

bệnh lý nêu trên trong số trẻ em nói chung và trẻ em không mắc HPQ, việc thực hiện đầy đủ hơn có thể cho kết quả chi tiết hơn về mối liên quan và chỉ số nguy cơ mắc HPQ ở trẻ có và không có GSSK liên quan với VMDU và chàm da/VDDU.

**V. KẾT LUẬN**

1. Việc lập và phân tích gia sử sức khỏe được thực hiện cho 167 gia đình bệnh nhi tham gia. Trong đó, bệnh nhi có GSSK (+) với HPQ là 39 trường hợp chiếm 23,35% trên tổng số khảo sát. Đồng thời ghi nhận được tỷ lệ trẻ mắc HPQ có GSSK (+) với VMDU là khoảng 44,9%, GSSK (+) với chàm da/VDDU là từ 18,6%.

2. Tỷ lệ cá thể mắc bệnh hen phế quản có mối liên quan thân nhân bậc 1 và bậc 2 trong các gia đình bệnh nhi hen phế quản Có 1/3 số lượng gia đình bệnh nhi HPQ có ít nhất thêm 01 thành viên mắc bệnh HPQ trong vòng 03 thế hệ (tính tới mức thân nhân bậc 1 và 2). Trong số gia đình được khảo sát, tỷ lệ anh chị em trực hệ cùng mắc HPQ là cao nhất, đến cha/mẹ, và tới ông/bà. Tỷ lệ trẻ có thân nhân bậc 1 mắc HPQ cao hơn tỷ lệ trường hợp thân nhân bậc 2 mắc HPQ.

3. Ghi nhận mối liên quan khi GSSK có bệnh VMDU, chàm da/VDDU đến diễn tiến, đáp ứng điều trị bệnh HPQ của bệnh nhi.

**VI. LỜI CẢM ƠN**

Nghiên cứu này được thực hiện dưới sự hỗ trợ của Quỹ Phát triển khoa học và công nghệ TPHCM thuộc Sở Khoa học và Công nghệ TPHCM

(mã số 1426/QĐ-SKH-CN)

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- Asher I, Pearce N.** Global burden of asthma among children. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2014;18(11):1269-1278. doi:10.5588/ijtld.14.0170
- Huong L, Hanh N, Duong-Quy S.** Đặc điểm kiểu hình hen dị ứng ở trẻ em. *Tạp chí Nghiên cứu và Thực hành Nhi khoa.* 2020;4. doi:10.47973/jprp.v4i6.269
- Burke W, Fesinmeyer M, Reed K, Hampson L, Carlsten C.** Family history as a predictor of asthma risk. *American Journal of Preventive Medicine.* 2003;24(2):160-169. doi:10.1016/S0749-3797(02)00589-5
- Bennett RL.** Family Health History. *Medical Clinics of North America.* 2019;103(6):957-966. doi:10.1016/j.mcna.2019.06.002
- Ginsburg GS, Wu RR, Orlando LA.** Family health history: underused for actionable risk assessment. *The Lancet.* 2019;394(10198):596-603. doi:10.1016/S0140-6736(19)31275-9
- Wang TN, Chao YY, Wang TH, Chen CJ, Ko YC.** Familial Risk of Asthma Among Adolescents and Their Relatives in Taiwan. *Journal of Asthma.* 2001;38(6):485-494. doi:10.1081/JAS-100105869
- Yu H, Su F, Wang LB, et al.** The Asthma Family Tree: Evaluating Associations Between Childhood, Parental, and Grandparental Asthma in Seven Chinese Cities. *Front Pediatr.* 2021;9:720273. doi:10.3389/fped.2021.720273
- Ferreira MA, Vonk JM, Baurecht H, et al.** Shared genetic origin of asthma, hay fever and eczema elucidates allergic disease biology. *Nat Genet.* 2017;49(12):1752-1757. doi:10.1038/ng.3985
- Sio YY, Chew FT.** Risk factors of asthma in the Asian population: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Physiological Anthropology.* 2021;40(1):22. doi:10.1186/s40101-021-00273-x

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA PHÁC ĐỒ CHOPE TRÊN NGƯỜI BỆNH U LYMPHO KHÔNG HODGKIN TẾ BÀO T NGOẠI VI**

**TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Đánh giá tác dụng không mong muốn của phác đồ CHOPE trên người bệnh u lympho không Hodgkin tế bào T ngoại vi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh trên 45 người bệnh u lympho không Hodgkin tế bào T ngoại vi điều trị phác đồ CHOPE tại Bệnh viện K từ tháng 05/2019 đến tháng 05/2023. **Kết quả:** 45 người bệnh trải qua 261 chu kỳ điều trị, 93,3% hoàn

Nguyễn Thị Thu Hương<sup>1,2</sup>, Đỗ Huyền Nga<sup>2</sup>

thành đủ 6 chu kỳ điều trị, 100% dùng đủ liều. Tác dụng không mong muốn trên hệ tạo huyết gặp nhiều nhất là thiếu máu với 35,2%, hạ bạch cầu 6,1% (1,9% hạ bạch cầu độ IV), hạ tiểu cầu 1,9%. Tác dụng không mong muốn ngoài hệ tạo huyết gặp nhiều nhất là tăng SGPT (20,9%), tăng SGOT là 4,2%, độc tính thần kinh ngoại vi là 3,1%, buồn nôn là 2,7%, nôn là 1,9%, đi ngoài phân lỏng là 0,8%, đa số ở độ I-II; không có trường hợp nào suy thận, loét miệng, táo bón và độc tính liên quan đến tim mạch. **Kết luận:** Phác đồ CHOPE dung nạp tốt.

**Từ khóa:** Độc tính, CHOPE, etoposid và CHOP, u lympho không Hodgkin tế bào T ngoại vi

**SUMMARY**

**ASSESSMENT OF THE TOXICITIES OF CHOPE REGIMEN IN PATIENTS WITH PERIPHERAL T-CELL NON-HODGKIN LYMPHOMA**

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hương

Email: nguyenthuong.onc@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.6.2024

Ngày duyệt bài: 17.7.2024

**Objective:** Evaluate the toxicity of the CHOPE regimen in patients with peripheral T-cell non-Hodgkin's lymphoma. **Research subjects and methods:** Descriptive study of a series of cases on 45 patients with peripheral T-cell non-Hodgkin lymphoma treated with the CHOPE regimen at K Hospital from May 2019 to May 2023. **Results:** 45 patients underwent 261 treatment cycles, 93.3% completed 6 cycles, 100% used the full dose. The most common adverse effects on the hematopoietic system was anemia with 35.2%, leukopenia with 6.1% (grade IV leukopenia with 1.9%) and thrombocytopenia with 1.9%. The most common non-hematopoietic toxicities was increased SGPT (20.9%), increased SGOT was 4.2%, peripheral neurotoxicity was 3.1%, nausea was 2.7%, vomiting was 1.9%, diarrhoea was 0.8%, mostly grade I-II; There were no cases of renal failure, mouth ulcers, constipation, and cardiovascular-related toxicity. **Conclusion:** CHOPE regimen was well tolerated. **Keywords:** Toxicity, CHOPE, etoposide and CHOP, peripheral T-cell non-Hodgkin lymphoma

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U lympho không Hodgkin tế bào T chiếm 10-15% u lympho không Hodgkin, phát triển từ tế bào T trưởng thành gồm 2 dưới nhóm là u lympho không Hodgkin tế bào T ngoại vi (chiếm đa số) và u lympho không Hodgkin tế bào T ở da.<sup>1,2</sup> U lympho không Hodgkin tế bào T ngoại vi có tiên lượng xấu, tỷ lệ sống toàn bộ tại thời điểm 3 năm là 45%,<sup>3</sup> trong khi đối với tế bào B tỷ lệ sống toàn bộ 5 năm là 64,6% đến 90,2% tùy thể mô bệnh học.<sup>4</sup> Phác đồ CHOP (cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine và prednisolone) là phác đồ điều trị nền tảng cho hầu hết các thể mô bệnh học của u lympho không Hodgkin bao gồm cả tế bào B và tế bào T ngoại vi. Tỷ lệ sống toàn bộ sau 3 năm ở người bệnh u lympho không Hodgkin tế bào T ngoại vi điều trị phác đồ CHOP là 37%.<sup>5</sup> Do có tiên lượng xấu, một số nghiên cứu đã chỉ ra việc thêm etoposide vào phác đồ CHOP trong phác đồ CHOPE cải thiện kết quả điều trị, tỷ lệ đáp ứng toàn bộ đạt 76,1%, tỷ lệ sống bệnh không tiến triển và tỷ lệ sống toàn bộ tại thời điểm 3 năm là 29,9% và 47%.<sup>5</sup> Tuy nhiên việc thêm etoposide vào phác đồ CHOP làm tăng độc tính, do vậy trong thực tế lâm sàng phác đồ CHOPE chỉ được lựa chọn trên những người bệnh tuổi dưới 65, thể trạng tốt. Tại Bệnh viện K, phác đồ CHOPE trong điều trị u lympho không Hodgkin tế bào T ngoại vi từ nhiều năm nay, chúng tôi nhận thấy kiểm soát độc tính là vấn đề đặc biệt quan trọng góp phần cải thiện kết quả điều trị. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Đánh giá tác dụng không mong muốn của phác đồ CHOPE trên bệnh nhân u lympho không Hodgkin tế bào T ngoại vi" với mục tiêu mang lại cái nhìn tổng quan về việc

kiểm soát độc tính của phác đồ này.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** 45 người bệnh chẩn đoán xác định u lympho không Hodgkin tế bào T ngoại vi dựa vào mô bệnh học theo phân loại của WHO 2016 điều trị bước 1 bằng phác đồ CHOPE tại Bệnh viện K từ tháng 5/2019 đến tháng 5/2023. Tuổi  $\leq$  65, thể trạng tốt (ECOG 0-2), chưa điều trị toàn thân trước đó, không mắc các bệnh lý có chống chỉ định với hoá chất: nhồi máu cơ tim trong vòng 30 ngày, viêm cơ tim, suy tim với phân suất tống máu  $<$ 50%. Chúng tôi loại trừ các trường hợp mắc bệnh đồng mắc nghiêm trọng (suy gan, suy thận, bệnh ung khác kèm theo,...), bệnh nhân có dị ứng, quá mẫn với thuốc nghiên cứu, bỏ điều trị không phải vì lý do chuyên môn.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả chùm ca bệnh
- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện K
- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 05/2019 đến tháng 05/2023

- Cỡ mẫu: thuận tiện, lấy toàn bộ bệnh nhân đảm bảo tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu

- Quy trình nghiên cứu:

Người bệnh đánh giá đủ tiêu chuẩn điều trị được điều trị phác đồ CHOPE (etoposide 100 mg/m<sup>2</sup> ngày 1-3, cyclophosphamide 750 mg/m<sup>2</sup> ngày 1, doxorubicin 50 mg/m<sup>2</sup> ngày 1, vincristine 1,4 mg/m<sup>2</sup> ngày 1 (tối đa 2 mg), prednisolone 100 mg/ngày, chu kỳ 21 ngày)

Trong quá trình điều trị người bệnh được sử dụng chống nôn palonosetron 0,25 mg x 1 ống trước truyền hoá chất 30 phút, sự phòng hạ bạch cầu bước 1 bằng filgrastim 5 mcg/kg x ngày 1 lọ, tiêm dưới da, bắt đầu từ ngày 4 đến ngày 10 sau truyền hóa chất, hoặc Peg-filgrastim 6 mg, tiêm dưới da 1 lọ sau truyền hóa chất 1 ngày. Dự phòng hội chứng ly giải u, huyết khối nếu có chỉ định. Truyền thuốc tái tạo xương, máu và các chế phẩm máu nếu cần thiết, điều trị kháng virus viêm gan B nếu có.

Độc tính của phác đồ được ghi nhận trong suốt quá trình điều trị, theo từng chu kỳ mỗi 21 ngày dựa vào khám lâm sàng, xét nghiệm công thức máu

- Phương pháp thu thập số liệu: theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất dựa trên thăm khám người bệnh và bệnh án điều trị.

- Các thông tin thu thập: đặc điểm chung bệnh nhân nghiên cứu, tác dụng không mong muốn được đánh giá dựa vào phân loại của NCI-CTCAE 5.0

- **Phân tích và xử lý số liệu:** Số liệu được thu thập, phân tích và xử lý dựa vào phần mềm SPSS 20.0. Đánh giá tỷ lệ, mức độ xuất hiện tác dụng không mong muốn trên hệ tạo huyết và ngoài hệ tạo huyết trên tổng số chu kỳ điều trị hoá chất.

**2.3. Đạo đức trong nghiên cứu.** Nghiên cứu thuộc 1 nhánh nhỏ của đề tài "Đánh giá kết quả điều trị của thuốc sorafenib trên bệnh nhân ung thư gan nguyên phát" được thông qua hội đồng đạo đức nghiên cứu y sinh học trường ĐHYHN theo quyết định số 3216/QĐ-ĐHYHN.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Trong thời gian nghiên cứu, 45 bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn, thời gian theo dõi trung vị 32,2 tháng, ngắn nhất 5,4 tháng, dài nhất 51,8 tháng. Tại thời điểm 4 năm tỷ lệ PFS là 43%, OS là 51%. Tổng số chu kỳ điều trị là 261 chu kỳ.

- **Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu**

**Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu**

Đặc điểm		Số bệnh nhân	%
		<b>Tổng=45</b>	
<b>Tuổi</b>	Trung bình: 40,58 ± 13,59 (17-63)		
<b>Giới</b>	Nam	32	71
<b>PS</b>	0-1	41	91,1
	2	4	8,9
<b>Giai đoạn</b>	I	7	15,6
	II	12	26,7

**Bảng 2. Tác dụng không mong muốn trên hệ tạo huyết**

Tác dụng không mong muốn (Số chu kỳ=261)	Mọi mức độ		Độ 1		Độ 2		Độ 3		Độ 4	
	Số chu kỳ	%	Số chu kỳ	%	Số chu kỳ	%	Số chu kỳ	%	Số chu kỳ	%
Thiếu máu	92	35,2	73	28	19	7,2	0	0	0	0
Hạ bạch cầu hạt	16	6,1	7	2,7	4	1,5	0	0	5	1,9
Hạ tiểu cầu	5	1,9	5	1,9	0	0	0	0	0	0

**Nhận xét:** Trong số 261 chu kỳ điều trị, tác dụng không mong muốn trên huyết học thường gặp nhất với tỷ lệ thiếu máu, hạ bạch cầu và hạ tiểu cầu lần lượt là 35,2%; 6,1% và 1,9%. Thiếu máu và hạ tiểu cầu chủ yếu gặp độ 1-2. Tỷ lệ hạ bạch cầu hạt độ 3,4 là 1,9% với 4 bệnh nhân sốt hạ bạch cầu.

**Bảng 3. Tác dụng không mong muốn ngoài hệ tạo huyết**

Tác dụng không mong muốn (Số chu kỳ=261)	Mọi mức độ		Độ 1		Độ 2		Độ 3		Độ 4	
	Số chu kỳ	%	Số chu kỳ	%	Số chu kỳ	%	Số chu kỳ	%	Số chu kỳ	%
Tăng SGOT	11	4,2	11	4,2	0	0	0	0	0	0
Tăng SGPT	53	20,9	52	19,9	1	0,4	0	0	0	0
Tăng Creatinin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Loét miệng	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Buồn nôn	7	2,7	7	2,7	0	0	0	0	0	0
Nôn	5	1,9	5	1,9	0	0	0	0	0	0
Táo bón	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Đi ngoài phân lỏng	2	0,8	2	0,8	0	0	0	0	0	0
Độc tính thần kinh ngoại vi	8	3,1	8	3,1	0	0	0	0	0	0
Độc tính tim mạch	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

	III	20	44,4
	IV	6	13,3
	<b>LDH tăng</b>	3	6,7
	<b>Acid uric</b>	11	24,4
<b>Thể mô bệnh học</b>	U lympho tế bào lớn bất thực sản có ALK (-)	1	2,2
	U lympho tế bào lớn bất thực sản có ALK (+)	7	15,6
	U lympho tế bào T nguyên bào miễn dịch mạch	9	20
	U lympho tế bào T ngoại vi, không phải những thể đặc biệt khác	27	60
	Thể khác	1	2,2
<b>Nguy cơ</b>	Thấp (IPI 0-1)	33	73,4
	Trung bình thấp (IPI 2)	11	24,4
	Trung bình cao (IPI 3)	1	2,2
<b>Điều trị</b>	Hoàn thành đủ 6 chu kỳ*	42	93,3
	Liều thuốc 100%	45	100
	Xạ trị củng cố sau đáp ứng với CHOPE	7	15,6

\* Có 3 BN tiến triển sau 3 chu kỳ điều trị chuyển điều trị phác đồ bước 2

**Nhận xét:** Tuổi trung bình 40,58 tuổi, đa số giới nam (71%), chỉ số toàn trạng 0-1 (91,1%), giai đoạn III (44,4%), nguy cơ thấp (73,4%). 93,3% hoàn thành đủ 6 chu kỳ CHOPE. Có 7 bệnh nhân xạ trị củng cố sau đáp ứng với phác đồ CHOPE.

- **Tác dụng không mong muốn**

**Nhận xét:** tăng SGPT chiếm tỷ lệ cao nhất với 20,9%, các độc tính khác chiếm chỉ lệ thấp < 5%. Đa số các tác dụng không mong muốn đều ở mức độ nhẹ độ I-II.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu, 45 người bệnh trải qua 261 chu kỳ điều trị hoá chất, 100% dùng đủ liều, không có trường hợp nào phải giảm liều hoặc tử vong trong quá trình điều trị. Trong quá trình điều trị tác dụng không mong muốn trên hệ tạo huyết thường gặp nhất, thiếu máu gặp trong 35,2%; chủ yếu ở độ I, không có bệnh nhân nào thiếu máu độ III và IV. Không có bệnh nhân nào bị gián đoạn điều trị do giảm huyết sắc tố sau truyền hoá chất. Giảm tiểu cầu là tác dụng không mong muốn ít gặp nhất (1,9%). Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ hạ tiểu cầu độ I, không có bệnh nhân nào hạ tiểu cầu nặng. Phân tích tổng hợp so sánh hiệu quả CHOP so với CHOPE của Shu Deng và cộng sự cho thấy thiếu máu và giảm tiểu cầu là 2 tác dụng không mong muốn gặp nhiều hơn 1,5 lần ở phác đồ CHOPE so với CHOP, không có sự khác biệt về tỷ lệ hạ bạch cầu giữa 2 nhóm. <sup>6</sup> Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 5/261 chu kỳ có hạ bạch cầu độ IV. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Ekarat với tỷ lệ hạ bạch cầu là 21,9%; trong đó 8,9% hạ bạch cầu độ III và IV. <sup>7</sup> Như vậy, có thể thấy mặc dù phác đồ CHOPE có Doxorubicin, Etoposide và Cyclophosphamide gây ức chế tuỷ xương nhưng bệnh nhân dung nạp tốt, tác dụng không mong muốn của phác đồ trên hệ tạo huyết gặp ở mức độ nhẹ và vừa, hiếm gặp mức độ nặng. Việc sử dụng dự phòng hạ bạch cầu đối với phác đồ CHOPE là điều cần thiết để giảm tối đa nguy cơ hạ bạch cầu. Có 4 người bệnh hạ bạch cầu độ IV có biến chứng sốt hạ bạch cầu, xảy ra sau chu kỳ thứ. Các trường hợp này bị trì hoãn điều trị tuy nhiên tất cả đều không quá 10 ngày.

Đối với các tác dụng không mong muốn ngoài hệ tạo huyết: tăng men gan thường gặp nhất, có 7 bệnh nhân (15,6%) tăng nồng độ SGOT trong số 11 chu kỳ điều trị. Trong 7 bệnh nhân này chỉ có 1 bệnh nhân viêm gan B. Không có bệnh nhân nào tăng SGOT độ II, III và IV. Tỷ lệ tăng SGPT trong 261 chu kỳ là 20,3%. Tăng men gan chủ yếu gặp độ I, chỉ có 1 bệnh nhân tăng men gan độ II. Không có bệnh nhân nào tăng men gan độ III và IV. Ngoài ra các tác dụng không mong muốn khác như nôn, buồn nôn, thần kinh ngoại vi đều gặp tỷ lệ rất ít (dưới 3%) và không có trường hợp nào suy thận. Su Deng và cộng sự cho thấy về nôn và buồn nôn

gần như tương đương ở nhóm thêm etoposide vào phác đồ CHOP so với CHOP đơn thuần. <sup>7</sup> Một số kết quả từ các nghiên cứu khác cũng chung nhận định hầu như không có sự khác biệt giữa các tác dụng không mong muốn khác giữa 2 phác đồ này. <sup>8</sup>

Như vậy, việc thêm etoposid vào phác đồ CHOP trên u lympho không Hodgkin tế bào T không làm tăng các tác dụng không mong muốn trầm trọng, gần như độc tính mức độ nhẹ có thể kiểm soát được và không gây ảnh hưởng lớn tới liệu trình điều trị.

#### V. KẾT LUẬN

Phác đồ CHOPE an toàn với người bệnh, các tác dụng không mong muốn thường gặp nhất là thiếu máu (35,2%), hạ bạch cầu (6,1%), tăng SGPT (20,9%), đa số độ I-II. Việc sử dụng các thuốc dự phòng hạ bạch cầu là cần thiết để giảm các nguy cơ biến chứng do độc tính.

#### VI. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn Ban lãnh đạo, Phòng Kế hoạch tổng hợp, các khoa lâm sàng bệnh viện K đã tạo mọi điều kiện giúp tôi hoàn thành nghiên cứu này.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wang SS VJ. Epidemiology and Prognosis of T-Cell Lymphoma. Foss, F, editor T-cell Lymphomas HumanaPress. 2013:25–39.
2. A clinical evaluation of the International Lymphoma Study Group classification of non-Hodgkin's lymphoma. The Non-Hodgkin's Lymphoma Classification Project. Blood. Jun 1 1997;89(11):3909-18.
3. Huang Y, Lin TY, Wu QL, et al. Survival outcomes of T-cell non-Hodgkin's lymphoma: a report of 111 cases. Ai Zheng. Apr 2005;24(4):470-4.
4. Survival Rates and Factors That Affect Prognosis (Outlook) for Non-Hodgkin Lymphoma. <https://www.cancer.org/cancer/non-hodgkin-lymphoma/detection-diagnosis-staging/factors-prognosis.html>
5. Liu X, Yang M, Wu M, et al. A retrospective study of the CHOP, CHOPE, and CHOPE/G regimens as the first-line treatment of peripheral T-cell lymphomas.
6. Deng S, Lin S, Shen J, Zeng Y. Comparison of CHOP vs CHOPE for treatment of peripheral T-cell lymphoma: a meta-analysis. Onco Targets Ther. 2019;12:2335-2342
7. Rattarittamrong E, Norasetthada L, Tantiworawit A, Chai-Adisaksopha C, Nawarawong W. CHOEP-21 chemotherapy for newly diagnosed nodal peripheral T-cell lymphomas (PTCLs) in Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. J Med Assoc Thai. 2013; 96(11):1416.
8. Lu W. Preliminary study of CHOPE treatment for patients with advanced non-Hodgkin's lymphoma (NHL). Chinese Journal of Clinical Oncology. 2007;34(3):151–153. Chinese.

# PHÂN BỐ CÁC CHỦNG VI KHUẨN GRAM ÂM THƯỜNG GẶP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH NĂM 2023

Nguyễn Văn An<sup>1,2</sup>, Nguyễn Văn Đức<sup>3</sup>, Lê Hạ Long Hải<sup>4,5</sup>

## TÓM TẮT

Các chủng vi khuẩn Gram âm có xu hướng gia tăng trong các bệnh nhiễm trùng, do đó, các nghiên cứu về phân bố các chủng vi khuẩn này rất cần thiết trong công tác giám sát bệnh. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang nhằm xác định tỷ lệ nhiễm và phân bố các chủng vi khuẩn Gram âm gây bệnh thường gặp tại bệnh viện đa khoa Tâm Anh năm 2023. **Kết quả:** Trong 7196 mẫu nuôi cấy, có 1934 mẫu dương tính, chiếm tỷ lệ 26,9%. Tỷ lệ dương tính cao nhất ở bệnh phẩm dịch hô hấp là 32,6%, tiếp đó là nước tiểu 23,2%, máu 5,5%, dịch cơ thể 18,0% và phân 1,5%. Nghiên cứu đã phân lập được 2014 chủng vi khuẩn phân lập được từ các mẫu dương tính, Haemophilus influenzae là chủng vi khuẩn có tỷ lệ cao nhất (44,4%), tiếp theo là Moraxella catarrhalis (31,0%) và Escherichia coli (15,9%), trong khi các vi khuẩn khác chiếm tỷ lệ <3,5%. H. influenzae (55,8%) và M. catarrhalis (30,0%) là căn nguyên chính gây nhiễm khuẩn đường hô hấp, trong khi E. coli là căn nguyên chính gây nhiễm khuẩn tiết niệu (82,5%), huyết (77,5%) và dịch cơ thể (57,8%). E. coli là căn nguyên gây bệnh hàng đầu ở các khoa ICU (hồi sức cấp cứu) (61,2%), Nội (56,1%) và Ngoại (75,9%), trong khi tại các khoa Nhi thì H. influenzae (56,2%) và M. catarrhalis (40,0%) là căn nguyên gây bệnh chủ yếu. **Kết luận:** Các tác nhân gây bệnh hàng đầu trong nhóm vi khuẩn Gram âm là H. influenzae, M. catarrhalis và E. coli. E. coli là căn nguyên chính gây nhiễm khuẩn huyết, nhiễm trùng tiết niệu và các dịch cơ thể, đồng thời cũng là tác nhân hay gặp nhất ở khoa Nội, Ngoại và ICU. H. influenzae và M. catarrhalis là căn nguyên thường gặp gây bệnh đường hô hấp và phổ biến nhất tại các khoa Nhi. Kết quả nghiên cứu khẳng định tầm quan trọng của việc giám sát các căn nguyên nhiễm trùng trong bệnh viện.

**Từ khóa:** Vi khuẩn Gram âm, bệnh viện đa khoa Tâm Anh, Haemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis, Escherichia coli.

## SUMMARY

### PREVALANCE AND DISTRIBUTION OF NEGATIVE BACTERIA ISOLATED AT TAM ANH GENERAL HOSPITAL IN 2023

Gram-negative bacteria play a significant role in infectious diseases, highlighting the importance of

understanding their distribution for effective disease surveillance.

**Methods:** This cross-sectional descriptive study aimed to assess the infection rate and prevalence of common gram-negative bacteria at Tam Anh General Hospital in 2023. **Results:** Among 7196 culture samples analyzed, 1934 tested positive, representing a positivity rate of 26.9%. Respiratory samples exhibited the highest positivity rate at 32.6%, followed by urine (23.2%), blood (5.5%), body fluid (18.0%), and stool (1.5%). A total of 2014 bacterial strains were isolated from positive samples, with Haemophilus influenzae being the predominant strain (44.4%), followed by Moraxella catarrhalis (31.0%) and Escherichia coli (15.9%), with other bacteria collectively accounting for <3.5%. H. influenzae (55.8%) and M. catarrhalis (30.0%) were primary pathogens in respiratory tract infections, while E. coli was the most common strain in the urinary tract (82.5%), blood (77.5%), and body fluid (57.8%). In clinical departments, E. coli predominated in ICU (Intensive care unit) (61.2%), Internal Medicine (56.1%), and Surgery (75.9%), whereas H. influenzae (56.2%) and M. catarrhalis (40.0%) were prevalent in Pediatric department.

**Conclusions:** The study underscores H. influenzae, M. catarrhalis, and E. coli as leading Gram-negative bacterial pathogens. E. coli notably contributes to sepsis, urinary tract, and body fluid infections, and is pervasive in Internal Medicine, Surgery, and ICU departments, while H. influenzae and M. catarrhalis predominantly affect respiratory ailments and are prevalent in Pediatric departments, emphasizing the importance of vigilant infectious disease monitoring within hospital settings.

**Keywords:** Gram-negative bacteria, Tam Anh general hospital, Haemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis, Escherichia coli.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các bệnh nhiễm trùng đã, đang và luôn là mối quan tâm hàng đầu trên toàn thế giới. Việc nghiên cứu phân bố các chủng vi khuẩn gây bệnh trong các loại bệnh phẩm tại các cơ sở y tế sẽ giúp ích rất nhiều trong việc đánh giá và giám sát các bệnh nhiễm trùng. Trong những năm gần đây, nhiều nghiên cứu đã chỉ ra sự gia tăng của các vi khuẩn Gram âm như Acinetobacter spp., họ vi khuẩn đường ruột Enterobacteriaceae (E. coli, Klebsiella spp...)..., đồng thời sự đề kháng với các kháng sinh của những chủng vi khuẩn này đã được ghi nhận tại nhiều nơi trên thế giới [1-3]. Việc xác định kịp thời căn nguyên gây nhiễm trùng sẽ định hướng sử dụng kháng sinh, nâng cao hiệu quả điều trị và hạn chế tình trạng kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn. Một số nghiên cứu trong nước và trên thế giới đã chỉ ra rằng sự phân bố các chủng vi khuẩn có sự

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân y 103

<sup>2</sup>Học viện Quân y

<sup>3</sup>Bệnh viện đa khoa Tâm Anh

<sup>4</sup>Đại học Y Hà Nội

<sup>5</sup>Bệnh viện Da liễu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hạ Long Hải

Email: lehalonghai@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.6.2024

Ngày duyệt bài: 19.7.2024