

điều trị. Nhiều nghiên cứu cả trên thế giới và Việt Nam đã ghi nhận tuân thủ điều trị có liên quan đến KSHA. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm tuân thủ điều trị thuốc có khả năng KSHA cao hơn gấp 2,789 lần ($p=0,022$) những người không tuân thủ điều trị. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Vũ Thảo Vy và nghiên cứu tại Ethiopia. Tác giả Nguyễn Vũ Thảo Vy ghi nhận nhóm tuân thủ tốt điều trị thuốc có KSHA cao gấp 17,8 lần nhóm không tuân thủ điều trị thuốc ($p<0,001$) [7]. Nghiên cứu tại Ethiopia ghi nhận người tuân thủ điều trị có khả năng KSHA cao gấp 2,3 lần so với nhóm còn lại ($p<0,05$) [6].

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ KSHA của đối tượng nghiên cứu là 60,5%. Các yếu tố có liên quan đến KSHA bao gồm: thừa cân-béo phì, chế độ ăn giảm mặn, hạn chế uống rượu/bia hoạt động thể lực và tuân thủ điều trị. Việc thực hiện tốt các biện pháp kiểm soát cân nặng, tuân thủ chế độ ăn uống và tuân thủ điều trị để có thể giúp KSHA.

Cần tăng cường các chương trình truyền thông, giáo dục sức khỏe để tuyên truyền, vận động thực hiện chế độ ăn uống, sinh hoạt lành mạnh, quản lý tốt bệnh nhân THA tại các cơ sở y tế nhằm hỗ trợ người bệnh tuân thủ các chế độ điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Coelho JC** (2019), Blood pressure control of hypertensive patients followed in a high complexity clinic and associated variables, *J Bras Nefrol*;43(2):207–216. doi: 10.1590/2175-8239-JBN-2020-0133
2. **Dương Ngọc Định** (2022), Nghiên cứu tình hình và

một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân tăng huyết áp chưa kiểm soát tại Bệnh viện đa khoa Kiên Giang năm 2021-2022, *Tạp chí Y dược học Cần Thơ*, Số 53/2022, Trang 34-40. <https://tapchi.ctump.edu.vn/index.php/ctump/article/view/171/424>

3. **Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, et al** (2002); Prospective Studies Collaboration Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies, the *Lancet*, Volume 360, Issue 9349, pp1903-1913.
4. **Mancia G, Fagard R, Narkiewicz N, et al** (2013), 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC), *European Heart Journal*, Volume 34, Issue 28, pp 2159–2219. DOI: 10.1093/eurheartj/ehz151
5. **Lê Hoàng Phong** (2014), Nghiên cứu tình hình tăng huyết áp và biến chứng ở người Khmer tỉnh Sóc Trăng năm 2013, Luận án chuyên khoa cấp II, trường đại học Y dược Cần Thơ, Cần Thơ.
6. **Solomon M, Negussie Y M, Bekele N T, et al** (2022), "Uncontrolled blood pressure and associated factors in adult hypertensive patients undergoing follow-up at public health facility ambulatory clinics in Bishoftu town, Ethiopia: a multi-center study", *BMC Cardiovascular Disorders*, 23(1):258. doi: 10.1186/s12872-023-03290-z.
7. **Đỗ Văn Tuấn** (2016), Nghiên cứu tình hình, đánh giá kết quả kiểm soát huyết áp và tìm hiểu các yếu tố liên quan đến không kiểm soát được huyết áp ở bệnh nhân tăng huyết áp ≥ 40 tuổi trở lên tại thành phố Sóc Trăng, tỉnh Sóc Trăng năm 2015-2016, Luận án chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Cần Thơ.
8. **Nguyễn Vũ Thảo Vy** (2023), Nghiên cứu tỷ lệ người bị tăng huyết áp điều trị không đạt mục tiêu và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân điều trị ngoại trú tại phòng khám nội, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế, *Tạp chí Y Dược Huế*, Số 7, tập 13, Tr 190-197.

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ U LYMPHO THỂ DA NGUYÊN PHÁT TẠI VIỆN HUYẾT HỌC – TRUYỀN MÁU TRUNG ƯƠNG GIAI ĐOẠN 2017-6/2024

Vũ Đức Bình¹, Khúc Thị Mỹ Hạnh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: U lympho da nguyên phát là một nhóm bệnh tăng sinh lympho không đồng nhất, với sự tăng sinh lympho có thể chỉ giới hạn ở da mà không

có sự tham gia của các hạch bạch huyết, tủy xương hoặc các tạng khi chẩn đoán. U lympho thể da có thể bắt nguồn từ tế bào lympho T trưởng thành, tế bào lympho B trưởng thành hoặc tế bào NK. Đánh giá mô bệnh học bao gồm nhuộm hóa mô miễn dịch của mảnh sinh thiết da là cơ sở chẩn đoán, và đến nay việc điều trị bệnh, nhất là giai đoạn tiến triển vẫn còn nhiều thách thức. **Mục tiêu:** Khảo sát các đặc điểm về chẩn đoán và điều trị u lympho thể da nguyên phát tại viện Huyết học – Truyền máu Trung ương. **Đối tượng:** 58 bệnh nhân U lympho thể da nguyên phát điều trị tại viện từ tháng 1/2017- tháng 6/2024. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu, mô

¹*Viện Huyết học – Truyền máu Trung ương*

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Đức Bình

Email: vuducbinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2025

Ngày duyệt bài: 22.4.2025

tả cắt ngang, có theo dõi dọc. **Kết quả:** Trong 58 bệnh nhân trong nghiên cứu, có 79,3% bệnh nhân là từ chuyên khoa Da liễu chuyển đến; 20,7% là từ các cơ sở ung bướu với thời gian chẩn đoán trung bình là 19,36 tháng (1 tháng – 23 năm). Tuổi trung bình là 50 tuổi (7 tháng – 89 tuổi), tỷ lệ nam: nữ = 1,3:1. 100% bệnh nhân được chẩn đoán thông qua sinh thiết da, loại tổn thương da phổ biến là ban dát sẩn chiếm 41,4%, tiếp đó là 36,2% sẩn cục, 13,8% u cục, 34,5% loét da. 25,9% bệnh nhân có hạch to kèm theo, 13,8% có xâm lấn tủy xương. Có 30,4% bệnh nhân có CD30 (+) trong 44 bệnh nhân được làm xét nghiệm. Có 54 bệnh nhân có nguồn gốc tế bào T (93,1%), chỉ có 4 bệnh nhân có nguồn gốc tế bào B (6,9%). Trong 54 bệnh nhân u lympho tế bào T thì Mycosis fungoides chiếm 29,6%, U lympho tế bào T kém biệt hoá CD30 (+) chiếm 5,6%; U lympho dạng viêm mô mỡ dưới da chiếm 18,5%; tế bào T Gamma delta chiếm 3,7%, còn lại là U lympho tế bào T ngoại vi, unspecified chiếm 42,6%. Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, có 56 bệnh nhân được điều trị, thì có 96,6% bệnh nhân sử dụng hóa trị liệu toàn thân, với các phác đồ: CHOP, CHOPE, CHOPE + lenalidomide, R-CHOP, EPOCH, CVP, GDP, ICE, methotrexat (uống); Brentuximab (Adcetris); pembrolizumab (Keytruda) và 1 bệnh nhân được ghép tế bào gốc tự thân cùng cổ sau điều trị hóa chất. Cho đến hiện tại tháng 8/2024, thì 46,5% bệnh nhân đã tử vong; 48,3 % bệnh nhân còn sống và 5,2 % (3 bệnh nhân) mất dấu. Trong 28 bệnh nhân còn sống có 22 bệnh nhân (78,6%) đạt lui bệnh hoàn toàn hoặc một phần, 6 bệnh nhân có bệnh tiến triển (21,4%). Trong 27 bệnh nhân tử vong, thời gian trung bình từ khi chẩn đoán bệnh đến khi chết là 46,3 tháng (2 tháng – 25 năm). Thời gian sống toàn bộ tại 36 tháng là 41,9%, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển tại 36 tháng là 36,7%. **Kết luận:** Bệnh nhân u lympho thể da chủ yếu được phát hiện từ các cơ sở da liễu thông qua mảnh sinh thiết da, việc chẩn đoán và điều trị vẫn còn nhiều thách thức

Từ khóa: u lympho thể da, mycosis fungoides, tổn thương da, brentuximab, pembrolizumab

SUMMARY

DIAGNOSIS AND TREATMENT PRIMARY CUTANEOUS LYMPHOMA IN NATIONAL INSTITUTE HEMATOLOGY AND BLOOD TRANSFUSION FOR 2017-6/2024

Primary cutaneous lymphoma is a heterogeneous group of lymphoproliferative diseases, with lymphoproliferative disease that may be confined to the skin without involvement of lymph nodes, bone marrow, or viscera. diagnose. Skin lymphoma can originate from mature T lymphocytes, mature B lymphocytes, or NK cells. Histopathological evaluation including immunohistochemical staining of skin biopsies is the basis of diagnosis, and to date, the treatment of the disease, especially in advanced stages, remains a lot of challenging. **Objective:** To investigate the characteristics of diagnosis and treatment of primary cutaneous lymphoma at the National Institute of Hematology and Blood Transfusion. **Subjects:** 58 primary cutaneous lymphoma patients treated at NIHBT from 2017-6/2024. **Methods:** Retrospective, descriptive,

prospective study. **Result:** Among the 58 patients included in the study, 79,3% were transferred from Dermatology, while 20,7% came from oncology center. The average time to diagnosis was 19,36 months (ranging from 1 month to 23 years). The mean age of the patients was 50 years (ranging from 7 months to 89 years), with a male-to-female ratio of 1,3:1. All patients (100%) were diagnosed through skin biopsy, with the most common skin lesions being patches and papules (41,4%), followed by nodules (36,2%), tumors (13,8%), and skin ulcers (34,5%). Approximately 25,9% of patients presented with enlarged lymph nodes, and 13,8% had bone marrow infiltration. Among the 44 patients tested, 30,4% were CD30 (+). There were 54 patients with T-cell origin (93,1%), while only 4 patients had B-cell origin (6,9%). Among the 54 patients with T-cell lymphoma, Mycosis fungoides accounted for 29,6%, ALCL CD30 (+) for 5,6%, subcutaneous panniculitis-like T-cell lymphoma for 18,5%, Gamma delta T-cell lymphoma for 3,7%, and peripheral T-cell lymphoma, not otherwise specified (NOS) for 42,6%. In the study group, 56 patients received treatment, with 96,6% undergoing systemic chemotherapy. The treatment regimens included CHOP, CHOPE, CHOPE + lenalidomide, R-CHOP, EPOCH, CVP, GDP, ICE, oral methotrexate, Brentuximab (Adcetris), and pembrolizumab (Keytruda). One patient underwent autologous stem cell transplantation as consolidation after chemotherapy. As of August 2024, 46,5% of the patients had died, 48,3% were still alive, and 5,2% (3 patients) were lost to follow-up. Among the 28 patients who were still alive, 22 patients (78,6%) achieved complete or partial remission, while 6 patients (21,4%) had disease progression. For the 27 patients who died, the average time from diagnosis to death was 46,3 months (ranging from 2 months to 25 years). **Conclusion:** Patients with primary cutaneous lymphoma are mainly detected from dermatological facilities through skin biopsies, diagnosis and treatment are still a lot of challenging. **Keywords:** Primary cutaneous lymphoma, Brentuximab.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U lympho da nguyên phát là một nhóm bệnh tăng sinh lympho không đồng nhất, với sự tăng sinh lympho có thể chỉ giới hạn ở da mà không có sự tham gia của các hạch bạch huyết, tủy xương hoặc các tạng khi chẩn đoán. U lympho thể da có thể bắt nguồn từ tế bào lympho T trưởng thành, tế bào lympho B trưởng thành hoặc tế bào NK. [1]. Chẩn đoán tỉ mỉ và phân loại chính xác rất cần thiết cho việc lựa chọn các phương án điều trị vì các loại u lympho có thể khác nhau đáng kể về phân loại, tiên lượng và đáp ứng điều trị. Hiện nay, vẫn chưa có phương pháp nào có thể điều trị khỏi bệnh, hiệu quả của các phương pháp trị liệu hiện chỉ giới hạn trong việc giảm các triệu chứng. Việc lựa chọn phác đồ điều trị không chỉ chú trọng đến hiệu quả mà còn phải cân nhắc đến vấn đề an toàn và chất

lượng cuộc sống của từng bệnh nhân. Chính vì vậy, cho đến nay việc điều trị bệnh, nhất là giai đoạn tiền triển vẫn còn nhiều thách thức. Do đó, để góp phần vào công tác quản lý, chẩn đoán cũng như điều trị u lympho thể da ở Việt Nam, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: "Khảo sát tình hình chẩn đoán và điều trị u lympho thể da nguyên phát tại Viện Huyết học – Truyền máu Trung ương".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 58 bệnh nhân U lympho thể da nguyên phát điều trị tại viện Huyết học – Truyền máu Trung ương từ Tháng 1/2017- Tháng 6/2024

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang, hồi cứu.

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

✓ Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân chẩn đoán bệnh là u lympho thể da nguyên phát.

✓ Tiêu chuẩn loại trừ: các bệnh nhân chẩn đoán U lympho thể da sau các u lympho khác

2.2.3. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 1 năm 2017 đến tháng 6 năm 2024, thời gian theo dõi đến tháng 8 năm.

2.3. Các thông số nghiên cứu:

- Đặc điểm chung của bệnh nhân: tuổi, giới tính

- Đặc điểm về chẩn đoán: thời gian xuất hiện triệu chứng, thời gian được chẩn đoán, cơ sở y tế chuyển đến, thể bệnh, đặc điểm tổn thương da, ngoài da, đặc điểm hóa mô miễn dịch.

- Đặc điểm về điều trị: loại phác đồ bệnh nhân được điều trị.

- Thời gian sống toàn bộ.

2.4. Tiêu chuẩn đánh giá: Phân loại thể bệnh theo WHO 2016

2.5. Thu thập và xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung chung của đối tượng nghiên cứu:

3.1.1. Đặc điểm về tuổi của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu (n = 58)

Tuổi trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	Giới
50,26 $\pm$ 21,53 (<1-89 tuổi)	Nam: 56.9% Nữ: 43.1%

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 50,26; nhỏ nhất là 7 tháng, lớn nhất 89

tuổi. Tỷ lệ nam: nữ là 1,3:1

3.1.2. Đặc điểm về phát hiện bệnh

Bảng 3.2. Đặc điểm về phát hiện bệnh của đối tượng nghiên cứu (n = 58)

Giá trị	n	Tỷ lệ %
Thông số		
Từ chuyên khoa da liễu	46	79,3
Từ chuyên khoa ung bướu	12	20,7
Chẩn đoán tổn thương da trước đó khác với chẩn đoán hiện tại		
Giá trị	n	Tỷ lệ %
Lichen phẳng	2	3,4
Vảy nến	2	3,4
Viêm da	6	10,2
Hồng ban nút	2	3,4
Giá trị	Trung bình	Tối thiểu – tối đa
Thông số		
Thời gian chẩn đoán	19,36 tháng	1 tháng – 278 tháng (~23 năm)

Nhận xét: 79,3% bệnh nhân là từ chuyên khoa Da liễu chuyển đến, 20,7% là từ các cơ sở ung bướu với thời gian chẩn đoán trung bình là 19,36 tháng (1 tháng – 23 năm). Có 20,4% bệnh nhân đã được chẩn đoán bệnh khác (lichen phẳng, vảy nến, viêm da, hồng ban nút) trước khi được chẩn đoán là U lympho tế bào T thể da.

3.2. Đặc điểm về chẩn đoán của nhóm nghiên cứu

Bảng 3.3. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (n = 58)

Giá trị	n	Tỷ lệ %
Tổn thương da		
Ban dát sẩn	24	41,4
Sẩn cục	21	36,2
U cục	8	13,8
Loét	20	34,5
Giá trị	n	Tỷ lệ %
Tổn thương ngoài da		
Hạch to	15	25,9
Xâm lấn tủy	8	13,8

Nhận xét: 100% được chẩn đoán thông qua sinh thiết da; loại tổn thương da phổ biến là dạng ban dát sẩn 41,4%, tiếp đó là sẩn cục 36,2%, loét da 34,5%, u cục 13,8%; có 25,9% bệnh nhân có hạch to kèm theo; 13,8% có xâm lấn tủy xương.

Bảng 3.4. Đặc điểm về chẩn đoán của nhóm nghiên cứu

Giá trị	n	Tỷ lệ %
Loại tế bào		
Tế bào T	54	93,1
Tế bào B	4	6,9
Loại tế bào T		

Thể bệnh	Giá trị	n	Tỷ lệ %
Mycosis fungoides/Sézary Syndrom (MF/SS)		16	29,6
Primary cutaneous anaplastic large cell lymphoma (C-ALCL) CD30 (+)		3	5,6
Subcutaneous panniculitis-like T-cell lymphoma (sPTCL)		10	18,5
Primary cutaneous γ/δ T-cell lymphoma (PCGD-TCL)		2	3,7
Primary cutaneous peripheral T-cell lymphoma, unspecified (pcPTCL)		23	42,6
Biểu hiện CD30	Giá trị	n	Tỷ lệ %
Dương tính		16	36,4
Am tính		28	63,6
Tổng		44	100

Nhận xét: Trong 58 bệnh nhân nghiên cứu, 54 bệnh nhân nhóm tế bào T (93,1%), có 4 bệnh nhân nhóm tế bào B (6,9%), không gặp trường hợp nào có nhóm tế bào NK. Trong 54 bệnh nhân u lympho tế bào T thì MF/SS chiếm 29,6%, C-ALCL CD30 (+) chiếm 5,6%, sPTCL chiếm 18,5%, pcPTCL unspecified chiếm 42,6%. Có 44 bệnh nhân được nhuộm CD30 thì có 36,4% bệnh nhân có CD30 (+).

3.3. Đặc điểm về điều trị và tình trạng bệnh của nhóm nghiên cứu

Bảng 3.5. Đặc điểm về điều trị của đối tượng nghiên cứu

	n	Tỷ lệ %
Tại chỗ	2	3,4
Toàn thân + tại chỗ	3	5,2
Toàn thân	53	91,4
Tổng	58	100
Điều trị toàn thân		
Phác đồ đa hóa trị liệu	56	96,6
Brentuximab Vedotin	8	13,8
Pembrolizumab đơn độc	1	1,7
Ghép tế bào gốc tự thân	1	1,7

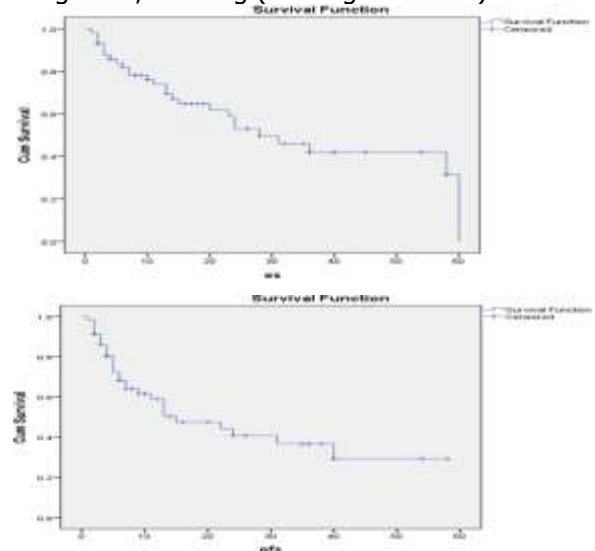
Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, có 58 bệnh nhân được điều trị, có 3,4% bệnh nhân điều trị tại chỗ đơn độc, 96,6% bệnh nhân sử dụng hóa trị liệu toàn thân, với các phác đồ: methotrexat đường uống, CHOP, CHOPE, CHOPE + lenalidomide, R-CHOP, EPOCH, CVP, GDP, ICE, liệu pháp miễn dịch: brentuximab, pembrolizumab (keytruda) và 1 bệnh nhân được ghép tế bào gốc tự thân củng cố sau điều trị hóa chất.

Bảng 3.6. Đặc điểm về tình trạng bệnh nhóm nghiên cứu

	n	Tỷ lệ %
Còn sống	28	48,3
Tử vong	27	46,5
Mất dấu	3	5,2

Bệnh nhân còn sống		
Bệnh ổn định đáp ứng với điều trị	22	78,6
Bệnh tiến triển	6	21,4
Bệnh nhân tử vong		
	Trung bình	Tối thiểu – tối đa
Thời gian từ khi chẩn đoán đến tử vong	46,33 tháng	2 tháng – 25 năm

Nhận xét: Cho đến hiện tại, 27/58 (46,5%) bệnh nhân đã tử vong, 28/58 (48,3%) bệnh nhân còn sống và 3/58 (5,2%) bệnh nhân mất dấu. Trong số 28 bệnh nhân còn sống, có 22 bệnh nhân (78,6%) đạt lui bệnh hoàn toàn hoặc lui bệnh 1 phần, 6 bệnh nhân có bệnh tiến triển (21,4%). Trong số bệnh nhân tử vong, thời gian trung bình từ khi chẩn đoán bệnh đến khi tử vong là 46,33 tháng (2 tháng – 25 năm).



Biểu đồ 3.1. Đặc điểm OS và PFS (OS: thời gian sống thêm toàn bộ; PFS: thời gian sống thêm bệnh không tiến triển)

Nhận xét: Thời gian sống thêm toàn bộ tại thời điểm 36 tháng là 41,9%, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển tại thời điểm 36 tháng là 36,7%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (bảng 3.1, bảng 3.2). Nhóm đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 50,26 tuổi, với ưu thế nam nhiều hơn so với nữ ~ 1,3:1, kết quả này cũng tương tự như các nghiên cứu của các tác giả trên thế giới như Joseph R. Stoll & et al [2], Vitaliana De Sanctis & et al [3]. Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 7 tháng tuổi, lớn tuổi nhất là 89 tuổi.

Đặc trưng chính của U lympho tại da thì tổn

thương da là triệu chứng đầu tiên của bệnh, do đó có tới 79,3% bệnh nhân được chuyển đến chúng tôi từ các cơ sở chuyên khoa Da liễu. Trong đó có 20,4% bệnh nhân có chẩn đoán về chuyên khoa Da liễu trước đó như li chen phẳng, hồng ban nút, viêm da, vảy nến... Thời gian chẩn đoán (thời gian từ lúc xuất hiện tổn thương da đến khi được chẩn đoán bệnh) trung bình là 19,36 tháng, từ 1 tháng đến 23 năm.

4.2. Đặc điểm chẩn đoán của nhóm nghiên cứu. Mô bệnh học và nhuộm hóa mô miễn dịch tổ chức sinh thiết da là cơ sở để chẩn đoán bệnh nên 100% bệnh nhân được sinh thiết da làm chẩn đoán. Chúng tôi gặp tất cả các loại tổn thương da, từ ban dát sẩn, đến dạng u cục hay các dạng tổn thương loét sâu, tương tự như các mô tả của các tác giả Joseph R. Stoll & et al [2], Vitaliana De Sanctis & et al [3]. Ngoài các tổn thương da, 25,9% bệnh nhân có hạch to, tỷ lệ này cao hơn các nghiên cứu: M. Battistella & et al năm 2016 (3,3%) [4], Joseph R. Stoll & et al năm 2021 [2], điều này có thể là do bệnh nhân đến với chúng tôi thường ở giai đoạn muộn. Tương tự như vậy, tỷ lệ bệnh nhân có xâm lấn tủy xương trong nghiên cứu của chúng tôi là 13,8% cũng cao hơn các nghiên cứu khác, như nghiên cứu năm 2020 của tác giả Giulia Tadiotto Cicogna & et al [5], Reejesh Sreedharanunni & et al [6].

Qua bảng 3.2.2, chúng ta thấy trong 58 bệnh nhân nghiên cứu, chỉ có 4 bệnh nhân thuộc nhóm tế bào B (6,9%), có tới 54 bệnh nhân (93,1%) thuộc nhóm tế bào T, không gặp trường hợp nào nhóm tế bào NK, tỷ lệ này khác so với các nghiên cứu khác trên thế giới, tế bào B chiếm khoảng 20% - 30%, tế bào T khoảng 70% - 80% [7], [1], sự khác biệt tỷ lệ này có thể do cỡ mẫu chúng tôi chưa đủ lớn. Trong số 54 bệnh nhân tế bào T, chỉ có 29,6% chẩn đoán MF/SS thấp hơn so các nghiên cứu khác, con số này rơi vào tỷ lệ khoảng 60% [8], [2]. MF/SS là bệnh đặc trưng bởi các tổn thương da tiến triển mạn tính lúc đầu thường chỉ là các tổn thương dạng mảng sau đó sẽ tăng dần về số lượng, kích thước và cuối cùng là sự xâm lấn vào các cơ quan và máu. Bệnh MF/SS giai đoạn đầu có thể điều trị ở chuyên khoa da liễu. Các bệnh nhân đến với chúng tôi thường là giai đoạn muộn, bệnh tiến triển do đó sự phân bố các thể bệnh của U lympho thể da của chúng tôi sẽ khác so với các nghiên cứu khác.

4.2. Hiệu quả điều trị của đối tượng nghiên cứu. Với đặc điểm mô hình bệnh ở viện chúng tôi, thì chỉ có 2 bệnh nhân (3,4%) được

điều trị tại chỗ, còn lại 56 bệnh nhân (96,6%) được điều trị hóa trị liệu toàn thân. Theo hướng dẫn điều trị của bộ y tế Việt Nam cũng như các tổ chức ung thư trên thế giới, các phác đồ đầu tay chúng tôi sử dụng cho bệnh nhân đó là methotrexat đường uống, CHOP, CHOPE, CHOPE + lenalidomide, R-CHOP, EPOCH, CVP và phác đồ hàng 2 như GDP, ICE. U lympho thể da là thể bệnh khó điều trị. Bệnh diễn biến dai dẳng, hay kháng trị, nhanh tái phát. Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, có 1 bệnh nhân với chẩn đoán ACLC CD30 (+) được điều trị hàng 3 bằng Brentuximab Vedotin, do điều kiện kinh tế bệnh nhân không cho phép tuy chỉ điều trị được 4 đợt nhưng cho đến nay gần 4 năm kể từ khi kết thúc điều trị (tháng 7/2020) bệnh nhân vẫn đạt đáp ứng lui bệnh hoàn toàn. 1 bệnh nhân MF có CD30 (-) được điều trị bằng Pembrolizumab (keytruda), bệnh nhân đạt được đáp ứng 1 phần sau 3 đợt điều trị, tuy nhiên sau 2 đợt tiếp theo bệnh tiến triển, hiện tại thì bệnh nhân đã tử vong. Bên cạnh đó, trong số 56 bệnh nhân được điều trị hóa trị toàn thân, 1 bệnh nhân được ghép tế bào gốc tự thân cùng cố, và đến hiện tại bệnh nhân này còn sống với lui bệnh hoàn toàn.

Trong 58 bệnh nhân nghiên cứu, cho đến hiện nay thì có 27 bệnh nhân tử vong (46,5%), 28 bệnh nhân còn sống (48,3%), 3 bệnh nhân mất dấu. Tỷ lệ sống của bệnh nhân từ khi có triệu chứng tại thời điểm 5 năm là 46%, tỷ lệ này thấp hơn các nghiên cứu [9] [2], điều này có thể lý giải là do đa phần bệnh nhân đến với chúng tôi đều là các bệnh nhân có tình trạng bệnh nặng, các dạng tổn thương tiến triển nhanh, xấp xược.

Theo biểu đồ 3.2, thời gian sống thêm toàn bộ tại thời điểm 36 tháng là 41,9%, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển tại thời điểm 36 tháng là 36,7%.

V. KẾT LUẬN

- Sinh thiết da là cơ sở để chẩn đoán bệnh, bệnh thể hiện tổn thương da đa dạng từ ban dát sẩn đến các sẩn cục, u cục tổn thương loét da, có tới 25,9% bệnh nhân có hạch to kèm theo, 13,8% có xâm lấn tủy xương.

- Loại tế bào T chiếm chủ yếu với tỷ lệ 93,1%. Trong 54 bệnh nhân u lympho thể bào T thì MF/SS chỉ chiếm 29,6%. Có 36,4% bệnh nhân có CD30 (+).

- Việc điều trị bệnh vẫn còn nhiều khó khăn và thách thức

VI. MỘT SỐ HÌNH ẢNH TỔN THƯƠNG DA

CỦA BỆNH NHÂN



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sokołowska-Wojdyło M., Olek-Hrab K., and Ruckemann-Dziurdzińska K. (2015). Primary cutaneous lymphomas: diagnosis and treatment. *Postepy Dermatol Alergol*, 32(5), 368–383.
2. Stoll J.R., Willner J., Oh Y., et al. (2021). Primary cutaneous T-cell lymphomas other than mycosis fungoides and Sézary syndrome. Part I: Clinical and histologic features and diagnosis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 85(5), 1073–1090.
3. Sanctis V.D., Osti M.F., Berardi F., et al. (2007). Primary Cutaneous Lymphoma: Local Control and Survival in Patients Treated with Radiotherapy. *ANTICANCER RESEARCH*.
4. Battistella M., Sallé De Chou C., De Bazelaire C., et al. (2016). Lymph node image-guided core-needle biopsy for cutaneous T-cell lymphoma staging. *Br J Dermatol*, 175(6), 1397–1400.
5. Tadiotto Cicogna G., Ferranti M., and Alaibac M. (2020). Diagnostic Workup of Primary Cutaneous B Cell Lymphomas: A Clinician's Approach. *Front Oncol*, 10, 988.
6. Sreedharanunni S., Sachdeva M., Radotra B., et al. (2014). Primary cutaneous T cell lymphoma with bone marrow infiltration and erythroblastopenia – A rare association. *Hematology/Oncology and Stem Cell Therapy*, 7.
7. Sokołowska-Wojdyło M., Olek-Hrab K., and Ruckemann-Dziurdzińska K. (2015). Primary cutaneous lymphomas: diagnosis and treatment. *Postepy Dermatol Alergol*, 32(5), 368–383.
8. Willemze R., Cerroni L., Kempf W., et al. (2019). The 2018 update of the WHO-EORTC classification for primary cutaneous lymphomas. *Blood*, 133(16), 1703–1714.
9. Willemze R., Jaffe E.S., Burg G., et al. (2005). WHO-EORTC classification for cutaneous lymphomas. *Blood*, 105(10), 3768–3785.

ĐÁNH GIÁ PHỤC HỒI VẬN ĐỘNG SAU ĐỘT QUY NÃO BẰNG PHƯƠNG PHÁP ĐIỆN CHÂM KẾT HỢP VẬN ĐỘNG TRỊ LIỆU TẠI BỆNH VIỆN Y DƯỢC CỔ TRUYỀN CÀ MAU NĂM 2024

Huỳnh Ngọc Linh¹, Huỳnh Thị Kim Liên², Võ Chúc Phương²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đột quy não gây hậu quả nặng nề đối với chức năng vận động và khả năng tự chăm sóc của bệnh nhân, đòi hỏi các phương pháp can thiệp hiệu quả. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá hiệu quả phục hồi vận động của bệnh nhân sau đột quy não qua phương pháp điện châm kết hợp vận động trị liệu và phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả phục hồi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên 145 bệnh nhân tại Bệnh viện Y Dược Cổ Truyền Cà Mau năm 2024. **Kết quả:** Điểm Barthel trung bình tăng từ $36,21 \pm 18,33$ trước điều trị lên $64,35 \pm 17,84$ sau điều trị ($p = 0,000$), với tỷ lệ độc lập sinh hoạt tăng từ 4,14% (6 ca) lên 52,41% (76 ca) và tỷ lệ cải thiện chung đạt 77,93%. Phân tích các yếu tố cho thấy bệnh nhân nữ, nhóm dưới 60 tuổi, bệnh nhân có mức độc lập ban đầu tốt, thời gian điều trị sớm và bệnh nhân nhồi máu

não có mức phục hồi tốt hơn so với nhóm còn lại với chỉ số chênh lệch lần lượt là $OR = 2,76$ ($p = 0,03$), $OR = 3,01$ ($p = 0,04$), $OR = 2,77$ ($p = 0,04$), $OR = 4,21$ ($p = 0,007$) và $OR = 2,81$ ($p = 0,01$). **Kết luận:** Phương pháp điện châm kết hợp vận động trị liệu đã mang lại hiệu quả rõ rệt trong việc cải thiện chức năng vận động và khả năng tự chăm sóc, nhấn mạnh tầm quan trọng của can thiệp sớm. **Từ khóa:** Đột quy não, điện châm, vận động trị liệu, phục hồi chức năng.

SUMMARY

EVALUATION OF MOTOR FUNCTION RECOVERY POST-STROKE USING ELECTROACUPUNCTURE COMBINED WITH PHYSICAL THERAPY AT CA MAU TRADITIONAL MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL IN 2024

Background: Stroke causes severe consequences for patients' motor function and self-care ability, necessitating effective intervention methods. **Objective:** To evaluate the effectiveness of motor function recovery in post-stroke patients through electroacupuncture combined with physical therapy and to analyze factors influencing recovery outcomes. **Subjects and Methods:** The study was conducted on 145 patients at Ca Mau Traditional Medicine and Pharmacy Hospital in 2024. **Results:**

¹Trường Cao đẳng Y tế Cà Mau

²Bệnh viện Y Dược Cổ Truyền Cà Mau

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Ngọc Linh

Email: drlinhcm78@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2025

Ngày duyệt bài: 23.4.2025