KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN U LYMPHO KHÔNG HODGKIN TẾ BÀO ÁO NANG TẠI TRUNG TÂM HUYẾT HỌC TRUYỀN MÁU BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Lê Thu Hà[1]
Trần Thị Kiều My[2,3]
Lê Thị Soa[1]
Nguyễn Trung Hiếu[1]
Nguyễn Tuấn Tùng[1]

[1] *Bệnh viện Bạch Mai*
[2] *Viện Huyết học – Truyền máu Trung ương*
[3] *Trường Đại học Y Hà Nội*

Tác giả chịu trách nhiệm
Lê Thu Hà
Bệnh viện Bạch Mai
Email: drhahmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 13/08/2026
Ngày phản biện: 07/10/2026
Ngày đồng ý đăng: 28/10/2026

DOI: 10.52322/jocmbmh.155.0315

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân u lympho không Hodgkin tế bào áo nang tại Trung tâm Huyết học – Truyền máu, Bệnh viện Bạch Mai.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả có theo dõi dọc trên 36 bệnh nhân.

Kết quả: Phác đồ R-CHOP được sử dụng ở 88,9% bệnh nhân; tỷ lệ đáp ứng chung là 77,8%, trong đó đáp ứng hoàn toàn đạt 47,2%. Thời gian sống thêm toàn bộ (OS) trung bình ước tính là 53,9 tháng, tỷ lệ OS tại 36 tháng đạt 80,4%; thời gian sống thêm không tiến triển (PFS) trung vị là 45,0 tháng. Tỷ lệ PFS tại 36 tháng ở nhóm ghép tế bào gốc tạo máu tự thân (ASCT) và không ASCT lần lượt là 100% và 22,8% (log-rank p = 0,005); khác biệt về OS chưa có ý nghĩa thống kê (p = 0,054). PFS khác biệt giữa các nhóm MIPI-c (p = 0,013); khác biệt về OS ở ngưỡng ý nghĩa thống kê (p = 0,050). PFS khác biệt giữa các nhóm tuổi (p = 0,041), trong khi Ki-67 và LDH phân tích riêng lẻ chưa ghi nhận khác biệt có ý nghĩa thống kê về OS hoặc PFS (p > 0,05).

Kết luận: Điều trị bước một ghi nhận tỷ lệ đáp ứng ban đầu khả quan. ASCT có liên quan với PFS dài hơn trong phân tích đơn biến; kết quả có thể chịu ảnh hưởng của các yếu tố nhiễu. MIPI-c cho thấy khả năng phân tầng tiên lượng trong quần thể nghiên cứu, rõ hơn đối với PFS.

Từ khóa: U lympho, Mantle cell, Áo nang

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U lympho không Hodgkin (ULPKH) là nhóm bệnh ác tính của hệ lympho với biểu hiện lâm sàng và đặc điểm sinh học đa dạng. U lympho tế bào áo nang (mantle cell lymphoma – MCL) thuộc nhóm u lympho tế bào B, chiếm khoảng 3–10% số trường hợp ULPKH. MCL thường liên quan đến chuyển vị t(11;14)(q13;q32), dẫn đến tăng biểu hiện cyclin D1 và rối loạn điều hòa chu kỳ tế bào [1]. Bệnh có biểu hiện lâm sàng không

đồng nhất, từ tiến triển chậm đến diễn biến xâm lấn.

Các phác đồ miễn dịch – hóa trị có rituximab đã cải thiện kết quả điều trị MCL so với hóa trị đơn thuần ở một số quần thể bệnh nhân [2]. Ở bệnh nhân phù hợp, hóa trị liều cao kết hợp ghép tế bào gốc tạo máu tự thân (ASCT) là một chiến lược củng cố được sử dụng trong thực hành; hiệu quả điều trị còn phụ thuộc nhiều yếu tố, bao gồm tuổi, tình trạng bệnh và điều trị duy trì [3]. Các thang điểm MIPI (chỉ số tiên lượng quốc tế u lympho tế bào áo nang) và MIPI-c (MIPI kết hợp chỉ số Ki-67), cùng những thông số như Ki-67 và lactat dehydrogenase (LDH), được nghiên cứu nhằm phân tầng nguy cơ và hỗ trợ đánh giá tiên lượng.

Tại Việt Nam, số liệu công bố về kết quả điều trị và thời gian sống thêm của bệnh nhân MCL còn hạn chế. Nghiên cứu được thực hiện nhằm phân tích kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân MCL tại Trung tâm Huyết học – Truyền máu, Bệnh viện Bạch Mai.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 36 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là u lympho không Hodgkin tế bào áo nang (MCL), được điều trị và theo dõi tại Trung tâm Huyết học - Truyền máu Bệnh viện Bạch Mai giai đoạn từ tháng 1/2020 đến tháng 9/2026.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân có độ tuổi: ≥ 16 tuổi

- Có kết quả mô bệnh học tổn thương u thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán ULPKH thuộc một trong ba thể mô bệnh học của ULPKH nhóm tế bào B type áo nang theo WHO 2022

- Được điều trị bằng hóa chất theo các phác đồ đã được Bộ Y tế phê duyệt tại Quyết định số 1832/QĐ-BYT ngày 01/07/2022.

- Được đánh giá đầy đủ về lâm sàng và cận lâm sàng ít nhất sau 3-4 đợt hóa chất, sau kết thúc liệu trình điều trị và bất kỳ khi nào có biểu hiện tiến triển bệnh.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng, mạn tính không kiểm soát được

- Bệnh nhân bỏ điều trị, không được đánh giá đầy đủ về lâm sàng và cận lâm sàng.

- Phụ nữ đang mang thai hoặc cho con bú.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả có theo dõi dọc; chọn mẫu thuận tiện, gồm 36 bệnh nhân. Thời gian tuyển bệnh: tháng 01/2020 đến tháng 09/2026.

2.2.1. Các chỉ số và biến số nghiên cứu chính

- Đặc điểm chung: Tuổi, giới tính

- Phân tầng nguy cơ bằng MIPI-c.

- Kết quả điều trị: mức độ đáp ứng điều trị (đáp ứng hoàn toàn - CR, đáp ứng một phần - PR, không đáp ứng, bệnh tiến triển) theo tiêu chuẩn NCCN 2014

- Thời gian sống thêm không tiến triển (PFS) và thời gian sống thêm toàn bộ (OS) tính bằng tháng thông qua phương pháp Kaplan – Meier

- Phân tích yếu tố liên quan: Phân tích một số yếu tố liên quan đến PFS, OS như tuổi, giai đoạn bệnh, phân tầng nguy cơ, phác đồ điều trị, …

2.3. Xử lý số liệu

Dữ liệu được quản lý và phân tích bằng SPSS 22.0. Các biến định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ phần trăm; biến định lượng bằng trung bình hoặc trung vị tùy phân bố. Tỷ lệ được so sánh bằng kiểm định Chi-bình phương hoặc Fisher khi phù hợp. OS và PFS được ước tính bằng phương pháp Kaplan–Meier, so sánh giữa các nhóm bằng kiểm định log-rank. Ngưỡng ý nghĩa thống kê là $p < 0,05$. Các so sánh sống thêm trong nghiên cứu là phân tích đơn biến, chưa điều chỉnh các yếu tố nhiễu.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành khi được thông qua đề cương, được phê duyệt bởi Hội đồng Đạo đức theo quyết định số 257/BM – HĐĐĐ ngày 23/05/2026.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (N=36)

	Phân nhóm	n	%
Giới tính	Nam	27	75
	Nữ	9	25
Nhóm tuổi	<50	5	13,9
	50 – 59	11	30,6
	60-69	9	25
	≥ 70	11	30,6
Phân tầng nguy cơ	Nguy cơ thấp	6	16,7
	Nguy cơ trung bình thấp	11	30,6
	Nguy cơ trung bình cao	16	44,4
	Nguy cơ cao	3	8,3

Nhận xét:

- Nam giới chiếm 75,0% (tỷ lệ nam/nữ 3:1). Có 86,1% bệnh nhân từ 50 tuổi trở lên (5/36 bệnh nhân dưới 50 tuổi); nhóm 50–69 tuổi chiếm 55,6%, nhóm ≥ 70 tuổi chiếm 30,6%.

- Có 83,3% bệnh nhân nằm trong nhóm nguy cơ từ trung bình trở lên, với phân nhóm nguy cơ trung bình - cao chiếm tỷ lệ cao nhất (44,4%).

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng tại thời điểm chẩn đoán (N = 36)

	Đặc điểm		n	%
Tế bào máu	Huyết sắc tố (g/L)	≥120	15	41,7
		<120	21	58,3
	Bạch cầu (G/L)	< 6,7	14	38,9
		6,7 - 9,99	9	25
		10,0 - 14,99	6	16,7
		≥ 15,0	7	19,4

	Đặc điểm		n	%
Tế bào máu (tiếp)	Tiểu cầu (G/L)	<150	14	38,9
		150- 450	20	55,6
		>450	2	5,6
Sinh hóa máu	β2-microglobulin (µg/mL)	<2,5	5	13,9
		2,5 – 3,5	14	38,9
		>3,5	17	47,2
	LDH (U/L)	> 460	17	47,2
		< 460	19	52,8
Hóa mô miễn dịch	Ki-67	≥ 30%	16	44,4
		<30%	20	55,6

Nhận xét: Thiếu máu ghi nhận ở 58,3% và giảm tiểu cầu ở 38,9% bệnh nhân. Tỷ lệ bạch cầu ≥ 10 G/L là 36,1%. Có 31/36 bệnh nhân (86,1%) có β2-microglobulin ≥ 2,5 theo các nhóm phân loại trong bảng; LDH thuộc nhóm > 460 ở 47,2%, Ki-67 ≥ 30% ở 44,4%.

Bảng 3. Tỷ lệ sử dụng phác đồ R-CHOP trong điều trị bước 1

Phác đồ	N	%
R-CHOP	32	88,9
Khác	4	11,1

Nhận xét: Phác đồ R-CHOP được sử dụng trong điều trị bước một ở 32/36 bệnh nhân (88,9%).

Bảng 4. Kết quả điều trị bước 1 (N=36)

Đáp ứng	n	%
Đáp ứng hoàn toàn (CR)	17	47,2
Đáp ứng một phần (PR)	11	30,6
Không đáp ứng	1	2,8
Tiến triển	7	19,4
Tổng	36	100

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng chung (đáp ứng hoàn toàn và một phần) là 77,8%; 22,2% bệnh nhân không đáp ứng hoặc bệnh tiến triển.

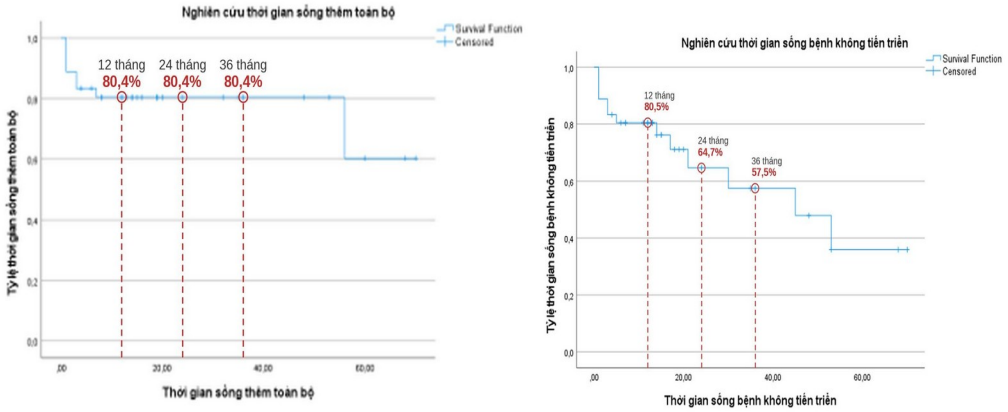
Nhận xét:

- Thời gian sống thêm toàn bộ (OS) trung bình là 53,9 tháng (KTC 95%: 44,3–63,6 tháng), thời gian sống thêm toàn bộ trung vị chưa đạt do tỷ lệ tử vong chưa vượt quá 50% tại thời điểm kết thúc nghiên cứu.

- Tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại các thời điểm 12 tháng, 24 tháng và 36 tháng đều là 80,4%. Thời gian theo dõi dài nhất ghi nhận được là 70 tháng.

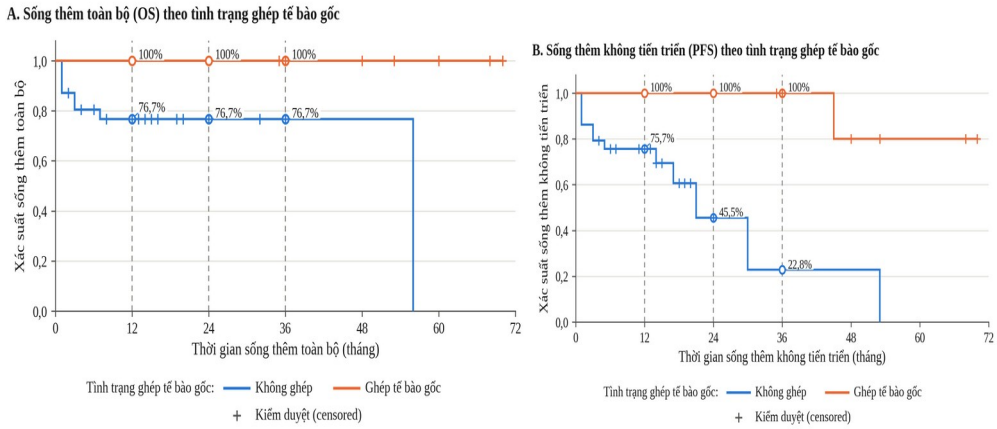
- PFS trung bình ước tính là 41,2 tháng (KTC 95%: 29,9–52,5 tháng); PFS trung vị là 45,0 tháng (KTC 95%: 18,3–71,7 tháng).

- Tỷ lệ PFS tại thời điểm 12 tháng, 24 tháng và 36 tháng lần lượt là 80,5%; 64,7% và 57,5%.



Biểu đồ 1a. OS Biểu đồ 1b. PFS

Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm không tiến triển và thời gian sống thêm toàn bộ



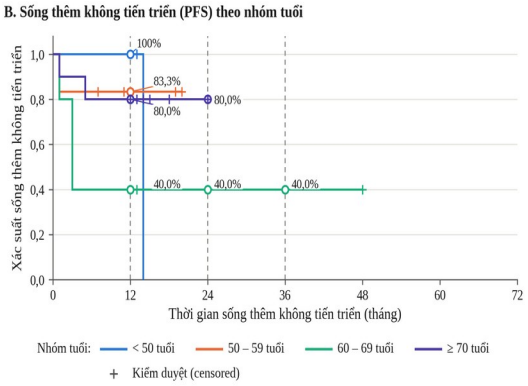
Biểu đồ 2.a: OS và ghép tế bào gốc **Biểu đồ 2.b: PFS và ghép tế bào gốc**

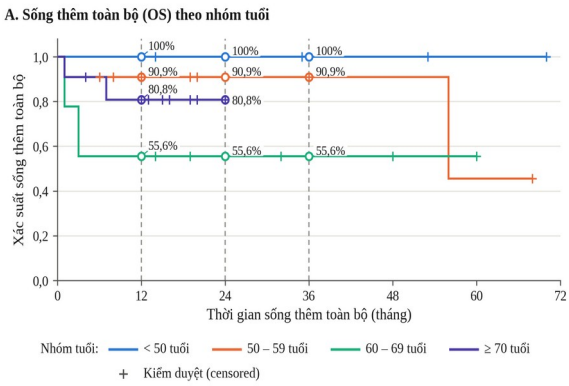
Biểu đồ 2. PFS và OS với ghép tế bào gốc

Nhận xét:

- Tỷ lệ OS tại 12, 24 và 36 tháng ở nhóm ASCT đều là 100%, so với 76,7% ở nhóm không ASCT; sự khác biệt giữa các đường cong OS chưa đạt ý nghĩa thống kê (log-rank p = 0,054).

- PFS khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm ASCT và không ASCT trong phân tích đơn biến (log-rank p = 0,005). Tỷ lệ PFS tại 12, 24 và 36 tháng ở nhóm ASCT đều là 100%, so với lần lượt 75,7%, 45,4% và 22,8% ở nhóm không ASCT.





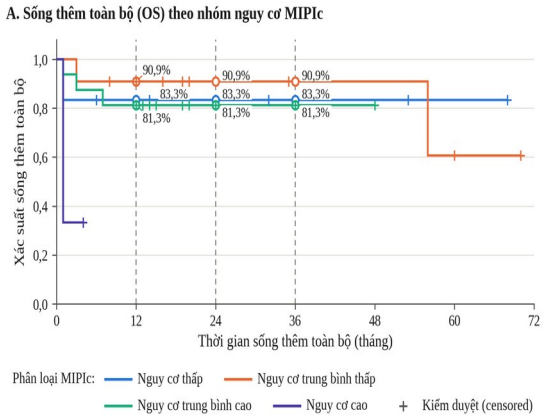
Biểu đồ 3.a: PFS theo nhóm tuổi **Biểu đồ 3.b: OS theo nhóm tuổi**

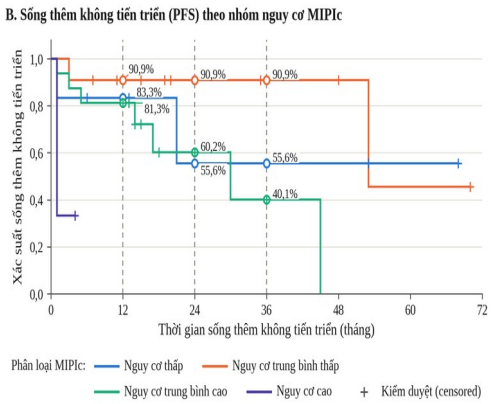
Biểu đồ 3. OS và PFS theo tuổi

Nhận xét:

- OS chưa ghi nhận khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa bốn nhóm tuổi (< 50, 50–59, 60–69 và ≥ 70 tuổi; log-rank p = 0,240).

- PFS có sự khác biệt giữa bốn nhóm tuổi (< 50, 50–59, 60–69 và ≥ 70 tuổi; log-rank p = 0,041). Phân tích này chưa chứng minh xu hướng tuyến tính theo tuổi hoặc mối liên quan độc lập của tuổi với PFS.





Biểu đồ 4.a: OS theo MIPI-c Biểu đồ 4.b: PFS theo MIPI-c

Biểu đồ 4. OS và PFS theo MIPI-c

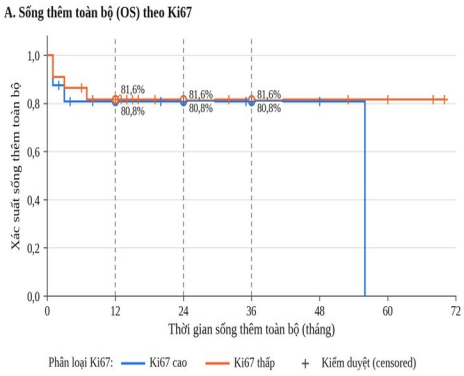
Nhận xét:

- OS có sự khác biệt ở ngưỡng ý nghĩa thống kê giữa các nhóm MIPI-c (p = 0,050); với tiêu chuẩn p < 0,05, không khẳng định đây là khác biệt có ý nghĩa thống kê. Nhóm nguy cơ cao chỉ có 3 bệnh

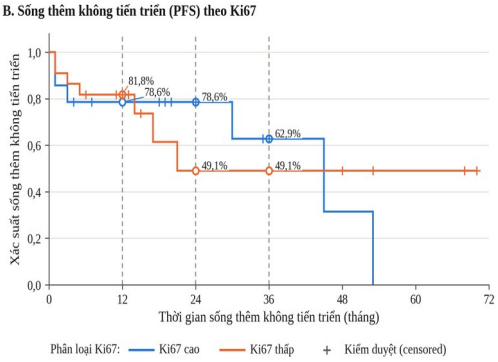
nhân, tỷ lệ OS 12 tháng ước tính là 33,3% và OS trung bình ước tính là 2,0 tháng, vì vậy kết quả ở phân nhóm này có độ bất định lớn.

- PFS khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm nguy cơ MIPI-c (log-rank p = 0,013).

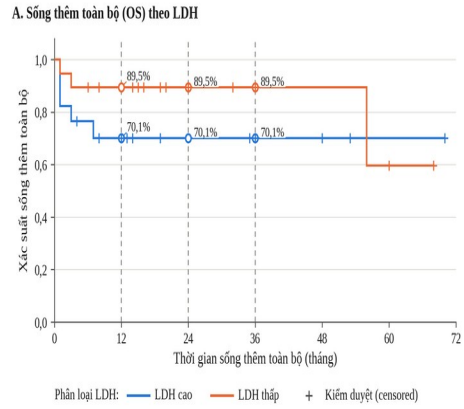
Một số yếu tố liên quan khác (Ki-67, LDH)



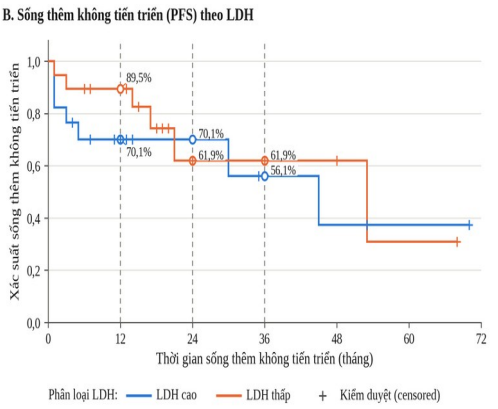
Biểu đồ 5.a: OS theo Ki-67



Biểu đồ 5.b: PFS theo Ki-67



Biểu đồ 5.c: OS theo LDH



Biểu đồ 5.d: PFS theo LDH

Biểu đồ 5. OS và PFS với Ki-67, LDH

Nhận xét: Khi phân tích riêng lẻ, Ki-67 (≥ 30% so với < 30%) và LDH theo ngưỡng phân nhóm sử dụng chưa cho thấy khác biệt có ý nghĩa thống kê về OS hoặc PFS (tất cả p > 0,05).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu trên 36 bệnh nhân u lympho tế bào áo nang (MCL) tại Trung tâm Huyết học – Truyền máu, Bệnh viện Bạch Mai ghi nhận nam giới chiếm 75,0%, tỷ lệ nam/nữ là 3:1; 86,1% bệnh nhân từ 50 tuổi trở lên. Đặc điểm này tương đồng với nghiên cứu của Cencini và cộng sự (2024) trên 73 bệnh nhân MCL tại Ý, trong đó nam giới chiếm 69,9% và tuổi trung vị là 70 [5]. Kluin-Nelemans và cộng sự (2012) cũng ghi nhận tuổi trung vị 70 trong thử nghiệm trên

bệnh nhân MCL từ 60 tuổi trở lên [2]. Những số liệu này cho thấy quần thể nghiên cứu của chúng tôi có phân bố giới phù hợp với đặc điểm dịch tễ MCL, dù chưa thể so sánh trực tiếp tuổi trung vị vì số liệu này chưa được báo cáo.

Theo phân tầng MIPI-c, nhóm nguy cơ trung bình cao chiếm tỷ lệ lớn nhất (44,4%) và nhóm nguy cơ cao chiếm 8,3%. LDH tăng ở 47,2% bệnh nhân, trong khi 44,4% có Ki-67 ≥ 30%. Cencini và cộng sự ghi nhận LDH tăng ở 38,4% bệnh nhân [5], thấp hơn tỷ lệ quan sát trong nghiên cứu này. Tuy vậy, sự khác biệt có thể liên quan đến cơ cấu bệnh nhân và tiêu chuẩn xác định LDH tăng tại mỗi cơ sở. Trong nghiên cứu của Hoster và cộng sự (2008), LDH là một thành phần của MIPI cùng với tuổi, ECOG và số lượng bạch cầu [4]. Do cách phân nhóm MIPI và MIPI-c khác nhau, không nên đối chiếu trực tiếp tỷ trọng các nhóm nguy cơ giữa hai hệ thống.

4.2. Đáp ứng điều trị và kết quả sống thêm

R-CHOP được sử dụng ở 88,9% bệnh nhân; tỷ lệ đáp ứng chung (ORR) đạt 77,8%, gồm 47,2% đáp ứng hoàn toàn (CR) và 30,6% đáp ứng một phần. Trong thử nghiệm của Kluin-Nelemans và cộng sự (2012), tỷ lệ CR ở nhóm R-CHOP là 34% và ORR là 86% [2]. Tỷ lệ CR của nghiên cứu chúng tôi cao hơn nhưng ORR thấp hơn; hai kết quả không thể coi là bằng chứng về ưu thế của phác đồ do nghiên cứu hiện tại có cỡ mẫu nhỏ, bao gồm cả bệnh nhân sử dụng phác đồ khác R-CHOP, đồng thời đặc điểm tuyển chọn và phương pháp đánh giá đáp ứng có thể khác nhau.

OS trung bình ước tính là 53,9 tháng (KTC 95%: 44,3–63,6), OS trung vị chưa đạt và tỷ lệ OS tại 36 tháng là 80,4%. PFS trung vị đạt 45,0 tháng (KTC 95%: 18,3–71,7), với tỷ lệ PFS tại 12, 24 và 36 tháng lần lượt là 80,5%, 64,7% và 57,5%. Cencini và cộng sự (2024) báo cáo PFS trung vị 60 tháng, tỷ lệ PFS tại 24 và 60 tháng lần lượt là 63% và 50%, cùng tỷ lệ OS tại 24 tháng là 80% [5]. PFS trung vị trong nghiên cứu chúng tôi ngắn hơn, song PFS tại mốc 24 tháng gần tương đương (64,7% so với 63%). Sự khác biệt ở thời điểm trung vị có thể liên quan đến phân bố nguy cơ, phác đồ, thời gian theo dõi và số biến cố; không thể xác định nguyên nhân từ những so sánh gián tiếp này.

Tỷ lệ PFS giảm từ 80,5% ở 12 tháng xuống 57,5% ở 36 tháng, trong khi OS ở mốc 36 tháng vẫn đạt 80,4%. Kết quả cho thấy tiến triển, tái phát hoặc tử vong tiếp tục được ghi nhận trong quá trình theo dõi, mặc dù nhiều bệnh nhân có đáp ứng ban đầu. Cần lưu ý PFS là tiêu chí tổng hợp, do đó sự giảm PFS không đồng nghĩa toàn bộ các biến cố đều là tái phát.

4.3. Mối liên quan giữa ASCT và thời gian sống thêm

Phân tích Kaplan–Meier ghi nhận tỷ lệ PFS tại 36 tháng ở nhóm được ghép tế bào gốc tạo máu tự thân (ASCT) là 100%, so với 22,8% ở nhóm không ghép (log-rank p = 0,005). Tỷ lệ OS tại cùng thời điểm lần lượt là 100% và 76,7%, nhưng khác biệt chưa đạt ý nghĩa thống kê (p = 0,054). Những kết quả này cho thấy ASCT có liên quan với PFS dài hơn trong phân tích đơn biến ở quần thể nghiên cứu, chưa đủ để xác định hiệu quả độc lập của ghép.

Để đối chiếu, Cencini và cộng sự (2024) ghi nhận 21/73 bệnh nhân (28,8%) được ASCT sau điều trị có cytarabine liều cao, nhưng không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa ASCT và PFS hoặc OS trong phân tích đơn biến [5]. Kết quả khác biệt với nghiên cứu chúng tôi có thể phản ánh sự không tương đồng về quần thể, chỉ định điều trị và số biến cố; không thể dựa trên các so sánh này để kết luận phương

pháp điều trị nào ưu việt hơn. Thử nghiệm LYMA do Le Gouill và cộng sự (2017) báo cáo tỷ lệ PFS 4 năm là 83% ở nhóm rituximab duy trì và 64% ở nhóm theo dõi sau ASCT [3]. Tuy nhiên, LYMA đánh giá chiến lược duy trì sau ghép chứ không trực tiếp so sánh nhóm ghép với nhóm không ghép; vì vậy chỉ có giá trị tham khảo về bối cảnh điều trị sau ASCT.

Sự khác biệt PFS quan sát được có thể chịu ảnh hưởng của sai lệch lựa chọn và nhiễu do chỉ định điều trị: bệnh nhân được ghép thường trẻ hơn, có thể trạng tốt hơn, đáp ứng với điều trị cảm ứng và đủ điều kiện tiến hành ghép. Nếu thời gian sống thêm được tính từ chẩn đoán trong khi phân nhóm ghép được xác định về sau, kết quả còn có thể chịu sai lệch thời gian bất tử. Do chưa có số liệu đối chiếu đầy đủ đặc điểm nền và phân tích điều chỉnh, cần diễn giải kết quả ASCT như một mối liên quan trong nghiên cứu quan sát, không phải bằng chứng về quan hệ nhân quả.

4.4. MIPI-c và các yếu tố liên quan đến tiên lượng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ số MIPI-c cho thấy khả năng phân tầng tiên lượng đối với PFS (p = 0,013), trong khi sự khác biệt về OS giữa các nhóm nguy cơ ở ngưỡng ý nghĩa thống kê (p = 0,050). Kết quả này tương đồng về xu hướng với nghiên cứu của Hoster và cộng sự (2016), trong đó tỷ lệ OS tại 5 năm ở bốn nhóm nguy cơ MIPI-c lần lượt là 85%, 72%, 43% và 17% [6]. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi có cỡ mẫu nhỏ (36 bệnh nhân), đặc biệt nhóm nguy cơ cao chỉ gồm 3 bệnh nhân, do đó các ước lượng sống thêm ở nhóm này có thể chưa ổn định. Kết quả bước đầu gợi ý giá trị của MIPI-c trong phân tầng tiên lượng bệnh nhân MCL, đặc biệt đối với PFS, nhưng cần được kiểm chứng trên quần thể lớn hơn.

PFS khác biệt giữa các nhóm tuổi (p = 0,041), trong khi OS chưa ghi nhận khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,240). Cencini và cộng sự (2024) ghi nhận PFS trung vị lần lượt là 72 tháng ở nhóm dưới 65 tuổi và 36 tháng ở cả hai nhóm 65–74 tuổi, từ 75 tuổi trở lên [5]; Hoster và cộng sự (2008) cũng đưa tuổi vào thang MIPI [4]. Tuy nhiên, kiểm định log-rank của nghiên cứu chúng tôi chỉ đánh giá sự khác biệt đường cong PFS giữa các nhóm tuổi; không chứng minh tuổi là yếu tố tiên lượng độc lập hay quan hệ tuyến tính nghịch với PFS.

Ki-67 và LDH khi phân nhóm và phân tích riêng lẻ chưa cho thấy khác biệt có ý nghĩa thống kê về OS hoặc PFS (p > 0,05). Điều này khác với bằng chứng từ Hoster và cộng sự về giá trị tiên lượng của LDH trong MIPI [4] và Ki-67 khi kết hợp với MIPI để xây dựng MIPI-c [6]. Khác biệt có thể liên quan đến cỡ mẫu, số biến cố và điểm cắt sử dụng. Việc không đạt ý nghĩa thống kê không đồng nghĩa các chỉ số này không có giá trị tiên lượng; đồng thời giá trị của thang điểm kết hợp không chứng minh được đóng góp độc lập của từng thành phần trong mẫu nghiên cứu nhỏ.

4.5. Hạn chế nghiên cứu

Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu tại một trung tâm có cỡ mẫu nhỏ (36 bệnh nhân), với số người bệnh và biến cố hạn chế trong nhiều phân nhóm, đặc biệt nhóm MIPI-c nguy cơ cao chỉ có 3 bệnh nhân. Phân tích sống thêm chủ yếu sử dụng Kaplan–Meier và log-rank, chưa hiệu chỉnh đa biến. So sánh ASCT và không ASCT có nguy cơ sai lệch lựa chọn, nhiễu do chỉ định và sai lệch thời gian bất tử nếu việc phân nhóm ghép được xác định sau mốc bắt đầu tính sống thêm. Thiếu thông tin chi tiết về đặc điểm nền, số bệnh nhân ghép và thời điểm thực hiện ghép có thể ảnh hưởng đến diễn giải kết quả. Do đó, các mối liên quan quan sát được cần được kiểm chứng trong

nghiên cứu có cỡ mẫu lớn hơn và phương pháp phân tích thích hợp.

5. KẾT LUẬN

Kết quả điều trị MCL tại Trung tâm Huyết học – Truyền máu, Bệnh viện Bạch Mai và một số yếu tố liên quan:

- Điều trị bước một đạt tỷ lệ đáp ứng chung (ORR) 77,8%, trong đó đáp ứng hoàn toàn (CR) chiếm 47,2%.

- Thời gian sống thêm toàn bộ (OS) trung bình là 53,9 tháng, tỷ lệ OS tại thời điểm 36 tháng đạt 80,4%. Thời gian sống thêm không tiến triển (PFS) trung vị là 45,0 tháng, tỷ lệ PFS tại thời điểm 36 tháng đạt 57,5%.

- Nhóm bệnh nhân được ghép tế bào gốc tạo máu tự thân (ASCT) có tỷ lệ PFS tại thời điểm 36 tháng cao hơn nhóm không ghép (100% so với 22,8%; p = 0,005). Tuy nhiên, sự khác biệt về OS chưa đạt ý nghĩa thống kê (p = 0,054).

- Chỉ số MIPI-c cho thấy khả năng phân tầng tiên lượng đối với PFS (p = 0,013), trong khi sự khác biệt về OS ở ngưỡng ý nghĩa thống kê (p = 0,050).

- PFS khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tuổi (p = 0,041). Ki-67 và LDH khi phân tích riêng lẻ chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê với OS và PFS (p > 0,05).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Navarro A, Beà S, Jares P, Campo E. Molecular pathogenesis of mantle cell lymphoma. *Hematol Oncol Clin North Am*. 2020;34(5):795-807. doi:10.1016/j.hoc.2020.05.002

2. Kluin-Nelemans HC, Hoster E, Hermine O, et al. Treatment of older patients with mantle-cell lymphoma. *N Engl J Med*. 2012;367(6):520-531. doi:10.1056/NEJMoa1200920

3. Le Gouill S, Thieblemont C, Oberic L, et al. Rituximab after autologous stem-cell transplantation in mantle-cell lymphoma. *N Engl J Med*. 2017;377(13):1250-1260. doi:10.1056/NEJMoa1701769

4. Hoster E, Dreyling M, Klapper W, et al. A new prognostic index (MIPI) for patients with advanced-stage mantle cell lymphoma. *Blood*. 2008;111(2):558-565. doi:10.1182/blood-2007-06-095331

5. Cencini E, Calomino N, Franceschini M, et al. Survival outcomes of patients with mantle cell lymphoma: a retrospective, 15-year, real-life study. *Hematol Rep*. 2024;16(1):50-62. doi:10.3390/hematolrep16010006

6. Hoster E, Rosenwald A, Berger F, et al. Prognostic value of Ki-67 index, cytology, and growth pattern in mantle-cell lymphoma: results from randomized trials of the European Mantle Cell Lymphoma Network. *J Clin Oncol*. 2016;34(12):1386-1394. doi:10.1200/JCO.2015.63.8387

ABSTRACT

FACTORS ASSOCIATED WITH TREATMENT OUTCOMES OF MANTLE CELL LYMPHOMA AT THE HEMATOLOGY AND BLOOD TRANSFUSION CENTER, BACH MAI HOSPITAL

Objective: To analyze treatment outcomes and associated factors in patients with mantle cell lymphoma at the Hematology and Blood Transfusion Center, Bach Mai Hospital.

Subjects and methods: A retrospective cohort study with survival analysis involving 36 patients.

Results: R-CHOP was administered to 88.9% of patients. The overall response rate was 77.8%, including a complete response rate of 47.2%. Estimated mean overall survival (OS) was 53.9 months, and the 36-month OS rate was 80.4%; median progression-free survival (PFS) was 45.0 months. The 36-month PFS rates were 100% and 22.8% in the autologous stem cell transplantation (ASCT) and non-ASCT groups, respectively (log-rank p = 0.005); the difference in OS was not statistically significant (p = 0.054). PFS differed across MIPI-c risk groups (p = 0.013), while the difference in OS was at the threshold of statistical significance (p = 0.050). PFS differed across age groups (p = 0.041). Neither Ki-67 nor LDH, when analyzed separately, was significantly associated with OS or PFS (all p > 0.05).

Conclusion: First-line treatment yielded a favorable initial response rate. ASCT was associated with longer PFS in univariate analysis, although confounding may affect this association. MIPI-c showed prognostic stratification in this cohort, more clearly for PFS.

Keywords: Lymphoma, Mantle cell, MCL