

tử vong cao ở nhiều khu vực được nhiều tác giả cho rằng là do thiếu tiến bộ y tế trong chăm sóc sức khỏe, thiếu đơn vị chăm sóc tích cực (ICU) chuyên khoa, gánh nặng chi phí cá nhân và tình trạng kháng kháng sinh cao. Các yếu tố này đều đóng vai trò quan trọng trong việc quản lý và cải thiện kết quả điều trị cho bệnh nhân VPLQTM. Một chính sách y tế mạnh mẽ và sự đầu tư vào hạ tầng y tế, cũng như các chương trình giáo dục về sử dụng kháng sinh hợp lý, là cần thiết để giảm tỷ lệ tử vong này và cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Ba căn nguyên vi khuẩn thường gặp gây VPLQTM lần lượt là: *Acinetobacter* sp, *P. aeruginosa*, *K. pneumoniae*. Cả 3 căn nguyên này đều kháng với các nhóm kháng sinh Quinolone, Carbapenem, Quinolone và Aminoglycosid rất cao. Tỷ lệ tử vong là 24,4%.

Khuyến nghị: Tăng cường giám sát kháng sinh: Thiết lập chương trình giám sát và quản lý sử dụng kháng sinh chặt chẽ tại khoa Hồi sức tích cực để kiểm soát hiệu quả tình trạng kháng kháng sinh, đặc biệt với các thuốc như Cephalosporin, Quinolone, Amikacin và Carbapenem. Điều này sẽ giúp giảm thiểu sự phát triển của kháng kháng sinh và cải thiện kết quả điều trị cho bệnh nhân VPLQTM.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **American Thoracic Society, Infectious Diseases Society of America.** Guidelines for the management of adults with hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated

2. **Kharel S, Bist A, Mishra S.K.** Ventilator-associated pneumonia among ICU patients in WHO Southeast Asian region: A systematic review. *PloS one*. 2021. 16(3):e0247832.
3. **Lê Thị Bình.** Nghiên cứu đặc điểm viêm phổi thở máy xâm nhập tại Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Bạch Mai năm 2022. *Journal of 108-Clinical Medicine and Pharmacy*. 2023.
4. **Nguyễn Kim Thư, Nguyễn Danh Đức.** Căn nguyên vi khuẩn gây viêm phổi liên quan thở máy trên bệnh nhân điều trị tại bệnh viện đại học y Hà Nội. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023. 525(1B).
5. **Trần Thị Hải Ninh, Nguyễn Vũ Trung, Nguyễn Văn Kính.** Căn nguyên, kết quả điều trị bệnh nhân viêm phổi liên quan đến thở máy tại khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương. *Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam*. 2021. 1(33):56-60.
6. **Dahyot-Fizelier C, Frasca D, Lasocki S, et al.** Prevention of early ventilation-acquired pneumonia (VAP) in comatose brain-injured patients by a single dose of ceftriaxone: PROPHY-VAP study protocol, a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *BMJ open*. 2018. 8(10):e021488.
7. **Võ Phạm Minh Thu, Đinh Thiện Chí, Phan Hùng Việt, Cao TTM, Duong PT, Nguyen T.** Ventilator-associated pneumonia caused by multidrug-resistant gram-negative bacteria in Vietnam: antibiotic resistance, treatment outcomes, and colistin-associated adverse effects. Paper presented at: Healthcare2022.
8. **Nguyễn Văn Dũng, Phạm Thái Dũng.** Căn nguyên vi sinh và kháng kháng sinh ở người bệnh viêm phổi liên quan đến thở máy được điều trị tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022. 518(1).

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN ĐÁP ỨNG HÓA TRỊ Ở BỆNH NHÂN U LYMPHO TẾ BÀO ÁO TẠI VIỆN HUYẾT HỌC – TRUYỀN MÁU TRUNG ƯƠNG GIAI ĐOẠN 2021–2024

Vũ Đức Bình¹, Nguyễn Thuỳ Dương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan đến đáp ứng hóa trị ở bệnh nhân u lympho tế bào áo (MCL) tại Viện Huyết học – Truyền máu Trung ương giai đoạn 2021–2024. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh, kết hợp hồi cứu và tiến cứu. Tổng số 57 bệnh nhân

MCL mới được chẩn đoán, trong đó 46 bệnh nhân đáp ứng tiêu chí điều trị hóa trị và được đánh giá đáp ứng sau điều trị. Dữ liệu được phân tích bằng SPSS 20.0, sử dụng các kiểm định thống kê với ngưỡng ý nghĩa $p < 0,05$. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng chung sau 3 chu kỳ hóa trị đạt 86,9%, trong đó đáp ứng hoàn toàn (CR) là 23,9%. Kết thúc điều trị, tỷ lệ CR tăng lên 54,6%. Tử vong do nhiễm trùng và tiến triển chiếm 22,7%. Nhóm sử dụng phác đồ R-CHOP/R-DHAP có tỷ lệ CR cao nhất (63,3%). Các yếu tố như giai đoạn bệnh, chỉ số MIPI-c, Ki-67 và LDH có xu hướng ảnh hưởng đến kết quả điều trị, mặc dù chưa đạt ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Hóa trị mang lại hiệu quả điều trị cao cho bệnh nhân MCL, đặc biệt với phác đồ R-CHOP/R-DHAP. Một số yếu tố tiên lượng như MIPI-c, Ki-67 và

¹*Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thuỳ Dương
Email: thuyduongnibht@gmail.com
Ngày nhận bài: 7.4.2025
Ngày phản biện khoa học: 12.5.2025
Ngày duyệt bài: 10.6.2025

LDH cần được cân nhắc trong cá thể hóa điều trị nhằm tối ưu hóa kết quả lâm sàng. **Từ khóa:** U lympho tế bào áo; hóa trị; đáp ứng điều trị

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES AND ASSOCIATED FACTORS RELATED TO CHEMOTHERAPY RESPONSE IN PATIENTS WITH MANTLE CELL LYMPHOMA AT THE NATIONAL INSTITUTE OF HEMATOLOGY AND BLOOD TRANSFUSION, 2021–2024

Objective: To analyze treatment outcomes and identify factors associated with chemotherapy response in patients with mantle cell lymphoma (MCL) treated at the National Institute of Hematology and Blood Transfusion (NIHBT) during 2021–2024.

Methods: This was a case series study with both retrospective and prospective data collection. A total of 57 newly diagnosed MCL patients were enrolled, of whom 46 met the criteria for chemotherapy and were evaluated for treatment response. Data were analyzed using SPSS 20.0 with appropriate statistical tests ($p < 0.05$). **Results:** The overall response rate after three chemotherapy cycles was 86.9%, with a complete response (CR) rate of 23.9%. At the end of treatment, CR increased to 54.6%. Mortality due to infection and disease progression accounted for 22.7%. The R-CHOP/R-DHAP regimen showed the highest CR rate (63.3%). Clinical stage, MIPI-c risk group, Ki-67 index, and LDH levels showed a trend toward influencing treatment outcomes, although the differences were not statistically significant.

Conclusion: Chemotherapy demonstrates high efficacy in MCL patients, particularly with the R-CHOP/R-DHAP regimen. Prognostic factors such as MIPI-c, Ki-67, and LDH should be considered when tailoring treatment to improve clinical outcomes. **Keywords:** Mantle cell lymphoma; chemotherapy; treatment response

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U lympho tế bào áo (Mantle Cell Lymphoma – MCL) là một thể hiếm gặp trong nhóm u lympho không Hodgkin tế bào B trưởng thành, có đặc điểm tiến triển nhanh, thường được chẩn đoán muộn và tiên lượng xấu. Mặc dù các tiến bộ trong điều trị, đặc biệt là với các phác đồ hóa trị có bổ sung rituximab, đã cải thiện đáng kể kết quả điều trị, nhưng tỉ lệ tái phát vẫn cao và thời gian sống thêm còn hạn chế [1]. Điều này đặt ra nhu cầu cấp thiết trong việc đánh giá hiệu quả điều trị thực tế và tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng đến đáp ứng với hóa trị nhằm cá thể hóa điều trị và nâng cao tiên lượng sống cho người bệnh [2,3].

Tại Việt Nam, Viện Huyết học – Truyền máu Trung ương là cơ sở chuyên sâu đầu ngành trong điều trị các bệnh lý huyết học ác tính, trong đó có MCL. Tuy nhiên, dữ liệu nghiên cứu về đặc điểm điều trị và các yếu tố ảnh hưởng đến đáp ứng hóa trị ở bệnh nhân MCL trong nước còn rất hạn chế. Việc phân tích kết quả

điều trị tại một trung tâm chuyên khoa lớn không chỉ phản ánh thực trạng điều trị mà còn cung cấp cơ sở khoa học quan trọng để định hướng chiến lược chăm sóc phù hợp với thực tiễn bệnh nhân Việt Nam. Trên cơ sở đó, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu chính là *"Phân tích kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan đến đáp ứng điều trị hóa trị ở bệnh nhân u lympho tế bào áo (MCL) điều trị tại Viện Huyết học – Truyền máu Trung ương trong giai đoạn 2021–2024."*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 57 bệnh nhân được chẩn đoán mới mắc u lympho không Hodgkin tế bào áo nang (MCL) tại Viện Huyết học – Truyền máu Trung ương từ 01/2021 đến 06/2024 theo tiêu chuẩn WHO 2016. Trong đó, 46 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào phân tích đáp ứng điều trị hóa trị. Tiêu chuẩn chọn mẫu gồm: chẩn đoán xác định MCL, bệnh nhân ≥ 16 tuổi, chưa điều trị trước đó và được thực hiện ít nhất một liệu trình hóa trị. Loại trừ các trường hợp có rối loạn chức năng tim gan thận nặng, bệnh nội khoa nặng, phụ nữ có thai hoặc cho con bú, ung thư đồng thời hoặc tổn thương ngoài hạch đặc biệt (thần kinh trung ương, vú, thận...).

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 01/2021 đến 09/2024 tại Viện Huyết học – Truyền máu Trung ương.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả loạt ca bệnh, kết hợp hồi cứu và tiền cứu.

2.4. Biến số nghiên cứu: Gồm đặc điểm nhân khẩu học (tuổi, giới), bệnh lý kèm theo, triệu chứng lâm sàng – cận lâm sàng, chỉ số huyết học – sinh hóa, mô bệnh học, Ki-67, LDH, MIPI/MIPI-c, đột biến di truyền (TP53, IGHV), phác đồ điều trị, đáp ứng điều trị theo tiêu chuẩn Lugano 2014.

2.5. Quy trình nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán thông qua sinh thiết hạch, hóa mô miễn dịch, phân tầng giai đoạn theo Ann Arbor và phân loại nguy cơ theo MIPI/MIPI-c. Bệnh nhân được điều trị theo các phác đồ chuẩn (R-CHOP, R-DHAP, R-HyperCVAD, R-Bendamustin, R-Lenalidomide). Đáp ứng được đánh giá sau 3 chu kỳ và khi kết thúc điều trị dựa trên tiêu chuẩn Lugano 2014.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu: Dữ liệu thu thập từ hồ sơ bệnh án, được xử lý bằng SPSS 20.0. Biến định tính trình bày dưới dạng tần suất (%), biến định lượng bằng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn. Sử dụng chi bình phương và t-test với mức ý nghĩa $p < 0,05$.

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu

được phê duyệt bởi Hội đồng Đạo đức của Viện. Mọi thông tin bệnh nhân được bảo mật và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu, không sử dụng vì mục đích thương mại hay ngoài lâm sàng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 57 bệnh nhân mới được chẩn đoán u lympho tế bào áo, nam giới chiếm ưu thế với 75,4%, tỷ lệ nam:nữ là khoảng 3,07:1. Tuổi trung bình tại thời điểm chẩn đoán là $61,64 \pm 9,38$, dao động từ 44–88 tuổi, trong đó nhóm 60–70 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (52,6%). Về bệnh lý đi kèm, có 50,1% bệnh nhân có ít nhất một bệnh nền, chủ yếu là tăng huyết áp (34,5%), rối loạn chuyển hóa và tổn thương tiêu hóa (20,7%).

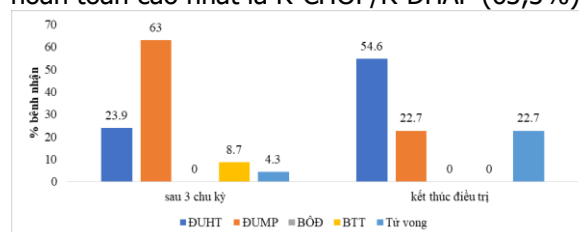
Bảng 1 cho thấy chỉ có 46 bệnh nhân đáp ứng tiêu chí nghiên cứu và được điều trị hóa trị để đánh giá đáp ứng và thời gian sống thêm. Trong đó, phác đồ R-CHOP/R-DHAP được sử dụng nhiều nhất với tỷ lệ 47,8%, tiếp theo là R-CHOP (21,7%) và R-Hyper CVAD (15,2%). Các phác đồ ít được sử dụng hơn gồm R-Bendamustin (8,7%) và R-Lenalidomide (6,5%). Đáng chú ý, có 4 bệnh nhân sau điều trị đạt đáp ứng hoàn toàn và được chỉ định ghép tế bào gốc tự thân.

Bảng 1: Tỷ lệ các phác đồ điều trị

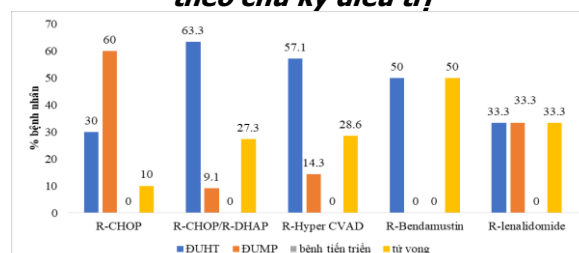
Phác đồ	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
R-CHOP	10	21,7
R-CHOP/R-DHAP	22	47,8
R-Hyper CVAD	7	15,2
R-Bendamustin	4	8,7
R-Lenalidomide	3	6,5
Tổng cộng	46	100

Biểu đồ 1 và Biểu đồ 2 cho thấy, sau 3 chu kỳ hóa trị, tỷ lệ đáp ứng chung đạt 86,9% (23,9% đáp ứng hoàn toàn, 63,0% đáp ứng một phần), trong khi 8,7% bệnh tiến triển và 4,3% tử vong. Kết thúc hóa trị, tỷ lệ đáp ứng chung giảm còn 77,3%, nhưng đáp ứng hoàn toàn tăng lên 54,6%, tử vong tăng lên 22,7%. Tỷ lệ tử vong cao nhất do tình trạng nhiễm trùng sau điều trị 58,3% (nhiễm khuẩn huyết 33,4%, viêm phổi bệnh viện 16,6%, nhiễm Covid 8,3%). Tỷ lệ tử vong do bệnh tiến triển 33,4%. Về từng phác

đồ, R-CHOP/R-DHAP có tỷ lệ đáp ứng chung 72,4%, tử vong 27,3%; R-Hyper CVAD đáp ứng chung 71,4%, tử vong 28,6%; R-CHOP cho hiệu quả cao nhất với 90% đáp ứng chung và tử vong thấp nhất (10%), phác đồ cho tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn cao nhất là R-CHOP/R-DHAP (63,3%).



Biểu đồ 1: Tình trạng đáp ứng sau điều trị theo chu kỳ điều trị



Biểu đồ 2: Tình trạng đáp ứng sau điều trị theo phác đồ

Bảng 2 cho thấy mối liên quan giữa một số yếu tố lâm sàng và tỷ lệ đáp ứng điều trị ở bệnh nhân MCL. Nhìn chung, các yếu tố như giai đoạn bệnh, nhóm nguy cơ MIPI-c, chỉ số Ki-67 và nồng độ LDH đều cho thấy xu hướng ảnh hưởng đến kết quả điều trị, tuy nhiên chưa có yếu tố nào đạt mức ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Cụ thể, bệnh nhân ở giai đoạn sớm (I/II) có tỷ lệ đáp ứng chung cao hơn (80,0%) so với giai đoạn muộn (73,2%). Nhóm nguy cơ trung bình – thấp đạt tỷ lệ đáp ứng tối đa 100%, trong khi nhóm nguy cơ cao chỉ đạt 63,6% và có tỷ lệ tử vong cao hơn (36,4%). Đối với chỉ số Ki-67, nhóm dưới 30% có tỷ lệ đáp ứng cao hơn (91,7%) và tử vong thấp hơn so với nhóm trên 30% (67,7%, tử vong 32,4%). Tương tự, bệnh nhân có LDH bình thường hoặc thấp cũng có đáp ứng điều trị cao hơn (81,8%) so với nhóm có LDH tăng cao (53,3%), đồng thời tử vong thấp hơn (16,2% so với 46,2%).

Bảng 2: Mối liên quan giữa các yếu tố và tỷ lệ đáp ứng điều trị

Yếu tố	ĐUHT (%)	ĐUMP (%)	Tử vong (%)	Tỷ lệ đáp ứng chung (%)	P-value
Giai đoạn bệnh					
Giai đoạn I/II (sớm)	60,0	20,0	20,0	80,0	>0,05
Giai đoạn III/IV (muộn)	51,2	22,6	26,8	73,2	
Nhóm nguy cơ MIPI-c					
Nghuy cơ trung bình – thấp	83,3	16,7	0,0	100,0	>0,05

Nguy cơ cao	40,9	22,7	36,4	63,6	
Chỉ số Ki-67					
<30%	66,7	25,0	8,3	91,7	>0,05
>30%	46,9	20,8	32,4	67,7	
LDH					
Bình thường/thấp	54,5	27,3	16,2	81,8	>0,05
Tăng cao	46,2	7,1	46,2	53,3	

IV. BÀN LUẬN

Trong số 57 bệnh nhân được chẩn đoán mới mắc u lympho tế bào áo (MCL), có 46 bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chí và được điều trị hóa trị. Phác đồ R-CHOP/R-DHAP được sử dụng nhiều nhất (47,8%), tiếp theo là R-CHOP (21,7%) và R-Hyper CVAD (15,2%). Hai phác đồ ít được sử dụng nhất là R-Bendamustin và R-Lenalidomide. Các bệnh nhân được chỉ định hóa trị chủ yếu thuộc nhóm nguy cơ cao, có thể trạng tốt. Có 4 bệnh nhân (8,7%) sau điều trị đạt đáp ứng hoàn toàn và được chỉ định ghép tế bào gốc tự thân.

Sau 3 chu kỳ hóa trị, tỷ lệ đáp ứng chung đạt 86,9%, trong đó 23,9% đạt đáp ứng hoàn toàn (CR) và 63,0% đáp ứng một phần (PR). Có 8,7% bệnh tiến triển và 4,3% bệnh nhân tử vong. Đến thời điểm kết thúc điều trị, tỷ lệ CR tăng lên 54,6%, trong khi PR giảm còn 22,7%; tuy nhiên, tỷ lệ tử vong tăng đáng kể, lên tới 22,7%. Nguyên nhân chủ yếu được cho là do tỷ lệ xâm lấn tủy xương cao (61,4%) kết hợp với hóa trị liều cao dẫn đến suy tủy kéo dài, gia tăng nguy cơ nhiễm khuẩn và tử vong. Nhiều nghiên cứu quốc tế cũng chỉ ra sự khác biệt trong lựa chọn phác đồ điều trị bước 1, trong đó R-CHOP và các phác đồ chứa Cytarabine liều cao được sử dụng phổ biến hơn. Theo Yang (2021), R-CHOP được dùng ở 45% bệnh nhân, Cytarabine liều cao 32%, BR 4,5% và tỷ lệ ghép tế bào gốc là 11,5% [4]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương (2023) ghi nhận tỷ lệ sử dụng R-CHOP là 73,9%, tỷ lệ CR đạt 56,5% và tỷ lệ ghép tế bào gốc lên đến 26,1% [5]. Các hướng dẫn quốc tế và trong nước đều khuyến cáo R-CHOP/R-DHAP phối hợp ghép tế bào gốc cho bệnh nhân trẻ, nguy cơ cao [4].

Trong nghiên cứu này, nhóm sử dụng R-CHOP/R-DHAP có tỷ lệ CR cao nhất (63,3%), tiếp theo là R-Hyper CVAD (57,1%) và R-CHOP (30%). Tuy nhiên, tỷ lệ tử vong trong các nhóm dùng phác đồ liều cao như R-Hyper CVAD và R-CHOP/R-DHAP cũng cao (28,6% và 27,3% tương ứng), chủ yếu xảy ra trong giai đoạn điều trị liều cao. Nguyên nhân tử vong chủ yếu là nhiễm trùng (58,3%) như nhiễm khuẩn huyết, viêm phổi bệnh viện và COVID-19; tử vong do bệnh tiến triển chiếm 33,4%. Điều này phản ánh độc tính của hóa trị liều cao và đặc điểm tiến triển

nhẹ của MCL, trong đó một bộ phận bệnh nhân kháng trị ngay từ đầu làm gia tăng tỷ lệ tử vong [5,6].

Xét theo yếu tố tiên lượng, bệnh nhân ở giai đoạn sớm (I/II) có tỷ lệ đáp ứng chung và CR cao hơn (80% và 60%) so với giai đoạn muộn (73,2% và 51,2%). Tỷ lệ tử vong ở giai đoạn muộn cũng cao hơn (28,6% so với 20%). Nhóm nguy cơ theo MIPI-c cho thấy nhóm trung bình-thấp có kết quả điều trị tốt nhất (CR 83,3%, đáp ứng chung 100%) và không ghi nhận ca tử vong, trong khi nhóm nguy cơ cao có đáp ứng thấp nhất và tử vong cao nhất (36,4%). Tương tự, nhóm Ki-67 <30% có đáp ứng cao hơn đáng kể (CR 66,7%) và tử vong thấp hơn (8,3%) so với nhóm Ki-67 ≥30% (CR 47,1%, tử vong 32,4%). Nhóm có LDH thấp (<460 UI/L) cũng đạt tỷ lệ đáp ứng cao hơn và tử vong thấp hơn so với nhóm có LDH tăng. Dù vậy, do cỡ mẫu nhỏ, sự khác biệt chưa đạt ý nghĩa thống kê.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy hóa trị mang lại tỷ lệ đáp ứng cao cho bệnh nhân MCL, đặc biệt với phác đồ R-CHOP/R-DHAP, tuy nhiên tỷ lệ tử vong vẫn đáng kể do nhiễm trùng và bệnh tiến triển. Các yếu tố như giai đoạn bệnh, nguy cơ MIPI-c, Ki-67 và LDH có xu hướng ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. DeVita VT, Lawrence TS, Rosenberg SA. DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles & Practice of Oncology. 11th ed. Wolters Kluwer; 2020.
2. Swerdlow SH, Campo E, Pileri SA, et al. The 2016 revision of the World Health Organization classification of lymphoid neoplasms. *Blood*. 2016;127(20):2375-2390. doi:10.1182/blood-2016-01-643569
3. Castellino A, Wang Y, Larson MC, et al. Evolving frontline immunochemotherapy for mantle cell lymphoma and the impact on survival outcomes. *Blood Adv*. 2022;6(4):1350-1360. doi:10.1182/bloodadvances.2021005715
4. Yang P, Liu S, Wang J, et al. Clinical characteristics, treatment and outcome of patients with mantle cell lymphoma: a large, multicenter retrospective analysis in China. *Blood*. 2021;138:4522. doi:10.1182/blood-2021-149042
5. Nguyễn Thị Phương. Kết quả điều trị bệnh nhân u lympho không Hodgkin tế bào áo nang tại

Bệnh viện Bạch Mai trong giai đoạn 2018–2023. Published 2023. Accessed September 8, 2024. <https://jocm.vn/bai-bao/ket-qua-dieu-tri-benh-nhan-u-lympho-khong-hodgkin-te-bao-ao-nang-tai-benh-vien-bach-mai-trong-giai-doan-2018-2023-450.html>

6. Kang BW, Sohn SK, Moon JH, et al. Clinical features and treatment outcomes in patients with mantle cell lymphoma in Korea: study by the Consortium for Improving Survival of Lymphoma. Blood Res. 2014;49(1):15-21. doi:10.5045/br.2014.49.1.15

RỐI LOẠN LO ÂU TRƯỚC PHẪU THUẬT VÍT QUA DA CỦA NGƯỜI BỆNH CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG NGỰC, THẮT LƯNG TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Vũ^{1,2}, Nguyễn Thị Thu Huyền²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề và mục tiêu: Lo âu trước phẫu thuật xảy ra ở khoảng 1/3 số bệnh nhân đặc biệt ở những bệnh nhân chấn thương cấp cho dù là phẫu thuật ít xâm lấn và người bệnh không có thương tổn thần kinh. Mục tiêu của nghiên cứu là đánh giá mức độ lo âu và trầm cảm trước phẫu thuật của người bệnh chấn thương cột sống điều trị cố định cột sống bằng vít qua da. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 112 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là chấn thương cột sống mất vững đoạn ngực, thắt lưng không có chèn ép thần kinh được phẫu thuật nẹp vít cột sống qua da tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong 4 năm (1/2019-12/2022). **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân bị lo âu thực sự là 41,1% và stress thực sự là 21,4%. Điểm lo âu, stress trung bình là $8,24 \pm 3,67$ và $6,78 \pm 4,38$. Tuổi ≥ 60 tuổi, không có bảo hiểm y tế, không hiểu tình trạng bệnh, có tổn thương phối hợp và có tổn thương nhiều tầng là yếu tố gây lo âu và stress có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. **Kết luận:** Rối loạn lo âu trước phẫu thuật cột sống của người bệnh vẫn cao và có nhiều yếu tố liên quan của tình trạng này. Người bệnh cần được giải thích kỹ trước phẫu thuật hơn trước phẫu thuật. **Từ khóa:** Chấn thương cột sống, vít qua da, lo âu, stress

SUMMARY

PREOPERATIVE ANXIETY OR DEPRESSION IN PATIENTS WITH THORACIC AND LUMBAR SPINE TRAUMA TREATED WITH PERCUTANEOUS PEDICLE SCREW FIXATION AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Introduction and Objective: Preoperative anxiety and depression occurs in about one-third of patients, particularly in those with acute trauma, even when the surgery is minimally invasive and the patient

does not have neurological injury. The aim of this study was to evaluate the levels of preoperative anxiety and depression in patients with spinal trauma undergoing percutaneous pedicle screw fixation. **Subjects and Methods:** Cross-sectional descriptive study was conducted on 112 patients with thoracic or lumbar spinal trauma without neurological compression, who underwent percutaneous pedicle screw fixation at Hanoi Medical University Hospital from January 2019 to December 2022. **Results:** The proportion of patients with real anxiety was 41,1%, and real stress was 21,4%. The average anxiety and stress scores were 8.24 ± 3.67 and 6.78 ± 4.38 , respectively. Age ≥ 60 , without health insurance, a poor understanding of the condition, associated injuries, and multilevel injuries were risk factors for anxiety and stress with statistical significance at $p < 0.05$. **Conclusion:** The rate of preoperative anxiety and depression in patients with spinal trauma was still high and there are many related factors of this conditions. Patients need attention and explanation before surgery. **Keywords:** Spinal trauma, percutaneous pedicle screw, anxiety, depression

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn lo âu là những rối loạn tâm lý thường do người bệnh đột ngột chấn thương hoặc những bệnh cấp tính đặc biệt là ở những người bệnh phải có chỉ định phẫu thuật. Người ta ước tính rằng trong số những bệnh nhân nhập viện phẫu thuật, có 25 đến 80% trong số họ cảm thấy lo lắng trước phẫu thuật⁶. Việc đánh giá rối loạn lo âu trước phẫu thuật là rất quan trọng vì ảnh hưởng của nó đến kết quả phẫu thuật, đặc biệt là với phẫu thuật thần kinh cột sống. Chấn thương cột sống ngực thắt lưng do nhiều nguyên nhân và cơ chế khác nhau, có thể để lại di chứng nặng nề nếu không được cấp cứu kịp thời và điều trị đúng phương pháp. Chỉ định phẫu thuật được đặt ra khi bệnh nhân có tình trạng mất vững cột sống và/hoặc chèn ép thần kinh. Theo hiệp hội AO spine năm 1958, mục tiêu sau phẫu thuật nhằm đạt được các yếu tố: Làm bất động đoạn gãy, phục hồi bất thường về mặt giải phẫu, tập vận động chủ động sớm sau mổ. năm 2000

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Vũ

Email: nguyenvu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.5.2025

Ngày duyệt bài: 13.6.2025