

làm giảm thể tích vùng nhồi máu, giảm nhẹ triệu chứng, giảm biến chứng, giảm tỷ lệ tử vong, tăng tỷ lệ hồi phục ngắn và dài hạn [10], [2]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ THBH tốt ở nữ giới thấp hơn có ý nghĩa so với nam giới ( $p < 0,05$ ), đây là 1 yếu tố ảnh hưởng rất lớn tới kết cục lâm sàng kém của nhóm nữ. Ở nhóm bệnh nhân không có chỉ định tái thông mạch, THBH giúp kéo dài thời gian sống còn của nhu mô não với tình trạng thiếu máu. Với những bệnh nhân được điều trị tái thông, THBH tốt làm vận chuyển nhanh thuốc tiêu huyết khối tới vị trí cục tắc. Với bệnh nhân tắc ĐM não lớn, THBH tốt giúp nhanh chóng khôi phục dòng chảy sau can thiệp. Gần đây, các nghiên cứu lớn về mở rộng cửa sổ lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học như DAWN và DEFUSE III đang đưa THBH tốt là 1 trong các yếu tố quan trọng để lựa chọn bệnh nhân [11].

## V. KẾT LUẬN

**5.1. Đặc điểm lâm sàng theo giới ở bệnh nhân NMN cấp.** Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ NMN ở nam giới cao hơn khá nhiều, gấp 1,31 lần nữ giới. Tuy nhiên mức độ bệnh ở nữ giới có xu hướng nặng hơn ở nam giới với triệu chứng rối loạn ý thức hay gặp hơn ( $p < 0,05$ ), điểm NIHSS trung bình vào viện cao hơn 2,97 điểm ( $p < 0,05$ ).

**5.2. Mức độ tuần hoàn bàng hệ trên CTA 3 pha theo giới.** Nhóm bệnh nhân nữ có tỷ lệ THBH tốt thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm nam (66,7% so với 89,6%;  $p < 0,05$ ).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Appelros, P., B. Stegmayr, and A. Terént, Sex

- differences in stroke epidemiology: a systematic review. *Stroke*, 2009. 40(4): p. 1082-1090.
2. Liebeskind, D.S., Collateral circulation. *Stroke*, 2003. 34(9): p. 2279-2284.
3. Liu, L., et al., Guidelines for evaluation and management of cerebral collateral circulation in ischaemic stroke 2017. *Stroke and vascular neurology*, 2018. 3(3).
4. Lorenzo, C., et al., The National Cholesterol Education Program-Adult Treatment Panel III, International Diabetes Federation, and World Health Organization definitions of the metabolic syndrome as predictors of incident cardiovascular disease and diabetes. *Diabetes care*, 2007. 30(1): p. 8-13.
5. Mahmood, S.S., et al., The Framingham Heart Study and the epidemiology of cardiovascular disease: a historical perspective. *The lancet*, 2014. 383(9921): p. 999-1008.
6. West, R., Tobacco smoking: Health impact, prevalence, correlates and interventions. *Psychology & health*, 2017. 32(8): p. 1018-1036.
7. Menon, B.K., et al., Multiphase CT angiography: a new tool for the imaging triage of patients with acute ischemic stroke. *Radiology*, 2015. 275(2): p. 510-520.
8. Collaboration, A.P.C.S., Cholesterol, coronary heart disease, and stroke in the Asia Pacific region. *International journal of epidemiology*, 2003. 32(4): p. 563-572.
9. Tuttolomondo, A., et al., Relationship between diabetes and ischemic stroke: analysis of diabetes-related risk factors for stroke and of specific patterns of stroke associated with diabetes mellitus. *J Diabetes Metab*, 2015. 6(05): p. 544-551.
10. Fanou, E., et al., Effect of collaterals on clinical presentation, baseline imaging, complications, and outcome in acute stroke. *American Journal of Neuroradiology*, 2015. 36(12): p. 2285-2291.
11. Nogueira, R.G., et al., Thrombectomy 6 to 24 hours after stroke with a mismatch between deficit and infarct. *New England Journal of Medicine*, 2018. 378(1): p. 11-21.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHÁC ĐỒ R-GEMOX TRONG U LYMPHO KHÔNG HODGKIN TẾ BÀO B TÁI PHÁT/KHÁNG TRỊ KHÔNG CÓ CHỈ ĐỊNH HÓA CHẤT LIỀU CAO TẠI BỆNH VIỆN K GIAI ĐOẠN 2019-2022

Đỗ Huyền Nga<sup>1</sup>, Nguyễn Tiến Quang<sup>1</sup>, Nguyễn Thanh Tùng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả và một số tác dụng không mong muốn của hóa trị phác đồ R-GEMOX trong điều trị u lympho không Hodgkin tế bào B tái

phát/kháng trị không có chỉ định hóa chất liều cao tại bệnh viện K từ năm 2019 đến 2022; **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 40 bệnh nhân u lympho không Hodgkin tế bào B tái phát/kháng trị điều trị tại khoa Nội Hệ tạo Huyết Bệnh viện K từ 05/2019-11/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 61,7; tỉ lệ nam/nữ=1; Hầu hết các bệnh nhân được sử dụng 1 phác đồ hóa trị trước đó chiếm 90%. Thời gian từ phác đồ gần nhất tới điều trị R-GEMOX trung vị là 10 tháng. Giai đoạn bệnh tại thời điểm tái phát (relapsed stage) chủ yếu là giai đoạn 4 chiếm tỉ lệ cao nhất

<sup>1</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Huyền Nga

Email: ncs29dhy@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 8.3.2023

Ngày duyệt bài: 27.3.2023

35%. Đa số các bệnh nhân có thể mô bệnh học là DLBCL chiếm 87,5%. Tỷ lệ bệnh nhân có đáp ứng chiếm 60% trong đó tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 17,5%; đáp ứng một phần là 42,5%; Tỷ lệ bệnh giữ nguyên là 2,5%; tỷ lệ bệnh tiến triển là 37,5%; Tỷ lệ bệnh nhân gặp độc tính độ 3 trở lên chiếm 17,5%. Thời gian sống thêm không bệnh tiến triển của nghiên cứu đạt trung vị 15 tháng. Thời gian sống thêm toàn bộ của nghiên cứu đạt trung vị 20 tháng. **Kết luận:** Phác đồ R-GEMOX giúp kéo dài thời gian sống thêm không bệnh cũng như thời gian sống thêm toàn bộ và an toàn cho các bệnh nhân u lympho không Hodgkin tế bào B tái phát/kháng trị không có chỉ định hóa chất liều cao.

**Từ khóa:** R/R NHL (U lympho không Hodgkin tế bào B tái phát, kháng trị)

## SUMMARY

### TREATMENT RESULTS OF R-GEMOX REGIMEN IN RELAPSED/REFRACTORY B CELL LYMPHOMA WITHOUT HIGH-DOSE CHEMOTHERAPY INDICATIONS AT THE K HOSPITAL 2019-2022

**Objectives:** To evaluate the treatment results and some side effects of R-GEMOX regimen in relapsed/refractory B-cell non-Hodgkin's lymphoma without high-dose chemotherapy indications at the K hospital from 2019 to 2022; **Subjects and methods:** A prospective, cross-sectional study performed on 40 patients with relapsed/refractory B cell non-Hodgkin lymphoma treated at the Hematologic Oncology Department, K Hospital from 05/2019-11/2022. **Results:** Mean age was 61.7; male/female ratio=1; 90% of the patients received 1 prior chemotherapy regimen. The median time from last regimen to R-GEMOX was 10 months. Patients with stage 4 when relapsed/refractory accounted for 35%. Most of the patients with histopathology could be DLBCL, accounting for 87.5%. Overall response rate was 60%, of which the rate of complete response was 17.5%; partial response was 42.5%; Stable disease rate was 2.5%; disease progression rate was 37.5%; Toxicity grade 3 or higher accounted for 17.5%. The median progression free survival was 15 months. The median overall survival was 20 months. **Conclusion:** R-GEMOX regimen prolongs progression-free survival as well as overall survival and is safe for patients with relapsed/refractory B-cell non-Hodgkin lymphoma without high-dose chemotherapy indications.

**Keywords:** R/R NHL (Relapsed/Refractory B-cell non-Hodgkin lymphoma)

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đa hóa trị liệu là một bước tiến lớn trong điều trị ung lympho không Hodgkin tái phát/kháng trị. Đến nay, liệu pháp điều trị hóa chất liều cao (HDT) với sự hỗ trợ ghép tế bào gốc tạo máu là phương pháp điều trị được lựa chọn cho bệnh nhân u lympho thể tiến triển nhanh tái phát/kháng trị nhạy cảm với hóa chất<sup>1</sup>. Trong khi đối với ung lympho không Hodgkin thể

tiến triển chậm tái phát/kháng trị, cách tiếp cận này cũng có vẻ vượt trội hơn so với hóa trị cứu cánh thông thường<sup>2</sup>.

Tuy nhiên, ở nước ta nhiều bệnh nhân không thể tham gia điều trị hóa chất liều cao do tuổi cao, bệnh kèm theo, sử dụng hóa chất liều cao từ trước hoặc kháng hóa trị liệu hoặc không đủ khả năng chi trả cho điều trị hóa chất liều cao. Các phác đồ thông thường không có hóa chất liều cao, chẳng hạn như dexamethasone, cytarabine và cisplatin (DHAP) hoặc etoposide, methylprednisolone, cytarabine và cisplatin, có khả năng kiểm soát bệnh không được lâu dài và nhiều độc tính<sup>3</sup>. Do đó, các phác đồ cải tiến dựa trên kết hợp thuốc với hiệu quả tốt và ít độc tính là cần thiết để quản lý những bệnh nhân bị u lympho tiến triển không đủ điều kiện cho hóa chất liều cao. Phác đồ R-GEMOX ra đời là cứu cánh của các bệnh nhân u lympho không Hodgkin tế bào B tái phát/kháng trị không đủ điều kiện điều trị hóa chất liều cao. Cơ chế tổng hợp tác dụng và độc tính không trùng lặp của rituximab, gemcitabine và oxaliplatin (R-GemOx) cho thấy các phác đồ kết hợp có chứa ba tác nhân này có thể lợi thế hơn trong điều trị u lympho không Hodgkin tế bào B tái phát/kháng trị so với các phác đồ thông thường về hiệu quả, an toàn và khả năng dung nạp<sup>4,5,6,7</sup>.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

#### Tiêu chuẩn lựa chọn.

Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán u lympho không Hodgkin tế bào B tái phát/kháng trị tại bệnh viện K đáp ứng các tiêu chuẩn chọn mẫu sau:

- Từ đủ 18 tuổi trở lên.
- Chẩn đoán là u lympho không Hodgkin đã điều trị hóa trị trước đây.
- Kết quả hóa mô miễn dịch chẩn đoán xác định là u lympho không Hodgkin, CD 20 (+).
- Không đủ tiêu chuẩn hoặc từ chối điều trị hóa chất liều cao + ghép tế bào gốc.
- Chức năng gan thận và xét nghiệm công thức máu ở ngưỡng cho phép điều trị (trừ trường hợp bệnh nhân suy tủy do thâm nhiễm tủy).
- Được điều trị phác đồ R-GEMOX.
- Bệnh nhân đồng ý điều trị hóa trị.

#### Tiêu chuẩn loại trừ

- Dấu hiệu hoạt động của HBV, HCV, HIV.
- Độc tính  $\geq$  độ 3 do hóa trị trước đó.
- Phụ nữ có thai hoặc cho con bú.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu.** Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 40 bệnh nhân u lympho không Hodgkin tế bào B tái

phát/kháng trị từ tháng 05/2019 đến tháng 11/2022 tại Khoa Nội Hệ tạo Huyết – Bệnh viện K3 cơ sở Tân Triều.

Phác đồ điều trị: R-GEMOX<sup>8</sup>

Thuốc	Liều lượng	Đường dùng	Ngày dùng
Rituximab	375 mg/m <sup>2</sup>	Truyền tĩnh mạch	1 + 15
Gemcitabine	1000 mg/m <sup>2</sup>	Truyền tĩnh mạch	1 + 15
Oxaliplatin	100 mg/m <sup>2</sup>	Truyền tĩnh mạch	1 + 15
Chu kỳ 28 ngày			

**2.3. Xử lý số liệu và đạo đức nghiên cứu.** Các thông tin được mã hoá và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0

Nghiên cứu được thông qua hội đồng đạo đức bệnh viện K.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm (n=40)		Trung bình ± SD (nhỏ nhất-lớn nhất)
<b>Tuổi</b>		61,7 ± 12,7 (22-82)
Giới	Nam	20 (50,0%)
	Nữ	20 (50,0%)
PS	0	13 (32,5)
	1	26 (65,0)
	2	1 (2,5)
Hội chứng B		8 (20,0)

**Nhận xét:** Tuổi trung bình của nghiên cứu là 61,7; tỉ lệ nam/nữ=1; đa số bệnh nhân có PS=1 chiếm 65%. Tỉ lệ gặp hội chứng B chiếm 20%.

**Bảng 3.2. Số phác đồ điều trị từ trước và thời gian từ phác đồ gần nhất tới điều trị R-GEMOX**

Số phác đồ điều trị từ trước (n=40)	n (%)
Trung bình ± SD	1,13 ± 0,40
1 phác đồ	36 (90,0)
2 phác đồ	3 (7,5)
≥ 3 phác đồ	1 (2,5)
Thời gian từ phác đồ gần nhất tới điều trị R-GEMOX Trung vị (min-max) tháng	10 (1-70)

**Nhận xét:** Hầu hết các bệnh nhân được sử dụng 1 phác đồ hóa trị trước đó chiếm 90%. Thời gian từ phác đồ gần nhất tới điều trị R-GEMOX trung vị là 10 tháng.

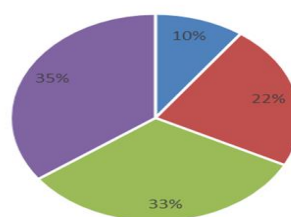
**Bảng 3.3. Tỉ lệ đáp ứng giữa kỳ và cuối kỳ**

Phân loại đáp ứng (n=40)	Giữa kỳ n (%)	Cuối kỳ n (%)
Đáp ứng hoàn toàn (CR)	6 (15,0)	7 (17,5)
Đáp ứng một phần (PR)	29 (72,5)	17 (42,5)

Bệnh giữ nguyên (SD)	1 (2,5)	1 (2,5)
Bệnh tiến triển (PD)	4 (10,0)	15 (37,5)
Tỉ lệ đáp ứng toàn bộ (CR+PR)	35 (87,5)	24 (60,0)

**Nhận xét:** Tại thời điểm đánh giá giữa kỳ tỉ lệ bệnh nhân có đáp ứng chiếm 87,5% trong đó tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn 15%; đáp ứng một phần 72,5%. Tỉ lệ bệnh giữ nguyên là 2,5% và bệnh tiến triển là 10%. Tại thời điểm đánh giá cuối kỳ tỉ lệ bệnh nhân có đáp ứng chiếm 60% trong đó tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn là 17,5%; đáp ứng một phần là 42,5%. Tỉ lệ bệnh giữ nguyên là 2,5%; tỉ lệ bệnh tiến triển là 37,5%.

Giai đoạn bệnh

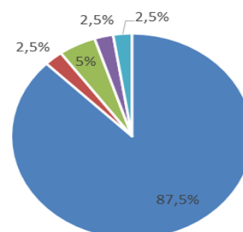


■ Giai đoạn 1 ■ Giai đoạn 2 ■ Giai đoạn 3 ■ Giai đoạn 4

**Biểu đồ 3.1. Phân loại giai đoạn bệnh**

**Nhận xét:** bệnh nhân tái phát giai đoạn 4 chiếm tỉ lệ cao nhất 35%; giai đoạn 3 chiếm 33%; giai đoạn 2 chiếm 22%; giai đoạn 1 chiếm 10%.

Phân loại mô bệnh học



■ DLBCL ■ High grade B cell ■ Thể nang độ II ■ Thể nang độ IIIA ■ SLL

**Biểu đồ 3.2. Phân loại mô bệnh học**

**Nhận xét:** Đa số các bệnh nhân có thể mô bệnh học là DLBCL chiếm 87,5%; thể nang độ II chiếm 5%; thể nang độ IIIA hoặc SLL hoặc High grade B cell lymphoma chiếm 2,5%.

### 3.3. Độc tính

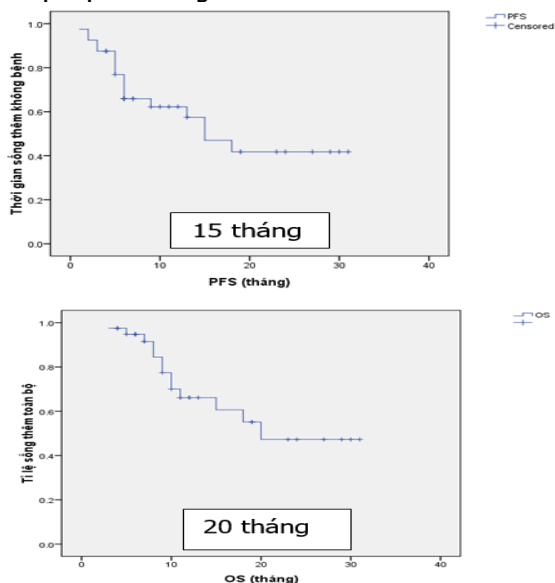
**Bảng 3.4. Độc tính**

Độc tính (n=40)	n (%)
Tỉ lệ bệnh nhân gặp độc tính độ 3 trở lên	7 (17,5)
Hạ bạch cầu độ 3-4	2 (5,0)
Sốt hạ bạch cầu	1 (2,5)
Hạ tiểu cầu	2 (5,0)
Độc tính hệ tiêu hóa	2 (5,0)
Viêm phổi	1 (2,5)

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân gặp độc tính độ 3 trở lên chiếm 17,5%. Trong đó tỷ lệ bệnh nhân có hạ bạch cầu chiếm 5%; sốt hạ bạch cầu 2,5%; hạ tiểu cầu 5%; độc tính hệ tiêu hóa như nôn, buồn nôn chiếm 5%; có 2,5% bệnh nhân gặp viêm phổi.

**3.4. Thời gian sống thêm và các yếu tố liên quan**

**Thời gian sống thêm không bệnh tiến triển và thời gian sống thêm toàn bộ.** Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian theo dõi trung bình là 12 tháng (ngắn nhất 3 tháng dài nhất 31 tháng) đã xảy ra 18 sự kiện tái phát và 13 sự kiện tử vong.



**Biểu đồ 3.3.** Thời gian sống thêm không bệnh tiến triển và thời gian sống thêm toàn bộ

**Nhận xét:** Thời gian sống thêm không bệnh tiến triển của nghiên cứu đạt trung vị 15 tháng.

Thời gian sống thêm toàn bộ của nghiên cứu đạt trung vị 20 tháng

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân.**

Theo các thống kê trên thế giới các bệnh nhân u lympho tế bào B lớn lan tỏa có độ tuổi trung bình 64 và tỷ lệ nam giới chiếm 55%. Nghiên cứu của chúng tôi đa phần là bệnh nhân u lympho thể tế bào B lớn lan tỏa (87,5%) thu được kết quả tuổi trung bình của nghiên cứu là 61,7; tỷ lệ nam/nữ=1.

Nghiên cứu của T. El Gnaoui (2007) trên 46 bệnh nhân u lympho tế bào B tái phát/kháng trị cho kết quả tuổi trung bình 64, tỷ lệ nam/nữ=2<sup>4</sup>. Nghiên cứu của Clarisse Cazelles (2021) tiến hành trên 196 bệnh nhân u lympho tế bào B lớn

lan tỏa tái phát/ kháng trị cho kết quả tuổi trung bình 72, tỷ lệ nam/nữ = 1,2<sup>5</sup>.

**4.2. Lâm sàng**

**Thể trạng chung và hội chứng B.** Tại thời điểm vào viện đa số bệnh nhân có PS=1 chiếm 65%. Tỷ lệ gặp hội chứng B chiếm 20%. Nghiên cứu của T. El Gnaoui (2007) cho kết quả tỷ lệ PS 0-1 chiếm 67%; PS > 2 chiếm 33%<sup>4</sup>. Nghiên cứu của Clarisse Cazelles (2021) cho kết quả tỷ lệ bệnh nhân có PS 0-1 chiếm 66% và bệnh nhân PS ≥ 2 chiếm 34%<sup>5</sup>.

**Các phác đồ hóa trị sử dụng từ trước.**

Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy hầu hết các bệnh nhân được sử dụng 1 phác đồ hóa trị trước đó chiếm 90%; tỷ lệ sử dụng 2 phác đồ từ trước 7,5%; tỷ lệ sử dụng 3 phác đồ từ trước là 2,5%. Thời gian từ phác đồ gần nhất tới điều trị R-GEMOX trung vị là 10 tháng. Nghiên cứu của T. El Gnaoui (2007) cho kết quả tỷ lệ bệnh nhân kháng trị là 13%; tái phát lần 1 là 26% và tái phát từ lần thứ 2 trở lên là 61%<sup>4</sup>. Nghiên cứu của Clarisse Cazelles (2021) cho kết quả tỷ lệ bệnh nhân dùng 1 phác đồ từ trước là 58%; tỷ lệ sử dụng ≥ 2 phác đồ từ trước chiếm 42%<sup>5</sup>. Ở các nước phát triển có nhiều lựa chọn hóa trị hơn và các bệnh nhân có nhiều khả năng tham gia ghép tế bào gốc tạo máu do vậy tỷ lệ sử dụng phác đồ R GEMOX ngay line 2 thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi.

**4.3. Giai đoạn bệnh.**

Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân tái phát giai đoạn 4 chiếm tỷ lệ cao nhất 35%; giai đoạn 3 chiếm 33%; giai đoạn 2 chiếm 22%; giai đoạn 1 chiếm 10%. Nghiên cứu của T. El Gnaoui (2007) cho kết quả giai đoạn tại thời điểm tái phát chủ yếu là giai đoạn 3/4 chiếm 78%; giai đoạn 1/2 chiếm 22%<sup>4</sup>. Nghiên cứu của Clarisse Cazelles (2021) cho kết quả giai đoạn tại thời điểm tái phát chủ yếu là giai đoạn 3/4 chiếm 85%; giai đoạn 1/2 chiếm 15%<sup>5</sup>. Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với các nghiên cứu trên thế giới tại thời điểm tái phát/kháng trị đa số các bệnh nhân ở giai đoạn muộn (3 hoặc 4).

**4.4. Mô bệnh học.**

Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy đa số các bệnh nhân có thể mô bệnh học là DLBCL chiếm 87,5%; thể nang độ II chiếm 5%; thể nang độ IIIA hoặc SLL hoặc High grade B cell lymphoma chiếm 2,5%. Thể mô bệnh học tế bào B lớn lan tỏa (DLBCL) chiếm đa số do tính chất thường tái phát/ kháng trị và bệnh chiếm tỷ lệ cao trong nhóm u lympho. Trong nghiên cứu chúng tôi thu được tỷ lệ 62,5% bệnh nhân DLBCL tít không tâm mầm và 37,5% thuộc các tít khác của DLBCL. Các bệnh nhân

DLBCL tít không tâm mầm có tiên lượng kém hơn và thường tái phát/kháng trị sớm so với các tít mô bệnh học khác. Nghiên cứu của T. El Gnaoui (2007) cho kết quả tỉ lệ bệnh nhân DLBCL là 71,7%; tỉ lệ bệnh nhân FL là 17,4%; tỉ lệ bệnh nhân mantle cell là 10,9%<sup>4</sup>. Nghiên cứu của Clarisse Cazelles (2021) cho kết quả tỉ lệ DLBCL tít không tâm mầm chiếm 54%; tít tâm mầm chiếm 46%<sup>5</sup>.

#### 4.5. Hiệu quả phác đồ và tác dụng không mong muốn

**4.5.1. Hiệu quả phác đồ.** Nghiên cứu của chúng tôi thấy tại thời điểm đánh giá giữa kì tỉ lệ bệnh nhân có đáp ứng chiếm 87,5% trong đó tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn 15%; đáp ứng một phần 72,5%. Tỉ lệ bệnh giữ nguyên là 2,5% và bệnh tiến triển là 10%. Tại thời điểm đánh giá cuối kì tỉ lệ bệnh nhân có đáp ứng chiếm 60% trong đó tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn là 17,5%; đáp ứng một phần là 42,5%. Tỉ lệ bệnh giữ nguyên là 2,5%; tỉ lệ bệnh tiến triển là 37,5%. Nghiên cứu của T. El Gnaoui (2007) cho kết quả tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn là 50%; tỉ lệ đáp ứng một phần là 33%; tỉ lệ bệnh tiến triển là 17%<sup>4</sup>. Nghiên cứu của Clarisse Cazelles (2021) cho kết quả tỉ lệ đáp ứng giữa kì đạt 54% và đáp ứng hoàn toàn đạt 23%. Tỉ lệ đáp ứng cuối kì đạt 38% và tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn đạt 33%<sup>5</sup>. Như vậy tỉ lệ đáp ứng trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Clarisse Cazelles có thể là do đa số các bệnh nhân được dùng phác đồ RGEMOX ở line 2 trong khi ở nghiên cứu của tác giả này các bệnh nhân đã trải qua nhiều phác đồ hơn trước khi tiến tới dùng RGEMOX.

**4.5.2. Độc tính.** Nghiên cứu của chúng tôi thấy tỉ lệ bệnh nhân gặp độc tính độ 3 trở lên chiếm 17,5%. Trong đó tỉ lệ bệnh nhân có hạ bạch cầu chiếm 5%; sốt hạ bạch cầu 2,5%; hạ tiểu cầu 5%; độc tính hệ tiêu hóa như nôn, buồn nôn chiếm 5%; có 2,5% bệnh nhân gặp viêm phổi. Nghiên cứu của T. El Gnaoui (2007) cho kết quả tỉ lệ hạ bạch cầu độ 3-4 chiếm 44%; tỉ lệ hạ tiểu cầu độ 3-4 là 23%; 28% bệnh nhân phải truyền máu và 19,6% bệnh nhân phải truyền tiểu cầu<sup>4</sup>. Nghiên cứu của Clarisse Cazelles (2021) cho kết quả tỉ lệ bệnh nhân gặp độc tính độ 3-4 là 31% trong đó chủ yếu là độc tính huyết học. Có tới 35% bệnh nhân phải truyền ít nhất 1 khối hồng cầu và 27% bệnh nhân truyền ít nhất 1 khối tiểu cầu trong quá trình điều trị. Có 7% chu kì truyền có biến chứng và có 2,2% chu kì có sốt hạ bạch cầu<sup>5</sup>. Như vậy tỉ lệ biến chứng trong quá trình điều trị của chúng tôi thấp hơn có thể là do các bệnh nhân trải qua ít phác đồ

hóa trị trước đây hơn và không có bệnh nhân nào từng ghép tủy cũng như tuổi trung bình của chúng tôi thấp hơn nên nhìn chung thể trạng và tình trạng tủy xương của bệnh nhân tốt hơn so với các nghiên cứu nước ngoài.

#### 4.6. Thời gian sống thêm toàn bộ và thời gian sống thêm không bệnh tiến triển.

Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian theo dõi trung bình là 12 tháng (ngắn nhất 3 tháng dài nhất 31 tháng) đã xảy ra 18 sự kiện tái phát và 13 sự kiện tử vong. Thời gian sống thêm không bệnh của nghiên cứu đạt trung vị 15 tháng. Thời gian sống thêm không bệnh tiến triển của nghiên cứu đạt trung vị 20 tháng. Nghiên cứu của T. El Gnaoui (2007) cho kết quả tỉ lệ sống thêm toàn bộ 2 năm đạt 66%; tỉ lệ sống thêm không bệnh đạt 43%<sup>4</sup>. Nghiên cứu của Clarisse Cazelles (2021) cho kết quả thời gian sống thêm không bệnh trung vị là 5 tháng và thời gian sống thêm toàn bộ là 10 tháng<sup>5</sup>.

### V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu chúng tôi thấy phác đồ RGEMOX ứng dụng trong điều trị U lympho không Hodgkin tế bào B tái phát/kháng trị không có chỉ định hóa chất liều cao đạt tỉ lệ đáp ứng cuối kì đạt 60%, ít gặp tác dụng không mong muốn 17,5%, thời gian sống thêm không bệnh tiến triển đạt 15 tháng và thời gian sống thêm toàn bộ đạt 20 tháng. Kết quả này có thể mở đầu cho việc ứng dụng rộng rãi điều trị phác đồ R-GEMOX cho các bệnh nhân U lympho không Hodgkin tế bào B tái phát/kháng trị không có chỉ định hóa chất liều cao.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Philip T, Guglielmi C, Hagenbeek A et al. Autologous bone marrow transplantation as compared with salvage chemotherapy in relapses of chemotherapy-sensitive non-Hodgkin's lymphoma. N Engl J Med. 1995;333:1540-1545.
2. Schouten HC, Qian W, Kvaloy S et al. High-dose therapy improves progression-free survival and survival in relapsed follicular non-Hodgkin's lymphoma: results from the randomized European CUP trial. J Clin Oncol 2003;21:3918-3927.
3. Rodriguez-Monge EJ, Cabanillas F. Long-term follow-up of platinum-based lymphoma salvage regimens. The M.D. Anderson Cancer Center experience. Hematol Oncol Clin North Am. 1997;11:937-947.
4. T. El Gnaoui, J. Dupuis, K. Belhadj et al. Rituximab, gemcitabine and oxaliplatin: an effective salvage regimen for patients with relapsed or refractory B-cell lymphoma not candidates for high-dose therapy. Annals of Oncology. 2007;1363-1368.
5. Clarisse Cazelles, Karim Belhadj, Hélène Vellemans et al. Rituximab plus gemcitabine

and oxaliplatin (R-GemOx) in refractory/relapsed diffuse large B-cell lymphoma: a real-life study in patients ineligible for autologous stem-cell transplantation. *Leuk Lymphoma*. 2021;62(9):2161-2168.

6. **Dumontet C, Morschhauser F, Solal-Celigny P et al.** Gemcitabine as a single agent in the treatment of relapsed or refractory low-grade

non-Hodgkin's lymphoma. *Br J Haematol*. 2001;113:772-778.

7. **Fossa A, Santoro A, Hiddemann W et al.** Gemcitabine as a single agent in the treatment of relapsed or refractory aggressive non-Hodgkin's lymphoma. *J Clin Oncol*. 1999;17:3786-3792.
8. **Andrew D.Z. et al.** NCCN Clinical practice guidelines in Oncology - B-Cell lymphomas. NCCN. 2020:12-65.

## KẾT QUẢ CHĂM SÓC VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LỌC MÁU CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN

Nguyễn Thị Ngọc Quỳnh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang 186 người bệnh lọc máu chu kỳ tại Đơn nguyên thận nhân tạo Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn từ tháng 1/2021 đến tháng 1/2022. Người bệnh > 18 tuổi, thời gian lọc máu chu kỳ > 3 tháng và đồng ý tham gia nghiên cứu. Công cụ thu thập thông tin là bộ câu hỏi được thiết kế dựa trên nội dung và biến số nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu: Tuổi thấp nhất là 19, tuổi cao nhất là 91, tuổi trung bình là 60 ±16,3. NB nam 47,3%, nữ 52,7%. 26,9% NB có thời gian lọc máu < 1 năm, 18,2% NB có thời gian lọc máu > 10 năm. 12,9% NB ca lọc máu 1 có thời gian lọc máu < 1 năm. Ca lọc máu 2 có 11,8% NB có thời gian lọc máu > 10 năm. Hơn 93% NB được điều dưỡng chăm sóc theo dõi tốt cân nặng, hoạt động của máy và diễn biến các biến chứng. Tỷ lệ NB hài lòng với sự chăm sóc của điều dưỡng rất cao >90% ở một số hoạt động như hướng dẫn uống thuốc, vệ sinh, theo dõi sự tăng cân, theo dõi biến chứng và động viên an ủi NB. Tỷ lệ chưa hài lòng hay gặp nhất ở việc hướng dẫn hoạt động thể lực chiếm 23,7%. Hơn 90% NB hài lòng với tư vấn, cung cấp thông tin, giải đáp thắc mắc cho NB của điều dưỡng kinh nghiệm > 1 năm. Điểm trung bình về mức độ hài lòng của NB về hoạt động tư vấn, chăm sóc và thái độ của điều dưỡng > 4 điểm.

**Từ khóa:** Lọc máu chu kỳ

### SUMMARY

#### CARE RESULTS AND SOME FACTORS RELATED TO THE QUALITY OF CARING FOR DIALYSIS PATIENTS AT SAINT PAUL HOSPITAL

A cross-sectional descriptive study of 186 patients on dialysis at the Hemodialysis Unit at Saint Paul General Hospital from January 2021 to January 2022. Select criteritions: patients over 18 years old, dialysis time more than 3 months and agreed to participate in

the study. Information collection tool is a set of questions designed based on research content and variables. Research results: The lowest age was 19 years old, the oldest age was 91 years old, the mean age was 60 ± 16.3 years old. Male patients 47.3%, female patients 52.7%. 26.9% of patients had dialysis time less than 1 year, 18.2% of patients had dialysis time more than 10 years. 12.9% of patients in the first shift had dialysis time less than 1 year. The second shift had 11.8% of patients with dialysis time more than 10 years. Over 93% of patients were well cared for by nurses, with good monitoring of weight, machine operation and complications. The rate of patients satisfied with the care of nurses is very high over 90% in some activities such as guiding to take medicine, cleaning, monitoring weight gain, monitoring complications and encouraging and comforting patients. The most common unsatisfied rate in physical activity instruction accounted for 23.7%. More than 90% of patients are satisfied with counseling, providing information, answering questions for patients of nursing experience more than 1 year. The average score of the patient's satisfaction in terms of counseling, care and nursing attitude > 4 points.

**Keywords:** Hemodialysis

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lọc máu chu kỳ là một trong những biện pháp điều trị thay thế thận suy được áp dụng nhiều nhất trên thế giới cũng như ở trong nước. Theo thống kê năm 2010 của trung tâm kiểm soát và phòng ngừa dịch bệnh Hoa Kỳ (CDC) về bệnh thận và tiết niệu, đã có khoảng 11,5% dân số Mỹ có độ tuổi trên 20 mắc bệnh thận mạn tính [1]. Người bệnh (NB) lọc máu chu kỳ vẫn tham gia các hoạt động thường ngày như học tập, lao động, công việc gia đình... Mặc dù có nhiều tiến bộ trong y học, nhưng biến chứng gần và biến chứng xa ở NB lọc máu chu kỳ khó tránh khỏi ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống cũng như tỷ lệ sống còn của NB [2]. NB lọc máu chu kỳ nếu được tư vấn, chăm sóc tốt và phát hiện

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc Quỳnh

Email: quynhnxanhton@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 9.3.2023

Ngày duyệt bài: 24.3.2023