

phổ biến gây nhiễm khuẩn tiết niệu chỉ sau E. coli [5]. P. aeruginosa có nhiều yếu tố độc lực giúp vi khuẩn này xâm nhập và gây bệnh ở đường tiết niệu như khả năng tạo thành biofilm, pili, các enzyme (elastases, exoenzyme S (ExoS), haemolytic phospholipase C, urease). Enterococcus có các yếu tố độc lực giúp vi khuẩn này xâm nhập và gây bệnh ở đường tiết niệu như collagen adhesin, enterococcal surface protein, enterococcal polysaccharide antigen [1].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu của người bệnh điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 (9/2022-3/2023) là 20,33%. Trong đó tỉ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu ở nữ giới cao hơn nam giới, tỉ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu cao ở nhóm người bệnh từ 50 tuổi trở lên, cao nhất là người bệnh lớn hơn 80 tuổi. E. coli, P. aeruginosa, Enterococcus spp. là các vi khuẩn chiếm tỉ lệ cao nhất trong số các vi khuẩn gây nhiễm khuẩn tiết niệu trong nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **A. L. Flores-Mireles, et al.**, Urinary tract infections: epidemiology, mechanisms of infection and treatment options. *Nat Rev Microbiol*,(2015). 13(5), 269-84.
2. **R. Ozturk and A. Murt**, Epidemiology of urological infections: a global burden. *World J Urol*,(2020). 38(11), 2669-2679.
3. **Amy L. Leber**, *Clinical Microbiology Procedures Handbook*. 2016: ASM Press.
4. **Clinical Lab Standards Institute**, *Performance Standards for Antimicrobial Susceptibility Testing (M100)*. 33 ed. 2023: Clinical Lab Standards Institute.
5. **Trần Anh Đào Phan Thị Lua, Nguyễn Vũ Trung**, Tỷ lệ nhiễm và tính kháng kháng sinh của vi khuẩn gây nhiễm khuẩn tiết niệu ở bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An năm 2020. *Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam*, (2021). 2.
6. **Phạm Minh Hưng Phạm Hiền Anh**, Tình hình kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn gây nhiễm khuẩn tiết niệu tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Thu Cúc giai đoạn 2018 - 2019. *Tạp chí Y dược lâm sàng* 108,(2022). 3.
7. **M. Odoki, et al.**, Prevalence of Bacterial Urinary Tract Infections and Associated Factors among Patients Attending Hospitals in Bushenyi District, Uganda. *Int J Microbiol*,(2019). 2019, 4246780.
8. **T. Addis, et al.**, Bacterial uropathogens and burden of antimicrobial resistance pattern in urine specimens referred to Ethiopian Public Health Institute. *PLoS One*,(2021). 16(11), e0259602.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U LYMPHO KHÔNG HODGKIN TẾ BÀO T/NK TYP MŨI XOANG BẰNG PHÁC ĐỒ VIDL SAU HÓA XẠ ĐỒNG THỜI TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Thị Thu Hường^{1,2}, Đỗ Huyền Nga²,
Đỗ Anh Tú², Hoàng Dương Huy²

và chủ yếu là độ 3 và độ 4 với tỉ lệ 13,33% cho cả 2 mức độ. Tỷ lệ PFS và OS tại thời điểm 1 năm là 100%.
Kết luận: Đây là phác đồ có hiệu quả với u lympho tế bào T/NK ngoài hạch typ mũi xoang giai đoạn IE/IIIE.

Từ khóa: U lympho không Hodgkin tế bào T/NK, VIDL

SUMMARY

THE EFFECT OF CONCURRENT CHEMORADIOTHERAPY FOLLOWED BY VIDL CHEMOTHERAPY IN EXTRANODAL NK/T-CELL LYMPHOMA, NASAL TYPE IN K

We conducted performed a descriptive study on a series of cases to evaluate the effectiveness of VIDL regimen after concurrent chemoradiotherapy with cisplatin in stage IE/IIIE nasal extranodal T/NK cell lymphoma. Concurrent chemoradiotherapy yielded a 66,67% complete response rate, 26,67% partial response rate; common adverse effects were dermatitis and oral mucositis. After concurrent chemoradiotherapy, VIDL showed 86,67% complete response rate, 13,33% partial response rate. Hematologic toxicity was frequent during VIDL

TÓM TẮT

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh để đánh giá hiệu quả của phác đồ VIDL sau hoá xạ đồng thời với cisplatin trên 15 bệnh nhân u lympho tế bào T/NK ngoài hạch typ mũi xoang giai đoạn khu IE và IIIE. Kết quả cho thấy pha hóa xạ đồng thời cho tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn là 66,67%, tỉ lệ đáp ứng 1 phần là 26,67%, bệnh không đáp ứng chỉ chiếm 6,67%; tác dụng không mong muốn thường gặp là viêm da và viêm miệng (chủ yếu độ 1), rò khẩu cái. Sau 2 chu kì VIDL bổ trợ, tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn tăng lên 86,67%, tỉ lệ đáp ứng 1 phần 13,33%; tác dụng không mong muốn gặp nhiều nhất là thiếu máu và giảm bạch cầu, trong đó thiếu máu thì chỉ gặp độ 1 và độ 2, trong khi giảm bạch cầu gặp ở tất cả các mức độ

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hường

Email: nguyendhuong.onc@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2023

Ngày duyệt bài: 29.11.2023

chemotherapy (grades III/IV 13,33%), no treatment-relates mortality was observed. PFS and OS at 1 year were 100%. In conclusion, concurrent chemoradiotherapy followed by VIDL is a feasible treatment for stages IE/IIIE nasal extranodal T/NK cell lymphoma. **Keywords:** T/NK cell non-Hodgkin lymphoma, VIDL

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U lympho tế bào T/NK ngoài hạch typ mũi xoang có tỷ lệ mắc gặp cao ở Đông Nam Á và Nam Mỹ (2%-11%) so với u lympho nói chung.¹ Các tế bào T/NK có biểu hiện sự kháng đa thuốc liên quan đến P-glycoprotein, do các gen đa kháng thuốc này bộc lộ với tỉ lệ cao, dẫn đến các phác đồ hoá chất có anthracycline như CHOP không có hiệu quả khi điều trị u lympho tế bào T/NK typ mũi xoang.² Hiện nay, các phác đồ thường hay sử dụng bao gồm: hoá xạ trị đồng thời cisplatin – VIPD bổ trợ, hoá xạ trị đồng thời cisplatin- VIDL bổ trợ, hoá xạ trị đồng thời DeVIC 2/3.³ Tại Bệnh viện K, hai phác đồ thường áp dụng trong điều trị là hoá xạ trị đồng thời cisplatin – VIPD bổ trợ và hoá xạ trị đồng thời cisplatin – VIDL bổ trợ. Trong những năm gần đây, phác đồ VIDL (etoposide, ifosfamide, dexamethasone và L-asparaginase) sau hoá xạ đồng thời được ưu tiên sử dụng hơn so với phác đồ VIPD do có sự phối hợp cả 3 thuốc được cho là nhạy với tế bào T/NK. Asparaginase không bị điều hòa với các gen đa kháng thuốc, và nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng việc áp dụng asparaginase vào u lympho tế bào T/NK đã cho tỉ lệ đáp ứng 90,18% và tỷ lệ sống sót cao với OS 5 năm là 65,1%.³ Hiện chưa có nghiên cứu đánh giá hiệu quả phác đồ này tại Bệnh viện K, vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài: "*Kết quả điều trị u lympho không Hodgkin tế bào T/NK typ mũi xoang bằng phác đồ VIDL sau hoá xạ trị đồng thời tại Bệnh viện K*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu gồm 15 bệnh nhân chẩn đoán u lympho không Hodgkin tế bào T/NK typ mũi xoang giai đoạn khu trú, được điều trị bằng phác đồ VIDL sau hóa xạ đồng thời cisplatin tại Bệnh viện K từ tháng 5/2019 đến tháng 6/2023. Tiêu chuẩn lựa chọn: Giai đoạn IE, IIE, có tổn thương đích, thể trạng chung ECOG 0-2 điểm, chức năng cơ quan cho phép điều trị hoá chất. Chúng tôi loại trừ những trường hợp quá muộn với thuốc nghiên cứu, các u lympho T/NK khác không thuộc mũi xoang.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh
 - Cỡ mẫu: thuận tiện, lấy toàn bộ bệnh nhân đảm bảo tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ
 - Thời gian nghiên cứu: từ tháng 1/2023 đến tháng 12/2023
 - Thu thập số liệu dựa trên thông tin trong hồ sơ bệnh án lưu trữ
 - Thông tin cần thu thập:
 - + Một số đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu (tuổi, giới, triệu chứng lúc vào viện, thời gian diễn biến bệnh, chỉ số toàn trạng theo ECOG, kích thước tổn thương, giai đoạn bệnh, tình trạng nhiễm EBV, điểm tiên lượng PINKE).
 - + Đánh giá đáp ứng theo tiêu chuẩn Lugano, độc tính trong giai đoạn hóa xạ đồng thời, và độc tính trong giai đoạn VIDL bổ trợ. Đánh giá PFS và OS tại thời điểm 1 năm.
 - Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.
- Các thuật toán thống kê: mô tả (tần suất, trung bình, trung vị, độ lệch chuẩn, giá trị max, min), Kaplan –Meier ước lượng thời gian sống.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả ca bệnh, 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.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

	Đặc điểm	Số bệnh nhân	%
Tuổi	<30	3	20,00
	≥30-50	7	46,67
	≥50- 70	5	33,33
	≥ 70	0	0,00
Giới	Nam	13	86,67
	Nữ	2	13,33
ECOG	0	12	80,00
	1-2	3	20,00
Hội chứng B	Sốt không rõ nguyên nhân	6	40,00
	Sút cân	5	33,33
	Vã mồ hôi đêm	3	20,00
Triệu chứng vào viện	Ngạt mũi	14	93,33
	Chảy dịch mũi	12	80,00
	Đau tai	9	60,00
	Chảy máu mũi	5	33,33
Tình trạng nhiễm siêu vi	Nhiễm EBV	5	33,33
	Nhiễm HBV	2	13,33
	Nhiễm HCV	1	6,67
Giai đoạn bệnh	I	10	66,67
	II	5	33,33

PINKE	1	9	60,00
	2	6	40,00

Nhận xét: Triệu chứng hay gặp nhất là ngạt mũi và chảy dịch mũi, chủ yếu xảy ra ở 1 bên, tỉ lệ triệu chứng ngạt mũi là 93,33%, chảy dịch mũi 80%. Đa số bệnh nhân có thể trạng tốt với PS 0 chiếm tỉ lệ rất cao 80%. Trước điều trị tỉ lệ nhiễm EBV là 33,33%, viêm gan B là 13,33%. Giai đoạn 1 chiếm tỉ lệ chủ yếu 66,67%, giai đoạn 2 chiếm tỉ lệ ít hơn 33,33%. Điểm tiên lượng PINKE 1 điểm chiếm tỉ lệ 60%, PINKE 2 điểm chiếm tỉ lệ 40%.

3.2. Kết quả điều trị

- Kết quả tỷ lệ đáp ứng

Bảng 2. Tỷ lệ đáp ứng

	Sau Hóa xạ đồng thời N (%)	Sau VIDL bổ trợ N (%)
Đáp ứng hoàn toàn	10 (66,67)	13 (86,67)
Đáp ứng 1 phần	4 (26,67)	2 (13,33)
Bệnh giữ nguyên	1 (6,66)	0 (0,00)

Nhận xét: Sau giai đoạn hóa xạ trị đồng thời tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn là 66,67%, tỉ lệ đáp ứng 1 phần là 26,67%, bệnh không đáp ứng chỉ chiếm 6,66%. Sau 2 chu kì VIDL bổ trợ, tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn tăng lên 86,67%, tỉ lệ đáp ứng 1 phần giảm còn 13,33%.

- Kết quả thời gian sống bệnh không tiến triển và thời gian sống toàn bộ tại thời điểm 1 năm:

Bảng 3. Kết quả PFS và OS

	Trung vị (CI 95%) (tháng)	1 năm (%)
Thời gian theo dõi	12,2 (7-19)	
PFS	-*	100
OS	-*	100

*Chưa đạt được do không có người bệnh tiến triển hoặc tử vong

Nhận xét: Với thời gian theo dõi trung vị 12,2 tháng, tỷ lệ PFS và OS tại thời điểm 1 năm là 100%

- Tác dụng không mong muốn trong giai đoạn hóa xạ đồng thời với cisplatin

Bảng 4. Tác dụng không mong muốn trong giai đoạn hóa xạ đồng thời

	Chung (%)	Độ 1 (%)	Độ 2 (%)	Độ 3 (%)	Độ 4 (%)
Thiếu máu	6,67	6,67	0,00	0,00	0,00
Giảm bạch cầu	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Giảm tiểu cầu	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Suy thận	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tăng bilirubin	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tăng AST/ALT	6,67	6,67	0,00	0,00	0,00
Viêm niêm mạc	53,33	53,33	0,00	0,00	0,00
Viêm da	86,66	73,33	13,33	0,00	0,00
Nôn	46,67	40,00	6,67	0,00	0,00
Buồn nôn	40,00	33,33	6,67	0,00	0,00
Ia chảy	13,33	13,33	0,00	0,00	0,00
Táo bón	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Triệu chứng thần kinh ngoại vi	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Rò khẩu cái cứng	13,33				

Nhận xét: Tác dụng không mong muốn thường gặp nhất trong quá trình hóa xạ đồng thời là viêm da (86,66%) và viêm niêm mạc miệng (53,33%) chủ yếu ở mức độ 1, 2; không có trường hợp nào độ 3, 4. Có 2 trường hợp rò khẩu cái cứng (13,33)

- Tác dụng không mong muốn trong giai đoạn VIDL bổ trợ

Bảng 5. Tác dụng không mong muốn trong giai đoạn VIDL bổ trợ

	Chung (%)	Độ 1 (%)	Độ 2 (%)	Độ 3 (%)	Độ 4 (%)
Nôn	33,33	33,33	0,00	0,00	0,00
Buồn nôn	40,00	40,00	0,00	0,00	0,00
Chán ăn	26,67	26,67	0,00	0,00	0,00
Ia chảy	6,67	0,00	0,00	6,67	0,00
Táo bón	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Viêm niêm mạc	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Viêm dạ dày	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Rụng tóc	26,67	6,67	20,00	0,00	0,00
Thần kinh ngoại vi	20,00	20,00	0,00	0,00	0,00
Tăng AST/ALT	46,67	40,00	6,67	0,00	0,00

Tăng Amylase	6,67	0,00	0,00	6,67	0,00
Tăng Lipase	13,34	6,67	0,00	6,67	0,00
Rối loạn đông máu	26,67	20,00	0,00%	6,67	0,00
Suy thận	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Phản ứng Asparaginase	20,00	13,33	0,00	0,00	6,67
Thiếu máu	20,00	13,33	6,67	0,00	0,00
Giảm bạch cầu	40,00	6,67	6,67	13,33	13,33
Giảm tiểu cầu	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Nhận xét: Trong giai đoạn hóa chất hỗ trợ không gặp nhiều viêm da và viêm niêm mạc như trong giai đoạn hóa xạ đồng thời. Tác dụng không mong muốn trên hệ tạo huyết gặp nhiều nhất là thiếu máu và giảm bạch cầu, trong đó thiếu máu thì chỉ gặp độ 1 và độ 2, trong khi giảm bạch cầu gặp ở tất cả các mức độ và chủ yếu là độ 3 và độ 4 với tỉ lệ 13,33% cho cả 2 mức độ. Tác không mong muốn ngoài hệ tạo huyết gặp nhiều nhất là tăng men gan, nôn, buồn nôn, mệt mỏi, chủ yếu gặp độ 1. Có 1 bệnh nhân có phản ứng với Asparaginase độ 4 (viêm tụy cấp) phải chuyển phác đồ điều trị VIPD ở chu kì 2 hóa chất hỗ trợ, bệnh nhân dung nạp tốt với VIPD.

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu chúng tôi nhận thấy tương đồng với nhiều nghiên cứu tại Châu Á với tỷ lệ nam nhiều hơn nữ, thể trạng tốt, chủ yếu nguy cơ thấp với PINKE 1 điểm (60%).^{3,4}

Với phác đồ hóa xạ đồng thời với Cisplatin nhằm làm tăng nhạy cảm của khối u với xạ trị và giảm liều chiếu xạ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, liều xạ từ 30-50Gy. Sau pha hóa xạ đồng thời, tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn là 66,67%, tỉ lệ đáp ứng 1 phần là 26,67%, bệnh không đáp ứng chỉ chiếm 6,67%. Trong nghiên cứu của Seok Jin Kim, tất cả bệnh nhân đã hoàn thành hóa xạ đồng thời, với tỷ lệ đáp ứng tổng thể là 87,5% bao gồm 68,75% đáp ứng hoàn toàn và 18,75% đáp ứng một phần, bệnh không đáp ứng chỉ chiếm 12,5%.⁵ Hóa chất hỗ trợ được cho là có tác dụng tiêu diệt các tế bào vi di căn còn lại sau hóa xạ đồng thời do đó làm giảm tỉ lệ tái phát toàn thân và được coi như một bước điều trị củng cố. Trong nghiên cứu của chúng tôi, Sau 2 chu kì VIDL hỗ trợ, tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn tăng lên 86,67%, tỉ lệ đáp ứng 1 phần là 13,33%. Với thời gian theo dõi trung vị 12 tháng, tỷ lệ PFS và OS tại thời điểm 1 năm là 100%. Tỉ lệ đáp ứng của nghiên cứu này cao hơn so với các phác đồ nền tảng anthracyclin trước đây. Nghiên cứu của ShanShan Bu và cộng sự (2016), tỉ lệ đáp ứng với phác đồ có L-asparaginase cao hơn so với phác đồ CHOP ở những bệnh nhân u lympho tế bào T/NK giai đoạn khu trú, khi kết hợp với xạ trị

ban đầu (90,18% vs 72,46%, $p = 0,002$), tỉ lệ sống thêm toàn bộ sau 5 năm lần lượt là 65,1% và 25,8%.⁶ Nghiên cứu JCOG0211 đánh giá hiệu quả phối hợp hoá xạ trị ngay từ đầu với phác đồ DeVIC cho tỷ lệ đáp ứng chung là 77%.⁷ Cơ chế được đưa ra là do tăng bộc lộ P-glycoprotein dẫn đến bệnh tiên lượng kém và kháng với các phác đồ hóa chất kinh điển có chứa anthracyclin.²

Tác dụng không mong muốn thường gặp nhất trong quá trình hóa xạ đồng thời là viêm da và viêm niêm mạc miệng chủ yếu ở mức độ nhẹ, với viêm da vùng xạ độ 1 chiếm 73,33%, viêm niêm mạc miệng độ 1 chiếm 53,33%. Hai tác dụng phụ khác cũng hay gặp do cisplatin là nôn và buồn nôn với tỉ lệ lần lượt là 40,00% và 33,33%. Có 2 trường hợp xuất hiện rò khẩu cái cứng sau điều trị hoá xạ đồng thời, đều gặp trên bệnh nhân có u nguyên phát lan rộng, rất khó phân biệt được là do xạ trị hay do u đáp ứng gây rò, tuy nhiên lỗ rò nhỏ 5 mm và không phải can thiệp ngoại khoa. Trong giai đoạn hóa chất hỗ trợ không gặp nhiều viêm da và viêm niêm mạc như trong giai đoạn hóa xạ đồng thời. Trong giai đoạn này, tác dụng phụ trên hệ tạo huyết gặp nhiều nhất là thiếu máu và giảm bạch cầu, trong đó thiếu máu thì chỉ gặp độ 1 và độ 2, trong khi giảm bạch cầu gặp ở tất cả các mức độ và chủ yếu là độ 3 và độ 4 với tỉ lệ 13,33% cho cả 2 mức độ. Còn tác dụng không mong muốn ngoài hệ tạo huyết gặp nhiều nhất là tăng men gan, nôn, buồn nôn, mệt mỏi, các tác dụng phụ chủ yếu gặp độ 1. Có 1 bệnh nhân có phản ứng với Asparaginase độ 4 (viêm tụy cấp) phải chuyển phác đồ điều trị VIPD ở chu kì 2 hóa chất hỗ trợ, bệnh nhân dung nạp tốt với VIPD. Điều này tương tự như trong nghiên cứu của tác giả Seok Jin Kim và cs với độc tính chính của VIDL là giảm bạch cầu độ ≥ 4 nhưng có thể kiểm soát, không có trường hợp nào tử vong.⁵

Hạn chế của nghiên cứu là nghiên cứu mô tả, số lượng bệnh nhân còn ít, thời gian theo dõi chưa đủ dài. Vì vậy cần theo dõi thời gian dài hơn và trên số lượng bệnh nhân nghiên cứu lớn hơn để có thể đánh giá sâu hơn về hiệu quả điều trị của phác đồ.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 15 trường hợp u lympho không Hodgkin tế bào T/NK typ mũi xoang điều trị phác đồ VIDL sau hoá xạ đồng thời với cisplatin chúng tôi nhận thấy tỷ lệ đáp ứng điều trị tăng lên sau hoá chất trong đó chủ yếu là đáp ứng hoàn toàn 86,67% so với 66,67% sau hoá xạ đồng thời, PFS và OS tại thời điểm 1 năm là 100%. Tác dụng không mong muốn thường gặp nhất trong quá trình hóa xạ đồng thời là viêm da và viêm niêm mạc miệng chủ yếu ở mức độ nhẹ; trong giai đoạn VIDL bổ trợ gặp nhiều nhất là thiếu máu và giảm bạch cầu; trong đó thiếu máu thì chỉ gặp độ 1 và độ 2, trong khi giảm bạch cầu gặp ở tất cả các mức độ và chủ yếu là độ 3 và độ 4 với tỉ lệ 13,33%, 13,33% rò khẩu cái sau điều trị hoá xạ đồng thời. Phác đồ VIDL sau hoá xạ trị đồng thời mang lại kết quả tốt, an toàn đối với u lympho T/NK typ mũi xoang giai đoạn IE/IIE.

VI. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn Ban lãnh đạo, phòng kế hoạch tổng hợp, khoa Nội Hệ tạo huyết bệnh viện K đã tạo mọi điều kiện giúp chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bassig BA, Au WY, Mang O, et al.** Subtype-specific incidence rates of lymphoid malignancies

- in Hong Kong compared to the United States, 2001-2010. *Cancer Epidemiol* 2016;42:15-23.
2. **Egashira M, Kawamata N, Sugimoto K, et al.** P-glycoprotein expression on normal and abnormally expanded natural killer cells and inhibition of P-glycoprotein function by cyclosporin A and its analogue, PSC833. *Blood* 1999;93:599-606
3. **Kim SJ, Yang DH, Kim JS, et al.** Concurrent chemoradiotherapy followed by L-asparaginase-containing chemotherapy, VIDL, for localized nasal extranodal NK/T cell lymphoma: CISL08-01 phase II study. *Ann Hematol* 2014;93:1895-901.
4. **Kim SJ, Kim K, Kim BS, et al.** Phase II trial of concurrent radiation and weekly cisplatin followed by VIPD chemotherapy in newly diagnosed, stage IE to IIE, nasal, extranodal NK/T-Cell Lymphoma: consortium for Improving Survival of Lymphoma study. *J Clin Oncol* 2009;27:6027-32.
5. **Kim SJ, Yang DH, Kim JS, et al.** Concurrent chemoradiotherapy followed by L-asparaginase-containing chemotherapy, VIDL, for localized nasal extranodal NK/T cell lymphoma: CISL08-01 phase II study. *Ann Hematol* 2014;93:1895-901.
6. **ShanShan Bu, Fangfang Yuan, Xudong Wei, et al.** L-asparaginase-based regimen as a first-line treatment for newly diagnosed nasal type extranodal natural killer cell/T-cell lymphoma. *Exp Ther Med.* 2016;11(6):2437-2445
7. **Yamauchi M et al.** Phase I/II study of concurrent chemoradiotherapy for localized nasal natural killer/T-cell lymphoma: Japan Clinical Oncology Group Study JCOG0211. *Journal of Clinical Oncology.* 2009;27(33):5594-5600

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ THAY HUYẾT TƯƠNG BẰNG DUNG DỊCH ALBUMIN 5% TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM TỤY CẤP DO TĂNG TRIGLYCERIDE TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Phan Thái Sơn^{1,2}, Hoàng Văn Quang³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm tụy cấp do tăng triglyceride là một tình trạng cấp cứu. Trường có biến chứng tổn thương cơ quan thì tỷ lệ tử vong cao từ 20-40%. Cơ chế chính gây viêm tụy cấp do tăng triglyceride máu được cho rằng do sự thủy phân quá mức triglyceride máu dưới tác dụng của men lipase tụy đã tạo ra quá nhiều acid béo tự do, những acid béo tự do này gây nên tình trạng tăng độ quánh máu, gây tắc giởng mạch máu tụy, thiếu máu tụy và gây viêm tụy cấp.

Biện pháp thay huyết tương bằng dung dịch albumin 5% nhằm loại bỏ nhanh chóng tác nhân gây bệnh, ngăn chặn quá trình diễn tiến bệnh, giảm mức độ nặng. Nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả thay huyết tương bằng dung dịch albumin 5% trong điều trị viêm tụy cấp do tăng triglyceride máu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, 55 bệnh nhân chẩn đoán viêm tụy cấp do tăng triglyceride (TG>1000 mg/dL) được điều trị thay huyết tương bằng dung dịch albumin 5% tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM thời gian từ 7/2018 đến 1/2023. **Kết quả:** Nam: 76,36%, nữ: 23,64%. tuổi trung bình: 41,47±7,85. Nhập viện: lipase: 993,56 ± 863,92 U/L, triglyceride (TG): 3037,63 ± 2191,53 mg/dL, CTSI: 4,2±1,41 (balthazar D: 76,33%, balthazar E: 23,67%), APACHE II ≥ 8 điểm chiếm 52,72%, BISAP: 1,31±0,9. BN suy ít nhất 1 cơ quan chiếm 29,09%. Kết quả thay huyết tương (PEX): các triệu chứng đau bụng, buồn nôn, chướng bụng đều giảm. Thể tích huyết tương thay thế 1,5 lần

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

²Đại học Y Dược TP.HCM

³Bệnh viện Thống Nhất TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thái Sơn

Email: son.pt@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2023

Ngày duyệt bài: 29.11.2023