



Original Article

Practice Patterns of Infusion-related Reaction Prophylaxis in Breast Cancer Patients Receiving Chemotherapy at K Hospital

Tran Thi Thu Trang¹, Hoang Thi Minh Thu², Vu Dinh Tien², Nguyen Tu Son¹,
Nguyen Thi Lien Huong¹, Tran Thi Quynh Anh¹, Nguyen Thi Hong Hanh^{1,*}

¹Hanoi University of Pharmacy, 13-15 Le Thanh Tong, Cua Nam, Hanoi, Vietnam

²K Hospital, 30 Cau Buou, Thanh Liet, Hanoi, Vietnam

Received 21st April 2026

Revised 14th May 2026; Accepted 25th May 2026

Abstract: Objective: To analyze the status of premedication and its association with the incidence of infusion-related reactions (IRRs) in breast cancer patients receiving chemotherapy. Subject and method: A prospective descriptive study was conducted among 219 patients aged ≥ 18 years diagnosed with breast cancer and receiving inpatient chemotherapy at the Departments of Internal Medicine 5 and 6, K Hospital, from January 1, 2024, to March 31, 2024. Result: The mean age was 50.4 ± 10.2 years; 48.4% of patients received taxane-containing regimens requiring IRR prophylaxis. IRR prophylaxis was administered in 72.6% of patients, including all taxane-containing regimens. A combination of dexamethasone, diphenhydramine, and famotidine (63.6%) was the most common premedication regimen, similarly observed in both taxane-containing (68.6%) and non-taxane regimens (53.7%). Assessment of guideline adherence showed that 50.3% of prophylaxis was appropriate, while 49.7% was inappropriate, including 44.7% overprophylaxis and 5.0% inadequate prophylaxis. 16.4% of patients witnessed IRRs, of whom 5.5% required discontinuation of infusion. A history of previous IRR was linked to an increased risk of both any-grade IRR and infusion discontinuation ($p < 0.05$). Prior pruritus and inadequate prophylaxis was significantly associated with a noticeably higher risk of IRR ($p < 0.05$) but not infusion discontinuation ($p > 0.05$). Notably, over-prophylaxis showed no association with IRR risk of any severity or infusion discontinuation ($p > 0.05$). Conclusion: Approximately half of the patients received inappropriate IRR prophylaxis, mainly due to over-prophylaxis. Prior IRR, prior-cycle pruritus, and inadequate prophylaxis are associated with IRR outcomes, highlighting the importance of guideline adherence and individualized prophylaxis strategies.

Keywords: Infusion – related reactions, IRR, prophylaxis, breast cancer.

* Corresponding author.

E-mail address: hanhnh@hup.edu.vn

<https://doi.org/10.25073/2588-1132/vnumps.4984>

Thực trạng dự phòng phản ứng tiêm truyền trên bệnh nhân ung thư vú điều trị hóa chất tại Bệnh viện K

Trần Thị Thu Trang¹, Hoàng Thị Minh Thu², Vũ Đình Tiến², Nguyễn Tú Sơn¹,
Nguyễn Thị Liên Hương¹, Trần Thị Quỳnh Anh¹, Nguyễn Thị Hồng Hạnh^{1,*}

¹Trường Đại học Dược Hà Nội, 13-15 Lê Thánh Tông, Cửa Nam, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện K, 30 Cầu Bươu, Thanh Liệt, Hà Nội, Việt Nam

Nhận ngày 21 tháng 4 năm 2026

Chỉnh sửa ngày 14 tháng 5 năm 2026; Chấp nhận đăng ngày 25 tháng 5 năm 2026

Tóm tắt: Mục tiêu: Phân tích thực trạng dự phòng và mối liên quan đến tỷ lệ gặp phản ứng tiêm truyền (IRR) trên bệnh nhân ung thư vú do hoá trị liệu. Đối tượng, phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, tiến cứu trên 219 bệnh nhân ≥ 18 tuổi được chẩn đoán ung thư vú và điều trị hóa chất nội trú tại khoa Nội 5 và Nội 6, Bệnh viện K, từ ngày 01/01/2024 đến 31/03/2024. Kết quả: Tuổi trung bình là $50,4 \pm 10,2$; trong đó 48,4% bệnh nhân sử dụng phác đồ chứa taxan và cần dự phòng IRR theo khuyến cáo. Dự phòng IRR được ghi nhận ở 72,6% bệnh nhân, trong đó tất cả các phác đồ chứa taxan đều được dự phòng. Phác đồ phối hợp ba thuốc dexamethason, diphenhydramin và famotidin được sử dụng phổ biến (63,6%); tương tự ở cả nhóm phác đồ chứa taxan (68,6%) và không chứa taxan (53,7%). Đánh giá tính phù hợp phác đồ dự phòng IRR cho thấy tỷ lệ dự phòng phù hợp là 50,3%, trong khi dự phòng không phù hợp chiếm 49,7%, chủ yếu là dự phòng thừa (44,7%). Có 16,4% bệnh nhân xuất hiện phản ứng tiêm truyền, trong đó 12 trường hợp (5,5%) phải ngừng truyền do IRR. Tiền sử IRR làm tăng nguy cơ IRR ở mọi mức độ và nguy cơ IRR phải ngừng truyền ($p < 0,05$). Trong khi đó, nhóm bệnh nhân có mẫn ngứa và dự phòng không đủ có nguy cơ IRR bất kỳ tăng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) nhưng không làm tăng nguy cơ IRR phải ngừng truyền ($p > 0,05$). Đáng chú ý, dự phòng thừa không liên quan có ý nghĩa thống kê với nguy cơ IRR ở mọi mức độ hoặc phải ngừng truyền ($p > 0,05$). Kết luận: Khoảng 50% bệnh nhân được dự phòng IRR không phù hợp, chủ yếu là dự phòng thừa. Nghiên cứu cho thấy tiền sử IRR, mẫn ngứa chu kỳ trước và dự phòng không đủ có liên quan đến hiệu quả dự phòng IRR; qua đó nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tuân thủ hướng dẫn và cá thể hóa chiến lược dự phòng.

Từ khoá: Phản ứng tiêm truyền, IRR, dự phòng, ung thư vú.

1. Đặt vấn đề

Ung thư vú là loại ung thư thường gặp và là nguyên nhân tử vong hàng đầu do ung thư ở phụ nữ trên toàn thế giới [1]. Tại Việt Nam năm 2022, ung thư vú chiếm 13% tổng số ca ung thư ở cả hai giới, vượt qua ung thư gan và ung thư phổi trở thành loại ung thư phổ biến nhất [2].

Mặc dù các liệu pháp hiện đại như điều trị đích và miễn dịch ngày càng phát triển, hóa trị vẫn giữ vai trò quan trọng, giúp giảm nguy cơ tái phát, giảm kích thước khối u và kéo dài thời gian sống của bệnh nhân [3]. Tuy nhiên, độc tính của hóa trị vẫn là vấn đề đáng quan tâm trong thực hành lâm sàng do ảnh hưởng đến chất lượng sống và hiệu quả điều trị [4].

* Tác giả liên hệ.

Địa chỉ email: hanhnh@hup.edu.vn

<https://doi.org/10.25073/2588-1132/vnumps.4984>

Phản ứng tiêm truyền (infusion-related reactions – IRRs) là tác dụng không mong muốn thường gặp khi sử dụng hóa trị, với biểu hiện từ nhẹ (sốt, mẩn ngứa) đến nặng (co thắt phế quản, tụt huyết áp, phản vệ) [5]. Dù IRR nặng hiếm gặp (<5%) nhưng có thể ảnh hưởng nghiêm trọng đến điều trị, thậm chí đe dọa tính mạng nếu không xử trí kịp thời [5, 6]. IRR thường xảy ra trong hoặc ngay sau truyền, có thể được phòng ngừa bằng giảm tốc độ truyền và sử dụng các thuốc dự phòng (corticoid, kháng histamin H1/H2) [5, 7-9]. Do đó, dự phòng phù hợp đóng vai trò quan trọng trong tối ưu hóa điều trị và hạn chế gián đoạn liệu trình phác đồ [5]. Trên thế giới, dự phòng IRR đã được chuẩn hóa trong các hướng dẫn lâm sàng, tuy nhiên mức độ tuân thủ còn dao động và khác biệt giữa các cơ sở với tỷ lệ tuân thủ hướng dẫn dao động 40%-80% [10-12]. Dữ liệu tại Việt Nam còn khá hạn chế về thực trạng dự phòng biến cố này. Theo một báo cáo tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội cho thấy mức độ tuân thủ khuyến cáo dự phòng IRR còn rất thấp, với các khía cạnh không phù hợp chủ yếu bao gồm dự phòng thừa với các phác đồ không khuyến cáo dự phòng thường quy; thiếu thuốc kháng H2, thiếu liều diphenhydramin ở các phác đồ cần dự phòng [8].

Bệnh viện K là cơ sở ung bướu tuyến cuối tại Việt Nam, đồng thời là trung tâm điều trị và quản lý số lượng lớn bệnh nhân ung thư vú. Trong đó các phác đồ hóa trị chứa taxan vẫn đóng vai trò quan trọng trong điều trị và có yêu cầu dự phòng IRR thường quy [10, 11, 13, 14]. Việc thực hành theo các hướng dẫn điều trị trong quản lý toàn diện bệnh nhân luôn được chú trọng tại bệnh viện. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá thực trạng dự phòng IRR trên bệnh nhân ung thư vú điều trị hóa chất tại Bệnh viện K, làm cơ sở đề xuất các giải pháp can thiệp và tối ưu hóa thực hành lâm sàng.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vú từ 18 tuổi trở lên và đang điều trị hóa chất nội trú

tại khoa Nội 5, Nội 6 Bệnh viện K từ ngày 01/01/2024 đến ngày 31/03/2024. Nghiên cứu loại trừ những bệnh nhân mắc từ 2 loại ung thư trở lên hoặc điều trị tia xạ đồng thời, dùng cùng thuốc điều trị ung thư khác như thuốc đích, thuốc miễn dịch hoặc thuốc hormon.

2.2. Phương pháp thu thập dữ liệu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu thuần tập tiến cứu dựa trên dữ liệu từ hồ sơ bệnh án và phỏng vấn bệnh nhân.

Quy trình thu thập dữ liệu:

Các bệnh nhân ung thư vú được sàng lọc từ phiếu y lệnh kê đơn hóa chất theo từng ngày dựa trên tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ. Sau đó, nhóm tiếp cận và phỏng vấn bệnh nhân tại khoa lâm sàng. Các IRR xảy ra trong thời gian truyền hóa chất của bệnh nhân sẽ được nghiên cứu viên ghi nhận trực tiếp tại khoa điều trị thông qua quan sát và phỏng vấn bệnh nhân. Sau 1 ngày kể từ ngày truyền hóa chất và vào ngày trước đợt truyền hóa chất tiếp theo của bệnh nhân, nghiên cứu viên tiến hành phỏng vấn bệnh nhân qua điện thoại và xem xét hồ sơ bệnh án để ghi nhận các IRR xảy ra trong đợt điều trị.

Quy ước trong nghiên cứu:

Biến cố IRR: được ghi nhận nếu bệnh nhân gặp các triệu chứng đỏ bừng, phát ban, sốt, rét run, ớn lạnh, khó thở, đau đầu, chóng mặt,... và được bác sĩ xác định là phản ứng truyền dịch.

Đánh giá dự phòng IRR: Phác đồ dự phòng IRR được đánh giá dựa theo tài liệu của Chương trình kiểm soát ung thư quốc gia – Ireland (HSE) [8], Eviq.org.au của Viện Ung thư New South Wales – Úc [13], tờ thông tin sản phẩm của hóa chất trên EMC [14], và Hiệp hội Ung thư Y tế châu Âu (ESMO) [10]. Việc dự phòng được đánh giá là “*Dự phòng phù hợp*” nếu bệnh nhân được chỉ định các thuốc giống với 1 trong các khuyến cáo (Bảng 1) và có liều dùng tối thiểu bằng với liều khuyến cáo. Việc dự phòng được đánh giá là “*Dự phòng không đủ*” khi thiếu một hoặc nhiều nhóm thuốc trong phác đồ khuyến cáo, hoặc liều dùng của các thuốc thấp hơn so với liều khuyến cáo. Bệnh nhân nếu dùng phác đồ cần dự phòng nhưng thực tế không được dùng

thuốc dự phòng nào sẽ được tính vào nhóm “Không dự phòng”. “Dự phòng thừa” là khi phác đồ dự phòng có nhiều hơn các nhóm thuốc so với khuyến cáo.

Bảng 1. Khuyến cáo dự phòng IRR theo các khuyến cáo

Phác đồ hóa chất	Phác đồ dự phòng (chọn 1 trong các phác đồ sau).
Paclitaxel hàng tuần	<ul style="list-style-type: none"> • DEX 8–20 mg (PO/IV) + Kháng H1 (loratadin 10 mg PO hoặc DPH 25–50 mg IV) ± Kháng H2 (ranitidin 50 mg IV hoặc cimetidin 300 mg IV hoặc famotidin 20 mg IV). • Có thể giảm dần DEX ở các chu kỳ sau nếu dung nạp tốt.
Paclitaxel mỗi 2–3 tuần	DEX 20 mg IV + Kháng H1 (loratadin 10 mg PO hoặc DPH 25–50 mg IV) ± Kháng H2 (ranitidin 50 mg IV hoặc cimetidin 300 mg IV hoặc famotidin 20 mg IV) (30 phút trước truyền).
Docetaxel mỗi 3 tuần	<ul style="list-style-type: none"> • DEX 8 mg PO x 2 lần/ngày x 3 ngày (bắt đầu trước 1 ngày) hoặc • DEX 20 mg IV trước truyền.

Chú thích: DEX: dexamethason; DPH: diphenhydramin; PO: đường uống; IV: đường tiêm tĩnh mạch.

2.3. Xử lý số liệu

Dữ liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm Microsoft Excel 2010 và SPSS Statistics 22.0. Các biến định lượng được biểu diễn dưới dạng trung bình ± độ chênh lệch chuẩn (TB ± SD) với phân phối chuẩn, trung vị (khoảng tứ phân vị, IQR) với phân phối không chuẩn; các biến định tính được biểu diễn dưới dạng số lượng (tỷ lệ, %). Để xác định các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ gặp IRR, phân tích hồi quy đơn biến và hồi quy logistic đa biến (theo phương pháp Stepwise) được sử dụng. Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

3. Kết quả

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

Nghiên cứu được tiến hành trên 219 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ với tuổi trung bình là $50,4 \pm 10,2$. Đa số bệnh nhân điều trị hỗ trợ (63,9%), ở chu kỳ 1–4 (89,04%). Mặc dù đa số người bệnh được điều trị hóa chất với liều chuẩn, vẫn có một tỷ lệ nhỏ (12,8%) truyền hóa chất với liều thấp hơn khuyến cáo. Nhóm bệnh nhân dùng phác đồ chứa taxan và cần dự phòng IRR theo khuyến cáo chiếm 48,4%.

Bảng 1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	Kết quả (N=219), n (%)
Tuổi (năm), TB ± SD (min-max)	50,4±10,2 (29-72)
Tuổi ≥ 50	106 (48,4)
Phác đồ	
AC	98 (44,7)
TC	59 (26,9)
Taxan	38 (17,4)
Khác	24 (11)
Chỉ định điều trị hoá chất	
Bổ trợ	140 (63,9)
Tân bổ trợ	61 (27,9)
Tái phát, di căn	18 (8,2)
Vị trí chu kỳ hoá chất	
1-4	195 (89,1)
5-8	20 (9,1)
>8	4 (1,8)
Liều dùng hóa chất	
Liều chuẩn (90% - 110%)	191 (87,2)
Liều thấp (<90%)	28 (12,8)
Đánh giá nhu cầu dự phòng IRR theo nguy cơ phác đồ	
Cần dự phòng (có chứa taxan)	105 (47,9)
Không cần dự phòng (không chứa taxan)	114 (52,1)

Chú thích AC: doxorubicin và cyclophosphamid;
TC: docetaxel và cyclophosphamid;
Taxan: paclitaxel/docetaxel.

3.2. Phân tích thực trạng sử dụng thuốc dự phòng IRR

3.2.1. Đặc điểm về chỉ định thuốc dự phòng IRR

Có 159/219 (72,6%) bệnh nhân được dự phòng IRR bằng thuốc. Trong đó, 100% phác đồ

chứa taxan đều được dự phòng. Tuy nhiên, đối với phác đồ không chứa taxan, nghiên cứu vẫn ghi nhận 54/114 bệnh nhân (47,4%) dự phòng khi không có chỉ định dự phòng (dự phòng thừa) (Bảng 2).

Bảng 2. Đặc điểm về chỉ định thuốc dự phòng IRR

Đặc điểm phác đồ	Phác đồ không chứa taxan (N=114), n (%)	Phác đồ chứa taxan (N=105), n (%)	Tổng (N=219), n (%)
Cần dự phòng và thực tế được dự phòng	0 (0)	105 (100)	105 (47,9)
Không cần dự phòng và thực tế không dự phòng	60 (52,6)	0 (0)	60 (27,4)
Không cần dự phòng và thực tế được dự phòng	54 (47,4)	0 (0)	54 (24,7)

3.2.2. Đặc điểm về lựa chọn thuốc dự phòng IRR

Trong tổng số 159 trường hợp, phác đồ dự phòng IRR phối hợp ba thuốc dexamethason, kháng H1 và kháng H2 (DEX + DPH + FAM) được sử dụng phổ biến nhất, chiếm 63,6%. Phác đồ phối hợp hai thuốc DEX + DPH và đơn độc DEX chiếm tỷ lệ lần lượt là 18,2% và 15,7%. Phối hợp DEX + FAM chiếm tỷ lệ thấp nhất (2,5%).

Ở nhóm bệnh nhân sử dụng phác đồ có chứa taxan, xu hướng dự phòng tích cực được ghi

nhận rõ rệt, với phần lớn bệnh nhân sử dụng phác đồ ba thuốc (68,6%). Trong khi đó, đơn trị DEX vẫn được sử dụng với tỷ lệ đáng kể (23,8%), còn phối hợp DEX + DPH chiếm tỷ lệ thấp (7,6%) và không ghi nhận trường hợp sử dụng DEX + FAM. Ở nhóm phác đồ không chứa taxan, chủ yếu bệnh nhân vẫn được dự phòng phối hợp 3 thuốc (53,7%) và hai thuốc (DEX+DPH chiếm 38,9%) (Bảng 3).

Bảng 3. Đặc điểm về lựa chọn thuốc dự phòng IRR

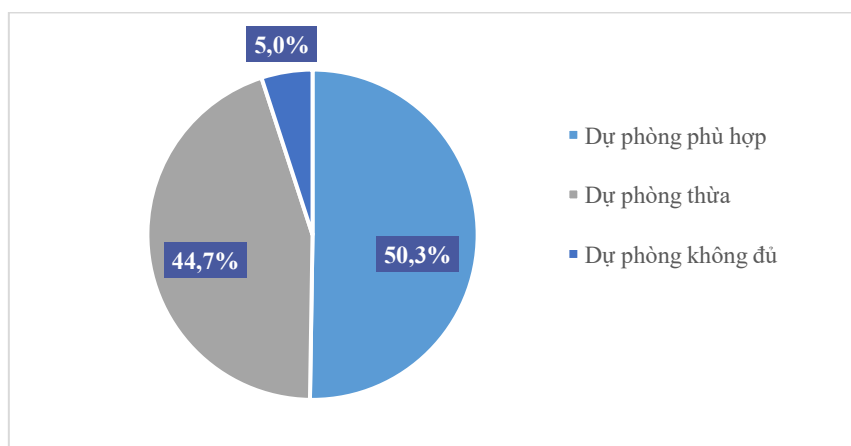
Phác đồ hoá trị liệu	Lựa chọn dự phòng IRR			
	DEX	DEX + DPH	DEX + FAM	DEX + DPH + FAM
Phác đồ chứa taxan (N=105)	25 (23,8)	8 (7,6)	0 (0)	72 (68,6)
Docetaxel 3w	23 (21,9)	7 (6,7)	0 (0)	37 (35,2)
Paclitaxel 23w	2 (1,9)	0 (0)	0 (0)	30 (28,6)
Paclitaxel hằng tuần	0 (0)	1 (0,5)	0 (0)	5 (4,8)
Phác đồ không chứa taxan (N=54)	0 (0)	21 (38,9)	4 (7,4)	29 (53,7)
Tổng (N=159)	25 (15,7)	29 (18,2)	4 (2,5)	101 (63,6)

Chú thích: DEX: dexamethason; DPH: diphenhydramin; FAM: famotidin;
Paclitaxel 23w: Paclitaxel chu kỳ mỗi 2-3 tuần, Docetaxel 3w: Docetaxel chu kỳ mỗi 3 tuần.

3.2.3. Đánh giá tính phù hợp về phác đồ dự phòng IRR

Hơn một nửa phác đồ dự phòng IRR được đánh giá là phù hợp so với khuyến cáo (50,3%).

Trong số các phác đồ không phù hợp, chủ yếu là dự phòng thừa (lựa chọn thừa thuốc) so với khuyến cáo chiếm 44,7%, và chỉ có 11 phác đồ được đánh giá là dự phòng không đủ (5,0%) (Hình 2).



Hình 2. Đánh giá tính phù hợp của phác đồ dự phòng IRR (N=219).

3.2.4. Phân tích đa biến các yếu tố ảnh hưởng đến sự xuất hiện của phản ứng tiêm truyền trên bệnh nhân

Nghiên cứu ghi nhận 36 bệnh nhân (16,4%) xuất hiện phản ứng tiêm truyền. Trong đó, có 12 trường hợp gặp biến cố IRR phải dừng truyền (5,5%).

Phân tích đa biến cho thấy tiền sử IRR ở các chu kỳ trước làm tăng có ý nghĩa thống kê nguy cơ xuất hiện IRR ở mọi mức độ cũng như IRR

phải ngừng truyền ($p < 0,05$). Tương tự, tiền sử mẫn ngứa ở chu kỳ trước liên quan có ý nghĩa với nguy cơ xuất hiện IRR ở mọi mức độ ($p < 0,05$), nhưng chưa ghi nhận có ý nghĩa đối với nguy cơ IRR phải ngừng truyền ($p > 0,05$). So với nhóm được dự phòng phù hợp, dự phòng không đủ làm tăng có ý nghĩa nguy cơ xuất hiện IRR ở mọi mức độ ($p < 0,05$), trong khi dự phòng thừa không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê với nguy cơ IRR ở mọi mức độ hay phải ngừng truyền ($p > 0,05$) (Bảng 4).

Bảng 4. Phân tích đa biến các yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả dự phòng IRR (N=219)

Đặc điểm	IRR mọi mức độ (n=36)			IRR phải dừng truyền (n=12)		
	OR	95% CI	p	OR	95% CI	p
Tiền sử IRR (Cò so với không)	5,527	1,699-17,980	0,004	8,938	1,892-42,218	0,006
Tiền sử mẫn ngứa (Cò so với không)	5,708	1,474-22,112	0,012	4,561	0,790-26,328	0,090
Đặc điểm dự phòng IRR						
Phù hợp	1	-	-	1	-	-
Không đủ	9,842	2,767-35,06	0,001	5,533	0,968-31,611	0,051
Thừa	0,363	0,133-0,985	0,051	0,543	0,108-2,719	0,457

4. Bàn luận

Nghiên cứu đã chỉ ra một tỉ lệ lớn bệnh nhân đang được dự phòng IRR chưa phù hợp (44,7% bệnh nhân dự phòng thừa và 5% bệnh nhân dự phòng thiếu). Trong số bệnh nhân sử dụng phác đồ không chứa taxan, tỷ lệ bệnh nhân được dự phòng tương đối cao (47,4%), mặc dù hiện

không có khuyến cáo nào về dự phòng thường quy cho những hóa chất này và cũng không ghi nhận phản ứng tiêm truyền nào ở các chu kỳ trước đó trong mẫu nghiên cứu. Do đó, việc chỉ định dự phòng với nhóm bệnh nhân này có thể là không cần thiết và làm tăng chi phí điều trị cho bệnh nhân. Tuy nhiên, cần chú ý rằng hầu hết bệnh nhân trong nhóm này đều được dự phòng

IRR ngay từ những chu kỳ đầu tiên sử dụng hóa chất, điều này cũng có thể là nguyên nhân dẫn đến kết quả nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận bất cứ bệnh nhân nào sử dụng phác đồ không chứa taxan gặp phải biến cố này trước đó.

Với nhóm bệnh nhân sử dụng phác đồ chứa docetaxel lại ghi nhận tỷ lệ chỉ định dự phòng thừa khá cao (phác đồ dự phòng phối hợp). Điều này có thể lý giải do đa số các bác sĩ có thói quen phối hợp 3 thuốc dexamethason, kháng H1 và kháng H2 trong dự phòng phản ứng tiêm truyền. Tuy nhiên, theo các khuyến cáo hiện hành, docetaxel chỉ yêu cầu sử dụng dexamethason trong dự phòng, và không bắt buộc phối hợp thêm thuốc kháng histamin [10, 11, 13, 14]. Điều này cho thấy thực hành lâm sàng còn có xu hướng “mở rộng” dự phòng so với khuyến cáo có thể dẫn đến gia tăng chi phí điều trị và nguy cơ gặp tác dụng không mong muốn mà chưa chứng minh được lợi ích rõ ràng về hiệu quả dự phòng IRR.

Đối với phác đồ paclitaxel hàng tuần, các khuyến cáo hiện nay chưa hoàn toàn thống nhất, dự phòng phản ứng tiêm truyền có thể được tiếp cận theo chiến lược giảm bậc dần, với việc sử dụng đầy đủ ở tuần đầu và cân nhắc giảm hoặc ngừng ở các tuần tiếp theo nếu bệnh nhân không xuất hiện IRR [10, 11, 13, 14]. Tuy nhiên, trong thực hành lâm sàng, một số bệnh nhân vẫn được duy trì corticosteroid kéo dài hơn. Việc này có thể làm gia tăng nguy cơ tác dụng không mong muốn liên quan đến corticosteroid [15]. Do đó, việc có thể cân nhắc chiến lược giảm liều và ngừng dexamethason sớm ở những bệnh nhân không xuất hiện IRR, nhằm tối ưu hóa tính an toàn và chi phí điều trị.

Chúng tôi đánh giá hiệu quả dự phòng IRR thông qua tỷ lệ bệnh nhân gặp IRR ở bất kỳ mức độ nào và IRR buộc phải ngừng truyền; tỷ lệ ghi nhận trong nghiên cứu lần lượt là 16,4% và 5,5%. Phân tích đa biến cho thấy tiền sử IRR và mẫn ngứa ở các chu kỳ trước là những yếu tố nguy cơ làm gia tăng khả năng xuất hiện IRR. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trước đó, khi các biểu hiện phản ứng nhẹ ở da trong những chu kỳ trước được ghi nhận là yếu tố dự báo IRR ở các chu kỳ sau [16, 17].

Khi đánh giá hiệu quả việc dự phòng, nghiên cứu ghi nhận nhóm bệnh nhân được dự phòng không đầy đủ có nguy cơ xuất hiện IRR cao hơn so với nhóm dự phòng phù hợp, trong khi dự phòng thừa không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê với nguy cơ IRR ở mọi mức độ hoặc IRR buộc phải ngừng truyền. Kết quả này cho thấy việc tuân thủ phác đồ dự phòng phù hợp theo khuyến cáo có vai trò quan trọng trong việc giảm nguy cơ xảy ra IRR, đồng thời hạn chế việc sử dụng thuốc không cần thiết. Các bằng chứng từ nghiên cứu tổng hợp và phân tích gộp gần đây cho thấy việc tăng cường hoặc kéo dài phác đồ dự phòng IRR trong điều trị bằng taxan không làm giảm đáng kể tỷ lệ phản ứng liên quan truyền hoặc cải thiện các kết cục lâm sàng [8]. Trong khi đó, các chiến lược giảm bậc hoặc ngừng dự phòng sau khi bệnh nhân dung nạp tốt ở các chu kỳ đầu vẫn duy trì tỷ lệ IRR thấp, cũng củng cố thêm bằng chứng về việc sử dụng dự phòng vượt mức cần thiết không mang lại lợi ích bổ sung rõ ràng và có thể làm tăng nguy cơ tác dụng không mong muốn cũng như chi phí điều trị [8]. Do đó, để tối ưu hóa hiệu quả dự phòng IRR, cần lựa chọn phác đồ dự phòng phù hợp với từng tác nhân hóa trị và cá thể hóa theo nguy cơ của bệnh nhân. Tuy nhiên, trong thực hành lâm sàng, việc sử dụng thuốc dự phòng vẫn còn mang tính kinh nghiệm và thói quen kê đơn, chưa hoàn toàn dựa trên các khuyến cáo hiện hành. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi góp phần nhấn mạnh vai trò của việc tuân thủ hướng dẫn trong dự phòng IRR không chỉ giúp cải thiện hiệu quả dự phòng mà còn tối ưu hóa sử dụng thuốc và chi phí điều trị.

5. Kết luận

Tỷ lệ dự phòng phản ứng tiêm truyền (IRR) chưa phù hợp còn cao, trong đó chủ yếu là dự phòng thừa. Dự phòng không đầy đủ làm tăng nguy cơ IRR, trong khi dự phòng thừa không làm giảm nguy cơ IRR ở bất kỳ mức độ nào, bao gồm cả IRR phải ngừng truyền. Kết quả nhấn mạnh sự cần thiết tuân thủ đúng khuyến cáo và cá thể hóa chiến lược dự phòng IRR theo nguy cơ của từng bệnh nhân.

Tài liệu tham khảo

- [1] F. Bray, M. Laversanne, H. Sung et al., Global Cancer Statistics 2022: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries, CA: A Cancer Journal for Clinicians, Vol. 74, No. 3, 2024, pp. 229-263, <https://doi.org/10.3322/caac.21834>.
- [2] International Agency for Research on Cancer, GLOBOCAN 2020 Vietnam, <https://gco.iarc.who.int/today/en>, 2022 (accessed on: April 15th, 2026).
- [3] W. J. Gradishar, M. S. Moran, J. Abraham et al., Breast Cancer, Version 3.2024, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, Journal of the National Comprehensive Cancer Network, Vol. 22, No. 5, 2024, pp. 331-357, <https://doi.org/10.6004/jnccn.2024.0035>.
- [4] G. H. Lyman, D. C. Dale, J. Crawford, Incidence and Predictors of Low Dose-Intensity in Adjuvant Breast Cancer Chemotherapy: A Nationwide Study of Community Practices, Journal of Clinical Oncology, Vol. 21, No. 24, 2003, pp. 4524-4531, <https://doi.org/10.1200/jco.2003.05.002>.
- [5] A. Barroso, F. Estevinho, V. Hespagnol, E. Teixeira, J. R. Carvalho, A. Araújo, Management of Infusion-Related Reactions in Cancer Therapy: Strategies and Challenges, ESMO Open, Vol. 9, No. 3, 2024, pp. 102922, <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2024.102922>.
- [6] H. J. Lenz, Management and Preparedness for Infusion and Hypersensitivity Reactions, Oncologist, Vol. 12, No. 5, 2007, pp. 601-609, <https://doi.org/10.1634/theoncologist.12-5-601>.
- [7] A. Clemmons, A. Gandhi, A. Clarke, S. Jimenez, T. Le, G. Ajebo, Premedications for Cancer Therapies: A Primer for the Hematology/Oncology Provider, Journal of the Advanced Practitioner in Oncology, Vol. 12, No. 8, 2021, pp. 810-832, <https://doi.org/10.6004/jadpro.2021.12.8.4>.
- [8] C. Tsang, J. Robinson, P. F. W. Price, S. Y. Brule, S. M. Moore, the Utility of H2 Receptor Antagonists in Preventing Infusion-Related Reactions to Paclitaxel Chemotherapy, Cancer, Vol. 129, No. 23, 2023, pp. 3815-3819, <https://doi.org/10.1002/cncr.35006>.
- [9] A. Goubil, L. Lallier, E. Peyrilles et al., Overview of Premedication Prescription and Intake in An Oncology Day Hospital: What Do We Need to Change to Improve Patient Management?, Journal of Oncology Pharmacy Practice, Vol. 30, No. 1, 2024, pp. 88-99, <https://doi.org/10.1177/10781552231168314>.
- [10] S. Roselló, I. Blasco, L. García Fabregat, A. Cervantes, K. Jordan, Management of Infusion Reactions to Systemic Anticancer Therapy: ESMO Clinical Practice Guidelines, Annals of Oncology, Vol. 28 (Suppl. 4), 2017, pp. iv100-iv118, <https://doi.org/10.1093/annonc/mdx216>.
- [11] National Cancer Control Programme, Breast SACT Regimens, <https://www.hse.ie/eng/services/list/5/cancer/profile/chemoprotocols/breast/> (accessed on: April 17th, 2026).
- [12] O. M. Lansinger, S. Biedermann, Z. He, A. D. Colevas, Do Steroids Matter? A Retrospective Review of Premedication for Taxane Chemotherapy and Hypersensitivity Reactions, Journal of Clinical Oncology, Vol. 39, No. 32, 2021, pp. 3583-3590, <https://doi.org/10.1200/jco.21.01200>.
- [13] eviQ, Cancer Treatment Online, <https://www.eviq.org.au/>, 2026 (accessed on: April 17th, 2026).
- [14] EMC, Medicines Information, <https://www.medicines.org.uk/emc>, 2026 (accessed on: April 17th, 2026).
- [15] N. Parinyanitikul, W. Tanpipattanukul et al., Incidence of Infusion Hypersensitivity Reaction after Withholding Dexamethasone Premedication in Early Breast Cancer Patients not Experiencing Two Previous Cycles of Infusion Hypersensitivity Reaction for Weekly Paclitaxel Chemotherapy, Support Care Cancer, Vol. 26, No. 7, 2018, pp. 2471-2477, <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4087-3>.
- [16] G. M. Shepherd, Hypersensitivity Reactions to Chemotherapeutic Drugs, Clin Rev Allergy Immunol, Vol. 24, No. 3, 2003, pp. 253-62, <https://doi.org/10.1385/CRIAI:24:3:253>.
- [17] H. Holliday, Management of Cancer Medication-Related Infusion Reactions, Cancer Care Ontario, Canada, <https://coilink.org/20.500.12592/zfr2r6>, 2019 (accessed on: April 17th, 2026).