

- tutorial. Health psychology and behavioral medicine. 2018;6(1):301-28.
- Muhetaer S, Mijiti P, Aierken K, Ziyin H, Talapuhan W, Tuoheti K, et al.** A network approach to investigating the inter-relationship between health-related quality of life dimensions and depression in 1735 Chinese patients with heterogeneous cancers. *Frontiers in public health*. 2023;11:1325986.
 - Agasi-Idenburg SC, Thong MS, Punt CJ, Stuiver MM, Aaronson NK.** Comparison of symptom clusters associated with fatigue in older and younger survivors of colorectal cancer. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*. 2017;25(2):625-32.
 - Kim LX, Kim ST, Truong BNH, Van Do D, Pham DX, Kang JI, et al.** Network analysis of the intercorrelations between quality of life, trait mindfulness, and mental health among patients with breast cancer. *Scientific reports*. 2025;15(1):24561.
 - Salveti MG, Machado CSP, Donato SCT, Silva AMD.** Prevalence of symptoms and quality of life of cancer patients. *Revista brasileira de enfermagem*. 2020;73(2):e20180287.

ỨNG DỤNG QUY TRÌNH TRUYỀN NHANH RITUXIMAB TẠI BỆNH VIỆN K

Đỗ Huyền Nga¹, Nguyễn Thanh Tùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tính an toàn, hiệu quả điều trị và hiệu quả kinh tế khi ứng dụng quy trình truyền nhanh Rituximab. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 278 bệnh nhân u lympho không Hodgkin điều trị phác đồ Rituximab truyền nhanh tại khoa Nội Hệ tạo Huyết Bệnh viện K từ 01/2025-10/2025. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là 57; Tỷ lệ nam/nữ là ~1,41; 88,1% bệnh nhân điều trị bước đầu, Tỷ lệ giai đoạn 4 chiếm 27%; giai đoạn 2 chiếm 25%; giai đoạn 3 chiếm 20%; giai đoạn 1 chiếm 16%; thể giải phẫu bệnh DLBCL chiếm đa số 63,6%; tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn 76,6%; đáp ứng một phần 16,2%; bệnh giữ nguyên 1,4%; bệnh tiến triển 5,8%; Tỷ lệ bệnh nhân có phản ứng truyền với Rituximab chiếm 3,6% trong đó 2,2% bệnh nhân phản ứng khi truyền Rituximab lần đầu truyền theo quy trình thông thường và 1,4% bệnh nhân có phản ứng khi truyền Rituximab lần thứ 2 và 3; quy trình truyền nhanh giúp rút ngắn 135 phút so với quy trình truyền thông thường, Việc sử dụng các dạng rituximab tương đương sinh học cho hiệu quả tương đương và tiết kiệm chi phí. **Kết luận:** Ứng dụng quy trình truyền nhanh Rituximab đảm bảo tính an toàn cũng như hiệu quả điều trị và rút ngắn thời gian điều trị nội trú của bệnh nhân.

Từ khóa: Quy trình truyền nhanh Rituximab.

SUMMARY

APPLICATION OF RAPID RITUXIMAB INFUSION PROCEDURE AT K HOSPITAL

Objective: To evaluate the safety, treatment efficacy and cost-effectiveness of applying the rapid rituximab infusion procedure. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive prospective

study was conducted on 278 patients with non-Hodgkin lymphoma treated with the rapid rituximab infusion procedure at the Hematologic Oncology Department, K Hospital from January 2025 to October 2025. **Results:** The average age is 57; The male/female ratio is ~1.41; 88.1% of patients were treated initially, the rate of stage 4 was 27%; stage 2 was 25%; stage 3 was 20%; stage 1 was 16%; the pathological anatomy of DLBCL was the majority 63.6%; the complete response rate was 76.6%; partial response was 16.2%; the disease remained unchanged 1.4%; the disease progressed 5.8%; The rate of patients suffered from infusion reactions with Rituximab was 3.6%, of which 2.2% of patients had reactions when receiving Rituximab for the first time according to the conventional procedure and 1.4% of patients had reactions when receiving Rituximab for the second and third times; the rapid rituximab infusion procedure shortened the time by 135 minutes compared to the conventional infusion procedure; Use of biosimilar formulations of rituximab results in comparable efficacy and cost savings. **Conclusion:** Applying the rapid rituximab infusion procedure ensures safety as well as treatment effectiveness and shortens the inpatient treatment time of patients.

Keywords: Rapid rituximab infusion procedure.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U lympho không Hodgkin tế bào B bao gồm các bệnh ác tính về huyết học có nguồn gốc từ các tế bào tiền thân tế bào B và tế bào B trưởng thành như u lympho không Hodgkin tế bào B lớn lan tỏa (DLBCL), u lympho nang (FL), u lympho không Hodgkin tế bào B nhỏ (SLL), u lympho không Hodgkin vùng biên (MZL), u lympho không Hodgkin vùng biên liên quan đến niêm mạc (MALTOMA),... là ung thư huyết học thường gặp ở Việt Nam.²

Rituximab kết hợp với hóa trị liệu là phương pháp điều trị tiêu chuẩn cho những bệnh nhân U lympho không Hodgkin tế bào B. Các thuốc sinh

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Huyền Nga

Email: ncs29dhy@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025

Ngày duyệt bài: 8.12.2025

hoc tương tự Rituximab đã chứng minh hiệu quả và độ an toàn tương tự như thuốc sinh học Rituximab tham chiếu ở những bệnh nhân u lympho không Hodgkin, nhưng chi phí điều trị bằng các thuốc sinh học này thay đổi chủ yếu tùy thuộc vào chi phí và thời gian sử dụng thuốc.⁸ Trước đây, rituximab được dùng bằng cách truyền tĩnh mạch chậm (rituximab IV). Tuy nhiên, truyền tĩnh mạch chậm tiêu chuẩn kéo dài 4-5 giờ cho lần truyền tĩnh mạch đầu tiên và 2-4 giờ cho các lần truyền tĩnh mạch tiếp theo. Sau đó, sự ra đời của rituximab tiêm dưới da (rituximab SC) đã rút ngắn thời gian dùng thuốc xuống chỉ còn 15 phút. Điều này dẫn đến việc giảm đáng kể việc sử dụng các nguồn lực y tế của bệnh viện và chi phí liên quan đến các nguồn lực này. Rituximab IV (Rituximab tham chiếu hoặc Rituximab tương tự sinh học) có thể được dùng dưới dạng truyền tĩnh mạch trong 90 phút ở chu kỳ thứ hai và các chu kỳ tiếp theo ở những bệnh nhân không bị phản ứng truyền nghiêm trọng sau chế độ truyền tĩnh mạch chậm tiêu chuẩn của rituximab IV trong chu kỳ đầu tiên. FDA đã phê duyệt truyền nhanh thuốc sinh học rituximab tham chiếu vào năm 2012 và EMA đã phê duyệt truyền nhanh thuốc sinh học rituximab tương tự của Sandoz vào ngày 24/02/2023 do hồ sơ an toàn tương tự giữa hai cách dùng tĩnh mạch. Việc sử dụng truyền dịch nhanh có thể cải thiện sự tiện lợi và hiệu quả về chi phí của rituximab IV so với rituximab SC.¹

Hiện nay, có nhiều loại rituximab khác nhau đang được lưu hành tại Việt Nam; bao gồm rituximab tham chiếu (Rx), rituximab sinh học tương tự (Bx) và các rituximab khác (Ox). Chưa có dữ liệu thực tế tại Việt Nam về việc sử dụng rituximab IV so với rituximab SC, so sánh giữa các nhóm rituximab Rx/Bx/Ox và tác động của chi phí y tế theo các loại rituximab đang lưu hành, được chỉ định trong thực hành lâm sàng thường quy. Việc đánh giá ứng dụng qui trình truyền Rituximab nhanh trong thực hành lâm sàng thường quy giúp đánh giá được tính an toàn và hiệu quả phác đồ cũng như hiệu quả kinh tế. Do đó, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "Đánh giá tính an toàn, hiệu quả điều trị và hiệu quả kinh tế khi ứng dụng quy trình truyền nhanh Rituximab".

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	Tổng (n=278) N (%)	Rx (n=56) N (%)	Bx (n=81) N (%)	Ox (n=71) N (%)	Sử dụng 2 loại Rituximab trở lên (n=70) N (%)	p
Tuổi, năm, Trung	57,6±13,7	52,6±14,7	59,0±13,5	60,3±13,8	57,3±12,0	0,01

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân đang điều trị tại Bệnh viện K đáp ứng các tiêu chuẩn sau:

- Tuổi ≥ 18, được chẩn đoán mô bệnh học là u lympho không Hodgkin tế bào B, CD20+ theo phân loại của WHO năm 2022.

- Tổng trạng phù hợp, chỉ số tổng trạng ECOG 0-2.

- Được bác sĩ điều trị kê đơn phác đồ có Rituximab tại thời điểm khảo sát.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân mắc các bệnh ung thư khác kèm theo.

- Bệnh nhân có tiền sử phản ứng truyền dịch

- Bệnh nhân mắc các bệnh cấp tính và mạn tính nặng (suy gan, suy tim, suy thận nặng, v.v.)

- Bệnh nhân nhiễm HIV, HBV, HCV và đang trong tình trạng bệnh hoạt động.

- Bệnh nhân suy giảm miễn dịch nặng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 278 bệnh nhân được chẩn đoán u lympho không Hodgkin điều trị phác đồ có Rituximab từ tháng 01/2025 đến tháng 10/2025 tại Khoa Nội Huyết – Bệnh viện K3 cơ sở Tân Triều.

Thông tin cần thu thập: Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

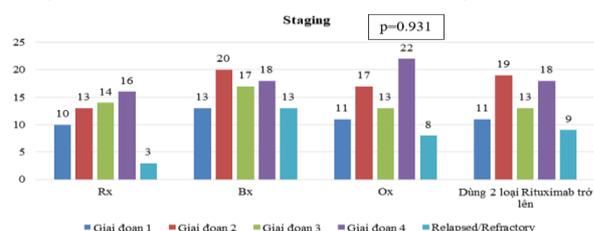
Các dạng Rituximab được sử dụng: 1. Rx: Rituximab tham chiếu theo Tiêu chuẩn của FDA và EMA (Mabthera); 2. Bx: Rituximab tương tự sinh học theo Tiêu chuẩn của FDA và EMA (Rixathon và các loại khác nếu có); 3. Ox: Các sản phẩm rituximab khác; không phải là rituximab tham chiếu cũng không phải là rituximab tương tự sinh học (Reditux và các loại khác nếu có).

2.3. Phân tích và xử lý số liệu: Các thông tin được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, không can thiệp, không gây tác hại cho bệnh nhân, không ảnh hưởng đến quá trình điều trị của bệnh nhân, không tăng thêm chi phí cho bệnh nhân. Các phác đồ điều trị được lựa chọn theo hướng dẫn điều trị của Bộ y tế Việt Nam, NCCN.

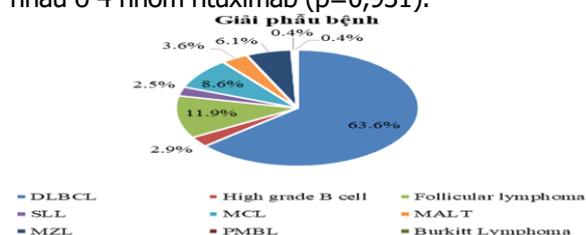
biền±SD (khoảng)	(18-94)	(22-77)	(20-85)	(18-94)	(22-82)	
≤60	139 (50)	33 (58,9)	37 (45,7)	30 (42,3)	39 (55,7)	0,171
>60	139 (50)	23 (41,1)	44 (54,3)	41 (57,7)	31 (44,3)	
Giới						
Nam	163 (58,6)	33 (58,9)	46 (56,8)	36 (50,7)	48 (68,6)	0,187
Nữ	115 (41,4)	23 (41,1)	35 (43,2)	35 (49,3)	22 (31,4)	
Số bước điều trị						
Bước đầu	245 (88,1)	53 (94,6)	68 (84,0)	63 (88,7)	61 (87,1)	0,589
Bước hai	28 (10,1)	3 (5,4)	11 (13,6)	6 (8,5)	8 (11,4)	
Bước 3 hoặc muộn hơn	5 (1,8)	0 (0)	2 (2,5)	2 (2,8)	1 (1,4)	

Nhận xét: Tuổi trung bình là 57,6 tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 1,41; hầu hết bệnh nhân được điều trị bước một (88,1%). Độ tuổi trung bình khác nhau giữa 4 nhóm, nhóm dùng thuốc theo đơn có tuổi trung bình thấp hơn các nhóm còn lại. Giới tính và phác đồ điều trị tương đương nhau giữa 4 nhóm.



Biểu đồ 1. Giai đoạn bệnh

Nhận xét: Giai đoạn 4 chiếm tỷ lệ cao nhất (27%); Giai đoạn 2 chiếm 25%; Giai đoạn 3 chiếm 20%, Giai đoạn 1 chiếm 16%; Tái phát/kháng thuốc chiếm 12%. Tỷ lệ giai đoạn tương đương nhau ở 4 nhóm rituximab (p=0,931).



Biểu đồ 2. Giải phẫu bệnh

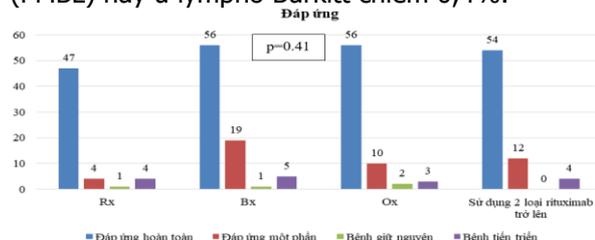
Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi,

Bảng 3. Phản ứng truyền

Ca	Truyền nhanh	Chu kỳ	Loại phản ứng	Độ phản ứng	Thời gian xảy ra	Loại Rituximab	Kết quả xử trí	Mô bệnh học	Phác đồ
1	0	1	IRR: nổi ban	1	Trong truyền	Bx	Hồi phục	FL	RB
2	0	1	IRR: nổi ban	2	Trong truyền	Bx	Hồi phục	FL	RCHOP
3	0	1	IRR: nổi ban	1	Trong truyền	Bx	Hồi phục	FL	RB
4	0	1	IRR: nổi ban	1	Trong truyền	Bx	Hồi phục	DLBCL	R-pola-CHP
5	0	1	Sốc phản vệ: Suy hô hấp và suy tim mạch	4	Trong truyền	Rx	Hồi phục	DLBCL	RCHOP
6	0	2	IRR: nổi ban	1	Trong truyền	Bx	Hồi phục	FL	RB
7	Có	2	IRR: hạ huyết áp	2	Trong truyền	Bx	Hồi phục	FL	RB
8	Có	2	IRR: nổi ban	1	Trong truyền	Bx	Hồi phục	MZL	RB
9	Có	2	Sốc phản vệ: trụy tim mạch	3	Trong truyền	Bx	Hồi phục	FL	RB
10	Có	3	Sốc phản vệ: trụy tim mạch	3	Trong truyền	Bx	Hồi phục	MCL	RB

Nhận xét: Chúng tôi ghi nhận 10 trường hợp có AE, bao gồm 6 trường hợp truyền theo quy trình

tỷ lệ U lympho tế bào B lớn lan tỏa (DLBCL) cao nhất là 63,6%; U lympho nang chiếm 11,9%; U lympho tế bào áo (MCL) chiếm 8,6%; U lympho mô lympho hỗ trợ niêm mạc (MALT) chiếm 3,6%; U lympho tế bào B độ ác tính cao chiếm 2,9%; U lympho tế bào B trung thất nguyên phát (PMBL) hay u lympho Burkitt chiếm 0,4%.



Biểu đồ 3. Đáp ứng điều trị

Nhận xét: Kết thúc đánh giá điều trị, tỷ lệ đáp ứng giữa 4 nhóm tương đương nhau. Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 76,6%; tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 16,2%. Hiệu quả điều trị tương đương giữa các loại Rituximab với p>0,05.

thông thường và 4 trường hợp liên quan đến truyền nhanh. Có 7 trường hợp phản ứng liên quan đến truyền dịch độ 1, 2. Có 3 trường hợp phải ngừng truyền dịch tại thời điểm xảy ra sốc phản vệ.

Bảng 4. Ứng dụng quy trình truyền rituximab nhanh

Thủ thuật truyền Rituximab (n=1147)	Thời gian (trung bình ± SD) (khoảng)
Quy trình cổ điển (n=310)	251.9 ± 48.5 (170 – 450)
Quy trình truyền Rituximab nhanh (n=837)	116.9 ± 22.8 (73 – 198)
p	< 0,001

Nhận xét: Thời gian trung bình khi sử dụng thủ thuật thông thường dài hơn 251,9 phút so với thủ thuật nhanh là 116,9 phút (p < 0,001).

Bảng 5. Phân tích chi phí y tế giữa các dạng Rituximab

Chi phí Rituximab	Rx IV (n=212)	Rx SC (n=85)	Bx (n=608)	Ox (n=327)	Total (n=1232)
Tổng	5,368,664,035	2,122,377,495	11,434,206,294	3,930,242,664	22,855,490,488
Mỗi chu kỳ	25,323,886 ± 2,183,765 (19,715,180 – 29,041,030)	24,969,147	18,806,260 ± 2,436,096 (14,068,943 – 26,239,178)	12,019,090 ± 1,407,909 (9,643,200 – 16,340,754)	18,551,534 ± 5,136,028 (9,643,200 – 29,041,030)
p	<0,001				

Nhận xét: Tổng chi phí của Rituximab là 22.855.490.488 VND. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giá giữa các loại rituximab.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh nhân. Độ tuổi trung bình là 57,6 tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 1,41; hầu hết bệnh nhân được điều trị bước một (88,1%). Độ tuổi trung bình có sự khác biệt giữa 4 nhóm, nhóm Rx có độ tuổi trung bình thấp hơn các nhóm khác. Giới tính và phác đồ điều trị tương đương nhau giữa 4 nhóm. Giai đoạn 4 có tỷ lệ cao nhất (27%); Giai đoạn 2 chiếm 25%; Giai đoạn 3 chiếm 20%, Giai đoạn 1 chiếm 16%; Tái phát/kháng trị chiếm 12%. Tỷ lệ giai đoạn tương đương nhau ở 4 nhóm rituximab (p = 0,931). U lympho không Hodgkin (NHL) là bệnh ác tính về huyết học phổ biến nhất trên toàn thế giới, chiếm gần 3% chẩn đoán và tử vong do ung thư. U lympho không Hodgkin (NHL) là loại ung thư phổ biến thứ 13 và có tỷ lệ tử vong cao thứ 12 trong số các loại ung thư tại Việt Nam theo GLOBOCAN 2022. NHL chiếm 1,9% chẩn đoán ung thư tại Việt Nam và tỷ lệ tử vong đã lên tới 1,8%. NHL phổ biến hơn ở nam giới, những người trên 65 tuổi và những người mắc bệnh tự miễn hoặc tiền sử gia đình mắc các bệnh ác tính về huyết học. NHL có tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế nhẹ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ u lympho tế bào B lớn lan tỏa (DLBCL) cao nhất là 63,6%; u lympho nang chiếm 11,9%; u lympho tế bào vỏ (MCL) chiếm 8,6%; mô lymphoid hỗ trợ niêm mạc (MALT) chiếm 3,6%; u lympho tế bào B độ ác tính cao chiếm 2,9%; u lympho tế bào B trung thất nguyên phát (PMBL) hoặc u lympho Burkitt chiếm 0,4%. Kết thúc đánh giá điều trị, tỷ lệ đáp ứng tương đương giữa 4

nhóm. Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn (CR) là 76,6%; tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn (PR) là 16,2%; tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn (SD) là 1,4%; tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn (PD) là 5,8%.

4.2. Tính an toàn của thủ thuật truyền nhanh Rituximab. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy truyền tĩnh mạch nhanh rituximab trong 90 phút được dung nạp tốt ở một nhóm bệnh nhân mắc bệnh ác tính tế bào B trong bối cảnh thể giới thực, không có lo ngại nào về an toàn được xác định. Trong nhóm 278 bệnh nhân của chúng tôi, tổng cộng 837 lần truyền tĩnh mạch nhanh rituximab đã được thực hiện. Chỉ có 10 (0,8%) phản ứng truyền được báo cáo trong quá trình truyền tĩnh mạch bao gồm 9 trường hợp xảy ra trong quá trình truyền Bx và 1 trường hợp trong quá trình truyền Rx. Mặt khác, 6 trường hợp xảy ra trong quá trình truyền tiêu chuẩn và 4 trường hợp xảy ra trong quá trình truyền nhanh, do đó cho thấy hồ sơ an toàn thuận lợi của truyền nhanh. 7/10 phản ứng truyền liên quan đến rituximab được điều trị theo phác đồ ở mức độ 1, 2 và đã hồi phục hoàn toàn. Bệnh nhân bị sốc phản vệ ở mức độ 4 sau lần truyền tiêu chuẩn đầu tiên với chẩn đoán giải phẫu bệnh DLBCL được điều trị phác đồ RCHOP đã được hồi sức kịp thời và sau đó ngừng dùng rituximab. Hai bệnh nhân bị phản vệ độ 3, bao gồm: một bệnh nhân được chẩn đoán mắc FL được điều trị bằng phác đồ RB và một bệnh nhân được chẩn đoán mắc MCL được điều trị bằng phác đồ RB. Hai bệnh nhân đã được điều trị theo phác đồ chống sốc và hồi phục sau sốc. Sau đó, hai bệnh nhân này đã được ngừng sử dụng Rituximab.

Người ta đã biết rằng hầu hết các phản ứng phản vệ liên quan tới truyền thuốc (IRR) xảy ra

trong lần truyền rituximab đầu tiên, với tỷ lệ giảm dần trong lần truyền thứ hai và các lần truyền tiếp theo. Ví dụ, trong một nghiên cứu giai đoạn III trên 425 bệnh nhân u lympho được truyền dịch lần đầu với tốc độ tiêu chuẩn, 85,4% có thể truyền dịch 90 phút trong chu kỳ thứ hai. Điều thú vị là chỉ có 1,1% bệnh nhân gặp phản ứng phản vệ nội sinh độ 3 với truyền dịch nhanh trong chu kỳ thứ hai, và chỉ có 2,8% gặp phản ứng phản vệ nội sinh độ 3/4 trong các chu kỳ từ 2 đến 8.⁶ Trong các nghiên cứu gần đây, tần suất IRR xảy ra sau lần truyền rituximab tĩnh mạch nhanh đầu tiên là thấp, và trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi, bệnh nhân có thể được truyền rituximab tĩnh mạch nhanh lần đầu tiên từ chu kỳ thứ hai hoặc sau đó. Hiện tại, vẫn còn một số tranh cãi về vai trò của corticosteroid trong việc ngăn ngừa hoặc giảm sự xuất hiện của IRR trong quá trình truyền rituximab tĩnh mạch ở tốc độ truyền tiêu chuẩn hoặc nhanh. Cơ chế gây IRR bao gồm quá mẫn qua trung gian IgE, tính sinh miễn dịch của rituximab, hoạt hóa bổ thể và hội chứng giải phóng cytokine. Đáng tiếc là các bác sĩ lâm sàng có thể không phân biệt được giữa các phản ứng qua trung gian IgE và không qua trung gian IgE trên lâm sàng. Corticosteroid có thể ngăn ngừa hoặc làm giảm các phản ứng viêm hoặc phản ứng truyền không qua trung gian IgE, nhưng ít có tác dụng trong việc ngăn ngừa quá mẫn qua trung gian IgE.⁵

Rituximab đã trở thành một thành phần tiêu chuẩn trong phác đồ điều trị NHL CD20+. Trong nghiên cứu của chúng tôi, rituximab tiêm tĩnh mạch nhanh được sử dụng kết hợp với các phác đồ hóa trị tiêu chuẩn khác nhau, chẳng hạn như CHOP, CVP và GEMOX, nhưng cũng được sử dụng kết hợp với các phác đồ không hóa trị, chẳng hạn như lenalidomide. Rituximab-lenalidomide (R2) đã được sử dụng thường xuyên để điều trị FL tái phát, và sự kết hợp của R2 với các tác nhân khác đang được nghiên cứu. Do đó, hồ sơ an toàn thuận lợi của các phác đồ không hóa chất được trình bày trong nghiên cứu này rất có giá trị, vì nhiều phác đồ trong số này đang trở thành một phần của thực hành lâm sàng tiêu chuẩn. Kết quả của Ana Muntañola (2023)¹ chứng minh rằng những bệnh nhân mắc CLL đáp ứng các tiêu chí lựa chọn và loại trừ giống như của chúng tôi (đặc biệt là số lượng tế bào lympho $<5 \times 10^9/L$ và trước đó đã dung nạp được liệu truyền tĩnh mạch rituximab tiêu chuẩn) có thể được truyền tĩnh mạch rituximab trong 90 phút ở liều 500 mg/m² mà không có thêm lo ngại nào về an toàn.

4.3. Hiệu quả tài chính. Trong nghiên cứu

của chúng tôi, thời gian trung bình khi sử dụng thủ thuật truyền tĩnh mạch thông thường dài hơn 251,9 phút so với thủ thuật truyền tĩnh mạch nhanh là 116,9 phút ($p < 0,001$), do đó thời gian tiết kiệm được khi áp dụng thủ thuật truyền tĩnh mạch nhanh trung bình trên mỗi bệnh nhân là khoảng 11,25 giờ. Tổng chi phí của Rituximab là 22.855.490.488 VND. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giá giữa các loại rituximab.

Truyền nhanh rituximab trong 90 phút đã được chứng minh là có thể cải thiện sự hài lòng của bệnh nhân.³ Thời gian truyền dịch trung bình tiết kiệm được trong một lần truyền tĩnh mạch nhanh là khoảng 2,9 giờ. Hơn nữa, truyền tĩnh mạch nhanh rituximab tiết kiệm trung bình 10,2 giờ cho mỗi bệnh nhân trong suốt quá trình điều trị rituximab, do đó mang lại lợi ích kinh tế bằng cách giảm thời gian nằm viện, sử dụng nguồn lực và theo dõi điều dưỡng.⁴ Trong một nghiên cứu đánh giá chi phí và tiết kiệm nguồn nhân lực của phương pháp truyền dịch rituximab nhanh tại Anh, tác giả Finocchiaro D đã chỉ ra rằng trong vòng 1 năm áp dụng phác đồ này cho khoảng 7700 bệnh nhân, quy trình đã giúp giảm thời gian nằm viện của bệnh nhân xuống 19250 giờ và tiết kiệm được khoảng 978000 bảng Anh.⁷

Những hạn chế của phân tích này bao gồm quy mô mẫu bệnh nhân tương đối nhỏ và việc truyền rituximab. Bất chấp những hạn chế này, nghiên cứu của chúng tôi cung cấp những phát hiện lâm sàng có liên quan, có thể hướng dẫn các bác sĩ cân nhắc việc sử dụng truyền rituximab 90 phút như một lựa chọn điều trị cho các bệnh lý ác tính về huyết học. Tóm lại, truyền tĩnh mạch nhanh rituximab trong 90 phút là khả thi và dung nạp tốt ở một số bệnh nhân mắc u lympho tế bào B và CLL, những người không gặp phải phản ứng quá mẫn nghiêm trọng với liều dùng tiêu chuẩn trong chu kỳ trước. Kết quả của chúng tôi ủng hộ các bằng chứng trước đây về rituximab tham chiếu, đồng thời cho thấy cơ hội cải thiện sự tiện lợi cho bệnh nhân và giảm gánh nặng cho các nguồn lực chăm sóc sức khỏe.

V. KẾT LUẬN

Điều trị U lympho không Hodgkin bằng phác đồ Rituximab truyền nhanh đảm bảo tính an toàn và hiệu quả điều trị cũng như tiết kiệm thời gian truyền tại Bệnh viện và chi phí cho bệnh nhân. Các kết quả này sẽ hỗ trợ các bác sĩ trong ứng dụng quy trình truyền nhanh Rituximab trong điều trị các bệnh nhân U lympho không Hodgkin.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ana Muntañola, José María Arguiñano-

- Pérez, Julio Dávila.** Safety and tolerability of a 90-minute rapid infusion of Sandoz biosimilar rituximab in B-cell lymphoproliferative disorders in a real-world setting. *Clin Transl Sci.* 2023;16(2):305-312.
- Arnold S Freedman, Jonathan W Friedberg, Jon C Aster.** Clinical presentation and initial evaluation of non-Hodgkin lymphoma. *Uptodate.* 2024:1-15.
 - Atmar J.** Review of the Safety and Feasibility of Rapid Infusion of Rituximab. 2010;6(2):91-93. doi:10.1200/jop.200001
 - Chiang J, Chan A, Shih V, Hee SW, Tao M, Lim ST.** A prospective study to evaluate the feasibility and economic benefits of rapid infusion rituximab at an Asian cancer center. *International Journal of Hematology.* 2010/06/01 2010;91(5): 826-830. doi:10.1007/s12185-010-0583-z
 - D'Arena G, Vittorio S, Luca L, et al.** Adverse drug reactions after intravenous rituximab infusion are more common in hematologic malignancies than in autoimmune disorders and can be predicted by the combination of few clinical and laboratory parameters: results from a retrospective, multicenter study of 374 patients. *Leukemia & Lymphoma.* 2017/11/02 2017;58(11): 2633-2641. doi:10.1080/10428194.2017.1306648
 - Dakhil S, Robert H, T. SM, et al.** Phase III safety study of rituximab administered as a 90-minute infusion in patients with previously untreated diffuse large B-cell and follicular lymphoma. *Leukemia & Lymphoma.* 2014/10/01 2014;55(10): 2335-2340. doi:10.3109/10428194.2013.877135
 - Finocchiaro D, Goh A, Gupta S, Bittencourt da Silva L, Groves C.** EE425 Estimating HCP Labor Time and Cost Saving with the Use of Rapid Rituximab Infusions Versus Standard Rituximab Infusions for the Treatment of Adults with Follicular Lymphoma and Diffuse Large B-Cell Lymphoma in Induction Phase. *Value in Health.* 2023;26(12):S133. doi:10.1016/j.jval.2023.09.691
 - Manfred Welslau, Boris Kubuschok, Julian Topaly.** REFLECT: prospective multicenter non-interventional study evaluating the effectiveness and safety of Sandoz rituximab (SDZ-RTX; Rixathon®) in combination with CHOP for the treatment of patients with previously untreated CD20-positive diffuse large B-cell lymphoma. *Ther Adv Hematol.* 2023;14:20406207231183765.

TRIỆU CHỨNG THEO THANG ĐIỂM VAS Ở NGƯỜI BỆNH VIÊM MŨI XOANG MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP NĂM 2025

Nguyễn Quang Hùng¹, Vũ Thị Quỳnh Anh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm mũi xoang mạn tính là một bệnh lý viêm kéo dài của niêm mạc mũi và các xoang cạnh mũi, đặc trưng bởi các triệu chứng dai dẳng như nghẹt tắc mũi, chảy dịch mũi trước hoặc sau, đau vùng đầu mặt và giảm hoặc mất ngửi. Các triệu chứng kéo dài và dai dẳng của viêm mũi xoang mạn tính là yếu tố quyết định mức độ ảnh hưởng của bệnh đến chất lượng sống và nhu cầu điều trị của người bệnh. **Mục tiêu:** Mô tả mức độ triệu chứng theo thang điểm VAS ở người bệnh viêm mũi xoang mạn tính tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp năm 2025. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 142 người trưởng thành điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp năm 2025. **Kết quả:** Điểm VAS trung bình của 4 triệu chứng nghẹt tắc mũi, chảy mũi, đau nhức đầu mặt và giảm ngửi, mất ngửi lần lượt là $2,58 \pm 1,85$; $3,26 \pm 1,13$; $1,36 \pm 1,95$ và $1,29 \pm 2,01$ với mức độ nhẹ là chủ yếu, lần lượt là 73,2%; 66,2%; 81,0% và 89,4%. Mức độ nghẹt tắc mũi và giảm ngửi, mất ngửi khác biệt có ý nghĩa thống kê với sự hiện diện của polyp ($p = 0,001$). Không có sự khác biệt giữa tiền sử hút thuốc và mức độ các triệu chứng mũi

xoang. **Kết luận:** Các triệu chứng viêm mũi xoang mạn tính chủ yếu xuất hiện ở mức độ nhẹ, với nghẹt tắc mũi và giảm ngửi, mất ngửi là những triệu chứng có liên quan đến sự hiện diện của polyp mũi. **Từ khóa:** viêm mũi xoang mạn tính, người trưởng thành, mức độ triệu chứng, Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp.

SUMMARY

SYMPTOM SEVERITY MEASURED BY THE VAS SCALE IN PATIENTS WITH CHRONIC RHINOSINUSITIS AT VIET TIỆP FRIENDSHIP HOSPITAL IN 2025

Introduction: Chronic rhinosinusitis is a persistent inflammatory disease of the nasal mucosa and paranasal sinuses, characterized by enduring symptoms such as nasal obstruction, anterior or posterior rhinorrhea, facial pain or pressure, and olfactory dysfunction. The prolonged and persistent nature of these symptoms largely determines the impact of CRS on patients' quality of life and their need for medical management. **Objectives:** To describe the severity profile of symptoms in adult patients with chronic rhinosinusitis. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 142 adult patients treated at Viet Tiệp Friendship Hospital in 2025. **Results:** The mean VAS scores of four symptoms—nasal obstruction, rhinorrhea, facial pain/pressure, and olfactory dysfunction—were 2.58 ± 1.85 , 3.26 ± 1.13 , 1.36 ± 1.95 , and 1.29 ± 2.01 , respectively, with the majority of cases classified as mild (73.2%, 66.2%, 81.0%, and 89.4%,

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Hùng

Email: hungtintmh125@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025

Ngày duyệt bài: 8.12.2025