

gia đình có tác động đáng kể đến SKTT của trẻ ở độ tuổi lên 6, với ảnh hưởng rõ rệt từ cả giai đoạn 1 tuổi và 6 tuổi. Trẻ lớn lên trong môi trường gia đình thấp khi 1 tuổi có nguy cơ cao hơn mắc các vấn đề khó khăn tổng thể (OR = 3,12), vấn đề cảm xúc (OR = 3,01) và vấn đề quan hệ bạn bè (OR = 2,15) khi lên 6 tuổi. Điều này cho thấy môi trường sống trong những năm đầu đời có vai trò quan trọng đối với sự phát triển tâm lý của trẻ, vì đây là giai đoạn hình thành nền tảng về nhận thức, cảm xúc cũng như khả năng thích nghi. Môi trường gia đình khi trẻ lên 6 tuổi có ảnh hưởng trực tiếp đến SKTT của trẻ. Những trẻ lớn lên trong môi trường gia đình thấp ở độ tuổi này có nguy cơ cao gặp phải các vấn đề về hành vi (OR = 2,12, $p = 0,019$), tăng động (OR = 1,87, $p = 0,027$), vấn đề quan hệ bạn bè (OR = 1,54, $p = 0,039$) và có vấn đề XHTC (OR = 1,83, $p = 0,001$). Những kết quả này cho thấy môi trường gia đình không chỉ có tác động lâu dài mà còn ảnh hưởng ngay lập tức đến tình trạng tâm lý và hành vi của trẻ. Điều này có thể xuất phát từ việc trẻ thiếu sự giám sát, ít nhận được sự hỗ trợ về mặt cảm xúc hoặc sống trong bầu không khí căng thẳng và xung đột gia đình. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của các tác giả trên Thế giới [4], cho thấy rằng một môi trường gia đình tích cực, bao gồm sự quan tâm của cha mẹ, kích thích nhận thức phù hợp và các quy tắc nuôi dạy lành mạnh, giúp trẻ phát triển cảm xúc ổn định, tăng khả năng kiểm soát hành vi và cải thiện kỹ năng xã hội. Ngược lại, những gia đình có mức độ căng thẳng cao, thiếu sự hỗ trợ tình cảm hoặc

có phương pháp kỷ luật hà khắc có thể làm tăng nguy cơ mắc các vấn đề SKTT ở trẻ [4].

V. KẾT LUẬN

Khi 6 tuổi, tỷ lệ trẻ gặp vấn đề SKTT dao động từ 0,86% đến 8,5%, trong đó cao nhất là vấn đề XHTC (8,5%) và vấn đề bạn bè (7%). Trình độ học vấn, nghề nghiệp và dân tộc của mẹ có ảnh hưởng đáng kể đến SKTT của trẻ 6 tuổi. Trẻ sống trong môi trường gia đình thấp cả khi 1 tuổi và 6 tuổi có nguy cơ cao gặp các vấn đề về cảm xúc, hành vi, tăng động, quan hệ bạn bè và XHTC vào lúc 6 tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Association, American Psychiatric** (2013), "Diagnostic and statistical manual of mental disorders", Am Psychiatric Assoc. 21(21), p. 20.
2. **Bradley, R. H.** (2012), "HOME Inventory", in Mayes, L. C. & Lewis, M., Editor, The Cambridge Handbook of Environment in Human Development, Cambridge University Press, pp. 568-589.
3. **Samuels, F, Roche, J. M, and Dang, H-M** (2022), "Mental health and psychosocial wellbeing among adolescents in Viet Nam: findings from a mixed-methods baseline study".
4. **Tsomokos, Dimitris I and Flouri, Eirini** (2024), "The impact of the indoor home environment on children's prosocial behaviour", Journal of Environmental Psychology. 98, p. 102405.
5. **Unicef** (2019), "Mental health and psychosocial wellbeing among children and young people in selected provinces and cities in Viet Nam".
6. **Yamada, Maoka, et al.** (2022), "Perinatal maternal depressive symptoms and risk of behavioral problems at five years", Pediatric Research. 92(1), pp. 315-321.
7. **Goodman, R.** (2001), "Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire", J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 40(11), pp. 1337-45.

THỜI GIAN SỐNG THÊM Ở BỆNH NHÂN U LYMPHO TẾ BÀO ÁO ĐIỀU TRỊ TẠI VIỆN HUYẾT HỌC – TRUYỀN MÁU TRUNG ƯƠNG GIAI ĐOẠN 2021–2024

Vũ Đức Bình¹, Nguyễn Thuỳ Dương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm phân tích thời gian sống thêm và các yếu tố liên quan đến tiên lượng sống còn ở bệnh nhân u lympho tế bào áo (Mantle Cell Lymphoma – MCL) điều trị tại Viện Huyết học – Truyền máu Trung ương trong giai đoạn 2021–2024.

¹*Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thuỳ Dương

Email: thuyduongninhbt@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2025

Ngày duyệt bài: 13.6.2025

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh, kết hợp hồi cứu và tiền cứu, được thực hiện trên 57 bệnh nhân MCL mới chẩn đoán, trong đó 46 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn phân tích. Các biến số bao gồm đặc điểm lâm sàng – cận lâm sàng, đột biến TP53/IGHV, chỉ số MIPI/MIPI-c, Ki-67, LDH và phác đồ điều trị. Thời gian sống thêm toàn bộ (OS) và thời gian sống không biến cố (EFS) được phân tích theo phương pháp Kaplan–Meier bằng phần mềm SPSS 20.0. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 61,6 ± 9,4, nam giới chiếm 75,4%. Thời gian OS trung bình là 23,7 tháng, OS tại 12 tháng và 24 tháng lần lượt là 76% và 65,9%. EFS trung bình đạt 21,6 tháng; EFS tại 12 tháng là 71,5% và 63,4% tại 24 tháng. Bệnh

nhân có Ki-67 <30% và LDH <460 UI/L có thời gian sống thêm tốt hơn. Nhóm nguy cơ MIPI-c trung bình-thấp có OS và EFS vượt trội. Bệnh nhân mang đột biến TP53 có tiên lượng rất xấu, trong khi IGHV tái sắp xếp có liên quan đến đáp ứng bền vững. **Kết luận:** Hóa trị mang lại hiệu quả điều trị tốt trong MCL, tuy nhiên tiên lượng sống còn vẫn phụ thuộc vào các yếu tố sinh học như MIPI-c, Ki-67, LDH và đột biến gen. **Từ khóa:** U lympho tế bào áo; thời gian sống thêm; hóa trị; MIPI-c; Ki-67.

SUMMARY

OVERALL SURVIVAL IN MANTLE CELL LYMPHOMA PATIENTS TREATED AT THE NATIONAL INSTITUTE OF HEMATOLOGY AND BLOOD TRANSFUSION, 2021–2024

Objective: This study aimed to analyze overall survival and associated prognostic factors in patients with mantle cell lymphoma (MCL) treated at the National Institute of Hematology and Blood Transfusion (NIHBT) during the period 2021–2024.

Methods: A descriptive case series study, combining retrospective and prospective data collection, was conducted on 57 newly diagnosed MCL patients, of whom 46 met the criteria for analysis. Variables included clinical and laboratory characteristics, TP53/IGHV mutations, MIPI/MIPI-c scores, Ki-67, LDH levels, and chemotherapy regimens. Overall survival (OS) and event-free survival (EFS) were analyzed using the Kaplan–Meier method via SPSS version 20.0.

Results: The mean age of patients was 61.6 ± 9.4 years, with 75.4% being male. The estimated median OS was 23.7 months, with 12- and 24-month OS rates of 76% and 65.9%, respectively. The median EFS was 21.6 months, with 12- and 24-month EFS rates of 71.5% and 63.4%. Patients with Ki-67 <30% and LDH <460 UI/L showed better survival outcomes. Those in the low-intermediate MIPI-c risk group had superior OS and EFS. TP53 mutation was associated with poor prognosis, while IGHV gene rearrangements were linked to durable treatment responses. **Conclusion:** Chemotherapy shows favorable treatment outcomes in MCL patients; however, survival prognosis remains influenced by biological factors such as MIPI-c, Ki-67, LDH, and genetic mutations.

Keywords: Mantle cell lymphoma; survival; chemotherapy; MIPI-c; Ki-67.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U lympho tế bào áo (Mantle Cell Lymphoma – MCL) là một thể hiếm gặp nhưng có độ ác tính cao thuộc nhóm u lympho không Hodgkin tế bào B trưởng thành, chiếm khoảng 3%–10% tổng số ca u lympho không Hodgkin [1]. Bệnh thường xuất hiện ở nam giới lớn tuổi, tiến triển nhanh và dễ tái phát sau điều trị, dù có đáp ứng ban đầu tốt với hóa trị. Với đặc điểm lâm sàng không đặc hiệu và thường được phát hiện ở giai đoạn muộn, MCL có tiên lượng sống còn kém so với các thể u lympho khác [2]. Việc đánh giá thời gian sống thêm ở bệnh nhân MCL, đặc biệt trong

điều kiện điều trị thực tế tại các cơ sở y tế Việt Nam, là cần thiết nhằm cung cấp thông tin về hiệu quả điều trị và hỗ trợ cá nhân hóa chăm sóc bệnh nhân.

Trong bối cảnh y học hiện đại, các phác đồ hóa trị tích cực như R-CHOP, R-HyperCVAD hoặc R-CHOP luân phiên R-DHAP đã được chứng minh mang lại tỷ lệ đáp ứng cao ở bệnh nhân MCL. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu ghi nhận rằng dù đạt được đáp ứng hoàn toàn, bệnh nhân vẫn có nguy cơ tái phát sớm, ảnh hưởng đáng kể đến thời gian sống thêm không biến cố (EFS) và sống còn toàn bộ (OS) [3]. Các yếu tố như chỉ số MIPI, Ki-67, mức LDH và các đột biến gen (TP53, IGHV) đã được xác định có liên quan đến tiên lượng và thời gian sống còn của người bệnh [4,5]. Vì vậy, việc phân tích thời gian sống và các yếu tố liên quan không chỉ có giá trị lâm sàng trong đánh giá hiệu quả điều trị mà còn giúp định hướng chiến lược theo dõi và điều trị lâu dài.

Trên cơ sở đó, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu chính là phân tích thời gian sống thêm ở bệnh nhân u lympho tế bào áo (MCL) điều trị hóa 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: Nghiên cứu được tiến hành trên tổng số 57 bệnh nhân được chẩn đoán lần đầu mắc u lympho tế bào áo (Mantle Cell Lymphoma – MCL) tại Viện Huyết học – Truyền máu Trung ương trong giai đoạn từ tháng 01/2021 đến 06/2024, tuân theo tiêu chuẩn phân loại của WHO 2016. Trong số này, 46 bệnh nhân phù hợp với tiêu chí đưa vào phân tích, bao gồm những người từ 16 tuổi trở lên, chưa từng điều trị trước đó và đã hoàn thành ít nhất một chu kỳ hóa trị. Các trường hợp bị loại trừ bao gồm: bệnh nhân có chức năng tim, gan hoặc thận suy giảm nặng, mắc bệnh nội khoa nghiêm trọng, đang mang thai hoặc cho con bú, có ung thư đồng thời hoặc tổn thương ngoài hạch tại các vị trí đặc biệt như hệ thần kinh trung ương, vú, thận, tuyến thượng thận – vì những đối tượng này đòi hỏi các phương pháp điều trị phối hợp không nằm trong mục tiêu nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được triển khai tại Viện Huyết học – Truyền máu Trung ương, một cơ sở chuyên khoa đầu ngành về huyết học tại Việt Nam, trong khoảng thời gian từ tháng 01/2021 đến tháng 09/2024.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Đây là một

ngiên cứu mô tả loạt ca bệnh

2.4. Biến số nghiên cứu: Các biến số được thu thập và phân tích bao gồm: thông tin nhân khẩu học (tuổi, giới tính), tiền sử bệnh lý đi kèm, triệu chứng khởi phát và biểu hiện lâm sàng, kết quả xét nghiệm huyết học – sinh hóa, mô bệnh học và hóa mô miễn dịch (Ki-67, Cyclin D1, CD20, BCL2...), phân tầng nguy cơ tiên lượng theo chỉ số MIPI/MIPI-c, giá trị LDH, đột biến di truyền (TP53, IGHV), phác đồ hóa trị sử dụng và mức độ đáp ứng điều trị dựa theo tiêu chuẩn Lugano 2014. Bên cạnh đó, thời gian sống thêm toàn bộ (Overall Survival – OS) và thời gian sống không biến cố (Event-Free Survival – EFS) cũng được khảo sát nhằm đánh giá hiệu quả lâu dài của điều trị.

2.5. Quy trình nghiên cứu: Quy trình nghiên cứu bắt đầu từ chẩn đoán bệnh qua sinh thiết hạch và nhuộm hóa mô miễn dịch chuyên sâu để xác định chính xác thể MCL. Tiếp theo, bệnh nhân được phân giai đoạn bệnh theo hệ thống Ann Arbor và phân tầng nguy cơ bằng chỉ số MIPI/MIPI-c. Các phác đồ hóa trị được lựa chọn tùy theo tình trạng lâm sàng và bao gồm các phác đồ phổ biến như R-CHOP, R-CHOP/R-DHAP, R-HyperCVAD, R-Bendamustin hoặc R-Lenalidomide. Đáp ứng điều trị được đánh giá hai thời điểm: sau 3 chu kỳ hóa trị và khi kết thúc toàn bộ phác đồ điều trị, theo tiêu chuẩn đánh giá Lugano 2014 (bao gồm đánh giá qua CT và/hoặc PET/CT).

2.6. Xử lý và phân tích số liệu: Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án, sau đó được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0. Các biến định tính được mô tả bằng tần suất và phần trăm, trong khi các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn. Mỗi liên quan giữa các biến được kiểm định bằng chi bình phương hoặc t-test tùy theo loại biến. Thời gian sống thêm (OS, EFS) được phân tích bằng phương pháp Kaplan–Meier, với mức ý nghĩa thống kê được xác định tại ngưỡng $p < 0,05$.

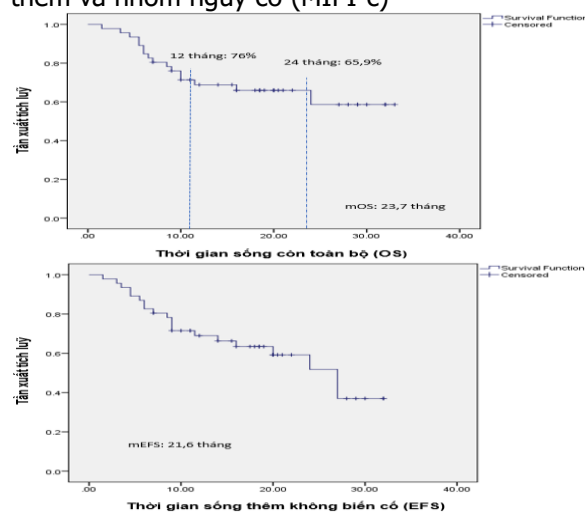
2.7. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu tuân thủ nghiêm ngặt các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh học.

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%). 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.

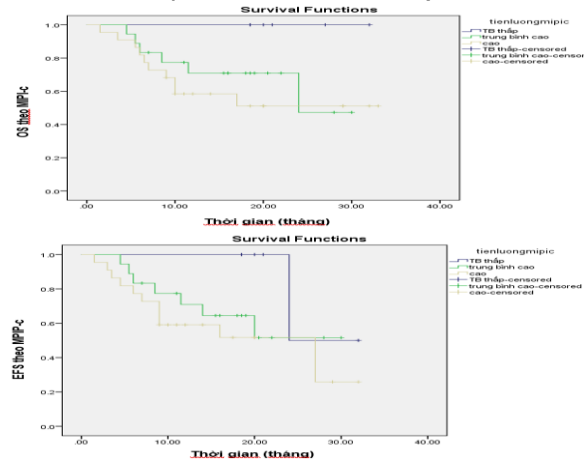
Biểu đồ 1 cho thấy thời gian theo dõi trung bình của nhóm bệnh nhân là 16 tháng, dao động từ 1,5 đến 33 tháng. Thời gian sống còn toàn bộ (OS) ước tính đạt 23,7 tháng, với tỷ lệ sống tại mốc 12 tháng là 76% và tại 24 tháng là 65,9%. Thời gian sống thêm không biến cố (EFS) trung bình đạt 21,6 tháng, với tỷ lệ EFS lần lượt là 71,5% tại 12 tháng và 63,4% tại 24 tháng. Trong số 46 bệnh nhân điều trị, có một bệnh nhân mang đột biến TP53 cho thấy tiên lượng xấu với thời gian OS chỉ 6 tháng và bệnh tiến triển không đáp ứng với điều trị. Ngược lại, hai bệnh nhân có tái sắp xếp gen IGHV >3% so với dòng mầm đều có đáp ứng điều trị tốt và chưa ghi nhận tái phát hay tử vong trong thời gian nghiên cứu. Mỗi liên quan giữa thời gian sống thêm và nhóm nguy cơ (MIPI-c)



Biểu đồ 1: Thời gian sống thêm của bệnh nhân MCL

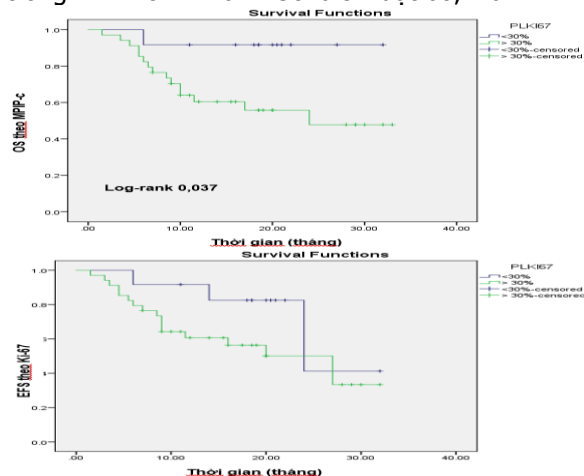
Biểu đồ 2 cho thấy tại thời điểm kết thúc nghiên cứu, nhóm nguy cơ trung bình–thấp chưa đạt ngưỡng thời gian sống còn toàn bộ trung bình, và tất cả bệnh nhân trong nhóm này đều sống tại thời điểm 12 và 24 tháng. Trong khi đó, nhóm nguy cơ trung bình–cao có tỷ lệ sống 12 tháng là 70,9%, và nhóm nguy cơ cao là 58,4%. Thời gian EFS ước tính lần lượt ở ba nhóm là 28 tháng (nguy cơ trung bình–thấp), 21 tháng

(trung bình–cao), và 18,8 tháng (cao). Tỷ lệ EFS tại thời điểm 12 tháng cũng có xu hướng giảm dần theo mức nguy cơ: 100%, 64,5%, và 51,7%. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa các nhóm chưa đạt ngưỡng ý nghĩa thống kê ($p = 0,136$ đối với OS và $p = 0,299$ đối với EFS).



Biểu đồ 2: Thời gian OS, EFS theo nhóm nguy cơ

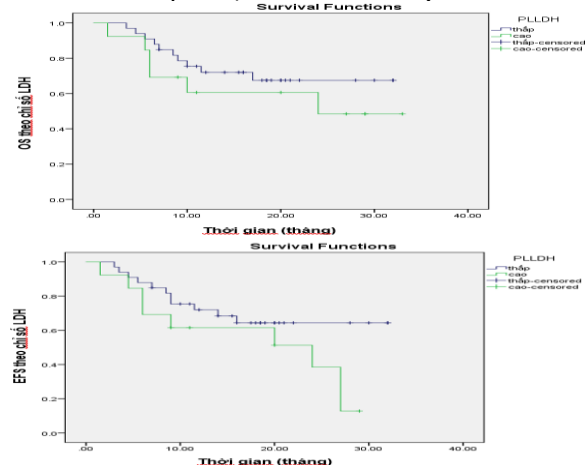
Biểu đồ 3 cho thấy bệnh nhân có chỉ số Ki-67 <30% đạt thời gian sống còn toàn bộ ước tính cao hơn (29 tháng) so với nhóm có Ki-67 ≥30% (21 tháng), với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,037$). OS tại mốc 12 tháng lần lượt là 91,7% ở nhóm Ki-67 thấp và 70,4% ở nhóm Ki-67 cao. Thời gian EFS cũng có xu hướng dài hơn ở nhóm Ki-67 thấp (24,8 tháng so với 19,5 tháng), tuy nhiên sự khác biệt không đạt mức ý nghĩa thống kê ($p = 0,151$). Tỷ lệ EFS tại thời điểm 12 tháng của nhóm Ki-67 <30% là 82,5%, trong khi nhóm Ki-67 ≥30% chỉ đạt 60,7%.



Biểu đồ 3: Thời gian OS, EFS biểu hiện Ki-67

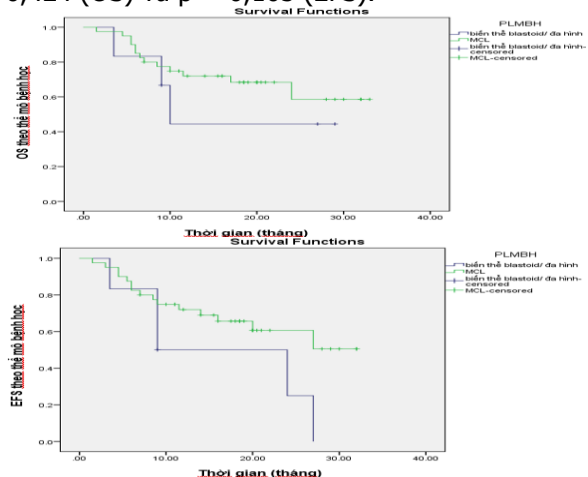
Biểu đồ 4 cho thấy thời gian sống còn toàn bộ trung bình ở nhóm bệnh nhân có LDH <460 UI/L đạt 24,4 tháng, cao hơn so với nhóm có

LDH ≥460 UI/L (21,2 tháng). Tỷ lệ sống tại mốc 12 tháng cũng cho thấy sự khác biệt rõ rệt: 72% ở nhóm LDH thấp và chỉ 48,5% ở nhóm LDH cao. Tương tự, EFS trung bình lần lượt là 23,6 tháng (LDH thấp) và 17,8 tháng (LDH cao), với tỷ lệ EFS tại thời điểm 12 tháng là 72% và 12,8%. Dù có xu hướng khác biệt rõ, các kết quả này chưa đạt mức ý nghĩa thống kê ($p = 0,368$ đối với OS và $p = 0,120$ đối với EFS).



Biểu đồ 4: Thời gian OS, EFS theo LDH

Biểu đồ 5 cho thấy bệnh nhân thuộc nhóm MCL biến thể blastoid/đa hình thái có thời gian OS ước tính thấp hơn (17,1 tháng) so với nhóm MCL thể cổ điển (24,1 tháng), với tỷ lệ sống 12 tháng tương ứng là 44,4% và 74,8%. Tương tự, thời gian EFS ở nhóm biến thể là 16,3 tháng, thấp hơn đáng kể so với 22,5 tháng ở nhóm MCL thông thường; tỷ lệ EFS tại mốc 12 tháng cũng thấp hơn (25% so với 72%). Tuy nhiên, các khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,424$ (OS) và $p = 0,105$ (EFS).



Biểu đồ 5: Thời gian OS, EFS theo thể mô bệnh học

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận bệnh nhân mắc u lympho tế bào áo (MCL) có xu hướng tập trung chủ yếu ở nam giới trung niên và cao tuổi, với tuổi trung bình tại chẩn đoán là $61,64 \pm 9,38$ và tỷ lệ nam:nữ là 3,07:1. Điều này phù hợp với đặc điểm dịch tễ học đã được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu trước đó, cho thấy MCL là thể lymphoma ác tính phổ biến hơn ở nam giới lớn tuổi [2]. Bên cạnh đó, khoảng 50,1% bệnh nhân có ít nhất một bệnh lý nền, chủ yếu là tăng huyết áp và rối loạn chuyển hóa, phản ánh nguy cơ đồng mắc cao trong nhóm bệnh nhân này – một yếu tố có thể ảnh hưởng đến khả năng dung nạp và đáp ứng điều trị.

Về chiến lược điều trị, phác đồ R-CHOP/R-DHAP được sử dụng phổ biến nhất (47,8%) và cũng cho kết quả đáp ứng hoàn toàn (CR) cao nhất trong số các phác đồ, cho thấy tính hiệu quả của chiến lược luân phiên hóa trị tăng cường. Đặc biệt, bốn bệnh nhân đạt CR được chỉ định ghép tế bào gốc tự thân, trong đó ba người duy trì đáp ứng lâu dài, cho thấy vai trò tích cực của ghép tế bào gốc ở nhóm bệnh nhân đạt lui bệnh sâu [4]. Một bệnh nhân tử vong sau ghép do biến chứng nhiễm trùng nặng (COVID-19, CMV), nhấn mạnh tầm quan trọng của kiểm soát nhiễm trùng sau ghép.

Phân tích sống còn cho thấy thời gian sống còn toàn bộ (OS) trung bình là 23,7 tháng, và thời gian sống không biến cố (EFS) đạt 21,6 tháng. Đây là kết quả tương đối khả quan, tương đương với số liệu từ nghiên cứu của Kang et al. (2014) ghi nhận OS sau 2 năm là 64,7% và EFS là 39,7% [6]. Đáng chú ý, bệnh nhân mang đột biến TP53 có thời gian OS chỉ 6 tháng và không đáp ứng điều trị, trong khi hai bệnh nhân mang tái sắp xếp IGHV >3% đều đáp ứng tốt và chưa có tiến triển sau tối đa 20 tháng theo dõi. Kết quả này phù hợp với dữ liệu quốc tế, trong đó TP53 là yếu tố tiên lượng rất xấu, còn đột biến IGHV thường gắn với đáp ứng điều trị bền vững hơn [5].

Khi phân tích theo nhóm nguy cơ MIPI-c, bệnh nhân thuộc nhóm trung bình-thấp có thời gian sống còn và sống thêm không biến cố vượt trội với tỷ lệ OS và EFS tại 12 và 24 tháng đều đạt 100%. Ngược lại, nhóm nguy cơ cao có OS và EFS lần lượt là 58,4% và 51,7% tại 12 tháng. Mặc dù sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê, xu hướng phân tầng nguy cơ theo MIPI-c vẫn cho thấy giá trị tiên lượng đáng kể. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Yang et al. (2021), nhấn mạnh vai trò của MIPI-c trong định

hướng điều trị cá thể hóa [3].

Ngoài ra, chỉ số Ki-67 và LDH cũng cho thấy mối liên quan với thời gian sống. Nhóm Ki-67 <30% có OS trung bình 29 tháng, cao hơn đáng kể so với nhóm Ki-67 $\geq 30\%$ (21 tháng), với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,037$). EFS ở nhóm Ki-67 thấp cũng cao hơn nhưng chưa đạt mức ý nghĩa. Tương tự, nhóm có LDH <460 UI/L có xu hướng OS và EFS cao hơn nhóm LDH cao, tuy khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Những kết quả này phù hợp với nhận định trong y văn rằng Ki-67 cao và LDH tăng là các yếu tố tiên lượng xấu trong MCL, phản ánh hoạt tính tăng sinh mạnh và gánh nặng khối u cao [3,5].

Nghiên cứu này vẫn còn một số hạn chế cần được xem xét. Thứ nhất, cỡ mẫu tương đối nhỏ (46 bệnh nhân điều trị) có thể làm giảm độ mạnh của phân tích thống kê và hạn chế khả năng phát hiện sự khác biệt có ý nghĩa giữa các nhóm. Thứ hai, thời gian theo dõi trung bình chỉ 16 tháng là chưa đủ dài để đánh giá toàn diện các biến cố muộn như tái phát hoặc sống thêm lâu dài. Thứ ba, do thiết kế nghiên cứu vừa hồi cứu vừa tiền cứu, nên có thể tồn tại sai lệch thông tin trong quá trình thu thập dữ liệu. Cuối cùng, các yếu tố di truyền mới nổi như đột biến ATM, BTK, hoặc tình trạng vi môi trường u chưa được phân tích đầy đủ, là những khía cạnh quan trọng trong tiên lượng và lựa chọn điều trị cá thể hóa trong MCL hiện đại.

V. KẾT LUẬN

Tóm lại, nghiên cứu đã cho thấy hóa trị có hiệu quả đáng kể trong điều trị u lympho tế bào áo, với tỷ lệ đáp ứng cao và khả năng duy trì lui bệnh ở nhiều trường hợp, đặc biệt khi kết hợp với ghép tế bào gốc. Các yếu tố như chỉ số Ki-67, LDH, thể mô bệnh học, và nhóm nguy cơ MIPI-c có ảnh hưởng rõ rệt đến tiên lượng sống thêm, dù một số kết quả chưa đạt mức ý nghĩa thống kê. Những kết quả này góp phần củng cố vai trò của phân tầng nguy cơ và chỉ điểm sinh học trong cá thể hóa điều trị, đồng thời mở ra hướng nghiên cứu chuyên sâu hơn về liệu pháp đích và vai trò của di truyền học trong MCL tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abbasi MR.** Mantle Cell Lymphoma: Practice Essentials, Overview, Pathophysiology. Medscape; 2024.
2. **Radkiewicz C, et al.** Sex differences in lymphoma incidence and mortality by subtype: A population-based study. *Am J Hematol.* 2023;98(1):23–30. doi:10.1002/ajh.26744
3. **Yang P, 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
4. **Karmali R, et al.** Multi-center analysis of practice patterns and outcomes of younger and older patients with mantle cell lymphoma in the rituximab era. *Am J Hematol*. 2021;96(11):1374–1384. doi:10.1002/ajh.26306
 5. **Navarro A, et al.** TP53 and IGHV mutation status as prognostic biomarkers in mantle cell lymphoma. *Haematologica*. 2021;106(5):1250–1258. doi:10.3324/haematol.2019.243899
 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

KHẢO SÁT BIẾN CHỨNG SAU SINH THIẾT TUYẾN TIỀN LIỆT QUA ĐƯỜNG TRỰC TRÀNG DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nghiêm Trung Dũng^{1,2}, Đỗ Gia Tuyền³, Phan Hoàng Giang¹,
Đặng Thị Việt Hà^{1,3}, Vũ Công Minh¹, Đường Mạnh Long^{1,3},
Phạm Tiến Dũng^{1,3}, Nguyễn Trung Hiếu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ và đặc điểm các biến chứng sau sinh thiết tuyến tiền liệt qua đường trực tràng dưới hướng dẫn siêu âm tại Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu, theo dõi biến chứng sau sinh thiết trên 105 bệnh nhân nghi ngờ ung thư tuyến tiền liệt được sinh thiết tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7 năm 2022 đến tháng 2 năm 2025. **Kết quả:** Trong 105 bệnh nhân sinh thiết, 15 bệnh nhân (14,3%) xuất hiện biến chứng. Các biến chứng gặp phải gồm: nhiễm trùng tiết niệu (6,7%), bí tiểu (5,7%), chảy máu trực tràng (1,9%). Không ghi nhận biến chứng nặng hay tử vong. **Kết luận:** Sinh thiết tuyến tiền liệt dưới hướng dẫn siêu âm là thủ thuật an toàn với tỷ lệ biến chứng thấp, chủ yếu ở mức độ nhẹ.

Từ khóa: Sinh thiết tuyến tiền liệt, biến chứng.

SUMMARY

ASSESSING COMPLICATIONS AFTER ULTRASOUND-GUIDED TRANSPERINEAL PROSTATE BIOPSY AT BACH MAI HOSPITAL

Objective: To investigate the rate and characteristics of complications following transrectal ultrasound-guided prostate biopsy at Bach Mai Hospital. **Subjects and Methods:** A retrospective descriptive cross-sectional study was conducted on 105 patients with suspected prostate cancer who underwent prostate biopsy at Bach Mai Hospital from July 2022 to February 2025. Post-biopsy complications were monitored and recorded. **Results:** Among 105 patients who underwent prostate biopsy, 15 patients (14.3%) developed complications. The observed

complications included urinary tract infection (6.7%), urinary retention (5.7%), rectal bleeding (1.9%). No severe complications or deaths were recorded. **Conclusion:** Transrectal ultrasound-guided prostate biopsy is a safe procedure with a low rate of complications, mostly mild in severity.

Keywords: Prostate biopsy, complications.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới, ung thư tiền liệt tuyến là loại ung thư thường gặp nhất và là nguyên nhân gây tử vong thứ hai do ung thư ở nam giới chỉ sau ung thư phổi, thường gặp ở nam giới trung niên và cao tuổi.^{1,2} Sinh thiết tuyến tiền liệt là phương pháp tiêu chuẩn để chẩn đoán xác định ung thư tuyến tiền liệt. Hiện nay, sinh thiết qua đường trực tràng dưới hướng dẫn siêu âm là kỹ thuật phổ biến tại Việt Nam nhờ độ chính xác cao, ít xâm lấn và thực hiện đơn giản. Tuy nhiên, thủ thuật vẫn tiềm ẩn nguy cơ biến chứng, từ nhẹ như đau, chảy máu, nhiễm trùng đến các biến chứng nặng như nhiễm trùng huyết hay bí tiểu cấp. Do vậy chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu: "*Khảo sát tỷ lệ và đặc điểm các biến chứng sau sinh thiết tuyến tiền liệt qua đường trực tràng dưới hướng dẫn siêu âm tại Bệnh viện Bạch Mai*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- 105 bệnh nhân nam nghi ngờ ung thư tuyến tiền liệt, được chỉ định sinh thiết tại Bệnh viện Bạch Mai từ 07/2022 đến 2/2025.

2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân có chỉ định sinh thiết tuyến tiền liệt dưới hướng dẫn siêu âm qua trực tràng.
- Bệnh nhân được thực thảo đại tràng và sử dụng kháng sinh dự phòng trước sinh thiết.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu và cung cấp

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trung Hiếu

Email: hieunguyen017@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.5.2025

Ngày duyệt bài: 13.6.2025