaluation. *Cancer chemotherapy and pharmacology.* 2011;68(6). doi:10.1007/s00280-011-1632-x

NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH RỐI LOẠN LIPID MÁU Ở CÁC BỆNH NHÂN ĐƯỢC CHỈ ĐỊNH LÀM XÉT NGHIỆM BỘ MỠ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ, NĂM 2022

Phạm Thị Ngọc Nga¹, Huỳnh Quang Minh², Trần Linh Sơn³,
Trần Thái Ngọc⁴, Âu Xuân Sâm¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Mỡ máu cao hay rối loạn lipid máu là khi LDL-cholesterol hay chất béo trung tính (Triglycerides) hoặc cả hai cùng tăng trong máu dễ dẫn đến nguy cơ nhồi máu cơ tim, tai biến mạch máu não,.... **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát đặc điểm rối loạn lipid máu ở các bệnh nhân được chỉ định làm xét nghiệm bộ mỡ tại bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ, năm 2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu trên 3700 mẫu máu người bệnh có chỉ định xét nghiệm bộ mỡ bao gồm: cholesterol, triglycerid, HDL-C và LDL-C tại khoa xét nghiệm bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ, năm 2022. **Kết quả:** 1963/3700 (53,1%) đối tượng tham gia là nữ và độ tuổi chủ yếu trên 45 (84,2%). Bệnh lý đến khám đa số là tim mạch (39,3%) hoặc bệnh lý tim mạch kèm đái tháo đường (25,7%). Tỷ lệ rối loạn có rối loạn lipid là 73,8% và có liên quan mang ý nghĩa thống kê với đặc điểm tuổi và bệnh lý đến khám. Phân loại rối loạn lipid máu chủ yếu là dạng hỗn hợp (64,4%) và đặc điểm giới tính cùng bệnh lý đến khám có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê với kết quả phân loại này. **Kết luận:** Tỷ lệ rối loạn lipid máu ở các bệnh nhân được chỉ định làm xét nghiệm bộ mỡ tại bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần

Thơ cao (73,8%). Việc duy trì chỉ định xét nghiệm mỡ máu cho các đối tượng ở độ tuổi trung niên, người cao tuổi có bệnh lý nền là rất quan trọng.

Từ khóa: rối loạn lipid máu, LDL-C, bộ mỡ, Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ.

SUMMARY

RESEARCH SITUATION OF BLOOD LIPID DRUGS AND SURVEY OF THE CORRELION BETWEEN LDL-C CONCENTRATION QUANTITATIVE BY DIRECT AND INDIRECT METHOD AT CAN THO CITY GENERAL HOSPITAL, 2021

Background: High blood fat or dyslipidemia is when LDL-cholesterol or triglycerides or both increase in the blood, easily leading to the risk of myocardial infarction, stroke, etc... **Objective:** Survey the characteristics of dyslipidemia in patients assigned to have adiposity testing at Can Tho City General Hospital, 2022. **Materials and methods:** Research Cross-sectional, retrospective description of over 3700 blood samples of patients with indications for lipid testing including: cholesterol, triglycerides, HDL-C and LDL-C at the testing department of Can Tho General Hospital, 2022. **Results:** 1963/3700 (53.1%) participants were female and the age was mainly over 45 (84.2%). Most of the diseases examined were cardiovascular diseases (39.3%) or cardiovascular diseases with diabetes (25.7%). The rate of lipid disorders was 73.8% and was statistically significantly related to age and pathology at presentation. The classification of dyslipidemia was mainly mixed type (64.4%), and the characteristics of gender and pathology at examination have statistically significant differences with the results of this classification. **Conclusion:** The rate of dyslipidemia in patients

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ

³Trường Đại học Cửu Long

⁴Đại học Sư phạm Thể dục Thể thao Tp. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Âu Xuân Sâm

Email: axsam@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 27.9.2023

Ngày duyệt bài: 30.10.2023