11. **G. L. Krauss, J. M. Serratosa, V. Villanueva** and et al. (2012), "Randomized phase III study 306 Adjunctive perampanel for refractory partialonset seizures", Neurology, 78(18), tr. 1408-1415.
12. **T. Nishida, S. K. Lee, Y. Inoue** and et al. (2018), "Adjunctive perampanel in partialonset seizures: AsiaPacific, randomized phase III study", Acta Neurol Scand, 137(4), tr. 392-399.
13. **L. Lagae, V. Villanueva, K. J. Meador** and et al. (2016), "Adjunctive perampanel in adolescents with inadequately controlled partialonset seizures: A randomized study evaluating behavior, efficacy, and safety", Epilepsia, 57(7), tr. 1120-9.
14. **L. Gao, L. Xia, F. L. Zhao** and et al. (2013), "Clinical efficacy and safety of the newer antiepileptic drugs as adjunctive treatment in adults with refractory partial-onset epilepsy: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials", Epilepsy Res, 103(1), tr. 31-44.
15. **W. W. Hsu, C. W. Sing, Y. He** and et al. (2013), "Systematic review and meta-analysis of the efficacy and safety of perampanel in the treatment of partial-onset epilepsy", CNS Drugs, 27(10), tr. 817-27.
16. **Eisai Inc** (2012), Prescribing information of Fycompa, truy cập ngày 01-08-2020, tại trang web http://us.eisai.com/package_inserts/FycompaPI.pdf.
17. **G. L. Krauss, E. Perucca, E. Ben-Menachem** and et al. (2013), "Perampanel, a selective, noncompetitive α-amino-3-hydroxy-5-methyl-4-isoxazolepropionic acid receptor antagonist, as adjunctive therapy for refractory partial-onset seizures: interim results from phase III, extension study 307", Epilepsia, 54(1), tr. 126-34.

TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA ĐIỀU TRỊ HÓA CHẤT TRONG UNG THƯ ĐẠI TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BẮC NINH

KHÚC QUÂN NHÂN[1], NGUYỄN THỊ THU HUYỀN[2], TRẦN BẢO NGỌC[2]
[1]Trung tâm Y tế huyện Thuận Thành Bắc Ninh,
[2]Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng không mong muốn của điều trị hóa chất trong ung thư đại tràng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 67 bệnh nhân ung thư đại tràng được điều trị hóa chất tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh từ 2017 - 2020

Kết quả: Kết quả nghiên cứu cho thấy Tỉ lệ nam/nữ là 1,5/1, tuổi trung bình là 65,24 ± 10,67. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là trên 60 tuổi chiếm 68,6%. Phác đồ được sử dụng nhiều nhất là 5FU chiếm tỷ lệ 38,8%, phác đồ Folfox4 được sử dụng ở 31,3%. Liều được sử dụng chủ yếu là ≥ 85% chiếm tỷ lệ 85,1%. Có 9% số bệnh nhân phải thay đổi phác đồ điều trị. Sau tất cả các chu kỳ hóa trị, chủ yếu gặp độc tính hạ bạch cầu hạt ở độ 1, độ 2 (dao động từ 14,9 - 32,8%). Độc tính trên gan ở bệnh nhân chủ yếu gặp ở độ 1. Nôn, tiêu chảy là triệu chứng khá thường gặp ở những bệnh nhân truyền hóa chất trong những chu kỳ đầu tiên và gặp chủ yếu tiêu chảy độ 1.

Kết luận: Kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn các tác dụng phụ không mong muốn đối với các bệnh nhân truyền hóa chất chủ yếu gặp ở mức độ 1 và mức độ 2.

Từ khóa: *Ung thư đại tràng, 5 FU.*

SUMMARY

SIDE EFFECTS OF CHEMOTHERAPY FOR COLORECTAL CANCER PATIENTS AT BAC NINH GENERAL HOSPITAL

Objective: To evaluate the side effects of chemotherapy for colorectal cancer patients

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study on 67 colorectal cancer patients receiving chemotherapy at Bac Ninh General Hospital from 2017 to 2020.

Results: The findings show that the male/female ratio is 1.5/1; the mean age was 65.24 ± 10.67. The most common age group was over 60 years old, accounting for 68.6%. The most frequently used regimen was 5FU, making up 38.8%, followed by Fofox4 regimen with 31.3%. The main dose was ≥ 85%, accounting for 85.1%. The changes in the treatment regimen were applied for 9% of the patients. After all chemotherapy cycles, some of the patients suffered from granulocytopenia at grade 1and grade 2 (ranging from 14.9 to 32.8%). Hepatotoxicity in patients was mainly at grade 1. Vomiting and diarrhea were relatively common symptoms in patients receiving

Chịu trách nhiệm: Khúc Quân Nhân
Email: quanytbn@gmail.com
Ngày nhận: 02/8/2021
Ngày phản biện: 25/8/2021
Ngày duyệt bài: 10/9/2021

chemotherapy in the first cycles. Diarrhea was mainly at grade 1.

Conclusion: The results indicate that most of the side effects in the patients receiving chemotherapy were mainly at grade 1 and grade 2.

Keywords: *Colorectal cancer, 5 FU.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại tràng (UTĐT) là bệnh ung thư tiêu hóa khá thường gặp. Theo Globocan 2020, có khoảng 1.931.590 trường hợp ung thư đại trực tràng (UTĐTT) mới mắc (bao gồm cả ung thư ống hậu môn), xếp thứ ba và 935.000 ca tử vong, đứng thứ năm trên toàn cầu, với số bệnh nhân nam giới cao hơn. Bệnh hay gặp hơn ở các quốc gia châu Âu, Nam Mỹ, Đông Nam Á và ít gặp hơn ở các quốc gia châu Phi [10].

Chỉ định điều trị UTĐT, đặc biệt là khi bệnh còn ở giai đoạn sớm chủ yếu bằng phẫu thuật triệt căn. Bên cạnh phẫu thuật, liệu trình đa mô thức với hóa trị bổ trợ đóng vai trò hết sức quan trọng trong việc ngăn ngừa tái phát, tiêu diệt vi di căn hoặc kéo dài thời gian sống và cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Các thuốc hóa chất ung thư chủ yếu là nhóm thuốc gây độc tế bào, bên cạnh tác dụng tiêu diệt tế bào ung thư, nó cũng gây những tác dụng không mong muốn trên tế bào lành. Bởi vậy cần lựa chọn đúng hóa chất, đúng phác đồ điều trị để đem lại hiệu quả điều trị cao. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh là Bệnh viện hạng 1 trực thuộc Sở Y tế, có trách nhiệm khám chữa bệnh cho nhân dân các dân tộc vùng Bắc Ninh và khu vực lân cận. Tuy nhiên, để có dữ liệu khoa học về kết quả điều trị đa mô thức UTĐT tại Bắc Ninh nhằm phân tích, so sánh với các cơ sở khác từ đó có những khuyến cáo tốt trong thực hành lâm sàng, chúng tôi đặt vấn đề nghiên cứu đề tài "*Tác dụng không mong muốn của điều trị hóa chất trong ung thư đại tràng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh*" với mục tiêu sau đánh giá tác dụng không mong muốn của điều trị hóa chất trong ung thư đại tràng.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

67 bệnh nhân ung thư đại tràng được hóa trị bổ trợ tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh từ tháng 01/2017 đến tháng 12/2020.

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư đại tràng.
- Bệnh nhân có chỉ định hóa trị bổ trợ (giai đoạn II có yếu tố nguy cơ, giai đoạn III) và theo đuổi ít nhất 50% liệu trình (6 chu kỳ hóa trị).
- Hồ sơ lưu trữ đầy đủ.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Chống chỉ định hóa trị liệu.
- Mắc các bệnh đồng nhiễm nặng (suy dinh dưỡng, viêm gan, suy thận…).
- Đang mắc và/ hoặc tiền sử đã điều trị ung thư.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh. Cách thức nghiên cứu hồi cứu trên hồ sơ bệnh án.
- Xử lý số liệu sử dụng phần mềm SPSS 26.0

3. Nội dung nghiên cứu

Một số đặc điểm hóa trị bổ trợ

- Thời gian từ khi ra viện đến lúc truyền hóa trị chu kỳ 1: 1 tuần, 2 tuần, 3 tuần, 4 tuần…
- Các phác đồ điều trị UT ĐT:

Chúng tôi lựa chọn các BN được hóa trị bổ trợ 1 trong các phác đồ: 5FU, Folfox4, Folfox6, Xelox vì kinh nghiệm của các bác sĩ lâm sàng theo hướng dẫn của Bộ Y tế [3].

- Liều dùng: ≤ 85%, trên 85%.
- Các độc tính hóa trị đối với huyết học: Bạch cầu hạt, thiếu máu, tiểu cầu, SGOT, creatinin
- Các độc tính hóa trị đối với ngoài huyết học: nôn, tiêu chảy.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu theo tuổi và giới

Giới / Nhóm tuổi	Nam giới		Nữ giới		Tổng số	
	SL	%	SL	%	Sl	%
≤ 30 tuổi	0	0	0	0	0	0
31 - 40 tuổi	1	2,5	0	0	1	1,5
41 - 50 tuổi	3	7,5	0	0	3	4,5
51 - 60 tuổi	5	12,5	12	44,4	17	25,4
61 - 70 tuổi	20	50	6	22,2	23	34,3
> 70 tuổi	11	27,5	9	33,4	23	34,3
Tổng số	40	100	27	100	67	100
Tuổi thấp nhất	34		51		34	
Tuổi cao nhất	87		85		87	
Trung bình	65,82 ± 11,37		64,37 ± 9,63		65,24 ± 10,67	

- Tỉ lệ nam/nữ là 1,5/1; tuổi trung bình là 65,24 ± 10,67; tuổi thấp nhất là 34 tuổi cao nhất là 87. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là trên 60 tuổi chiếm 68,6%. Không gặp lứa tuổi dưới 30.

Bảng 2. Phác đồ, liều dùng và sự thay đổi phác đồ hóa trị

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Phác đồ điều trị	5FU	26	38,8
	Xelox	15	22,4
	Folfox4	21	31,3
	Folfox6	2	3,0
	Khác	3	4,5
Liều dùng	< 85%	10	14,9
	≥ 85%	57	85,1
Thay đổi phác đồ	Có	6	9,0
	Không	61	91,0

- Phác đồ được sử dụng nhiều nhất là 5FU chiếm tỷ lệ 38,8% (26 bệnh nhân), phác đồ Folfox4 được sử dụng ở 31,3% (21 bệnh nhân), một số phác đồ khác được sử dụng tỷ lệ thấp hơn.

- Liều được sử dụng chủ yếu là ≥ 85% liều chuẩn chiếm tỷ lệ 85,1% (57 trường hợp)

- Có 9% số bệnh nhân phải thay đổi phác đồ điều trị (6 trường hợp).

Bảng 3. Độc tính hạ bạch cầu hạt trong thời gian hóa trị bổ trợ

Mức độ / Thời gian	Độ 1		Độ 2		Độ 3		Độ 4	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Sau 3 chu kỳ	22	32,8	17	25,4	1	1,5	0	0
Sau 6 chu kỳ	20	29,9	11	16,4	3	4,5	0	0
Sau 9 chu kỳ	20	29,9	13	19,4	1	1,5	0	0
Sau 12 chu kỳ	22	32,8	10	14,9	2	3,0	1	1,5

- Sau tất cả các chu kỳ hóa trị, chủ yếu gặp độc tính hạ bạch cầu hạt ở độ 1, độ 2 (dao động từ 14,9 - 32,8%).

- Độc tính hạ bạch cầu hạt độ 3 ở các chu kỳ hóa trị gặp ở rất ít bệnh nhân, chỉ có 01 trường hợp hạ bạch cầu hạt độ 4 sau 12 chu kỳ hóa trị.

Bảng 4. Độc tính thiếu máu trong thời gian hóa trị bổ trợ

Mức độ / Thời gian	Độ 1		Độ 2		Độ 3		Độ 4	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Sau 3 chu kỳ	16	23,9	1	1,5	0	0	0	0
Sau 6 chu kỳ	19	28,4	1	1,5	0	0	0	0
Sau 9 chu kỳ	16	23,9	2	3,0	1	1,5	0	0
Sau 12 chu kỳ	9	13,4	4	6,0	0	0	0	0

- Thiếu máu là triệu chứng thường gặp chủ yếu là thiếu máu độ 1 và thiếu máu độ 2.

- Chỉ có 1 bệnh nhân có thiếu máu độ 3 chiếm 1,5%, không gặp trường hợp nào thiếu máu độ 4.

Bảng 5. Độc tính hạ tiểu cầu trong thời gian hóa trị bổ trợ

Mức độ / Thời gian	Độ 1		Độ 2		Độ 3		Độ 4	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Sau 3 chu kỳ	2	3,0	0	0	0	0	0	0
Sau 6 chu kỳ	0	0	0	0	0	0	0	0
Sau 9 chu kỳ	1	1,5	1	1,5	0	0	0	0
Sau 12 chu kỳ	3	4,5	0	0	0	0	0	0

Hạ tiểu cầu là độc tính rất ít gặp, chủ yếu ở độ 1, độ 2.

Bảng 6. Độc tính trên gan (GOT) trong thời gian hóa trị bổ trợ

Mức độ / Thời gian	Độ 1		Độ 2		Độ 3		Độ 4	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Sau 3 chu kỳ	19	28,4	4	6,0	0	0	0	0
Sau 6 chu kỳ	14	20,9	1	1,5	0	0	0	0
Sau 9 chu kỳ	19	28,4	1	1,5	0	0	0	0
Sau 12 chu kỳ	16	23,9	1	1,5	0	0	0	0

Độc tính trên gan ở bệnh nhân chủ yếu gặp ở độ 1, không có bệnh nhân nào có độc tính độ 3 và 4.

Bảng 7. Độc tính trên thận (creatinin) trong thời gian hóa trị bổ trợ

Mức độ / Thời gian	Độ 1		Độ 2		Độ 3		Độ 4	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Sau 3 chu kỳ	2	3,0	0	0	0	0	0	0
Sau 6 chu kỳ	5	7,5	0	0	0	0	0	0
Sau 9 chu kỳ	3	4,5	0	0	0	0	0	0
Sau 12 chu kỳ	2	3,0	0	0	0	0	0	0

Độc tính trên thận gặp chỉ gặp độ 1 chiếm tỷ lệ thấp.

Bảng 8. Mức độ nôn trong thời gian hóa trị bổ trợ

Mức độ / Thời gian	Độ 1		Độ 2		Độ 3		Độ 4	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Sau 3 chu kỳ	22	32,8	10	14,9	2	3,0	0	0
Sau 6 chu kỳ	15	20,9	2	3,0	0	0	0	0
Sau 9 chu kỳ	19	31,7	4	6,7	0	0	0	0
Sau 12 chu kỳ	15	25,0	3	5,0	0	0	0	0

Nôn gặp chủ yếu ở độ 1 ở các chu kỳ truyền hóa chất có 2 bệnh nhân nôn ở độ 3 khi mới truyền hóa chất.

Bảng 9. Mức độ tiêu chảy trong thời gian hóa trị bổ trợ

Mức độ / Thời gian	Độ 1		Độ 2		Độ 3		Độ 4	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Sau 3 chu kỳ	19	28,4	4	6,0	0	0	0	0
Sau 6 chu kỳ	24	35,8	2	3	0	0	0	0
Sau 9 chu kỳ	9	15	0	0	0	0	0	0
Sau 12 chu kỳ	8	13,3	1	1,7	0	0	0	0

Tiêu chảy là triệu chứng khá thường gặp ở những bệnh nhân truyền hóa chất trong những chu kỳ đầu tiên và gặp chủ yếu tiêu chảy độ 1.

BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là 65,24 ± 10,67; trẻ nhất là 34 và lớn nhất là 87 tuổi. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là trên 60 tuổi chiếm 68,6%. Bệnh gặp ở nam nhiều hơn nữ, tỷ lệ nam/nữ là 1,48/1. Với số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu không quá lớn nên tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu của chúng tôi không thể đại diện cho bệnh. Tuy nhiên cũng phải nhận thấy rằng, xu hướng chung của ung thư trực tràng, nam mắc cao hơn ở nữ giới và chủ yếu gặp ở những người trên 40 tuổi.

Tác giả Huỳnh Thanh Long (2017) theo dõi được 103 bệnh nhân thỏa mãntiêu chuẩn chọn bệnh, trong đó tỷ lệ nam là 54,4%. Tuổi trung bình 59,61 ± 14,373 nhỏ nhất là 18 tuổi lớn nhất là 80 tuổi [4]. Theo Đặng Trần Tiến (2007) ghi nhận 68 trường hợp ung thư đại trực tràng từ 4/2004 đến 4/2007cho thấy tỷ lệ bệnh tăng theo tuổi và phổ biến ở những người trên 50 tuổi. Tỷ

lệ mắc bệnh của nam và nữ là 1,5/1[7]. Tác giả Nguyễn Thành Trung (2018) có 205 trường hợp bệnh nhân bị ung thư đại trực tràng điều trị nội trú tại Bệnh viện Đà Nẵng với 59,51% nam giới và 40,49% nữ giới, tuổi trung bình 65,8 ± 16,07. Giới nam cao hơn nữ, tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 1,4/1[8].

Độc tính là vấn đề luôn phải đối mặt trong điều trị hoá chất, đặc biệt với những bệnh nhân ở giai đoạn muộn vì lúc này BN có thể trạng kém, nhạy cảm hơn với các tác dụng phụ của hoá trị. Vai trò của hóa chất ở UTĐTT giai đoạn di căn xa thì điều trị triệu chứng và nâng cao chất lượng sống là chính. Việc kéo dài thời gian sống thêm không chỉ phụ thuộc vào đáp ứng thuốc của BN mà còn phụ thuộc vào khả năng chịu đựng được các tác dụng phụ của hoá chất.

+ Hạ bạch cầu trung tính

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ hạ bạch cầu trung tính trung bình trong quá trình điều trị chủ yếu là hạ bạch cầu trung tính độ 1,2, độ 3 chiếm tỷ lệ thấp. Tỷ lệ hạ bạch cầu trung tính trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu nước ngoài, theo nghiên cứu của Kim (2014) trên 54 bệnh nhân điều trị bằng phác đồ FOLFIRI sau khi tiến triển với phác đồ FOLFOX-4 cho thấy tỷ lệ hạ bạch cầu trung tính trung tính trung bình lên tới 79.6%, trong đó hạ độ 3,4 chiếm 62.9%[1], hay trong nghiên cứu của Recchia và cs (2004) cũng trên 35 bệnh nhân điều trị FOLFIRI sau thất bại với phác đồ FOLFOX, tỷ lệ hạ bạch cầu trung tính nói chung lên tới 69%[9], trong đó hạ bạch cầu trung tính chiếm 38% đều cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. So sánh với kết quả của Nguyễn Thanh Ngọc (2019) hạ bạch cầu hạt chiếm tỷ lệ 61,3% độ 1, 12,9% ở mức độ 2[5]. Điều này có thể là do đối tượng chọn bệnh nhân khác nhau, các bệnh nhân ở những nghiên cứu khác thường là các bệnh nhân nặng có di căn, phác đồ điều trị kèm theo thuốc nhắm đích.

+ Thiếu máu

Thiếu máu là vấn đề khá thường gặp trên bệnh nhân ung thư nói chung, nhất là trên bệnh nhân ở giai đoạn tái phát di căn điều trị hóa chất. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ có thiếu máu nói chung ở các mức độ lên tới 20% độ 1 ở tất các các chu kỳ truyền hóa chất, tuy nhiên chủ yếu gặp độ 1, 2. Tuy nhiên tỷ lệ thiếu máu độ 3, 4 trong nghiên cứu của chúng tôi lại thấp hơn, như trong nghiên cứu của Kim khi mà tỷ lệ thiếu máu độ 3,4 lên tới 18.5%[1] và của Recchia là 9%[9]. Thiếu máu không phải chỉ do tác dụng phụ của hoá chất mà còn do bệnh nhân thiếu dinh dưỡng do chán ăn, nôn gây nên. Điều này cũng đặt ra vấn đề chăm sóc dinh dưỡng cho bệnh nhân điều trị hoá chất là hết sức cần thiết. Thiếu máu tuy không gây nguy hiểm tính mạng nhưng là một nguyên nhân khiến bệnh nhân mệt mỏi thêm. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự kết quả của Nguyễn Văn Bằng BN có thiếu máu: sau 3 liệu trình là 29,0%, sau 12 liệu trình thiếu máu giảm xuống còn 14,3%[2].

+ Giảm tiểu cầu

Giảm tiểu cầu gặp ở rất ít các bệnh nhân, chúng tôi chỉ gặp giảm tiểu cầu ở mức độ 1 và mức độ 2. Hạ tiểu cầu độ 1, 2 thường tự hồi phục, hạ độ 3, 4 hoặc kèm theo các dấu hiệu xuất huyết cần phải được hỗ trợ bằng các chế phẩm giàu tiểu cầu như khối tiểu cầu máy. Kết quả của chúng tôi thấp hơn của Nguyễn Thanh Ngọc (2019) khi thấy hạ tiểu cầu gặp 87,1%[5].

+ Độc tính trên gan

Các hóa chất truyền vào cơ thể theo con đường tuần hoàn nhưng phần lớn lại chuyển hóa ở gan do vậy có thể gây độc tính trên tế bào gan, viêm gan, thường biểu hiện qua xét nghiệm có tăng men gan và/hoặc tăng billirubine.

Tỷ lệ bệnh nhân có tăng AST, ALT nói chung là 20,9%-28,4% ở mức độ 1 sau các chu kỳ hóa trị, độ 2 chỉ chiếm 1,5-6% không gặp bệnh nhân có tăng độ 3, 4. Ngoài vấn đề độc tính của thuốc hóa chất, tăng AST/ALT, billirubin còn do các nguyên nhân khác như: nhiễm viêm gan virus, khối di căn gan lớn, …Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều có xét nghiệm sàng lọc viêm gan virus B, C trước điều trị và những trường hợp có HbSAg (+) hoặc anti-HCV (+) sẽ được khám chuyên khoa Viêm gan, dùng thuốc kháng virus trước điều trị và theo dõi sát bằng xét nghiệm AST, ALT cũng như chức năng gan trước mỗi đợt truyền hóa chất.

+ Độc tính trên thận

Trong nghiên cứu của chúng tôi có rất ít các trường hợp có độc tính với thận chỉ chiếm từ 3,0-7,5 các trường hợp truyền hóa chất ở chu kỳ 1 sau đó các bệnh nhân tự hồi phục. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự Trần Thị Như Quỳnh (2019) khi thấy tỷ lệ độc tính trên thận 3,8-8,3%[6].

+ Nôn và buồn nôn

Buồn nôn, nôn là những tác dụng phụ khá thường gặp khi điều trị hóa chất bệnh ung thư. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ trung bình có nôn ở các mức độ khác nhau trong quá trình điều trị là 20,9 - 38,2% là nôn độ 1, độ 2 gặp 3,0 - 14,9%, rất ít gặp ở độ 3 và 4. Tỷ lệ nôn trung bình của nghiên cứu này cao hơn so với Trần Thị Như Quỳnh (23%)[6], nhưng thấp hơn so với các nghiên cứu nước ngoài khác: Recchia

(60%)[9], Kim (53,8%)[1], Tournigand (50%)[11], chủ yếu gặp độ 1,2. Để hạn chế buồn nôn, nôn trong quá trình điều trị ngoài tiêm các thuốc chống nôn nhóm ức chế thụ thể 5-HT3 trước truyền hóa chất 30 phút, chúng tôi còn phối hợp các thuốc hỗ trợ khác như corticoid, thuốc an thần (với bệnh nhân lo lắng quá mức) và hướng dẫn chế độ ăn uống, sinh hoạt để giảm thiểu tác dung buồn nôn, nôn trong quá trình điều trị.

+ Tiêu chảy

Tỷ lệ bệnh nhân có biểu hiện ỉa chảy trong 6 đợt điều trị từ 15-35,8% với mức độ hay gặp là 1, ở mức độ 2 là 1,7-6%. Không gặp ở độ 3 và độ 4. Recchia và cs (2004) cho biết tỷ lệ ỉa chảy độ 3 là 4,6%[9]. Trên thực tế, tác dụng không mong muốn này có thể được khắc phục bằng các thuốc chống tiêu chảy thông thường khi nó xuất hiện.

KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn các tác dụng phụ không mong muốn đối với các bệnh nhân truyền hóa chất chủ yếu gặp ở mức độ 1 và mức độ 2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **J. H. Kim** and et al. (2014). "FOLFIRI as second-line chemotherapy after failure of FOLFOX4 in advanced colorectal cancer: a Korean single-center experience", Korean J Gastroenterol. 63(1), tr. 18-24.

2. **Nguyễn Văn Bằng** (2017). "Tác dụng không mong muốn của phác đồ FOLFIRI trong điều trị ung thư đại trực tràng", Tạp chí Y-Dược học quân sự. 5, tr. 43 - 50.

3. Bộ Y tế (2018). "Quyết định về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư đại trực tràng"", Quyết định số 2549/QĐ-BYT ngày 19/4/2018.

4. **Huỳnh Thanh Long, Nguyễn Hoàng Bắc, Vũ Huy Nùng** (2017). "Kết quả ung thư học phẫu thuật nội soi điều trị triệt căn ung thư đại tràng", Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh. 3(21), tr. 178-182.

5. **Nguyễn Thanh Ngọc, Nguyễn Thanh Bình và cs Phạm Văn Hiệu** (2019). "Kết quả điều trị bệnh nhân ung thư đại tràng tái phát di căn bằng phác đồ bevacizumab - folfiri", Tạp chí Y Dược lâm sàng 108. 5.

6. **Trần Thị Như Quỳnh, Bùi Tiến Sĩ** (2019). "Nghiên cứu một số độc tính của phác đồ FOLFOX 4 trên bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến đại trực tràng giai đoạn di căn xa", Tạp chí Y Dược lâm sàng 108. 5.

7. **Đặng Trần Tiến** (2007). "Nghiên cứu hình thái học của ung thư đại-trực tràng", Tạp chí Y học tp. Hồ Chí Minh. Phụ bản số 3(11), tr. 86 - 88.

8. **Nguyễn Thành Trung, Nguyễn Văn Xứng và cs Lê Đức Nhân** (2018). "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nội soi và mô bệnh học của ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Đà Nẵng trong 02 năm (2016-2017)", Tạp chí Y Dược học, Trường Đại học Y Dược Huế. 8(2 (4)), tr. 7 - 12.

9. **F. Recchia** and et al. (2004). "Multicentre phase II study of bifractionated CPT-11 with bimonthly leucovorin and 5-fluorouracil in patients with metastatic colorectal cancer pretreated with FOLFOX", Br J Cancer. 91(8), tr. 1442 - 6.

10. **H. Sung** and 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), tr. 209 - 249.

11. **C. Tournigand** and et al.. (2004). "FOLFIRI followed by FOLFOX6 or the reverse sequence in advanced colorectal cancer: a randomized GERCOR study", J Clin Oncol. 22(2), tr. 229 - 37.

KHẢO SÁT TÌNH TRẠNG TĂNG HUYẾT ÁP Ở BỆNH NHÂN VIÊM THẬN LUPUS VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

NGUYỄN THỊ MINH ANH[1], ĐẶNG THỊ VIỆT HÀ[1,2], ĐỖ GIA TUYỂN[1,2]

[1]Trường Đại học Y Hà Nội

[2]Trung tâm Thận - tiết niệu và Lọc máu, Bệnh viện Bạch Mai

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tình trạng tăng huyết áp ở bệnh nhân viêm thận lupus và mối liên quan giữa tăng huyết áp với một số yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng ở nhóm bệnh nhân này.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu và tiến cứu trên 187 bệnh nhân viêm thận lupus điều trị tại Trung tâm Thận - Tiết niệu và Lọc máu, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2020 đến 07/2021.

Kết quả: Trong 187 bệnh nhân nghiên cứu, tỷ lệ tăng huyết áp chiếm 66,3% (n = 124). Thời gian mắc viêm thận lupus trung bình: 45,1 tháng, thời gian khởi phát tăng huyết áp trung bình:13,05 tháng. Tuổi trung bình của bệnh nhân

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Minh Anh
Email: nguyenthiminhanh22071996@gmail.com

Ngày nhận: 02/8/2021
Ngày phản biện: 25/8/2021
Ngày duyệt bài: 10/9/2021