

sỏi thận an toàn và hiệu quả với tỷ lệ sạch sỏi cao 89,8% và tỷ lệ biến chứng thấp 4,6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Long và CS** (2016), "Kết quả tán sỏi thận qua da bằng holmium laser tại bệnh viện đại học Y Hà Nội", Y học Việt Nam. 445, tháng 8, số đặc biệt, tr. 62-71.
2. **Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Nguyễn Tuấn Vinh, Lê Trọng Khôi** (2016), "Đánh giá kết quả và độ an toàn của phẫu thuật lấy sỏi qua đường hầm nhỏ trong điều trị sỏi thận đơn giản", Y học TP. Hồ Chí Minh, số 4, trang 38-43.
3. **Nguyễn Minh Thiên, Lê Tuấn Khuê, Phạm Thế Anh** (2015), "Tán sỏi thận qua da bằng kim nhỏ (Microperc) thực hiện tại Medic", Y học TP. Hồ Chí Minh, số 4, 105-110.
4. **Kiều Đức Vinh, Trần Các, Trần Đức** (2015), "Kết quả phẫu thuật lấy sỏi thận qua da tại bệnh viện 108", Y học TP. Hồ Chí Minh, số 4, 111-116.
5. **Hồ Trường Thắng** (2015), Đánh giá hiệu quả phương pháp tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ tại bệnh viện Việt Đức. Luận văn thạc sỹ Y học. Đại học Y Hà Nội
6. **Joo Yong Lee, Kyu Hyun Kim, Man Deuk Kim, et al** (2014). "Intraoperative patient selection for tubeless percutaneous nephrolithotomy". Int Surg, 99, 662-668
7. **Wei-Hong Lai, Yeong-Chin Jou, Ming-Chin Cheng, et al** (2017). "Tubeless percutaneous nephrolithotomy: Experience of 1000 cases at a single institute". Urological Science, 28, 23-26.
8. **Shun-Kai Chang, Ian-Seng Cheong, Ming-Chin Cheng, Yeong-Chin Jou, Chia-Chun Chen** (2015), "Pressure compression of the cccess tract for tubeless percutaneous nephrolithotomy". Urol Sci, 30, 19-23.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U LYMPHO TẾ BÀO B LỚN LAN TỎA NGUYÊN PHÁT TINH HOÀN

Đỗ Huyền Nga¹, Nguyễn Thanh Tùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị u lympho không Hodgkin tế bào B lớn lan tỏa nguyên phát tinh hoàn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh tiến hành trên 14 bệnh nhân chẩn đoán là u lympho không Hodgkin tế bào B lớn lan tỏa nguyên phát tinh hoàn được điều trị bằng phác đồ RCHOP + MTX và xạ trị tinh hoàn đối bên tại khoa Nội Huyết Bệnh viện K từ 05/2019 – 10/2024. **Kết quả:** Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung vị 62; Các bệnh nhân hầu hết PS=0 (71,4%). Đa số các bệnh nhân ở giai đoạn 1 chiếm 57%. Thể giải phẫu bệnh dưới típ không tâm mầm chiếm 85,7%. Tất cả bệnh nhân đều đạt đáp ứng trong đó tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn tại thời điểm giữa kì là 78,6% và tại thời điểm cuối kì đạt 100%. Tỉ lệ gặp độc tính hạ bạch cầu độ 3-4 chiếm 21,4%; hạ bạch cầu có sốt chiếm 14,3%; tỉ lệ tái hoạt virus viêm gan B chiếm 7,1%; độc tính tiêu hóa chiếm 14,3%; độc tính suy thận độ 1 gặp ở 14,3%, tỉ lệ tăng men gan độ 3 chiếm 14,3% và tỉ lệ viêm phổi chiếm 7,1%. **Kết luận:** Phác đồ RCHOP + MTX dự phòng thâm nhiễm thần kinh trung ương và xạ trị tinh hoàn đối bên có hiệu quả cao và tính an toàn chấp nhận được trong điều trị u lympho nguyên phát tinh hoàn.

Từ khóa: ULPNPTH (u lympho không Hodgkin tế bào B lớn nguyên phát tinh hoàn).

SUMMARY

TREATMENT OUTCOME OF PRIMARY TESTICULAR DIFFUSE LARGE B CELL LYMPHOMA

Objective: To evaluate the treatment results of primary testicular large B-cell non-Hodgkin lymphoma. **Subjects and methods:** A Case series descriptive study was conducted on 14 patients diagnosed with primary testicular B-cell non-Hodgkin lymphoma treated with the RCHOP + MTX regimen and contralateral testicular radiotherapy at the Hematologic Oncology Department, K Hospital from May 2019 to October 2024. **Results:** Patients had a median age of 62 years; Most patients had PS=0 (71.4%). Most patients were in stage 1, accounting for 57%. The pathology of the non-germinal center type accounted for 85.7%. All patients achieved response, with a complete response rate of 78.6% at interim and 100% at end-of-treatment. The incidence of grade 3-4 leukopenia was 21.4%; febrile leukopenia was 14.3%; hepatitis B virus reactivation was 7.1%; gastrointestinal toxicity was 14.3%; renal failure was grade 1 in 14.3%, grade 3 liver enzyme elevation was 14.3% and pneumonia was 7.1%. **Conclusion:** The RCHOP + MTX regimen for prevention of central nervous system infiltration and contralateral testicular radiotherapy is highly effective and has acceptable safety in the treatment of primary testicular lymphoma. **Keywords:** PTL (primary testicular large B-cell non-Hodgkin lymphoma).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U lympho tế bào B lớn nguyên phát tinh hoàn có liên quan đến tiên lượng xấu, tăng nguy cơ xâm lấn vào hệ thần kinh trung ương (CNS)

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Tùng

Email: leonguyenthantung@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2024

Ngày duyệt bài: 30.12.2024

và đòi hỏi các biện pháp quản lý riêng biệt. U lympho tế bào B lớn nguyên phát tinh hoàn là khối u ác tính tinh hoàn phổ biến nhất ở nam giới >60 tuổi và chiếm khoảng 1 phần trăm tổng số u lympho⁶. DLBCL là dưới nhóm u lympho không Hodgkin phổ biến nhất và độ tuổi trung bình xuất hiện bệnh là từ 60-70³. Kết quả ở những bệnh nhân bị tổn thương tinh hoàn tệ hơn so với dự đoán của Chỉ số tiên lượng quốc tế (IPI)².

R-CHOP là liệu pháp hóa trị miễn dịch tiêu chuẩn cho DLBCL. Việc bổ sung rituximab vào CHOP đã đạt được kết quả dài hạn vượt trội trong Thử nghiệm pha 3 MabThera International (MINT)⁵. Chưa có thử nghiệm ngẫu nhiên nào cho U lympho tế bào B nguyên phát tinh hoàn, nhưng cần phải dùng liệu pháp hóa trị miễn dịch toàn thân, dựa trên các nghiên cứu hồi cứu và triển vọng nhỏ. Cắt bỏ tinh hoàn một bên thường được thực hiện để lấy mô chẩn đoán, nhưng chỉ cắt bỏ tinh hoàn không phải là phương pháp điều trị đủ ngay cả với bệnh giai đoạn I, vì nguy cơ xâm lấn hệ thần kinh trung ương và tái phát tinh hoàn bên kia cao. Xạ trị đơn độc dẫn đến tỷ lệ tái phát cao và chỉ được khuyến cáo cho những bệnh nhân không phù hợp với hóa trị.

Các nghiên cứu hồi cứu không ngẫu nhiên nhỏ cho thấy tỷ lệ sống sót cao hơn ở những bệnh nhân được xạ trị vào tinh hoàn bên đối diện và dự phòng CNS bằng hóa trị liệu MTX tiêm nội tủy hoặc MTX toàn thân liều cao^{6,2}. Một nghiên cứu trên 53 bệnh nhân mắc bệnh u lympho tế bào B lớn nguyên phát tinh hoàn giai đoạn I hoặc II đã báo cáo rằng tỷ lệ sống thêm toàn bộ (OS) và tỷ lệ sống thêm không tiến triển (PFS) sau năm năm lần lượt là 85 và 74 phần trăm sau khi điều trị bằng sáu đến tám chu kỳ R-CHOP-21, bốn liều MTX tiêm nội tủy hàng tuần (12 mg), xạ trị vào tinh hoàn đối diện (30 Gy) cho tất cả các bệnh nhân và xạ trị vào các hạch bạch huyết khu vực (30 đến 36 Gy) cho những bệnh nhân mắc bệnh giai đoạn II⁷. Bệnh nhân được điều trị bằng cả hóa trị và xạ trị tại vùng có OS ba năm cao hơn (khoảng 80 so với 20 phần trăm). Xạ trị bìu đối bên được thực hiện cho 10 bệnh nhân, không ai trong số họ bị tái phát ở tinh hoàn đối bên. Trong một nghiên cứu trên 373 bệnh nhân bị u lympho tế bào B nguyên phát tinh hoàn, 56 (15 phần trăm) bị tái phát và/hoặc tiến triển ở CNS². Đối với những bệnh nhân mắc u lympho tế bào B lớn nguyên phát tinh hoàn, chúng tôi đề xuất cắt bỏ tinh hoàn, sáu chu kỳ R-CHOP kèm theo methotrexate toàn thân liều cao tiếp theo là xạ trị bìu từ 25 đến 30 gray (Gy)⁷.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: - Từ đủ 18 tuổi trở lên; Chẩn đoán lần đầu là u lympho không Hodgkin tế bào B lớn nguyên phát tại tinh hoàn và chưa điều trị hóa – xạ trị trước đây.

- Kết quả giải phẫu bệnh tại tinh hoàn khẳng định là u lympho không Hodgkin tế bào B lớn.

- Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn phải điều trị và chức năng gan thận bình thường.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Anti – HIV (+), dấu hiệu hoạt động của HBV (HBV DNA > 10⁴ copies/ml), HCV (HCV RNA > 10⁴ copies/ml).

- Có bệnh lý ác tính trong vòng 3 năm: ung thư tiền liệt tuyến điều trị hormone, ung thư cổ tử cung tại chỗ, ung thư da không phải hắc tố đã được điều trị.

- Rối loạn tim mạch: suy tim độ III, IV, nhồi máu cơ tim trước đó 6 tháng

2.2. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu chùm ca bệnh được tiến hành trên 14 bệnh nhân U lympho không Hodgkin tế bào B lớn lan tỏa nguyên phát tinh hoàn từ tháng 05/2019 đến tháng 10/2024 tại Khoa Nội Hệ tạo Huyết – Bệnh viện K3 cơ sở Tân Triều. Phương pháp chọn mẫu thuận tiện do bệnh lý hiếm.

Tiêu chuẩn đáp ứng điều trị: theo Lugano (NCCN)¹

Phác đồ điều trị theo NCCN¹

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

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được thông qua hội đồng đạo đức bệnh viện K. Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích cải thiện chất lượng điều trị mà không nhằm mục đích khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

| Đặc điểm (n=14) | | Thông số |
|--|---|------------|
| Tuổi, trung vị, năm (tối thiểu-tối đa) | | 62 (34-73) |
| PS | 0 | 10 (71,4) |
| | 1 | 4 (28,6) |
| | 2 | 0 |
| Hội chứng B | | 2 (14,3) |
| Tăng LDH | | 2 (14,3) |

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 62 tuổi. Phần lớn bệnh nhân có PS=0 chiếm 71,4%. Triệu chứng B xuất hiện ở 14,3% bệnh nhân.

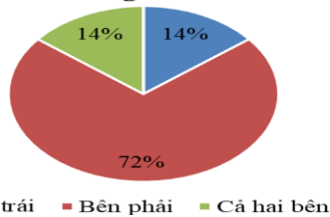
Bảng 2. Đặc điểm tổn thương

| Đặc điểm tổn thương (n= 14) | | n | % |
|-----------------------------|----------|---|------|
| Số lượng | 1 vị trí | 6 | 42,9 |

| | | | |
|---|--------------------------|------|-------------|
| tổn thương | ≥ 2 vị trí | 8 | 57,1 |
| Kích thước tổn thương (mm) trung vị (tối thiểu-tối đa) | | 43,5 | (18,0-89,0) |
| U Bulky (kích thước lớn >7cm) | | 4 | 28,5 |
| Tổn thương ngoài tinh hoàn | Tổn thương hạch ổ bụng | 4 | 28,5 |
| | Tổn thương gốc dương vật | 2 | 14,3 |
| | Tổn thương hạch bẹn | 2 | 14,3 |

Nhận xét: 57,1% bệnh nhân có hơn 2 tổn thương chiếm 57,1%. Kích thước tổn thương trung bình là 43,5mm. Bệnh lý u lớn >7cm xuất hiện ở 28,5% bệnh nhân. Tổn thương ngoài tinh hoàn bao gồm: Tổn thương hạch ổ bụng (28,5%); Tổn thương gốc dương vật hoặc tổn thương hạch bẹn (14,3%).

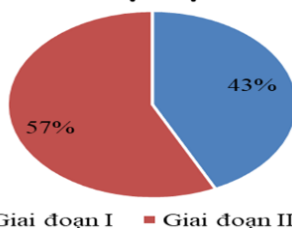
Tổn thương tinh hoàn



Biểu đồ 1. Vị trí biểu hiện tại tinh hoàn

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân bị tổn thương tinh hoàn bên phải, 72%.

Giai đoạn bệnh



Biểu đồ 2. Giai đoạn bệnh

Nhận xét: Đa số bệnh nhân vào viện ở giai đoạn 2 (57%).

Bảng 3. Tỷ lệ điều trị dự phòng MTX liều cao truyền tĩnh mạch, xạ trị tinh hoàn đối bên, cắt tinh hoàn đối bên

| Phương pháp (n=14) | n | % |
|---------------------------|----------|----------|
| Truyền MTX liều cao | 10 | 71,4 |
| Xạ trị tinh hoàn đối bên | 8 | 57,1 |
| Cắt tinh hoàn đối bên | 2 | 14,3 |

Nhận xét: Có 71,4% bệnh nhân được truyền MTX liều cao, 57,1% bệnh nhân xạ trị tinh hoàn đối bên và 14,3% bệnh nhân được cắt tinh hoàn đối bên.

Bảng 4. Tỷ lệ đáp ứng

| Phân loại đáp ứng (n=14) | Giữa đợt | Cuối đợt |
|---------------------------------|-----------------|-----------------|
| Đáp ứng hoàn toàn (CR) | 11 (78,6) | 14 (100) |
| Đáp ứng một phần (PR) | 3 (21,4) | 0 |
| Bệnh giữ nguyên (SD) | 0 | 0 |
| Bệnh tiến triển (PD) | 0 | 0 |

Nhận xét: Tất cả các bệnh nhân đều đạt đáp ứng với tỉ lệ CR giữa đợt đạt 78,6% và cuối đợt đạt tới 100%.

Bảng 5. Tác dụng không mong muốn

| Tác dụng không mong muốn (n=14) | n (%) |
|---|--------------|
| Tác dụng không mong muốn huyết học | |
| Hạ bạch cầu độ 3-4 | 3 (21,4) |
| Sốt hạ bạch cầu | 2 (14,3) |
| Hạ tiểu cầu độ 3-4 | 0 |
| Tác dụng không mong muốn ngoài huyết học | |
| Tái hoạt viêm gan B | 1 (7,1) |
| Tác dụng không mong muốn trên hệ tiêu hóa | 2 (14,3) |
| Suy thận (độ 1) | 2 (14,3) |
| Tăng AST/ALT (độ 3) | 2 (14,3) |
| Viêm phổi | 1 (7,1) |

Nhận xét: Tác dụng không mong muốn thường gặp nhất là hạ bạch cầu trung tính (độ 3/4) chiếm 21,4% và 14,3% bệnh nhân bị sốt giảm bạch cầu trung tính chiếm 14,3%, bệnh nhân bị suy thận (độ 1) hoặc tăng AST/ALT (độ 3) sau khi truyền methotrexate liều cao và hồi phục trong vòng 1 tháng. 1 bệnh nhân bị tái hoạt virus viêm gan B.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình là 62 tuổi (34-73). Theo UpToDate, độ tuổi trung bình khi chẩn đoán là 64 tuổi. Phần lớn bệnh nhân có PS = 0, chiếm 71,4%; tỷ lệ bệnh nhân mắc hội chứng B chiếm 14,3%. Nồng độ LDH huyết thanh tăng cao chiếm 14,3%. Tất cả bệnh nhân đều có giai đoạn giới hạn khi chẩn đoán, giai đoạn 2 chiếm 57% và giai đoạn 1 chiếm 43%. 57,1% bệnh nhân có hơn 2 tổn thương. Kích thước tổn thương trung bình là 43,5mm. Bệnh khối u xuất hiện ở 28,5% bệnh nhân. Tổn thương ngoài tinh hoàn bao gồm: Tổn thương hạch ổ bụng (28,5%); Tổn thương gốc dương vật hoặc tổn thương bẹn (14,3%). Phần lớn bệnh nhân có tổn thương tinh hoàn bên phải, 72%; 14,3% bệnh nhân có tổn thương tinh hoàn hai bên. Tác giả Umberto Vitolo (2011) đã tiến hành nghiên cứu trên 53 bệnh nhân u lympho tinh hoàn nguyên phát được điều trị bằng xạ trị RCHOP -> IT-MTX -> đối bên cho thấy độ tuổi trung bình là 64 tuổi (22-79); Ps = 0 chiếm 89%; giai đoạn I chiếm 75%; giai đoạn II chiếm 25%; tổn thương tinh hoàn hai bên chiếm 8%; tổn thương hạch bạch huyết chiếm 25%; triệu chứng B chiếm 4%. Nồng độ LDH huyết thanh tăng cao chiếm 12%⁷. Tác giả Jacob D. Gundrum (2009) đã tiến

hành nghiên cứu trên 769 bệnh nhân PTL cho thấy độ tuổi trung bình là 68 tuổi (21-98); tổn thương tinh hoàn hai bên chiếm 6,4%; giai đoạn I chiếm 56,6%⁴.

Tính an toàn của phác đồ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, biến chứng thường gặp nhất là giảm bạch cầu trung tính (độ $\frac{3}{4}$) chiếm 21,4% và 14,3% bệnh nhân bị sốt giảm bạch cầu trung tính. 14,3% bệnh nhân bị suy thận (độ 1) hoặc tăng AST/ALT (độ 3) sau khi truyền methotrexate liều cao và hồi phục trong vòng 1 tháng. Tác dụng không mong muốn đường tiêu hóa là 14,3%. 1 bệnh nhân bị tái hoạt virus viêm gan B và đã được điều trị ổn định tại bệnh viện Nhiệt đới trung ương sau 1 tháng. Bệnh nhân này xét nghiệm HbsAg ban đầu âm tính tuy nhiên sau 6 chu kì RCHOP bệnh nhân có hiện tượng tăng men gan và bilirubin chúng tôi đã cho xét nghiệm tìm nguyên nhân tại thời điểm này HbsAg dương tính và chuyển điều trị chuyên khoa kịp thời. Tác giả Umberto Vitolo (2011) đã tiến hành nghiên cứu trên 53 bệnh nhân u lympho tinh hoàn nguyên phát cho thấy các tác dụng phụ về huyết học \geq độ 3 bao gồm: thiếu máu 4%; giảm bạch cầu trung tính 26%; giảm tiểu cầu 8%; các tác dụng phụ không phải về huyết học \geq độ 3 bao gồm: AE thần kinh: 13%; nhiễm trùng 4%; sốt không rõ nguyên nhân 2%; AE đường tiêu hóa: 2%. Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hồ sơ an toàn tương đương với hồ sơ được báo cáo bởi các tác giả khác^{4,7}.

Hiệu quả của phác đồ. Trong đánh giá điều trị giữa kì, CR đã đạt 78,6% và PR đạt 21,4%. Trong đánh giá khi kết thúc điều trị, CR đạt 100%. Theo hiểu biết của chúng tôi, nghiên cứu IELSG-10 là thử nghiệm triển vọng đầu tiên trên toàn thế giới về PTL. Thử nghiệm này cho thấy, trong một nhóm bệnh nhân có thời gian theo dõi kéo dài, phương pháp điều trị kết hợp R-CHOP-21, dự phòng CNS và xạ trị tinh hoàn đối bên là một phương pháp tiếp cận đầy hứa hẹn cho PTL. Chiến lược này dẫn đến kết quả tốt với PFS 5 năm, OS lần lượt là 74%, 85%. Thử nghiệm này đã kiểm soát hiệu quả bệnh toàn thân mà không có tái phát tinh hoàn bên đối diện và tỷ lệ tái phát CNS thấp. Hồ sơ độc tính có thể chấp nhận được của phương pháp điều trị này là đáng chú ý khi có tới một nửa số bệnh nhân đều trên 65 tuổi và các độc tính đều được giải quyết trong thời gian ngắn.

Cần lưu ý một hạn chế đối với nghiên cứu của chúng tôi. Đây là một nghiên cứu chuỗi ca bao gồm một loạt ca bệnh mắc PTL với cỡ mẫu tương đối nhỏ. Ngược lại, trong một căn bệnh

hiếm gặp như PTL, việc triển khai một nghiên cứu mẫu lớn để đưa ra kết luận chắc chắn và dứt khoát về hiệu quả là một vấn đề phức tạp, thường không khả thi. Một mô hình tái phát liên tục và tử vong liên quan đến bệnh đã được chỉ ra trong một số nghiên cứu về PTL ở giai đoạn khu trú⁴. Trong nghiên cứu hồi cứu IELSG trước đó, PFS giảm dần sau 5 và 10 năm, từ 48% xuống 33% tương ứng trong toàn bộ loạt nghiên cứu và từ 54% xuống 36% trong nhóm bệnh nhân giai đoạn I. Một xu hướng tương tự cũng được quan sát thấy trong một nghiên cứu hồi cứu gần đây với tỷ lệ sống sót theo bệnh cụ thể sau 5 và 10 năm lần lượt là 62% và 50% (PFS không được báo cáo). Phương pháp điều trị của chúng tôi bao gồm ba cấu thành: R-CHOP, dự phòng CNS bằng MTX và xạ trị dự phòng cho tinh hoàn bên đối diện. Trong nghiên cứu hồi cứu IELSG trước đó, xạ trị dự phòng cho tinh hoàn bên đối diện dường như ngăn ngừa tái phát tinh hoàn, nguy cơ giảm xuống còn 8% so với 35% ở những bệnh nhân không được chiếu xạ. Tác dụng tích cực của xạ trị dự phòng cho tinh hoàn bên đối diện trong thử nghiệm này càng hỗ trợ thêm cho việc đưa chiến lược này vào các khuyến nghị lâm sàng quốc tế về PTL.

Một loạt nghiên cứu hồi cứu gồm 24 bệnh nhân bị PTL, được điều trị trước kỳ nguyên rituximab với chiến lược ba phương thức tương tự (hóa trị liệu dựa trên doxorubicin, xạ trị tinh hoàn và tiêm nội tủy MTX) đã cho thấy PFS và OS sau 5 năm lần lượt là 78% và 66%, nhưng cả hai đều không có đường cong sống thêm ổn định rõ ràng. Hơn nữa, nguy cơ tái phát CNS vẫn cao (16%). Tỷ lệ tái phát CNS ở cả nhu mô não và màng não phổ biến hơn ở PTL so với các u lympho khác. Biến chứng này thường được quan sát thấy trong 2 năm đầu theo dõi ở U lympho không Hodgkin tế bào B biểu hiện tại hạch, trong khi tái phát CNS muộn đã được báo cáo ở PTL. Trong loạt nghiên cứu IELSG trước đây, nguy cơ tái phát CNS trong 5 và 10 năm là 20% và 35% đã được quan sát thấy. Chiến lược tốt nhất để ngăn ngừa tái phát CNS vẫn là vấn đề gây tranh cãi. Giá trị của hóa trị liệu nội tủy dự phòng vẫn còn gây tranh cãi vì tái phát CNS xảy ra thường xuyên hơn ở nhu mô não so với ở màng não và cũng ở những bệnh nhân đã được hóa trị liệu nội tủy⁵. Tuy nhiên, bệnh nhân PTL thường là người lớn tuổi và nhiều người trong số họ có thể không dung nạp được biện pháp dự phòng CNS tích cực như phác đồ hóa trị liệu methotrexate liều cao toàn thân hoặc cytarabine. Biện pháp dự phòng CNS được lựa chọn trong nghiên cứu của chúng

tôi—ba liều truyền tĩnh mạch MTX liều cao—để thực hiện, tuân thủ tốt và độc tính thấp, khả thi ở 71,4% bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Phác đồ RCHOP + MTX theo sau xạ trị tinh hoàn đối bên có hiệu quả cao và ít tác dụng phụ trong điều trị u lympho không Hodgkin tế bào B lớn lan tỏa nguyên phát tinh hoàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Andrew D.Z. et al.** NCCN Clinical practice guidelines in Oncology - B-Cell lymphomas. NCCN. 2020:12-65.
2. **E Zucca.** Patterns of outcome and prognostic factors in primary large-cell lymphoma of the testis in a survey by the International Extranodal Lymphoma Study Group. J Clin Oncol. 2003:20-27.
3. **Jacob D Gundrum.** Primary testicular diffuse large B-cell lymphoma: a population-based study on the incidence, natural history, and survival comparison with primary nodal counterpart before and after the introduction of rituximab. J Clin Oncol. 2009:5227-5232.
4. **JD Gundrum, MA Mathiason, DB Moore et al.** Primary testicular diffuse large b-cell lymphoma: A population-based study on the incidence, natural history, and survival comparison with primary nodal counterpart before and after the introduction of rituximab. J Clin Oncol 2009:5227- 5232.
5. **Michael Pfreundschuh.** CHOP-like chemotherapy with or without rituximab in young patients with good-prognosis diffuse large-B-cell lymphoma: 6-year results of an open-label randomised study of the MabThera International Trial (MInT) Group. Lancet Oncol. 2011:1013-1022.
6. **Sverker Hasselblom.** Testicular lymphoma--a retrospective, population-based, clinical and immunohistochemical study. Acta Oncol. 2004:758-765.
7. **Umberto Vitolo.** First-line treatment for primary testicular diffuse large B-cell lymphoma with rituximab-CHOP, CNS prophylaxis, and contralateral testis irradiation: final results of an international phase II trial. J Clin Oncol. 2011:2766-72.

XÁC ĐỊNH TỶ LỆ NHIỄM MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS BẰNG KỸ THUẬT GENEXPERT TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108 NĂM 2023

Nguyễn Thị Hồng Nhung¹, Bùi Tiến Sĩ¹,
Nguyễn Văn An², Lê Hạ Long Hải^{3,4}

TÓM TẮT

Bệnh lao do vi khuẩn *Mycobacterium tuberculosis* gây ra là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do các bệnh nhiễm trùng. Việt Nam là một trong các quốc gia có tỷ lệ nhiễm lao cao nhất thế giới. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu cắt ngang nhằm xác định tỷ lệ nhiễm *M. tuberculosis*, tỷ lệ kháng rifampicin bằng GeneXpert và một số yếu tố ảnh hưởng tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Kết quả:** Trong 875 người bệnh, tỷ lệ nhiễm *M. tuberculosis* là 24,8%, trong đó tỷ lệ kháng rifampicin là 7,37%. Nhóm tuổi <30 và nam giới có khả năng mắc lao cao nhất. Bệnh phẩm dịch hô hấp có khả năng phát hiện lao cao hơn so với bệnh phẩm ngoài đường hô hấp. Các yếu tố về độ tuổi, giới tính, bệnh phẩm và địa lý đều không ảnh hưởng đến tỷ lệ *M. tuberculosis* kháng rifampicin. **Kết luận:** Nghiên cứu nhấn mạnh sự cần thiết của việc quản lý chặt chẽ việc sử dụng kháng sinh trong điều trị lao nhằm kiểm soát tỷ lệ nhiễm và kháng thuốc của vi khuẩn.

Từ khóa: GeneXpert, *Mycobacterium tuberculosis*, bệnh viện Trung ương Quân đội 108

SUMMARY

DETECTION OF MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS INFECTION BY GENEXPERT AT MILITARY CENTRAL HOSPITAL 108 IN 2023

Tuberculosis, caused by *Mycobacterium tuberculosis*, remains one of the leading causes of mortality from infectious diseases globally. Vietnam ranks among the countries with the highest TB infection rates. **Objectives and methods:** This cross-sectional study aimed to assess the prevalence of *M. tuberculosis* infection and rifampicin resistance, and risk factors using the GeneXpert diagnostic system at the 108 Military Central Hospital. **Results:** Of 875 patients tested, the prevalence of *M. tuberculosis* infection was 24.8%, with a rifampicin resistance rate of 7.37%. The highest infection rates were observed in men and individuals under 30. Respiratory specimens were more effective for TB detection compared to non-respiratory specimens. Factors such as age, gender, specimen type, and geographic location were not associated significantly with rifampicin-resistance of *M. tuberculosis*. **Conclusion:** This study highlights the critical need for stringent management of antibiotic use in TB treatment to curb infection rates and the emergence of drug-resistant strains. **Keywords:** GeneXpert, *Mycobacterium tuberculosis*, Military central hospital 108

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

²Bệnh viện Quân y 103

³Đại học Y Hà Nội

⁴Bệnh viện Đa khoa Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hạ Long Hải

Email: lehalonghai@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.11.2024

Ngày duyệt bài: 30.12.2024