

**KHẢO SÁT TÁC ĐỘNG CỦA HÓA TRỊ LIỆU
TRÊN HỆ TẠO MÁU, GAN THẬN Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ
TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU THÀNH PHỐ CẦN THƠ**

Hồ Thị Thu Hương^{1*}, Nguyễn Hồng Phong²

1. Trung tâm Kiểm soát bệnh tật thành phố Cần Thơ

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: thuhuong199195@gmail.com

Ngày nhận bài: 02/6/2023

Ngày phản biện: 22/8/2023

Ngày duyệt đăng: 15/9/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hóa trị là phương pháp được chọn sau khi phẫu thuật, mang lại hiệu quả điều trị tối đa ung thư vú. Thông tin về tỉ lệ, mức độ độc tính trên hệ tạo máu, gan thận giúp cho các bác sĩ lâm sàng nhằm chăm sóc toàn diện cho bệnh nhân. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỉ lệ và mức độ độc tính trên hệ tạo máu, gan, thận các bệnh nhân ung thư vú sau hóa trị tại Bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả. Đối tượng là các bệnh nhân ung thư vú đã được phẫu thuật, được hóa trị. Trường hợp bệnh ở giai đoạn muộn sẽ không được đưa vào nghiên cứu. **Kết quả:** 125 trường hợp được chọn. Bệnh nhân có tuổi 50-59, bướu ở góc phần tư trên ngoài, loại ung thư biểu mô tuyến không đặc hiệu độ 2 và ở giai đoạn IIA, IIB. Tỉ lệ hiện diện độc tính trên hệ tạo máu, gan, thận gồm giảm huyết sắc tố (64%), giảm bạch cầu (8%), giảm bạch cầu nhân mủ trung tính (15,2%), giảm tiểu cầu (2,4%), tăng creatinin máu (0,8%), tăng hoạt độ AST, ALT (lần lượt là 19,2% và 27,25%). Đa số các trường hợp độc tính ở mức độ I, độ II. Mức độ độc tính cao nhất là giảm bạch cầu độ III (0,8%) và giảm bạch cầu nhân mủ trung tính độ III, độ IV (lần lượt là 2,4% và 0,8%). **Kết luận:** Độc tính trên hệ tạo máu thường gặp nhất là giảm huyết sắc tố ở mức độ nhẹ. Độc tính gây giảm bạch cầu, giảm bạch cầu nhân mủ trung tính thường gặp, có thể gặp độ III, IV. Độc tính trên gan thường gặp ở độ I, độ II, độc tính trên thận rất ít.

Từ khóa: Hóa trị, ung thư vú, tác dụng liên quan điều trị, suy tủy, rối loạn chức năng chuyển hóa.

ABSTRACT

**STUDY ON THE IMPACTS OF CHEMOTHERAPY ON THE
HEMATOLOGICAL AND BIOCHEMICAL PARAMETERS OF BREAST
CANCER PATIENTS AT CAN THO CITY ONCOLOGY HOSPITAL**

Hồ Thị Thu Hương^{1*}, Nguyễn Hồng Phong²

1. Can Tho Centers for Disease Control and Prevention

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Chemotherapy is the method of choice after surgery, bringing maximum effectiveness in treating breast cancer. Information on the rate and degree of toxicity on the hematological system, liver, kidney help clinicians to provide comprehensive care for patients.

Objectives: To determine the rate and degree of toxicities on the hematopoietic system, liver kidney of breast cancer patients after chemotherapy at Can Tho Oncology Hospital. **Materials and methods:** Descriptive cross-sectional study. Subjects are breast cancer patients who have undergone surgery and chemotherapy. Late-stage cases will not be included in the study. **Results:** 125 cases were selected. The patient's age were 50-59 years old, tumor in the upper outer quadrant, adenocarcinoma NST grade 2 and stage IIA, IIB. The prevalence of toxicity on the hematological

system, liver, and kidney includes decreased hemoglobin (64%), leukopenia (8%), neutropenia (15.2%), thrombocytopenia (2.4%), increased blood creatinine (0.8%), increased AST, ALT (19.2% and 27.25%, respectively). The majority of toxicity cases are grade I, grade II. The highest degree of toxicity was grade III leukopenia (0.8%) and grade III and IV neutropenia (2.4% and 0.8%, respectively). **Conclusions:** The most common hematological toxicity is a mild decrease in hemoglobin. Toxicity causing leukopenia, neutropenia is common, can be grade III, IV. Hepatotoxicity is common in grade I, grade II, whereas nephrotoxicity is extremely rare.

Keywords: Chemotherapy, breast cancer, treatment-related effects, myelosuppression, metabolic dysfunction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là bệnh lý ung thư hàng đầu ở nữ giới trên toàn thế giới và Việt Nam. Nhiều tiến bộ trong y học hiện tại cho phép phát hiện sớm ung thư vú từ đó dẫn đến phương pháp điều trị đa mô thức, cá thể hóa, giúp đem lại lợi ích tối đa cho người bệnh, kéo dài thời gian sống còn. Hóa trị liệu hỗ trợ sau phẫu thuật cho thấy hiệu quả tốt trong việc tận diệt các tế bào bướu còn sót lại. Tuy nhiên, các bằng chứng nghiên cứu điều trị bệnh nhân mắc ung thư đều cho thấy ảnh hưởng của các hóa chất điều trị đến cơ thể người bệnh với những mức độ tác động khác nhau đến cơ quan tạo máu cũng như các cơ quan chuyển hóa chính (gan, thận) [1], [2]. Việc quan tâm đến tác động không mong muốn xảy ra trên bệnh nhân mắc ung thư vú được hóa trị cung cấp thêm thông tin cho các bác sĩ lâm sàng có kế hoạch chăm sóc sức khỏe toàn diện cho các bệnh nhân mắc bệnh [3]. Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: Xác định tỉ lệ cũng như mức độ hiện diện độc tính trên hệ tạo máu, gan thận ở các bệnh nhân mắc ung thư vú được tiếp nhận hóa trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân mắc ung thư vú được phẫu thuật cắt bỏ khối bướu, đến Bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ để được hóa trị.

- **Tiêu chuẩn chọn:** Có đầy đủ các xét nghiệm chứng minh được chức năng gan, thận cũng như hoạt động của hệ tạo máu đủ điều kiện để tiếp nhận hóa trị. Hồ sơ bệnh án đầy đủ.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân xuất hiện biểu hiện độc tính trên hệ tạo máu, gan thận mức độ nặng phải trì hoãn kéo dài hoặc ngưng hóa trị. Bệnh nhân đổi phác đồ điều trị do bệnh tiến triển. Bệnh nhân từ bỏ điều trị hoặc từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Cắt ngang mô tả.

- **Cỡ mẫu:** Thực hiện trên 125 mẫu.

- **Nội dung nghiên cứu:** Được sự cho phép của lãnh đạo khoa, tác giả tiếp cận bệnh nhân hóa trị ung thư vú tại địa điểm nghiên cứu, hỗ trợ nhân viên y tế vận chuyển mẫu xét nghiệm về khoa xét nghiệm và ghi nhận kết quả xét nghiệm sau khi thực hiện xong. Phỏng vấn bệnh nhân bằng bộ câu hỏi soạn sẵn về phản thông tin bệnh nhân. Phản thông tin về bướu, giai đoạn bệnh, loại phác đồ sử dụng được ghi nhận trong hồ sơ bệnh án của bệnh nhân. Các thông tin được thu thập gồm: tuổi, nơi ở, dân tộc, tình trạng kinh nguyệt, nghề nghiệp, bệnh mạn tính đang điều trị, vị trí của bướu, kết quả giải phẫu bệnh, nhóm giai đoạn bệnh, loại phác đồ hóa trị (AC-T, AC, FEC, TCH,...), số lượng huyêt sắc tố, số lượng bạch

cầu toàn phần, số lượng bạch cầu nhân mui trung tính, số lượng tiểu cầu, nồng độ creatinin máu, hoạt độ AST và hoạt độ ALT.

- **Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:** Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê RStudio phiên bản 1.2.5042. Sử dụng mô tả tần số và tỉ lệ để xác định tỉ lệ và mức độ hiện diện biểu hiện độc tính trên hệ tạo máu, gan, thận của các bệnh nhân mắc ung thư vú được hóa trị.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm nền của bệnh nhân trong nghiên cứu

Đặc điểm bệnh nhân	N (%)	Đặc điểm bệnh nhân	N (%)
Dân tộc		Nghề nghiệp	
Kinh	118 (94,4)	Nông dân	30 (24,0)
Hoa	4 (3,2)	Công nhân	6 (4,8)
Khơ-me	3 (2,4)	Buôn bán	11 (8,8)
Nơi sống		Văn phòng	13 (10,4)
Cần Thơ	42 (33,6)	Nội trợ	46 (36,8)
Hậu Giang	17 (13,6)	Già/hưu trí	19 (15,2)
Sóc Trăng	17 (13,6)	Nhóm tuổi	
Vĩnh Long	14 (11,2)	≤39	8 (6,4)
Nơi khác	35 (28,0)	40-49	32 (25,6)
Tình trạng kinh nguyệt		50-59	50 (40,0)
Còn kinh	67 (53,6)	60-69	28 (22,4)
Mãn kinh	58 (46,4)	>69	7 (5,6)
Bệnh lý mạn tính		Tuổi nhỏ nhất	26
Không	76 (60,8)	Tuổi lớn nhất	79
Có	49 (39,2)		

Nhận xét: Có 125 đối tượng thoả tiêu chí được đưa vào nghiên cứu. Tỉ lệ cao bệnh nhân là nhóm dân tộc kinh, sống ở Cần Thơ, nhóm tuổi 50-59 tuổi, không có bệnh lý mạn tính kèm theo. Về nghề nghiệp, phần đông bệnh nhân làm nội trợ và làm nghề nông.

Bảng 2. Đặc điểm tổn thương của búrou và phác đồ sử dụng trên bệnh nhân

Đặc điểm bệnh nhân	N (%)	Đặc điểm bệnh nhân	N (%)
Vị trí búrou		Xếp nhóm giai đoạn bệnh	
Trên ngoài	42 (33,6)	I A	9 (7,2)
Dưới ngoài	17 (13,6)	II A	58 (46,4)
Trên trong	17 (13,6)	II B	30 (24,0)
Dưới trong	14 (11,2)	III A	17 (13,6)
Trung tâm	35 (28,0)	III B	2 (1,6)
Loại phác đồ sử dụng		III C	9 (7,2)
AC-T.do	35 (28,0)	Phân loại mô bệnh học	
AC-T.pa	80 (64,0)	UTBMT, NST độ 3	2 (1,6)
AC	6 (4,8)	UTBMT, NST độ 2	121 (96,8)
FEC	2 (1,6)	UTBMT dạng nhầy	1 (0,8)
TCH	2 (1,6)	UTBMT dạng tủy	1 (0,8)

*UTBMT, NST: Ung thư biểu mô tuyến ống, xâm nhập không thuộc dạng đặc biệt.

Nhận xét: Số liệu thu thập được cho thấy vị trí búrou thường gặp nhất ở góc phần tư trên ngoài. Nhóm giai đoạn bệnh chủ yếu là II A, II B và III A với loại mô học thường gặp

nhất là loại ung thư biểu mô tuyến óng xâm nhập không thuộc dạng đặc biệt độ 2. Phác đồ sử dụng nhiều nhất là AC-T.do (docitaxel) và AC-T.pa (paclitaxel).

3.1. Tỉ lệ hiện diện độc tính trên hệ tạo máu, gan, thận

Bảng 3. Tỉ lệ hiện diện độc tính trên hệ tạo máu, gan thận

	AC n (%)	AC-Tdo n (%)	AC-Tpa n (%)	FEC n (%)	FEC n (%)	Tổng số n (%)
Giảm huyết sắc tố	6 (7,5)	19 (23,7)	53 (66,2)	0	2 (2,5)	80 (64,0)
Giảm bạch cầu	0	1 (10,0)	9 (90,0)	0	0	10 (8,0)
Giảm bạch cầu nhân mũi trung tính	0	1 (5,3)	17 (89,5)	0	1 (5,3)	19 (15,2)
Giảm tiểu cầu	0	1 (33,3)	1 (33,3)	0	1 (33,3)	3 (2,4)
Tăng creatinin máu	0	0	1 (100)	0	0	1 (0,8)
Tăng hoạt độ AST máu	1 (4,2)	5 (20,8)	18 (75,0)	0	0	24 (19,2)
Tăng hoạt độ ALT máu	1 (2,9)	6 (17,6)	27 (79,4)	0	0	34 (27,2)

Nhận xét: Kết quả ghi nhận cho thấy độc tính trên hệ tạo máu thường gặp nhất là giảm huyết sắc tố với tỉ lệ 64,0% các trường hợp nghiên cứu và thường gặp nhất ở bệnh nhân hóa trị phác đồ AC-T.pa. Sự hiện diện độc tính trên gan thường gặp nhất là tăng hoạt độ AST và ALT với tỉ lệ lần lượt là 19,2% và 27,2%. Độc tính trên thận rất hiếm gặp.

3.2. Mức độ độc tính trên hệ tạo máu, gan, thận

Bảng 4. Mức độ độc tính theo tiêu chuẩn CTCAE 2010

	Độ I n (%)	Độ II n (%)	Độ III n (%)	Độ IV n (%)	Tỉ lệ chung (%)
Giảm huyết sắc tố	75 (60,0)	5 (4,0)	0	0	64,0
Giảm bạch cầu	7 (5,6)	2 (1,6)	1 (0,8)	0	8,0
Giảm bạch cầu nhân mũi trung tính	9 (7,2)	6 (4,8)	3 (2,4)	1 (0,8)	15,2
Giảm tiểu cầu	3 (2,4)	0	0	0	2,4
Tăng nồng độ creatinin máu	1 (0,8)	0	0	0	0,8
Tăng hoạt độ AST máu	23 (18,4)	1 (0,8)	0	0	19,2
Tăng hoạt độ ALT máu	34 (27,2)	0	0	0	27,2

Nhận xét: Qua số liệu thu thập được, đa số các trường hợp bệnh nhân ung thư vú được hóa trị, mức độ độc tính độ III, độ IV trên hệ tạo máu, gan, thận rất ít gặp. Trong đa số các trường hợp có biểu hiện độc tính trên hệ tạo máu, gan, thận, mức độ độc tính chỉ ở độ I và độ II.

IV. BÀN LUẬN

Qua thời gian thực hiện nghiên cứu, có 125 trường hợp ung thư vú thỏa các tiêu chuẩn chọn mẫu. Nhóm tuổi của bệnh nhân trong nghiên cứu này tập trung ở nhóm tuổi trung niên từ 50 đến 59 tuổi (tỉ lệ 40,0%). Bướu thường ghi nhận ở góc một phần tư trên ngoài (tỉ lệ 33,6%). Kết quả mô bệnh học thường gặp là loại ung thư biểu mô tuyến xâm nhập không thuộc dạng đặc biệt, độ 2 (tỉ lệ 96,8%). Dân số nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với một số nghiên cứu trước đây. Nghiên cứu khác của tác giả Võ Văn Phương ghi nhận nhóm tuổi của bệnh nhân mắc ung thư vú giai đoạn II, IIIIA có hạch nách dương tính thường gặp là 50-59 tuổi [4]. Tác giả Nguyễn Hoàng Gia ghi nhận nhóm tuổi của bệnh nhân mắc ung thư vú được điều trị thường gặp từ 40-59 tuổi, giai đoạn IIIA, IIIB chiếm ưu thế

với mô học ung thư biểu mô óng xâm nhập loại không thuộc dạng đặc biệt và thường hiện diện ở góc phần tư trên ngoài [5].

4.1. Tỉ lệ hiện diện độc tính trên hệ tạo máu, gan, thận

Kết quả nghiên cứu này cho thấy độc tính thường hiện diện trên hệ tạo máu với 64,0% số trường hợp có giảm huyết sắc tố, tỉ lệ giảm bạch cầu và giảm bạch cầu nhân mủi trung tính lần lượt là 8,0% và 15,2%. Kết quả nghiên cứu này tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Võ Văn Phương với tỉ lệ giảm huyết sắc tố, giảm bạch cầu, giảm bạch cầu nhân mủi và giảm tiểu cầu lần lượt là 64,1%, 61,5% và 51,3% [4]. Kết quả này cho thấy các tế bào máu dễ bị ảnh hưởng của hóa trị, cần có những xét nghiệm đánh giá thêm về hoạt động của hệ tạo máu.

Tình trạng giảm tiểu cầu sau khi hóa trị ở các bệnh nhân ung thư vú rất hiếm gặp. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hoàng Gia ghi nhận tỉ lệ giảm tiểu cầu rất ít gặp [5]. Tác giả Vương Đình Thy Hảo ghi nhận 5 trường hợp có giảm tiểu cầu (tỉ lệ 16,0%), tác giả Võ Văn Phương ghi nhận 7 trường hợp có giảm tiểu cầu (tỉ lệ 17,9%) [4], [6]. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ghi nhận 3 trường hợp có giảm tiểu cầu (tỉ lệ 2,4%). Điều này cho thấy phác đồ hóa trị hiện tại an toàn trên các tế bào tiểu cầu.

Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hoàng Gia ghi nhận tất cả các bệnh nhân đều hoàn thành chu trình hóa trị, không có trường hợp nào ghi nhận hiện diện tác dụng không mong muốn không hồi phục. Độc tính trên thận hầu như không gặp, tác dụng không mong muốn trên gan biểu hiện thông qua việc tăng men gan cũng thường gặp [5]. Tương tự, nghiên cứu của tác giả Võ Văn Phương cũng ghi nhận trường hợp biểu hiện độc tính trên thận rất thấp, biểu hiện độc tính gây tăng men gan thường gặp [4]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng ít ghi nhận sự hiện diện của biểu hiện độc tính trên thận, chỉ có 1 trường hợp (tỉ lệ 0,8%) ghi nhận có tăng creatinin máu sau khi hóa trị. Tỉ lệ độc tính trên gan thông qua đặc điểm tăng hoạt độ AST, ALT được ghi nhận trong nghiên cứu này là 19,2% và 27,2%. Kết quả này cho thấy hóa trị trong điều trị ung thư vú ít gây độc cho thận nhưng lại thường gây tăng men gan.

4.2. Mức độ độc tính trên hệ tạo máu, gan thận

Thông qua việc sử dụng pegfilgrastim dự phòng nguyên phát sốt giảm bạch cầu sau hóa trị ung thư vú với phác đồ docetaxel, doxorubicin, cyclophosphamid, tác giả Vương Đình Thy Hảo và cộng sự ghi nhận tỉ lệ cao mức độ độc tính gây giảm huyết sắc tố (thiểu máu) độ II-III (19%), giảm bạch cầu độ III-IV (16,1%), giảm tiểu cầu độ II-III (16,1%) [6]. Mức độ độc tính được ghi nhận trong nghiên cứu trên cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi. Đối với các trường hợp ghi nhận trong nghiên cứu này, mức độ độc tính gây giảm lượng huyết sắc tố được ghi nhận độ I và độ II lần lượt là 60,0% và 4,0%. Kết quả này gần giống với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hoàng Gia và cộng sự, tỉ lệ hạ huyết sắc tố mức độ I là 50,8% [5]. Tương tự, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Võ Văn Phương và cộng sự. Thông qua việc hỗ trợ phác đồ 4AC-4T trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn II, IIIA hạch nách dương tính tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Tĩnh, tác giả Võ Văn Phương ghi nhận đa số các trường hợp độc tính hạ huyết sắc tố ở độ I và độ II (tỉ lệ lần lượt là 30,7% và 12,8%) [4].

Bên cạnh đó, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận mức độ độc tính trên hệ tạo máu cao nhất là tình trạng bạch cầu độ III (tỉ lệ 0,8%) và giảm bạch cầu nhân mủi trung tính độ III, độ IV (tỉ lệ lần lượt là 2,4% và 0,8%). Kết quả này gần giống với nghiên

cứu của tác giả Võ Văn Phương với tỉ lệ giảm bạch cầu và giảm bạch cầu nhân mủi trung tính độ III-IV lần lượt là 7,6% và 7,6% [4]. Kết quả này cần lưu ý bởi vì sự nguy hiểm của mức độ giảm bạch cầu, giảm bạch cầu nhân mủi trung tính độ III, độ IV có thể xảy ra trên bệnh nhân đang tiếp nhận hóa trị. Cần phải theo dõi kỹ công thức máu của bệnh nhân, dự phòng pegfilgrastim trong trường hợp có biểu hiện ảnh hưởng độc tính của hóa trị đến số lượng bạch cầu.

Đối với cơ quan chuyển hóa như gan thận, độc tính của hóa trị ung thư vú ở mức độ cho phép, nếu có hiện diện cũng chỉ ở mức độ chấp nhận được. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hoàng Gia cho thấy độc tính của hóa trị có thể gây tăng men gan nhưng ở mức độ I và độ II, độc tính trên thận rất ít và chỉ ở độ I [5]. Nghiên cứu của tác giả Võ Văn Phương cũng ghi nhận mức độ độc tính trên gan và thận chủ yếu ở mức độ nhẹ [4]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng gần giống với các nghiên cứu trên, độc tính gây tăng creatinin máu chỉ ghi nhận 1 trường hợp và ở độ I, độc tính trên gan biểu hiện thông qua tăng hoạt độ AST, ALT cũng thường gấp ở độ I và độ II.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân trong nghiên cứu dung nạp tốt với hóa trị, tỉ lệ hiện diện độc tính thường gặp nhất là giảm huyết sắc tố (tỉ lệ 64,0%), giảm bạch cầu và giảm bạch cầu nhân mủi trung tính (tỉ lệ lần lượt là 8,0% và 15,2%). Trên gan thận, thường gặp tăng hoạt độ AST, ALT (tỉ lệ lần lượt là 19,2% và 27,2%), độc tính trên thận hầu như không gặp (0,8% có tăng creatinin máu). Về mức độ của biểu hiện độc tính, trên tất cả các đặc điểm gồm giảm huyết sắc tố, giảm bạch cầu, giảm bạch cầu nhân mủi trung tính, giảm tiểu cầu, tăng nồng độ creatinin máu, tăng hoạt độ AST, ALT máu chỉ biểu hiện độc tính mức độ I, độ II. Mức độ độc tính cao nhất được ghi nhận là giảm số lượng bạch cầu độ III (tỉ lệ 0,8%) và giảm số lượng bạch cầu nhân mủi trung tính độ III và độ IV (tỉ lệ lần lượt là 2,4% và 0,8%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aziz H. A., Habeeb J. M. Study the Effect of Chemotherapy on Some Hematological and Biochemical Parameters of Cancer Patients in AL-Muthanna Province, Iraq. *Indian Journal of Public Health Research & Development.* 2018. 10(2), 813-816, DOI: 10.5958/0976-5506.2019.00395.4.
2. Wondimneh B., Setty S. A. D., Asfeda G. G., Belay E., Gebremeskel G., et al. Comparison of Hematological and Biochemical Profile Changes in Pre- and Post-Chemotherapy Treatment of Cancer Patients Attended at Ayder Comprehensive Specialized Hospital, Mekelle, Northern Ethiopia 2019: A Retrospective Cohort Study. *Cancer Manag Res.* 2021. 13, 625-632, DOI: 10.2147/CMAR.S274821.
3. Trần Nguyên Hà, Phan Thị Hồng Đức, Lê Thị Hồng Vân. Đánh giá kết quả hóa trị hỗ trợ kết hợp trastuzumab trong ung thư vú giai đoạn I, II, III có biểu hiện quá mức HER2. *Tạp chí Ung thư học Việt Nam,* 2019. 5, 459-469.
4. Võ Văn Phương, Nguyễn Văn Khoa, Trần Thị Thanh Hoa. Đánh giá kết quả hóa trị bổ trợ phác đồ 4AC-4T trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn II, IIIIA hạch nách dương tính tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Tĩnh. *Tạp chí Y học lâm sàng.* 2020. 65, 36-42.
5. Nguyễn Hoàng Gia, Lê Thu Hà, Hán Thị Bích Hợp. Đánh giá kết quả hóa trị bổ trợ trước phác đồ 4AC-4T liều maу trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn III. *Tạp chí Ung thư học Việt Nam.* 2018. 4, 393-400.

TẠP CHÍ Y DƯỢC HỌC CẦN THƠ – SỐ 63/2023

6. Vương Đình Thy Hảo, Nguyễn Ngọc Bảo Hoàng, Nguyễn Thị Thu Hằng, Nguyễn Tiến Dũng, Nguyễn Thị Thanh Mai và cộng sự. Pegfilgrastim dự phòng nguyễn phát sốt giảm bạch cầu sau hóa trị ung thư vú phác đồ docetaxel, doxorubicin, cyclophosphamide. *Tạp chí y học lâm sàng*. 2018. 50, 109-116.

KHÁNG NGUYÊN NHÓM MÁU HỆ RHESUS (D, C, c, E, e) VÀ KIDD (Jk^a, Jk^b) Ở NGƯỜI HIẾN MÁU LẮP LẠI TẠI BỆNH VIỆN HUYẾT HỌC - TRUYỀN MÁU THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Trần Thị Thùy Dung^{1*}, Nguyễn Xuân Khôi², Nguyễn Thị Kiều Trang³,
Nguyễn Phúc Đức⁴, Thái Trọng Tính⁴, Lê Thị Hoàng Mỹ⁴

1. Trung tâm Y tế huyện Cai Lậy

2. Bệnh viện Huyết học-Truyền máu thành phố Cần Thơ

3. Trung tâm Y tế huyện Bình Tân

4. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: thuydungct146@gmail.com

Ngày nhận bài: 13/7/2023

Ngày phản biện: 24/8/2023

Ngày duyệt đăng: 15/9/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Truyền máu là một liệu pháp điều trị hỗ trợ quan trọng cho bệnh nhân bệnh máu. Tuy nhiên, nếu bệnh nhân truyền máu nhiều lần chỉ được truyền phù hợp hệ ABO và Rh(D) thì sẽ sinh kháng thể bất thường và gây ra các tai biến truyền máu. Các kháng thể bất thường được xác định chủ yếu ở hệ Rhesus và Kidd. Vì vậy, việc xác định kháng nguyên hệ Rhesus và Kidd nhằm lựa chọn những đơn vị máu hòa hợp kháng nguyên hồng cầu sẽ giúp việc truyền máu an toàn và hiệu quả hơn. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ kháng nguyên và mô tả đặc điểm kiểu hình hệ Rhesus, Kidd ở người hiến máu lắp lại tại Bệnh viện Huyết học - Truyền máu thành phố Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 208 người hiến máu lắp lại. Kháng nguyên Rh(D) được xác định bởi hệ thống định nhóm máu tự động Qwaly. Các kháng nguyên Rhesus (C, c, E, e), Kidd (Jk^a, Jk^b) được xác định bằng kỹ thuật ống nghiệm. **Kết quả:** Tỷ lệ kháng nguyên hệ Rhesus lần lượt là D (97,6%), C (92,9%), c (40,4%), E (29,3%), e (97,1%); tỷ lệ kháng nguyên hệ Kidd lần lượt là Jk^a (72,1%), Jk^b (77,4%). Kiểu hình phổ biến hệ Rhesus là DCCee với 57,69%, tiếp theo là DCcEe với 21,63%; kiểu hình gấp nhiều nhất ở hệ Kidd là Jk(a+b+) với 49,5%, không ghi nhận trường hợp kiểu hình Jk(a-b-). **Kết luận:** Nghiên cứu cung cấp dữ liệu về sự phân bố kháng nguyên nhóm máu Rhesus và Kidd ở người hiến máu lắp lại làm cơ sở xây dựng ngân hàng máu dự trữ cho các bệnh nhân truyền máu nhiều lần có kháng thể kháng hồng cầu bất thường.

Từ khoá: Kháng nguyên, kiểu hình, hệ nhóm máu Rhesus, hệ nhóm máu Kidd.