

KHẢO SÁT TÁC DỤNG PHỤ NÔN VÀ BUỒN NÔN DO HÓA TRỊ ẢNH HƯỞNG LÊN CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ TẠI KHOA UNG BƯỚU - BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG

Nguyễn Thị Ngọc^{1*}, Lê Quốc Tuấn¹, Nguyễn Thị Diệu Tố¹

TÓM TẮT:

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ nôn, buồn nôn do hóa trị (CINV) ảnh hưởng lên chất lượng cuộc sống và các yếu tố liên quan đến CINV ở bệnh nhân ung thư vú tại Khoa Ung bướu - Bệnh viện Đà Nẵng.

Đối tượng: 52 bệnh nhân ung thư vú giai đoạn I-III được điều trị hóa chất hỗ trợ hoặc tân hỗ trợ tại Khoa Ung bướu - Bệnh viện Đà Nẵng từ 01/2022 - 7/2023.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Kết quả: 52 bệnh nhân trải qua 288 chu kỳ, số chu kỳ hóa trị có nôn hoặc buồn nôn thì phần lớn đều tác động đến chất lượng cuộc sống ($FLIE \leq 54$), chiếm tỷ lệ lần lượt là 83,2% và 83,3%. Độc tính nôn và buồn nôn xảy ra đa số ở 4 chu kỳ hóa trị đầu tiên và có xu hướng giảm dần ở các chu kỳ tiếp theo. Trong đó, chu kỳ 2 chiếm tỷ lệ cao nhất về cả độc tính nôn và buồn nôn lần lượt là 55,8% và 48,1%. Các yếu tố như mất ngủ, lo lắng trước truyền hóa trị, mệt mỏi, tiền sử say tàu xe hoặc nôn nghén, mong đợi nôn và/hoặc buồn nôn trước khi bắt đầu truyền hóa trị, nôn/buồn nôn trước hóa trị có tác động đáng kể đến nôn/buồn nôn ($p < 0,05$). Phác đồ hóa trị có Anthracyclin (AC-T hoặc AC-T dd) và Platinum (TCH) là tăng nguy cơ CINV với $p = 0,002$. Đặc biệt, phác đồ liều dày (AC-T chu kỳ 14 ngày) có tác động đến CINV hơn so với liều thường quy (AC-T chu kỳ 21 ngày) với $p = 0,023$.

Kết luận: Kết quả nghiên cứu nhấn mạnh một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân trải qua nôn/buồn nôn đã ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống cũng như các yếu tố nguy cơ làm tăng nguy cơ CINV. Từ đó có thể hỗ trợ bác sĩ và điều dưỡng trong việc tối ưu hóa hơn nữa kiểm soát CINV đối với những bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ có thể xác định được và dự phòng thuốc chống nôn hiệu quả đối với bệnh nhân ung thư vú điều trị phác đồ hóa trị AC hoặc Carboplatin AUC ≥ 4 .

Từ khóa: Nôn và buồn nôn do hóa trị, yếu tố nguy cơ.

¹**Bệnh viện Đà Nẵng**

*Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc

Email: nguyenthingoc4393@gmail.com

Ngày nhận bài: 23/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 11/9/2024

Ngày duyệt bài: 11/11/2024

INVESTIGATION OF CHEMOTHERAPY - INDUCED NAUSEA AND VOMITING AFFECTING QUALITY OF LIFE IN BREAST CANCER PATIENTS AT ONCOLOGY DEPARTMENT OF DA NANG HOSPITAL

ABSTRACT:

Objective: Determine the incidence of chemotherapy-induced nausea and vomiting (CINV) affecting quality of life and factors related to CINV in breast cancer patients at the Oncology Department - Da Nang Hospital.

Patients and methods: 52 stage I-III breast cancer patients received adjuvant or neoadjuvant chemotherapy.

Results: Fifty-two patients underwent 288 cycles, the number of chemotherapy cycles with vomiting or nausea mostly affected the quality of life ($FLIE \leq 54$), accounting for 83.2% and 83.3%, respectively. Nausea and vomiting occur mostly in the first four cycles of chemotherapy and tend to decrease in subsequent cycles gradually. Among them, the second cycle accounts for the highest rate of both nausea and vomiting at 55.8% and 48.1%, respectively. Insomnia, anxiety before chemotherapy, fatigue, history of vomiting during pregnancy or motion sickness, the expectation of vomiting and nausea before starting chemotherapy, and vomiting/nausea before chemotherapy are some of the patient-related factors that have a higher risk of emesis/ nausea ($p < 0,05$). Chemotherapy regimens containing Anthracycline (AC-T or AC-T dd) and Platinum (TCH) increased the risk of CINV ($p = 0,002$). In particular, the dose dense regimen (AC-T cycle 14 days) had more impact on CINV than the regular dose (AC-T cycle 21 days) with $p = 0,023$.

Conclusions: The study results highlighted that a significant proportion of patients experienced vomiting/nausea that affected their quality of life, as well as determining risk factors that increased the risk of CINV. The findings may help nurses and physicians further optimize the control of CINV for patients with identifiable risk factors and effectively antiemetic prophylaxis for breast cancer patients treated with AC or Carboplatin chemotherapy regimen $AUC \geq 4$.

Keywords: Chemotherapy induced nausea and vomiting (CINV), risk of emesis/nausea.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là một trong những bệnh ác tính phổ biến và đe dọa tính mạng nhất đối với phụ nữ trên toàn thế giới [4]. Tại Việt Nam, theo Globocan 2022, ung thư vú đứng đầu về tỷ lệ mắc và tử vong với 24.563 ca mắc mới và gần 10.000 ca tử vong [1].

Hóa trị là một trong những phương pháp chính trong điều trị ung thư vú, nhưng một loạt các biến

cổ bất lợi, trong đó buồn nôn và nôn do hóa trị (CINV) vẫn là một trong những tác dụng phụ khó chịu và đáng sợ nhất [4].

Một trong những phác đồ phổ biến nhất trong điều trị ung thư vú hỗ trợ là sự kết hợp giữa Doxorubicin và Cyclophosphamide (phác đồ AC) hoặc Docetaxel, Carboplatin và Trastuzumab ($AUC \geq 4$) (phác đồ TCH). AC và Carboplatin $AUC \geq 4$ có tiềm năng gây nôn cao. Do đó, để

kiểm soát tối ưu CINV, hướng dẫn quốc tế đã khuyến nghị các phác đồ chống nôn kết hợp bao gồm 5HT3-RA, corticosteroid, với NK1-RA và/hoặc olanzapine. Tuy nhiên, với những tiến bộ quan trọng về dự phòng thuốc chống nôn mới và hiệu quả, chỉ có 60÷65% bệnh nhân ung thư vú đạt được đáp ứng hoàn toàn (CR; được định nghĩa là không nôn và không sử dụng thuốc cấp cứu) trong 5 ngày đầu sau khi điều trị AC. Ngoài vấn đề tuân thủ dự phòng bằng thuốc chống nôn, một số yếu tố nguy cơ đã được xác định là có liên quan đến việc kiểm soát CINV kém, những yếu tố này có thể được phân loại thành các yếu tố liên quan đến bệnh nhân và điều trị [8].

Yếu tố nguy cơ chính đối với CINV là khả năng gây nôn của tác nhân hóa trị. Phác đồ hóa trị được phân loại là có nguy cơ cao (>90% buồn nôn và nôn vừa), trung bình (30÷90%), nhẹ (10÷30%) và tối thiểu (< 10%). Các yếu tố nguy cơ khác liên quan đến bệnh nhân là tuổi trẻ, giới nữ, có tiền sử buồn nôn và nôn khi mang thai hoặc say tàu xe và nôn trong đợt hóa trị trước đó [2], [8].

Quản lý CINV ở bệnh nhân ung thư vú là điều cần thiết do nó tác động đáng kể đến nhiều khía

chạm trong quá trình điều trị của bệnh nhân. CINV có thể dẫn đến mất nước, mất cân bằng điện giải và suy dinh dưỡng, có khả năng dẫn đến gián đoạn điều trị và giảm liều, ảnh hưởng đến hiệu quả của hóa trị liệu. Sự đau khổ về thể chất và tinh thần do CINV gây ra cũng có thể ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, làm tăng lo lắng, trầm cảm và suy giảm chức năng xã hội, dẫn đến việc tuân thủ điều trị kém [4], [8].

Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu xác định tỷ lệ nôn, buồn nôn do hóa trị (CINV) ảnh hưởng lên chất lượng cuộc sống và các yếu tố liên quan đến CINV ở bệnh nhân ung thư vú tại Khoa Ung bướu, Bệnh viện Đà Nẵng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

52 bệnh nhân ung thư vú giai đoạn I-III được điều trị hóa chất hỗ trợ hoặc tân hỗ trợ tại khoa Ung bướu - Bệnh viện Đà Nẵng từ 01/2022 - 7/2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Tiêu chuẩn lựa chọn:	Tiêu chuẩn loại trừ:
- Bệnh nhân ung thư vú giai đoạn I - III (đánh giá giai đoạn theo phân loại TNM của Hiệp hội ung thư Mỹ 2017) được chỉ định điều trị hóa chất tân hỗ trợ hoặc hỗ trợ với phác đồ AC-T hoặc TC có hay không có điều trị đích Trastuzumab và/hoặc Pertuzumab. - Hoàn thành hết chu kỳ điều trị (tối thiểu 4 chu kỳ hóa trị). - BN được theo dõi đầy đủ, đúng thời gian lịch trình và đồng ý tham gia vào nghiên cứu. - BN hiểu và hoàn thành đầy đủ bảng câu hỏi tự đánh giá (bảng câu hỏi FLIE).	- BN mắc các ung thư khác (u não, phổi, đường tiêu hóa, tiết niệu, sinh dục,...). - Thể trạng chung yếu: Chỉ số toàn trạng từ 3 - 4 theo thang điểm ECOG hoặc chỉ số Karnofsky $\leq$ 60%. - Bệnh nhân có nguy cơ tử vong gần do các bệnh kèm trầm trọng khác.

2.3. Các bước tiến hành

2.3.1. Quy trình thứ nhất

Điều dưỡng nghiên cứu sẽ chọn bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh, ghi nhận các thông tin cơ bản theo phiếu thu thập số liệu.

Trong khi bệnh nhân điều trị hóa chất tại viện, điều dưỡng theo dõi và ghi lại các lần nôn, hỏi về cảm giác buồn nôn (được đánh giá theo thang điểm VAS từ 0-10).

Chăm sóc bệnh nhân khi có nôn/ buồn nôn xảy ra.

2.3.2. Quy trình thứ 2

Bệnh nhân sẽ nhận được phiếu hoàn thành bảng câu hỏi FLIE. Sau đó, nghiên cứu viên (bác sĩ và điều dưỡng) sẽ hướng dẫn, giải thích cho bệnh nhân hiểu và thực hiện được bảng câu hỏi FLIE khi kết thúc 5 ngày giám sát của mỗi chu kỳ hóa trị.

2.3.3. Công cụ đánh giá chất lượng cuộc sống

Bảng câu hỏi FLIE (Functional Living Index Emesis) là một trong những bảng câu hỏi duy nhất được xuất bản và là công cụ có giá trị đặc hiệu cho buồn nôn và nôn để đánh giá tác động của CINV đối với khả năng duy trì cuộc sống hằng ngày của bệnh nhân và đã được sử dụng trong các thử nghiệm lâm sàng [5].

2.3.4. Bảng câu hỏi đánh giá chất lượng cuộc sống theo FLIE (đánh giá trong 5* ngày qua)

1. Số lần nôn (buồn nôn) trong 5 ngày qua?
2. Nôn (buồn nôn) có ảnh hưởng đến khả năng duy trì các hoạt động giải trí hằng ngày không?
3. Nôn (buồn nôn) có ảnh hưởng đến khả năng hoàn thành công việc nhà của bạn không?
4. Nôn (buồn nôn) đã ảnh hưởng đến chế độ ăn của bạn ở mức độ nào?

5. Nôn (buồn nôn) đã ảnh hưởng đến chế độ uống của bạn ở mức độ nào?

6. Nôn (buồn nôn) đã ảnh hưởng đến việc bạn sẵn sàng gặp và dành thời gian cho gia đình, bạn bè?

7. Nôn (buồn nôn) đã ảnh hưởng đến các hoạt động sinh hoạt hằng ngày của bạn ở mức độ nào?

8. Đánh giá nôn (buồn nôn) gây khó khăn cho chính bạn ở mức độ nào?

9. Đánh giá nôn (buồn nôn) đã gây khó khăn cho người thân của bạn ở mức độ nào?

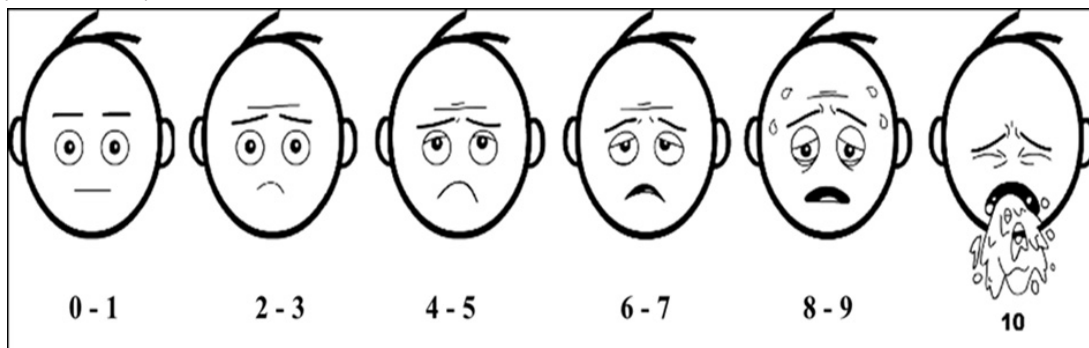
Mỗi câu hỏi bệnh nhân tự cho điểm từ 1 điểm đến 7 điểm, 7 điểm tương ứng với không bị ảnh hưởng - 1 điểm (ảnh hưởng rất lớn).

(*) “5 ngày qua” có thể được điều chỉnh.

2.3.5. Giải thích một số thuật ngữ

Định nghĩa nôn: ≥ 1 đợt nôn (bao gồm bất kỳ đợt nôn nào được ghi nhận), các đợt nôn được xem là khác nhau khi cách nhau ≥ 1 phút, gồm có nôn và không nôn.

Định nghĩa buồn nôn: Được đánh giá theo thang điểm VAS 0 - 10 (visual analogue scale). Không có buồn nôn tương ứng 0 - 1 điểm, Buồn nôn không đáng kể 2 - 3 điểm và buồn nôn đáng kể 4 - 10 điểm.



Tác động của CINV đối với chất lượng cuộc sống bệnh nhân: Không có tác động hoặc tác động tối thiểu đối với QoL khi điểm số trung bình

FLIE > 6 trên thang điểm 7 của mỗi triệu chứng (nôn hoặc buồn nôn) nào trội hơn, ngược lại có tác động đối với QoL khi điểm số trung bình $\leq$

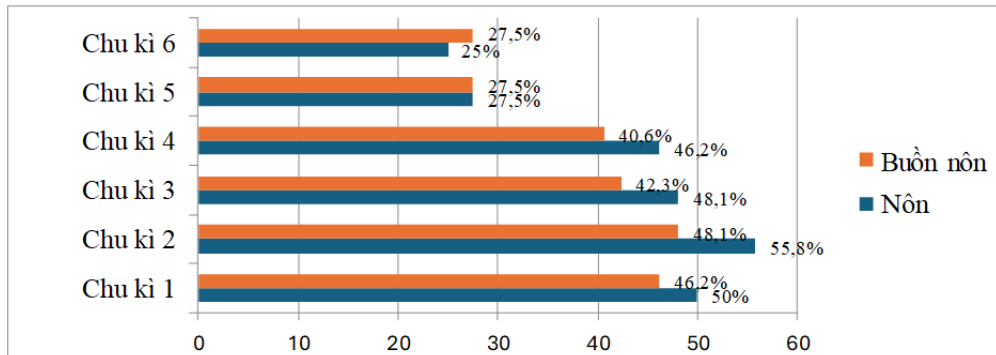
6 (như vậy ≤ 108 của tổng điểm cả nôn và buồn nôn hoặc ≤ 54 đối với riêng từng triệu chứng của CINV).

2.4. Phân tích và xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 và Excel để phân tích số liệu thống kê.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đánh giá tác dụng phụ nôn và buồn nôn do hóa trị ảnh hưởng lên QoL

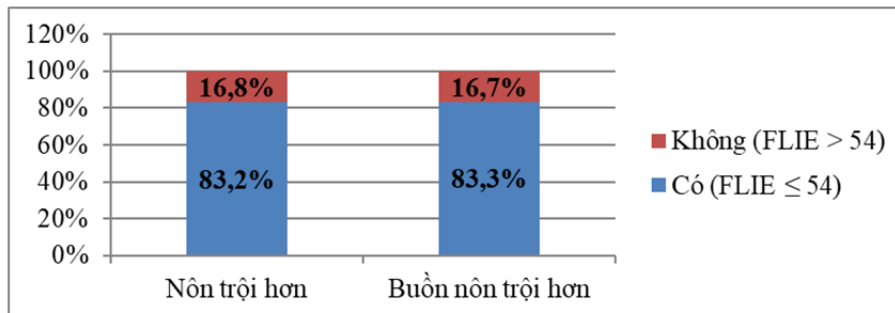


Biểu đồ 1: Tỷ lệ phần trăm bệnh nhân nôn và buồn nôn qua các chu kỳ

Nhận xét:

Độc tính nôn và buồn nôn xảy ra đa số ở 4 chu kỳ hóa trị đầu tiên và có xu hướng giảm dần ở các

chu kỳ tiếp theo. Trong đó, chu kỳ 2 chiếm tỷ lệ cao nhất về cả độc tính nôn và buồn nôn lần lượt là 55,8% và 48,1%.



Biểu đồ 2: Tỷ lệ % chu kỳ hóa trị có tác động đến QoL theo thang điểm FLIE

Nhận xét:

Bệnh nhân trải qua các chu kỳ hóa trị có nôn hoặc buồn nôn thì phần lớn đều tác động đến chất

lượng cuộc sống (FLIE ≤ 54), chiếm tỷ lệ lần lượt là 83,2% và 83,3%.

Bảng 1: Mối liên quan giữa thời gian buồn nôn đáng kể với QoL

Tỷ lệ bệnh nhân buồn nôn ở chu kỳ 2 tác động đến QoL	Thời gian buồn nôn đáng kể		P
	$\leq 24h$	$> 24h$	
Có (FLIE ≤ 54)	7 (41,2%)	10 (58,8%)	0,04
Không (FLIE > 54)	0	8 (100%)	
Tổng	7 (28%)	18 (72%)	

Nhận xét:

≤ 24h (41,2%), ($p < 0,05$).

Bệnh nhân trải qua buồn nôn đáng kể > 24h (chiếm 58,8%) có tác động đáng kể đến chất lượng cuộc sống nhiều hơn so với buồn nôn

3.2. Phân tích các yếu tố nguy cơ làm tăng độc tính nôn và buồn nôn do hóa trị

Bảng 2: Phân tích các triệu chứng đi kèm ảnh hưởng đến nôn, buồn nôn do hóa trị

		Nôn và/ hoặc buồn nôn	Không nôn và buồn nôn	Tổng	p
Mất ngủ	Có	13 (86,7%)	2 (13,3%)	15 (100%)	0,027
	Không	19 (51,4%)	18 (48,6%)	37 (100%)	
Lo lắng trước truyền hóa chất	Có	25 (80,6%)	6 (19,4%)	31 (100%)	0,001
	Không	7 (33,3%)	14 (66,7%)	21 (100%)	
Mệt mỏi	Có	16 (94,1%)	1 (5,9%)	17 (100%)	0,001
	Không	16 (45,7%)	19 (54,3%)	35 (100%)	
Mong đợi nôn/buồn nôn	Có	9 (90)	1 (10)	10 (100%)	0,04
	Không	23 (54,8)	19 (45,2)	42 (100%)	
Nôn/buồn nôn trước hóa trị	Có	6 (100)	0	6 (100%)	0,045
	Không	26 (56,5)	20 (43,5)	46 (100%)	
Tổng		32 (61,5%)	20 (38,5%)	52 (100%)	

Nhận xét:

hóa trị làm tăng đáng kể độc tính nôn/buồn nôn với $p < 0,05$.

Các triệu chứng mất ngủ, lo lắng, mệt mỏi, mong đợi nôn/buồn nôn và nôn/buồn nôn trước

Bảng 3: Tiền sử bệnh nhân liên quan đến độc tính nôn, buồn nôn do hóa trị

Tiền sử		Nôn và/ hoặc buồn nôn	Không nôn và buồn nôn	p
Nôn nghén	Có	15 (83,3%)	3 (16,7%)	0.034
	Không	17 (50%)	17 (50%)	
Say tàu xe	Có	24 (80%)	6 (20%)	0,002
	Không	8 (36,4%)	14 (63,6%)	
Viêm trào ngược dạ dày thực quản	Có	15 (71,4%)	6 (28,6%)	0,26
	Không	17 (54,8%)	14 (45,2%)	
Đái tháo đường/tăng huyết áp	Có	6 (66,7%)	3 (33,3%)	0,51
	Không	26 (60,5%)	17 (39,5%)	

Nhận xét:

Tiền sử say tàu xe và nôn nghén làm tăng tỷ lệ nôn và buồn nôn, với $p < 0,05$.

Bảng 4: Các yếu tố nguy cơ liên quan đến điều trị

Yếu tố nguy cơ		Nôn và/ hoặc buồn nôn	Không nôn và buồn nôn	P
Phác đồ hóa trị	AC-T	9 (28,1%)	7 (35%)	0.002
	AC-T dd	10 (31,2%)	0 (0%)	
	TC	3 (9,4%)	9 (45%)	
	TCH	10 (31,2%)	4 (20%)	
Lịch trình điều trị	AC-T (chu kỳ 21 ngày)	9 (47,4%)	7 (100)	0,023
	AC-T (chu kỳ 14 ngày)	10 (52,6%)	0 (0)	

Nhận xét:

AC-T liều dày và TCH có độc tính nôn và buồn nôn cao nhất chiếm tỷ lệ lần lượt là 31,2%; tiếp đến là AC-T chiếm 28,1%; thấp nhất là TC (9,4%); $p = 0,002$. Phác đồ AC-T liều dày (chu kỳ 14 ngày) có tỷ lệ buồn nôn/nôn cao hơn AC-T (chu kỳ 21 ngày), $p = 0,023$.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đánh giá tác dụng phụ nôn và buồn nôn do hóa trị lên chất lượng cuộc sống

Trong nghiên cứu này chúng tôi chỉ xét tối đa 6 chu kỳ hóa trị để khảo sát tỷ lệ nôn và/hoặc buồn nôn, có 12 bệnh nhân trải qua đầy đủ 4 chu kỳ (với phác đồ TC) và 40 bệnh nhân trải qua ≥ 6 chu kỳ (phác đồ TCH và AC-T), có tổng 288 chu kỳ.

Độc tính nôn và buồn nôn xảy ra đa số ở 4 chu kỳ đầu tiên và có xu hướng giảm dần ở các chu kỳ tiếp theo. Trong đó, chu kỳ 2 chiếm tỷ lệ cao nhất về cả độc tính nôn và buồn nôn lần lượt là 55,8% và 48,1%. Theo tác giả G. Dranitsaris và cộng sự (2017), có mối liên quan tiêu cực giữa tăng nguy cơ CINV với chu kỳ hóa trị, trong đó nguy cơ CINV là cao nhất trong chu kỳ 1, 2 và bắt đầu giảm dần từ chu kỳ 3 trở đi [2]. Tác giả Huang và cộng sự (2021), cũng cho thấy nguy cơ CINV sau 3 chu kỳ hóa trị là thấp hơn so với 2 chu kỳ đầu tiên (OR = 0,5; 95% CI: 0,3 - 0,9; $P = 0,031$) [4].

Như đã được chứng minh trong một số nghiên cứu, cho thấy rằng yếu tố nguy cơ độc lập đáng kể nhất đối với CINV muộn trong suốt chu kỳ 2 và 3 đó là không đạt đáp ứng hoàn toàn (CR: complete response - có nghĩa là tỷ lệ bệnh nhân không nôn và không buồn nôn đáng kể) trong chu kỳ trước, bệnh nhân mà không đạt CR trong chu kỳ hóa trị trước thì khả năng không đạt CR chu kỳ tiếp theo tăng 5,7÷7,3 lần. Do đó, việc quản lý CINV trong chu kỳ đầu tiên đóng vai trò quan trọng vì nếu không điều này gần như chắc chắn sẽ có tác động tiêu cực đến kết quả CINV trong các chu kỳ hóa trị tiếp theo [9].

Bệnh nhân trải qua các chu kỳ hóa trị có nôn hoặc buồn nôn thì phần lớn đều tác động đến chất lượng cuộc sống ($FLIE \leq 54$), chiếm tỷ lệ lần lượt là 83,2% và 83,3%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với tác giả Yeo và cộng sự (2021), cho thấy qua tất cả các chu kỳ hóa trị AC, với buồn nôn trội hơn, điểm số trung bình FLIE đối với bệnh nhân trải qua buồn nôn đáng kể so với buồn nôn không đáng kể lần lượt là 53,92 và 10,92 ($p < 0,0001$); với điểm số trung bình thấp hơn thể hiện QoL tốt hơn (điều này ngược lại với định nghĩa trong nghiên cứu của chúng tôi, đó là điểm số trung bình FLIE càng nhỏ ≤ 54 thì có tác động kém đến QoL hơn so với $FLIE > 54$); tương tự đối với nôn trội hơn, điểm số trung bình FLIE đối với bệnh nhân trải qua nôn so với không nôn lần lượt là 19,11 và 1,44 ($p < 0,0001$) và tác giả kết luận rằng CINV đã có tác động đáng kể

đến chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân ung thư vú được điều trị phác đồ AC qua các chu kỳ hóa trị. Ngoài ra, tác giả còn cho thấy có sự thay đổi chất lượng cuộc sống qua các chu kỳ hóa trị, trong suốt 4 chu kỳ hóa trị AC, điểm số trung bình FLIE của chu kỳ 4 là thấp hơn đáng kể so với chu kỳ 1, 2, 3; điều này thể hiện QoL tốt hơn đối với bệnh nhân trải qua chu kỳ 4 của hóa trị, tương tự, khi so sánh chu kỳ 1, 2, 3 với chu kỳ 5, điểm số trung bình FLIE thấp hơn đáng kể (QoL tốt hơn) ở BN trải qua chu kỳ 5 hóa trị [9].

Đặc biệt, bệnh nhân trải qua buồn nôn đáng kể kéo dài > 24h (chiếm 58,8%) có tác động đến chất lượng cuộc sống nhiều hơn so với buồn nôn kéo dài ≤ 24h (41,2%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p = 0,04$. Theo tác giả Fernández-Ortega P và cộng sự (2012), cho thấy thời gian buồn nôn đáng kể cũng có tác động đến QoL, thời gian buồn nôn càng kéo dài thì tác động càng nhiều đến QoL (điểm số trung bình FLIE đối với buồn nôn > 24h là 32,8 so với buồn nôn ≤ 24h là 44,0; $p < 0,001$) [3].

4.2. Các yếu tố nguy cơ liên quan đến đến độc tính nôn và buồn nôn do hóa trị

Các triệu chứng đi kèm như mất ngủ, lo lắng trước truyền hóa trị, mệt mỏi, mong đợi nôn và/hoặc buồn nôn trước khi bắt đầu truyền hóa trị, nôn/buồn nôn trước hóa trị liên quan đáng kể đến nôn/buồn nôn so với nhóm không có nôn và buồn nôn. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Kết quả của chúng tôi có phần tương tự với một số kết quả trên thế giới. Theo tác giả Singh K.P và cộng sự (2018) khi đánh giá các yếu tố nguy cơ liên quan đến buồn nôn do hóa trị và tác động của buồn nôn lên chất lượng sống, tác giả cho thấy so với nhóm không buồn nôn, những bệnh nhân buồn nôn có mức độ trầm cảm, đặc điểm lo âu, trạng thái lo âu, rối loạn giấc ngủ, điểm số mệt mỏi vào buổi sáng và buổi tối cao hơn đáng kể với $p < 0,001$ [6]. Tác giả Warr D.G

và cộng sự (2011), khi đánh giá những yếu tố nguy cơ dự đoán buồn nôn và nôn với điều trị thuốc chống nôn tiêu chuẩn, một phân tích thử nghiệm pha 3, ở bệnh nhân điều trị hóa trị có Adriamycin-Cyclophosphamide. Trong phân tích này, tuổi trẻ (< 55 tuổi), tiêu thụ rượu ít hoặc không, tiền sử ốm nghén và say tàu xe, tất cả yếu tố này làm tăng nguy cơ nôn và buồn nôn [7].

Theo tác giả Huang và cộng sự (2021) cũng cho thấy các yếu tố ảnh hưởng đến CINV bao gồm phác đồ hóa trị gây nôn cao, tiền sử say tàu xe, lo lắng trước hóa trị, số chu kỳ hóa trị, tiền sử CINV, CINV xảy ra trong giai đoạn cấp, với $p < 0,05$ [4].

Phác đồ hóa trị AC-T liều đầy và TCH có độc tính nôn và buồn nôn cao nhất chiếm tỷ lệ lần lượt là 31,2%; tiếp đến là phác đồ AC-T chiếm 28,1%, thấp nhất là phác đồ TC (9,4%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,007$. Kết quả của chúng tôi cho thấy phác đồ AC-T (có chứa Anthracyclin) và phác đồ TCH (phác đồ có chứa platinum) có độc tính cao hơn phác đồ TC (có chứa Taxane), điều này cũng đúng với nhiều nghiên cứu và hướng dẫn NCCN hay ASCO vì phác đồ có chứa Anthracyclin hoặc Platinum thuộc phân loại gây nôn cao. Điều đáng chú ý phác đồ AC-T liều đầy (chu kỳ 14 ngày) chiếm 52,6% có độc tính nôn và/hoặc buồn nôn cao hơn phác đồ AC-T (chu kỳ 21 ngày) chiếm 47,4%; điều này có thể giải thích một phần do tăng tần suất tiếp xúc với hóa trị. Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu trên thế giới. Theo tác giả Singh K.P và cộng sự (2018), khi đánh giá các yếu tố nguy cơ làm tăng CIN (buồn nôn do hóa trị) và đây cũng là nghiên cứu đầu tiên đánh giá mối liên quan giữa chiều dài chu kỳ hóa trị và phân nhóm bệnh nhân CIN. So với bệnh nhân được điều trị với phác đồ hóa trị chu kỳ 21 ngày, bệnh nhân với chu kỳ 14 ngày có nguy cơ buồn nôn cao hơn ($p < 0,001$) [6]. Theo tác giả G. Dranitsaris và cộng sự (2017) và tác giả Warr và cộng sự (2010) cũng cho thấy rằng phác đồ có Anthracyclin hoặc Platinum có liên quan đáng kể

đến CINV so với phác đồ không có nhóm thuốc này [2], [7].

5. KẾT LUẬN

Nôn và buồn nôn do hóa trị có tác động đáng kể đến chất lượng cuộc sống chiếm tỷ lệ lần lượt 83,2% và 83,3%, trong đó buồn nôn/nôn càng kéo dài (> 24h) thì càng tác động nhiều đến chất lượng cuộc sống.

Cần xác định các yếu tố nguy cơ làm tăng CINV liên quan đến bệnh nhân và phương pháp điều trị để tối ưu hóa CINV, lập kế hoạch quản lý triệu chứng hiệu quả hơn, từ đó nâng cao được tuân thủ điều trị và cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. Tình hình bệnh ung thư tại Việt Nam theo GLOBOCAN 2022. Pubweb.vn. <https://nci.vn/tin-tuc/tinh-hinh-benh-ung-thu-tai-viet-nam-theo-globocan-2022-58>.
- [2]. Dranitsaris G., Molassiotis A., Clemons M. và cộng sự. (2017). The development of a prediction tool to identify cancer patients at high risk for chemotherapy-induced nausea and vomiting. *Ann Oncol*, 28(6), 1260-1267.
- [3]. Fernández-Ortega P., Caloto M.T., Chirveches E. và cộng sự. (2012). Chemotherapy-induced nausea and vomiting in clinical practice: impact on patients' quality of life. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer*, 20(12), 3141-3148.
- [4]. Huang X., Li X., Li J. và cộng sự. (2021). Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting in Breast Cancer Patients: A Multicenter Prospective Observational Study. *Asia-Pac J Oncol Nurs*, 8(4), 433-437.
- [5]. Martin A.R., Pearson J.D., Cai B. và cộng sự. (2003). Assessing the impact of chemotherapy-induced nausea and vomiting on patients' daily lives: a modified version of the Functional Living Index-Emesis (FLIE) with 5-day recall. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer*, 11(8), 522-527.
- [6]. Singh K.P., Kober K.M., Dhruva A.A. và cộng sự. (2018). Risk Factors Associated with Chemotherapy-Induced Nausea in the Week Before the Next Cycle and Impact of Nausea on Quality of Life Outcomes. *J Pain Symptom Manage*, 56(3), 352-362.
- [7]. Warr D.G., Street J.C., và Carides A.D. (2011). Evaluation of risk factors predictive of nausea and vomiting with current standard-of-care antiemetic treatment: analysis of phase 3 trial of aprepitant in patients receiving adriamycin-cyclophosphamide-based chemotherapy. *Support Care Cancer*, 19(6), 807-813.
- [8]. Yeo W., Ngai N.T., Yip C.C. và cộng sự. (2024). Risk Factors Associated with Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting Among Women with Breast Cancer Receiving Highly Emetogenic Chemotherapy: Individual Patient-Based Analysis of Three Prospective Antiemetic Trials. *CMAR*, 16, 283-297.
- [9]. Yeo W., Mo F.K.F., Yip C.C.H. và cộng sự. (2021). Quality of Life Associated with Nausea and Vomiting from Anthracycline-Based Chemotherapy: A Pooled Data Analysis from Three Prospective Trials. *The Oncologist*, 26(12), e2288-e2296.