

Phân tích thực trạng sử dụng hoá trị liệu trên bệnh nhân ung thư vú tại Bệnh viện K

Analysis of the pattern of chemotherapy use in breast cancer patients at K hospital

Trần Thị Thu Trang¹, Nguyễn Thị Phương Nga¹,
Nguyễn Thị Minh Thu², Vũ Đình Tiến²,
Nguyễn Thị Liên Hương¹, Nguyễn Tứ Sơn¹,
Đàm Nguyễn Khôi Nguyên¹, Nguyễn Thị Hồng Hạnh^{1,*}

¹Trường Đại học Dược Hà Nội,
²Bệnh viện K

Tóm tắt

Mục tiêu: Phân tích lựa chọn, liều dùng và cách dùng hoá trị liệu trên bệnh nhân (BN) ung thư vú (UTV). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang, thu dữ liệu dựa trên bệnh án của các BN ung thư vú đang điều trị hóa chất nội trú tại khoa Nội 5, Nội 6, Bệnh viện K từ 01/01/2024 đến 31/3/2024. **Kết quả:** Nghiên cứu thu thập được 220 BN với tuổi trung bình là $51,0 \pm 10,6$ tuổi, chủ yếu ở giai đoạn II, III (73,2%) và có HR+ /HER2- (67,7%). 62,8% BN được chỉ định hoá chất bổ trợ. Phác đồ hoá trị liệu được lựa chọn nhiều nhất là phác đồ chứa taxan kết hợp anthracyclin (61,8%) hoặc taxan không kết hợp anthracyclin (34,1%). Tỷ lệ lượt dùng hoá chất với mức liều $\geq 90\%$ liều chuẩn theo khuyến cáo ở nhóm tân bổ trợ/bổ trợ và di căn/tái phát lần lượt là 87,4% và 39,3%. Các hóa chất được sử dụng không phù hợp về đường dùng chiếm 25,9%, ghi nhận đối với doxorubicin và epirubicin. 100% lượt sử dụng hóa chất đều pha trong dung môi và thể tích dung môi phù hợp với khuyến cáo. **Kết luận:** Phác đồ chứa taxan phối hợp hoặc không phối hợp anthracyclin vẫn là phác đồ hóa chất phổ biến điều trị UTV, với đa số BN được dùng ở mức liều khuyến cáo. Nhóm đa ngành cần tiếp tục phối hợp để giải quyết một số vấn đề chưa hợp lý để tối ưu hóa hiệu quả điều trị và an toàn cho BN.

Từ khoá: Hoá trị liệu, hoá chất, ung thư vú.

Summary

Objective: To analyze chemotherapy indication, dosage, and administration among breast cancer patients. **Subject and method:** A cross-sectional study was conducted on medical records among breast cancer patients admitted to Internal Medicine Departments Five and Six at Vietnam National Cancer Hospital from 01/01/2024 to 31/03/2024 for chemotherapy. **Result:** The study included 220 patients with an average age of 51.0 ± 10.6 , mainly in stages II and III (73.2%), and with HR+ /HER2- (67.7%). 62.8% of patients were prescribed adjuvant chemotherapy. The most popular regimens were the combination of taxan and anthracycline (61.8%) or taxan without anthracycline (34.1%). The proportions of chemicals used at doses greater than or equal to 90% of the recommended standard doses in the neoadjuvant/adjuvant and metastatic/recurrent groups were 87.4% and 39.3%, respectively. Inappropriate routes of administration accounted for 25.9% of the chemical uses, attributed to doxorubicin and epirubicin. 100% of chemical uses were dissolved in suitable solvents and solvent

Ngày nhận bài: 27/8/2024, ngày chấp nhận đăng: 10/9/2024

*Người liên hệ: hanhnhth@hup.edu.vn - Trường Đại học Dược Hà Nội

volumes as guideline recommendations. *Conclusion:* Taxan-containing regimens with or without anthracycline are still the most common regimens for breast cancer patients, with the majority of patients being given the recommended doses. The multidisciplinary team needs to keep coordinating to solve some unreasonable problems and optimize treatment effectiveness and safety for patients.

Keywords: Chemotherapy, chemicals, breast cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là loại ung thư phổ biến nhất và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư ở phụ nữ trên thế giới và tại Việt Nam¹. Hoá trị liệu vẫn là phương pháp điều trị đóng vai trò nền tảng và quan trọng trong điều trị UTV. Tuy nhiên, đây là nhóm thuốc cần chú ý trong thực hành lâm sàng do thuốc gây độc tế bào, có khoảng điều trị hẹp và thường gây ra các biến cố bất lợi nghiêm trọng, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống cũng như kết quả điều trị cho bệnh nhân. Theo các khuyến cáo hiện nay, việc lựa chọn phác đồ hoá trị liệu cho bệnh nhân nhằm các mục đích hỗ trợ, tân bổ trợ tùy thuộc vào giai đoạn bệnh, các thể bệnh, sự bộc lộ của các thụ thể nội tiết (HR) và HER2^{2,3}. Mặt khác, liều dùng của hóa chất cũng cần được cá thể hóa dựa trên nhiều yếu tố bao gồm mức độ dung nạp thuốc của từng bệnh nhân. Do đó, việc dùng hoá trị liệu cần được tối ưu hoá về lựa chọn, liều dùng, cách sử dụng nhằm đảm bảo hiệu quả điều trị và an toàn cho bệnh nhân.

Bệnh viện K là một bệnh viện tuyến đầu Trung ương về khám và điều trị ung thư, là đơn vị đi đầu trong việc cập nhật các hướng dẫn điều trị của các Hiệp hội lớn về ung thư trong và ngoài nước. Với mục đích tổng kết thực trạng sử dụng hóa trị liệu trên bệnh nhân UTV và so sánh với các khuyến cáo trong hướng dẫn điều trị để từ đó, có căn cứ đề xuất các giải pháp tối ưu hoá lựa chọn và sử dụng thuốc; nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu phân tích thực trạng sử dụng hóa chất trên bệnh nhân UTV điều trị tại Bệnh viện K.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Các bệnh nhân nữ được chẩn đoán ung thư vú và đang điều trị hóa chất nội trú tại Khoa Nội 5, Nội 6 - Bệnh viện K từ ngày 01/01/2024 đến hết ngày 31/3/2024. Nghiên cứu loại trừ các bệnh nhân (i) Dưới 18 tuổi; (ii) Mắc từ 2 loại ung thư trở lên; (iii) Có dùng đồng thời với các liệu pháp khác như xạ trị

hoặc các thuốc điều trị ung thư khác như thuốc đích, thuốc miễn dịch hoặc thuốc hormon.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang dựa trên dữ liệu lưu trữ trên bệnh án.

Nghiên cứu phân tích lựa chọn phác đồ dựa theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư vú của Bộ Y tế 2020², Mạng lưới ung thư Hoa Kỳ (National Comprehensive Cancer Network, NCCN) v2.2024³. Theo đó, phác đồ hóa chất được lựa chọn theo mục đích (hỗ trợ/tân bổ trợ và di căn). Liều dùng tiêu chuẩn là mức liều khuyến cáo trong các phác đồ tương ứng ở các khuyến cáo trên. Cách dùng của các hóa chất được phân tích dựa vào cách dùng hoá chất đó được khuyến cáo trong các phác đồ mà BN sử dụng. Thông tin về cách dùng các phác đồ được tra cứu trên các trang web của các đơn vị quản lý bệnh ung thư của các nước/vùng, ví dụ: Chương trình kiểm soát ung thư quốc gia của Ireland⁴, hay viện ung thư vùng New South Wales của Australia⁵.

Xử lý số liệu: Dữ liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm Microsoft Excel 2010 và SPSS Statistics 22.0. Biến định tính được biểu diễn dưới dạng số lượng (tỷ lệ %), các biến định lượng được biểu diễn dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (SD) với phân phối chuẩn, trung vị (khoảng tứ phân vị, IQR) với phân phối không chuẩn.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu thu được 220 bệnh nhân nữ thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ với tuổi trung bình $51,0 \pm 10,6$ tuổi. Trong đó, 51,8% bệnh nhân chưa mãn kinh và phần lớn đã kết hôn (97,3%). Đa số bệnh nhân được chẩn đoán giai đoạn II và III (73,2%). Hoá trị liệu chủ yếu với vai trò bổ trợ (68,2%). Kết quả hóa mô miễn dịch ghi nhận phần lớn là nhóm có HR dương tính và HER2 âm tính (67,7%), 13,2% có bộ ba âm tính (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu (n = 220)

Đặc điểm		Kết quả, n (%)
Tuổi (năm), TB $\pm$ SD, min-max		51,0 $\pm$ 10,6 (29-75)
Đã mãn kinh		106 (48,2)
Đã kết hôn		214 (97,3)
Có bệnh mắc kèm*		72 (32,8)
Có di căn (gan, phổi, xương)		26 (11,8)
Giai đoạn bệnh	I	33 (15,0)
	II	96 (43,6)
	III	65 (29,6)
	IV	26 (11,8)
Mục đích điều trị hoá chất	Tân bổ trợ	44 (20,0)
	Bổ trợ	150 (68,2)
	Di căn, tái phát	26 (11,8)
Hóa mô miễn dịch	HR-/HER- (TNBC)	29 (13,2)
	HR+ /HER2-	149 (67,7)
	HR-/HER2+	28 (12,7)
	HR+/HER2+	14 (6,4)
Bệnh nhân có gặp ADE tại chu kỳ trước và cần hiệu chỉnh liều		7 (3,2)

Chú thích: HER2-human epidermal growth factor receptor 2 - thụ thể của yếu tố phát triển biểu bì 2; HR-hormone receptor-thụ thể nội tiết; TNBC-triple negative breast cancer - bộ ba âm tính; * Các bệnh mắc kèm của bệnh nhân ghi nhận được bao gồm: tăng huyết áp, ngoại tâm thu, viêm loét dạ dày và viêm gan B.

3.2. Đặc điểm lựa chọn phác đồ hoá trị liệu

Phác đồ chứa anthracyclin kết hợp với taxan được sử dụng nhiều nhất với tỷ lệ 61,8%, chủ yếu trên nhóm có HER2 âm tính. Trên nhóm bệnh nhân có HER2 dương tính, phác đồ taxan kết hợp với anthracyclin ở nhóm điều trị bổ trợ/tân bổ trợ (14,9%), và phác đồ taxan không kết hợp với anthracyclin ở nhóm di căn/tái phát (23,1%). Các phác đồ anthracyclin và các phác đồ khác được sử dụng ít nhất ở cả 2 chỉ định (< 3%).

Bảng 2. Lựa chọn các phác đồ hóa chất theo kết quả hóa mô miễn dịch

Phác đồ hoá trị liệu	Bổ trợ/tân bổ trợ (n = 1 94)			Di căn/tái phát (n = 26)			Tổng (n = 22)
	HER2 (+)	HER2 (-)		HER2 (+)	HER2 (-)		
		HR+	TNBC		HR (+)	TNBC	
Chứa anthracyclin → taxan ^(*)	29 (14,9)	87 (44,8)	18 (9,3)	-	2 (7,7)	-	136 (61,8)
Chứa taxan không kết hợp với anthracyclin ^(**)	6 (3,1)	46 (23,7)	6 (3,1)	6 (23,1)	9 (34,6)	2 (7,7)	75 (34,1)
Chứa anthracyclin ^(***)	-	2 (1,0)	-	-	1(3,8)	-	3 (1,4)
Khác ^(****)	-	-	-	1 (3,8)	2 (7,7)	3 (11,6)	6 (2,7)
Tổng	35 (15,9)	135 (61,3)	24 (10,9)	7 (3,2)	14 (6,3)	5 (2,4)	220 (100)

Chú thích: (-) không ghi nhận bệnh nhân nào. (*) FEC-P: 5-FU, epirubicin, cyclophosphamid - paclitaxel; AC-T: doxorubicin, cyclophosphamid - paclitaxel; AC-D: doxorubicin, cyclophosphamid - docetaxel; PE: paclitaxel, epirubicin; (**) TC: docetaxel, cyclophosphamid; taxan đơn độc, taxan-Carboplatin, (***) FEC: 5-FU, epirubicin, cyclophosphamid; FAC: 5-FU, doxorubicin, cyclophosphamid; Liposomal doxorubicin., (****) CMF: cyclophosphamid, methotrexat, 5-FU; Gemcitabin-Carboplatin; Gemcitabin

3.3. Đặc điểm liều dùng hoá trị liệu

Tổng cộng có 408 lượt dùng hoá chất. Trong đó, ở nhóm tân bổ trợ/bổ trợ, hầu hết các bệnh nhân được dùng mới mức liều $\geq 90\%$ so với mức liều chuẩn (87,4%), tuy nhiên vẫn có khoảng 10% bệnh nhân dùng mức liều dưới 90% so với mức liều chuẩn. Ngược lại, đối với nhóm điều trị di căn/tái phát chủ yếu các bệnh nhân dùng mức liều dưới 90% so với mức liều chuẩn (Bảng 3).

Bảng 3. Đặc điểm liều dùng hoá chất so với mức liều chuẩn

Hoá chất	Tân bổ trợ/bổ trợ, n (%) (n = 380)			Di căn/tái phát, n (%) (n = 28)		
	90-110%	80-90%	< 80%	90-110%	80-90%	< 80%
5-fluorouracil (n = 10)	9	-	-	-	1	-
Carboplatin (n = 15)	-	1	8	3	1	2
Cyclophosphamid (n = 163)	149	10	2	1	1	-
Docetaxel (n = 78)	46	11	2	4	3	1
Doxorubicin (n = 99)	89	9	1	-	-	-
Epirubicin (n = 9)	7	1	-	-	-	1
Paclitaxel (n = 38)	32	2	1	1	2	-
Liposomal doxorubicin (n = 1)	-	-	-	-	-	1
Gemcitabin (n = 5)	-	-	-	1	3	1
Methotrexat (n = 1)	-	-	-	1	-	-
Tổng	332 (87,4)	34 (8,9)	14 (2,6)	11 (39,3)	11 (39,3)	6 (21,4)

Chú thích: (-) không ghi nhận bệnh nhân nào

3.4. Đặc điểm cách dùng hoá trị liệu

Tất cả các bệnh nhân sử dụng hoá chất đường tĩnh mạch. Chủ yếu các hóa chất sử dụng phù hợp về đường dùng chiếm 74,1%. Tỷ lệ sử dụng không phù hợp về đường dùng chiếm 25,9%, bao gồm các hoá chất doxorubicin, epirubicin và methotrexat. Tất cả các lượt sử dụng hóa chất đều pha trong dung môi và thể tích dung môi phù hợp với khuyến cáo. Tỷ lệ thời gian truyền hoá chất hợp lý cao tới 94,9%. Chỉ ghi nhận 14 trường hợp truyền carboplatin truyền dài hơn và 1 trường hợp docetaxel có thời gian truyền ngắn hơn so với khuyến cáo.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu phân tích đặc điểm lựa chọn, liều dùng và cách dùng của các hoá chất sử dụng trên nhóm bệnh nhân UTV và không sử dụng kèm các phương pháp điều trị khác. Bệnh nhân tuổi trung bình $51,0 \pm 10,6$ tuổi, cao hơn so với tuổi trung bình của các bệnh nhân trên thế giới (62 tuổi)⁶ và tương đồng với các nghiên cứu được thực hiện tại Việt Nam (40-50 tuổi)^{7,8}. Điều này cho thấy UTV đang có xu hướng trẻ hoá ở Việt Nam so với thế giới. Các đặc

điểm của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu là những căn cứ rất quan trọng trong việc lựa chọn phác đồ hoá trị liệu như: Khoảng 50% bệnh nhân chưa mãn kinh, giai đoạn bệnh II, III là chủ yếu (72,1%), phần lớn thuộc nhóm có thụ thể nội tiết dương tính (66,7%). Nghiên cứu cũng ghi nhận 13,2% bệnh nhân ung thư vú có bộ ba âm tính, đây là nhóm đối tượng tiên lượng xấu với tỷ lệ sống sót sau 5 năm thấp và tỷ lệ tái phát cao sau khi điều trị bổ trợ⁹.

4.1. Về lựa chọn

Theo các khuyến cáo hiện nay, việc lựa chọn phác đồ hoá trị liệu cho bệnh nhân có thể nhằm các mục đích bổ trợ, tân bổ trợ tùy thuộc vào giai đoạn bệnh, các thể bệnh học, sự bộc lộ của các thụ thể nội tiết và HER2^{2,3}. Trong đó, hai nhóm hoá trị liệu anthracyclin và taxan có vai trò nền tảng. Nghiên cứu ghi nhận chủ yếu bệnh nhân trong nghiên cứu sử dụng phác đồ nhóm taxan có hoặc không kết hợp anthracyclin (61,8%; 34,1%). Điều này tương đối phù hợp với các khuyến cáo lựa chọn hoá trị liệu trong điều trị UTV hiện nay^{2,3}.

Trên nhóm bệnh nhân HER2 âm tính, các phác đồ đầu tay cho chỉ định tân bổ trợ/bổ trợ ở nhóm

chưa có di căn là phác đồ anthracyclin theo sau bởi taxan như 4AC-4T liều dày và phác đồ chứa taxan như TC. Những phác đồ chỉ chứa anthracyclin như AC không phải là lựa chọn đầu tay^{2,3}. Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi, xu hướng lựa chọn phác đồ hóa chất cũng phù hợp với khuyến cáo và chỉ 1,0% sử dụng phác đồ chứa anthracyclin đơn độc. Trên nhóm bệnh nhân có di căn và HER2 âm tính, những phác đồ được khuyến cáo bao gồm anthracyclin đơn độc (doxorubicin/liposomal doxorubicin), taxan đơn độc (paclitaxel), nhóm kháng chuyển hóa (gemcitabin/capecitabin), nhóm ức chế vi ống (vinorelbin)^{2, 3}. Những phác đồ khác như docetaxel đơn độc, AC, CMF, phối hợp paclitaxel với carboplatin được khuyến cáo trong một số trường hợp². Trong nghiên cứu này, phần lớn các phác đồ được sử dụng là phác đồ đơn độc, trong đó phác đồ chứa taxan (docetaxel đơn độc) được sử dụng nhiều nhất. Tất cả những bệnh nhân ung thư vú bộ ba âm tính trong nghiên cứu đều được lựa chọn theo khuyến cáo, với phác đồ gemcitabin hay paclitaxel kết hợp với 1 platin (như carboplatin)².

Nhóm bệnh nhân HER2 dương tính thường chiếm khoảng 15-20% trong nhóm UTV, với tiên lượng xấu và diễn biến bệnh nhanh hơn so với nhóm khác¹⁰. Sự ra đời của nhóm thuốc đích kháng HER2 (thường dùng nhất là trastuzumab) được khuyến cáo sử dụng kết hợp hoặc theo trình tự với hoá trị liệu^{2, 3}. Tuy nhiên đây là những thuốc có giá thành cao và chỉ được chi trả bảo hiểm y tế một phần, vì vậy việc lựa chọn phác đồ điều trị cho nhóm đối tượng này cần cân nhắc tới điều kiện kinh tế và nhu cầu của người bệnh. Trong nghiên cứu này ghi nhận nhóm bệnh nhân có HER2 dương tính không sử dụng cùng với thuốc đích sẽ được sử dụng phác đồ hoá trị tương tự với nhóm có HER2 âm tính.

Như vậy từ các kết quả trên có thể thấy việc cập nhật kê đơn dựa trên bằng chứng khuyến cáo trong các hướng dẫn điều trị tại bệnh viện đang rất được chú trọng. Tuy nhiên cần ghi nhận thêm các kết quả liên quan đến kết cục lâm sàng khi sử dụng các phác đồ lựa chọn trong điều kiện chi phí và tính sẵn có của các nhóm thuốc mới tại Việt Nam để có những điều chỉnh phù hợp.

4.2. Về liều dùng

Trong thực hành lâm sàng, liều dùng hoá chất có thể được điều chỉnh so với mức liều chuẩn do

một số lý do như mục đích của phác đồ, thể trạng người bệnh, các tác dụng không mong muốn và dung nạp của bệnh nhân. Ở nhóm tân bổ trợ/bổ trợ, hầu hết các bệnh nhân được dùng mới mức liều $\geq 90\%$ so với mức liều chuẩn (87,4%), tuy nhiên vẫn có khoảng 10% bệnh nhân dùng mức liều dưới 90%. Chúng tôi cũng ghi nhận một số trường hợp dùng liều thấp do bệnh nhân gặp độc tính ở chu kỳ trước đó (như docetaxel với biến cố giảm bạch cầu trung tính, doxorubicin với biến cố trên gan, viêm loét miệng). Bên cạnh đó, kết quả cho thấy hầu hết các bệnh nhân dùng carboplatin với liều thấp hơn khuyến cáo. Với các hóa chất được sử dụng trong chỉ định di căn/tái phát, đa số sử dụng với mức liều dưới 90% so với liều chuẩn. Điều này có thể giải thích do mục đích sử dụng phác đồ hoá trị liệu. Nếu các bệnh nhân điều trị tân bổ trợ/bổ trợ với mục đích chữa khỏi thì bệnh nhân ung thư ở giai đoạn di căn/tái phát được điều trị với mục tiêu cải thiện triệu chứng, kéo dài thời gian sống và cải thiện chất lượng cuộc sống. Tuy nhiên, hiện nay các bằng chứng cho thấy việc cung cấp đủ liều hoá trị liệu là cần thiết khi có chỉ định nhằm đảm bảo hiệu quả điều trị cho bệnh nhân, đặc biệt khi sử dụng hoá trị liệu với mục đích chữa khỏi¹¹. Bởi vậy, trong thực hành lâm sàng cần đánh giá kĩ bệnh nhân để đảm bảo cung cấp đủ liều dùng trên các bệnh nhân đủ điều kiện sử dụng mức liều khuyến cáo.

4.3. Về cách dùng

Nghiên cứu ghi nhận phần lớn các hoá chất có cách dùng phù hợp với các hướng dẫn hiện nay. Chỉ có một số điểm còn chưa phù hợp với các khuyến cáo tham chiếu sử dụng trong nghiên cứu này. Cụ thể, về đường truyền, các hoá chất methotrexat, doxorubicin và epirubicin trong nghiên cứu được sử dụng với đường truyền tĩnh mạch, trong khi các khuyến cáo hiện hành là đường tiêm tĩnh mạch chậm⁴⁻⁵⁻¹². Trên thực tế, thời gian truyền doxorubicin vẫn khá dài với phần lớn bệnh nhân (được truyền trên 1 giờ). Việc dùng thuốc như vậy làm cho thời gian nằm truyền của BN bị kéo dài dẫn đến những khó chịu cho BN. Mặc dù vậy, các thuốc này cũng có thể cần truyền tĩnh mạch chậm (trong khoảng vài phút đến 60 phút) ở các BN gặp phản ứng nổi đỏ tại chỗ dọc theo tĩnh mạch hoặc đỏ bừng mặt. Một số nghiên cứu gần đây cũng cần nhắc việc truyền tĩnh mạch dài để giảm độc tính trên tim của doxorubicin, tuy nhiên bằng chứng cũng chưa thống nhất¹³.

Ngoài ra, tờ thông tin một số sản phẩm doxorubicin lưu hành tại Việt Nam cho phép dùng thuốc theo đường truyền với thời gian truyền có thể tới 90 phút. Tuy vậy, cách dùng này không thống nhất với thông tin về cách dùng trong tờ thông tin sản phẩm lưu hành tại một số nước như Anh, Mỹ, và Pháp (doxorubicin tiêm tĩnh mạch chậm cùng với một với dịch truyền đang chảy để giảm nguy cơ huyết khối hoặc thoát mạch có thể dẫn đến viêm mô tế bào nghiêm trọng, phồng rộp và hoại tử). Nghiên cứu cũng ghi nhận carboplatin được truyền trên 1 giờ, trong khi các khuyến cáo là nên truyền dưới 60 phút⁴⁻⁵. Kết quả này cũng khá tương đồng với một số nghiên cứu đã thực hiện tại một số bệnh viện chuyên khoa ung bướu khác. Việc truyền dài hơn khuyến cáo có thể do tâm lý lo sợ phản ứng tiêm truyền xảy ra trên bệnh nhân nên bác sĩ điều chỉnh tốc độ truyền chậm hơn. Có thể thấy, cách dùng thuốc ghi nhận ở trên cũng có thể phù hợp với thực hành lâm sàng tại bệnh viện do số lượng bệnh nhân lớn, số lượng điều dưỡng ít, nên nếu kéo dài thời gian tiêm thì sẽ không có đủ thời gian thực hiện thuốc cho tất cả bệnh nhân. Do đó, dược sĩ có thể rà soát lại các hướng dẫn, cân đối thực hành lâm sàng và điều kiện tại bệnh viện để thống nhất hướng dẫn sử dụng các thuốc hoá chất. Bên cạnh đó, ứng dụng công nghệ thông tin bằng cách tích hợp các hướng dẫn về cách dùng thuốc hoá chất trên phần mềm kê đơn để hỗ trợ bác sĩ trong quá trình kê đơn thuốc cũng là giải pháp có thể cân nhắc.

V. KẾT LUẬN

Phác đồ chứa taxan phối hợp (61,8%) hoặc không phối hợp anthracyclin (34,1%) vẫn là phác đồ hóa chất phổ biến điều trị UTV, với đa số bệnh nhân được dùng ở mức liều theo khuyến cáo. Trong thời gian tiếp theo, nhóm đa ngành, trong đó có dược sĩ lâm sàng cần tiếp tục phối hợp để giải quyết một số vấn đề chưa hợp lý để tối ưu hóa lựa chọn, liều dùng và cách dùng để tăng cường hiệu quả điều trị và đảm bảo an toàn cho BN.

Tài liệu tham khảo

1. *International Agency for Research on Cancer*. Globocan 2022: World 2022;
2. *Network National Comprehensive Cancer*. Breast cancer v2.2024.
3. Bộ Y Tế (2020) *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư vú*. Quyết định số 3128/QĐ_BYT ngày 17 tháng 07 năm 2020 về việc ban hành tài liệu chuyên môn.
4. *National Cancer Control Programme*. Breast SACT Regimens. Accessed July 10, 2024. <https://www.hse.ie/eng/services/list/5/cancer/profinfo/chemoprotocols/breast/>.
5. *New South Wale Goverment eviQ*. Accessed July 10, 2024. <https://www.eviq.org.au/>.
6. *American Society Cancer*. *Breast Cancer Facts & Figures*. Accessed July 10, 2024. <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/breast-cancer-facts-figures.html>.
7. Trần Thị Thu Phương (2022) *Phân tích chi phí liên quan đến điều trị ung thư vú HER2 dương tính tại Bệnh viện K cơ sở Tân Triều, Hà Nội*. Đại học Dược Hà Nội.
8. Nguyễn Thị Huê (2019) *Phân tích tình hình sử dụng phác đồ hóa trị trên bệnh nhân ung thư vú điều trị tại Bệnh viện Ung bướu tỉnh Thanh Hóa*. Đại học Dược Hà Nội.
9. de Ruijter TC, Veeck J, de Hoon JP, van Engeland M, Tjan-Heijnen VC (2011) *Characteristics of triple-negative breast cancer*. J Cancer Res Clin Oncol 137(2):183-192. doi:10.1007/s00432-010-0957-x.
10. Loibl S, Gianni L (2017) *HER2-positive breast cancer*. The Lancet 387(10087): 2415-2429.
11. Lyman GH (2009) *Impact of chemotherapy dose intensity on cancer patient outcomes*. J Natl Compr Canc Netw 7(1): 99-108. doi:10.6004/jnccn.2009.0009.
12. *Limited Datapharm Communications*. electronic medicines compendium. Accessed July 10, 2024. <https://www.medicines.org.uk/emc>.
13. Ghiami H, Omidkhoda N, Seddigh-Shamsi M, Rahimi H, Arasteh O (2024) *Comparison of bolus administration and short-term infusion versus long-term infusion of doxorubicin in terms of cardiotoxicity and efficacy*. Naunyn Schmiedeberg Arch Pharmacol 397(6): 3771-3780. doi:10.1007/s00210-023-02886-8.