ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BẠCH CẦU MẠN DÒNG TỦY BẰNG IMATINIB TẠI BỆNH VIỆN HUYẾT HỌC TRUYỀN MÁU CẦN THƠ

Phạm Văn Nghĩa
Lê Thị Như Ái
Trương Ngọc Thùy Dương
Lý Thiên Kim
Đỗ Phương Tuấn
Huỳnh Minh Phú

Bệnh viện Huyết học Truyền máu Cần Thơ

Tác giả chịu trách nhiệm
Phạm Văn Nghĩa
Bệnh viện Huyết học Truyền máu Cần Thơ
Email: drnghiact@yahoo.com

Ngày nhận bài: 13/08/2026
Ngày phản biện: 12/10/2026
Ngày đồng ý đăng: 28/10/2026

DOI: 10.52322/jocmbmh.156.0307

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bạch cầu mạn dòng tủy (BCMDT) là bệnh lý huyết học ác tính thường gặp. Trước đây, bệnh chủ yếu được điều trị nhằm kiểm soát bạch cầu và kéo dài thời gian sống. Sự ra đời của thuốc điều trị trúng đích đã làm thay đổi ngoạn mục kết quả điều trị. Từ năm 2020, khi thuốc imatinib được bảo hiểm y tế thanh toán, chúng tôi đã triển khai điều trị cho bệnh nhân tại bệnh viện.

Mục tiêu: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng tại thời điểm chẩn đoán của bệnh nhân BCMDT; (2) đánh giá kết quả điều trị BCMDT bằng imatinib; (3) khảo sát sự liên quan giữa nhóm nguy cơ ELTS (EUTOS long-term survival) và kết quả điều trị bệnh BCMDT bằng imatinib.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca bạch cầu mạn dòng tủy tại Bệnh viện Huyết học - Truyền máu TP Cần Thơ từ 1/2020 đến 9/2025.

Kết quả: Bệnh nhân nhập viện chủ yếu với các triệu chứng mệt mỏi (64,6%), da niêm nhạt (57,5%) và lách to (61,4%). Nồng độ hemoglobin trung vị là 97 g/L, trung vị số lượng bạch cầu là 147 G/L. Phân nhóm nguy cơ theo ELTS gồm 73,2% nguy cơ thấp, 18,1% nguy cơ trung bình và 8,7% nguy cơ cao. Đáp ứng huyết học tại thời điểm 3 tháng và 6 tháng lần lượt là 92,9% và 90,1%. Đáp ứng sinh học phân tử tại thời điểm 12 tháng là 87,3% (đáp ứng tối ưu 62,0%). Thời gian sống còn toàn bộ (OS) trung bình là 91,7 tháng, thời gian sống còn đáp ứng trung bình là 76,1 tháng.

Kết luận: Điều trị BCMDT bằng imatinib đạt được tỷ lệ đáp ứng cao và thời gian sống còn khả quan cho bệnh nhân.

Từ khóa: *Bạch cầu mạn dòng tủy, BCMDT, CML, imatinib, ELTS*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bạch cầu mạn dòng tủy (BCMDT) là bệnh lý tăng sinh tủy ác tính do chuyển đoạn nhiễm sắc thể t(9;22)(q34;q11), tạo nhiễm sắc thể Philadelphia mang gen dung hợp *BCR::ABL1*, làm tăng hoạt tính tyrosine kinase và tăng sinh bạch cầu không kiểm soát. BCMDT chiếm khoảng 15% các bệnh bạch cầu ở người trưởng thành, với tỷ lệ mắc 1–2 ca/100.000 dân mỗi năm. Nếu không được điều trị hiệu quả, bệnh thường tiến triển sang giai đoạn tăng tốc hoặc chuyển cấp sau 3–5 năm. Sự ra đời của thuốc ức chế tyrosine kinase (TKI) đã cải thiện đáng kể tiên lượng bệnh, nâng tỷ lệ sống sau 10 năm lên 80–90%. Imatinib, thuốc TKI thế hệ đầu tiên, được chấp thuận sử dụng từ năm 2001 và hiện được sử dụng rộng rãi tại Việt Nam. Từ năm 2020, khi imatinib được bảo hiểm y tế chi trả, Bệnh viện Huyết học - Truyền máu Cần Thơ là một trong những đơn vị đầu tiên tại khu vực đồng bằng sông Cửu Long triển khai điều trị cho bệnh nhân BCMDT trong vùng. Chúng tôi nghiên cứu đề tài với các mục tiêu cụ thể:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng tại thời điểm chẩn đoán của bệnh nhân BCMDT.

2. Đánh giá kết quả điều trị BCMDT bằng imatinib.

3. Khảo sát sự liên quan giữa nhóm nguy cơ ELTS (EUTOS long-term survival) và kết quả điều trị bệnh BCMDT bằng imatinib.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán BCMDT, giai đoạn mạn theo tiêu chuẩn Bộ Y tế (2022), chưa được điều trị imatinib trước đó, đang được điều trị imatinib liều chuẩn tại Bệnh viện Huyết học - Truyền máu Cần Thơ từ 01/2020 đến 09/2025. Khảo sát kết quả điều trị loại trừ các trường hợp gián đoạn điều trị trên 2 tuần do không tuân thủ điều trị, giảm liều dưới 75% liều chuẩn, bỏ điều trị, mất dấu.

Bảng 2.1. Số mẫu khảo sát tại các thời điểm

Mẫu toàn bộ	Mẫu khảo sát đặc điểm LS/ CLS lúc chẩn đoán	Mẫu khảo sát đáp ứng huyết học 3 tháng	Mẫu khảo sát đáp ứng huyết học 6 tháng	Mẫu khảo sát đáp ứng sinh học phân tử (SHPT) 3 tháng	Mẫu khảo sát đáp ứng SHPT 6 tháng	Mẫu khảo sát đáp ứng SHPT 12 tháng	Mẫu đánh giá sống còn
194	127	112	111	32	64	79	169
	Một số ca đã được chẩn đoán tại TPHCM, về Cần Thơ điều trị.	Một số ca không có kết quả xét nghiệm trong vòng 1 tuần tại mốc thời điểm đánh giá.		Do chúng tôi phải gửi mẫu xét nghiệm SHPT nơi khác và bệnh nhân phải chi trả nên có nhiều bệnh nhân không thực hiện xét nghiệm.			Loại trừ một số bệnh nhân không thỏa tiêu chuẩn

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca. Chọn mẫu toàn bộ các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn. Phân nhóm nguy cơ theo ELTS [1]. Đánh giá đáp ứng theo ELN 2020. Thời điểm tính sống còn từ lúc bắt đầu điều trị imatinib đến khi có biến cố tử vong hoặc kết thúc nghiên cứu. Dữ liệu được tra cứu hồ sơ bệnh án và phần mềm HIS. Định lượng gen được xác định bằng kỹ thuật RQ-PCR hoặc digital PCR theo chuẩn quốc tế (IS). Kiểm định khác biệt tỷ

lệ đáp ứng giữa 2 nhóm bằng Chi bình phương, khác biệt sống còn bằng Log-rank.

Bảng 2.2. Đánh giá đáp ứng theo European LeukemiaNet (ELN) 2020

	Mức *BCR::ABL1*^{IS} tối ưu	**Mức *BCR::ABL1*^{IS} cảnh báo**	**Mức *BCR::ABL1*^{IS} thất bại**
Trước điều trị		Đột biến nguy cơ cao ngoài NST Ph+ (ACA), ELTS nguy cơ cao	
3 tháng	≤ 10%	> 10%	> 10% nếu đã được khẳng định trong vòng 1-3 tháng
6 tháng	≤ 1%	> 1%-10%	> 10%
12 tháng	≤ 0,1% (MMR)	> 0,1%-1%	> 1%
Bất cứ thời điểm nào	≤ 0,1%	> 0,1%-1%, Mất MMR	> 1%, đột biến kháng thuốc, đột biến nguy cơ cao ngoài NST Ph+ (ACA)

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được Bệnh viện Huyết học - Truyền máu Cần Thơ phê duyệt. Nghiên cứu sử dụng dữ liệu hồ sơ bệnh án, không can thiệp trực tiếp vào người bệnh; thông tin người bệnh được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

3.1. Một số đặc điểm chung

Bảng 3.1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Giới			**Tuổi (năm)**		**Thời gian điều trị (tháng)**	
	n	**%**				
Nam	110	56,7	Trung vị	50	Trung vị	31
Nữ	84	43,3	Nhỏ nhất	8	Nhỏ nhất	5
Tổng	194	100	Lớn nhất	85	Lớn nhất	98

Nhận xét: Bệnh nhân nam nhiều hơn nữ, tuổi trung vị là 50, thời gian điều trị trung vị là 31 tháng.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng tại thời điểm chẩn đoán

Bảng 3.2. Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân BCMDT (n = 127)

Lâm sàng	**Mệt mỏi**	**Da niêm nhạt**	**Xuất huyết**	**Sốt**	**Gan to**	**Lách to**	**Đau HS phải**	**Không T/C**
n	82	73	5	6	27	78	13	17
%	64,6	57,5	3,9	4,7	21,3	61,4	10,2	13,4

Nhận xét: Mệt mỏi, lách to và da niêm nhạt là các triệu chứng thường gặp nhất.

Bảng 3.3. Đặc điểm CLS bệnh nhân BCMDT

	n	Trung vị	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
Hb	127	97 g/L	53 g/L	194 g/L
Bạch cầu	127	147 G/L	11 G/L	640 G/L
Tiểu cầu	127	447 G/L	3 G/L	2131 G/L
Blast máu	127	1%	0%	3%
Blast tủy	127	1%	0%	7%

Nhận xét: Bệnh nhân BCMDT có thiếu máu nhẹ (97 g/L), bạch cầu tăng cao (147 G/L), blast ngoại biên và tủy thấp (1%).

Bảng 3.4. Phân nhóm nguy cơ theo ELTS

ELTS	n	%
Thấp	93	73,2
Trung bình	23	18,1
Cao	11	8,7
Tổng	127	100

Nhận xét: Nguy cơ ELTS thấp chiếm tỷ lệ nhiều nhất và nguy cơ ELTS cao chiếm ít nhất.

3.3. Kết quả điều trị

Bảng 3.5. Đáp ứng huyết học của bệnh nhân tại thời điểm 3 tháng, 6 tháng

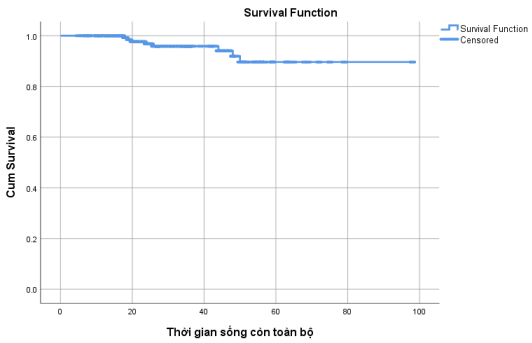
Tình trạng	3 tháng		6 tháng	
	n	%	n	%
Đáp ứng	104	92,9	100	90,1
Không đáp ứng	8	7,1	11	9,9
Tổng	112	100,0	111	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng về mặt huyết học tại 3 tháng và 6 tháng xấp xỉ nhau 92,9% và 90,1%.

Bảng 3.6. Đáp ứng SHPT của bệnh nhân tại các thời điểm

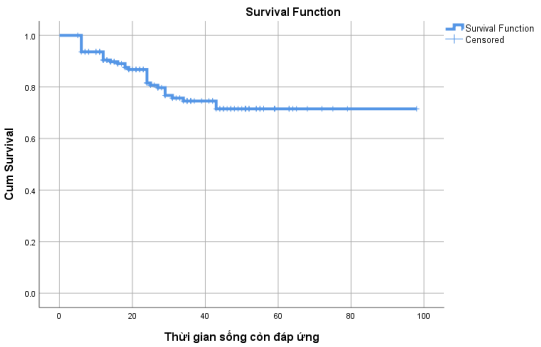
Thời gian	Tối ưu		Không tối ưu		Không đáp ứng		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
3 tháng	30	93,8	2	6,2	0	0,0	32	100
6 tháng	49	76,6	10	15,6	5	7,8	64	100
12 tháng	49	62,0	20	25,3	10	12,7	79	100

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng tối ưu giảm dần theo thời gian trái ngược với tỷ lệ đáp ứng không tối ưu và không đáp ứng tăng dần theo thời gian.



Biểu đồ 3.1. Thời gian sống còn toàn bộ của bệnh nhân

Nhận xét: Bệnh nhân bạch cầu mạn dòng tủy có OS trung bình là 91,7 tháng, với khoảng tin cậy 95% dao động trong khoảng 83,4 đến 96,0 tháng.



Biểu đồ 3.2. Thời gian sống còn đáp ứng của bệnh nhân

Nhận xét: Bệnh nhân bạch cầu mạn dòng tủy có thời gian sống không mất đáp ứng trung bình là 76,1 tháng, với khoảng tin cậy 95% dao động trong khoảng 69,8 đến 82,5 tháng.

3.4. Liên quan giữa nhóm nguy cơ ELTS và kết quả điều trị

Bảng 3.7. Đáp ứng huyết học theo nhóm nguy cơ ELTS tại thời điểm 3 tháng

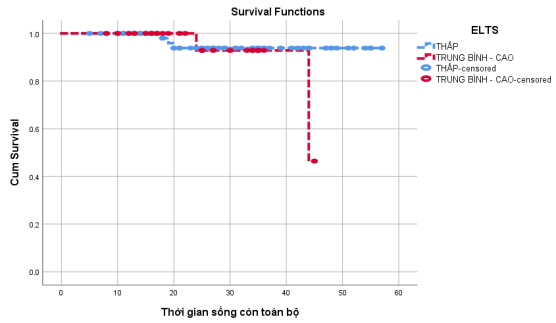
ELTS		Đáp ứng huyết học 3 tháng	Không đáp ứng huyết học 3 tháng	Tổng	OR KTC 95%	p
ELTS thấp	n	70	4	74	1,7 (0,3 - 9,8)	***0,63***
	%	94,6	5,4	100,0		
ELTS trung bình-cao	n	21	2	23		
	%	91,3	8,7	100,0		

Nhận xét: Đáp ứng huyết học tại thời điểm 3 tháng ở nhóm nguy cơ ELTS thấp nhiều hơn ở nhóm ELTS trung bình - cao. Tuy nhiên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê (p = 0,63).

Bảng 3.8. Đáp ứng SHPT tại thời điểm 12 tháng theo nhóm nguy cơ ELTS

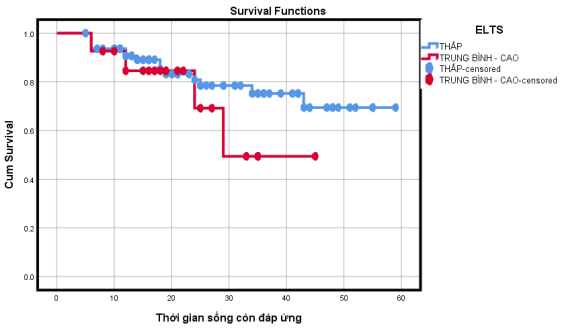
ELTS		Đáp ứng SHPT 12 tháng	Không đáp ứng SHPT 12 tháng	Tổng	OR KTC 95%	p
ELTS thấp	n	54	6	60	2,4 (0,6 - 9,6)	***0,24***
	%	90,0	10,0	100,0		
ELTS trung bình-cao	n	15	4	19		
	%	78,9	21,1	100,0		

Nhận xét: Tại thời điểm 12 tháng ghi nhận đáp ứng SHPT ở nhóm nguy cơ ELTS thấp nhiều hơn nhóm ELTS trung bình - cao (90,0% so với 78,9%). Tuy nhiên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê (p = 0,24).



Biểu đồ 3.3. OS trung bình của bệnh nhân theo ELTS

Nhận xét: OS ở nhóm nguy cơ ELTS thấp dài hơn so với nhóm nguy cơ ELTS trung bình - cao (54,7 tháng so với 43,0 tháng). Tuy nhiên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê (p = 0,39).



Biểu đồ 3.4. Thời gian sống còn đáp ứng theo ELTS

Nhận xét: Thời gian sống còn đáp ứng ở nhóm nguy cơ ELTS thấp dài hơn so với nhóm nguy cơ ELTS trung bình - cao (47,8 tháng so với 33,1 tháng). Tuy nhiên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê (p = 0,19).

4. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm chung

Theo y văn, bệnh bạch cầu mạn dòng tủy (BCMDT) gặp nhiều hơn ở nam giới. Trong nghiên cứu của chúng tôi, trong 194 bệnh nhân thì nam chiếm tỷ lệ cao hơn với tỷ lệ 56,7%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu trong nước của tác giả Phạm Thị Ngọc Phương (nam chiếm 55,6%) cũng như ngoài nước của R Hehlmann (nam giới chiếm 60%) [2,3]. Tuổi trung vị của bệnh nhân là 50, cao hơn so với tuổi trung vị được ghi nhận ở nghiên cứu của tác giả Lê Vũ Hà Thanh là 40,94 tuổi và tương đương kết quả nghiên cứu của tác giả R Hehlmann trên 1538 bệnh nhân BCMDT tại Đức có độ tuổi trung bình là 53 tuổi [3,4]. BCMDT là bệnh do đột biến gen mắc phải nên cũng giống phần lớn các bệnh ung thư khác là bệnh tăng lên theo quá trình sống do tiếp xúc các yếu tố môi trường kéo dài và quá trình lão hóa làm phát sinh, tích tụ các khiếm khuyết di truyền và giảm sự kiểm soát, điều hòa của hệ miễn dịch nói chung.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng tại thời điểm chẩn đoán

Trong bệnh BCMDT, sự tăng sinh của dòng bạch cầu hạt gây chèn ép tủy xương tạo máu dẫn đến thiếu máu. Sự tăng sinh này cũng gây ra tình trạng tăng chuyển hóa, làm bệnh nhân thường xuyên cảm thấy mệt mỏi. Đồng thời, các tế bào tăng sinh ác tính thường xâm lấn làm cho lách to, gan to. Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất của bệnh nhân BCMDT tại thời điểm chẩn đoán là mệt mỏi chiếm 64,6%, kế đến là lách to 61,4% và da niêm nhạt với 57,5%. Kết quả này tương tự như trong nghiên cứu của tác giả Cồ Nguyễn Phương Dung với các triệu chứng mệt mỏi, lách to, thiếu máu lần lượt là 51,7%, 66,9% và 87,3% [5]. Bên cạnh đó, chúng tôi cũng ghi nhận có 13,4% bệnh nhân không có bất kỳ triệu chứng lâm sàng nào khi chẩn đoán bệnh BCMDT. Kết quả này có sự khác biệt so với nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Ngọc Phương, có 30,6% bệnh nhân đến bệnh viện do tình cờ phát hiện bạch cầu tăng cao [2]. Điều này có thể lý giải do mức độ quan tâm kiểm tra sức khỏe của người dân

trong vùng chưa thật sự tốt, đa số trường hợp có biểu hiện triệu chứng mới đến khám và phát hiện bệnh.

Về đặc điểm cận lâm sàng, kết quả ghi nhận nồng độ Hb trung vị 97 g/L, số lượng bạch cầu trung vị 147 G/L và số lượng tiểu cầu trung vị là 447 G/L. Kết quả của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của các tác giả Cồ Nguyễn Phương Dung, Nguyễn Thị Mỹ Hòa với các giá trị trung vị của Hb, bạch cầu, tiểu cầu lần lượt trong 2 nghiên cứu là 97 ± 19 g/L, 180 ± 119 G/L, 550 ± 317 G/L và 93 g/L, 173 G/L, 517 G/L [5,6]. Kết quả cận lâm sàng phù hợp với lâm sàng là xanh xao thiếu máu nhiều, ít xuất huyết do phần lớn tiểu cầu tăng cao. Trong khi đó, nghiên cứu của tác giả R Hehlmann ghi nhận giá trị trung vị của Hb, bạch cầu và tiểu cầu lần lượt là 12,3 g/dL, 76 G/L và 374 G/L, nghĩa là nồng độ Hb và số lượng tiểu cầu gần như trong giới hạn bình thường, và số lượng bạch cầu không tăng cao như ghi nhận tại các nghiên cứu trong nước [3]. Khác biệt này có thể do người dân tại các nước phát triển có ý thức về sức khỏe cao hơn, khám sức khỏe định kỳ giúp phát hiện bệnh sớm hơn.

4.3. Kết quả điều trị

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận bệnh nhân BCMDT đạt đáp ứng huyết học sau 3 tháng và 6 tháng không khác biệt nhiều với tỷ lệ 92,9% và 90,1%. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Cồ Nguyễn Phương Dung (100%) và tương đồng với nghiên cứu của tác giả Anil Babar tại Pakistan với 91,3% bệnh nhân đáp ứng huyết học tại thời điểm 3 tháng [5,7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn bệnh nhân BCMDT có đáp ứng SHPT tối ưu. Tại thời điểm 3 tháng tỷ lệ đáp ứng tối ưu là 93,8%, tại thời điểm 6 tháng là 76,6% và tại thời điểm 12 tháng là 62,0%. Tỷ lệ này cao hơn đáp ứng SHPT lúc 3 tháng của tác giả Lê Vũ Hà Thanh (76,2%) [4]. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 32 bệnh nhân được đánh giá SHPT tại thời điểm 3 tháng, nên có thể chưa đại diện cho toàn bộ mẫu. Chúng tôi ghi nhận sự đáp ứng tối ưu về mặt SHPT giảm dần theo thời gian, đáp ứng không tối ưu và không đáp ứng tăng dần theo các mốc 6 tháng, 12 tháng. Điều này có thể khác với một số báo cáo là tỷ lệ đáp ứng SHPT tăng dần theo thời gian trong giai đoạn đầu. Các tác giả phần lớn tính tổng đáp ứng tích lũy đến thời điểm khảo sát, trong khi chúng tôi đánh giá đáp ứng tại thời điểm. Trong thực tế lâm sàng cũng như nhiều báo cáo, BCMDT khi điều trị trúng đích bằng imatinib có tỷ lệ mất đáp ứng theo thời gian cũng khá cao, sau 5 năm có thể trên 30%. Bên cạnh đó, do bệnh viện chúng tôi chưa triển khai xét nghiệm định lượng gen nên phải gửi đi nơi khác định lượng, bệnh nhân không được bảo hiểm y tế chi trả nên có nhiều bệnh nhân không có điều kiện thực hiện xét nghiệm đánh giá. Những bệnh nhân đã thực hiện đánh giá trước đó với kết quả tốt có xu hướng không làm xét nghiệm đánh giá tiếp dẫn đến tỷ lệ đạt được đáp ứng SHPT giảm tại thời điểm 12 tháng. Tuy nhiên tại thời điểm 12 tháng, tỷ lệ đáp ứng của chúng tôi gần như tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Mỹ Hòa (CCyR 62%) và nghiên cứu IRIS (62,1%) với đánh giá đáp ứng theo tiêu chuẩn cũ [6]. Thời gian sống còn toàn bộ trung bình là 91,7 tháng, với khoảng tin cậy 95% dao động trong khoảng 83,4 đến 96,0 tháng. Tỷ lệ OS 5 năm là 81,6%, thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Cồ Nguyễn Phương Dung (97,4%) tại bệnh viện Truyền máu Huyết học TPHCM [5]. Tại cơ sở này, khi bệnh nhân mất đáp ứng hoặc kháng thuốc thì có nhiều lựa chọn như chuyển sang TKI thế hệ cao hơn hoặc ghép tế bào gốc, có thể góp phần làm kết quả sống còn 5 năm cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Ước lượng thời gian sống không tiến triển SHPT trong nghiên cứu của chúng tôi ở thời điểm 60 tháng là 70,8%. Trong nghiên cứu của

tác giả Cồ Nguyễn Phương Dung tại bệnh viện Truyền máu – Huyết học TPHCM là 94,9% [5]. Tác giả này lấy bệnh tiến triển là khi mất đáp ứng về mặt huyết học và tỷ lệ tế bào blast trong tủy tăng trên 10%. Trong khi đó chúng tôi lấy bệnh nhân còn đáp ứng SHPT. Thực tế có nhiều bệnh nhân mất đáp ứng SHPT nhưng vẫn còn đáp ứng huyết học lâu dài mà không chuyển cấp. Do định nghĩa tiêu chuẩn khác nhau nên dẫn đến kết quả khác nhau.

4.4. Liên quan giữa nhóm nguy cơ ELTS và kết quả điều trị

Khi điều trị trúng đích imatinib cho bệnh nhân BCMDT, thuốc ức chế đặc hiệu protein BCR::ABL1 ngăn chặn tăng sinh bạch cầu quá mức và sự tạo máu trở về bình thường. Đáp ứng huyết học hoàn toàn là khởi đầu quan trọng để theo dõi điều trị. Đáp ứng huyết học hoàn toàn tại thời điểm 3 tháng trong nghiên cứu của chúng tôi ở nhóm ELTS nguy cơ thấp cao hơn nhóm ELTS trung bình - cao (94,6% so với 91,3%; OR = 1,7). Tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê có thể do cỡ mẫu còn nhỏ. Tại Indonesia, Wulyo Rajabto ghi nhận tương đồng với đáp ứng huyết học 3 tháng ở nhóm ELTS thấp cao gấp 1,5 lần nhóm nguy cơ trung bình cao [8]. Song song, đáp ứng SHPT là mục tiêu chủ yếu và lâu dài trên bệnh nhân BCMDT điều trị imatinib. Đáp ứng này phụ thuộc vào nhiều yếu tố trong đó nhóm nguy cơ theo ELTS là một yếu tố quan trọng. Tuy nhiên, trong mẫu chúng tôi chỉ có một phần bệnh nhân có đánh giá SHPT tại thời điểm 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng nên có thể không đại diện cho toàn bộ mẫu. Tại thời điểm 12 tháng ghi nhận đáp ứng SHPT ở nhóm nguy cơ ELTS thấp cao hơn nhóm ELTS trung bình - cao (90,0% so với 78,9%; OR = 2,4). Tuy nhiên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê (p = 0,24) có thể do cỡ mẫu nhỏ và cũng chỉ có 79 bệnh nhân có làm xét nghiệm SHPT để đánh giá.

ELTS là tiêu chuẩn phân nhóm nguy cơ cập nhật hiện nay trong BCMDT được nhiều nơi áp dụng và cho thấy giá trị so sánh tiên lượng thời gian sống còn của bệnh nhân trong thực hành lâm sàng. Nhiều báo cáo ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa về thời gian sống còn dài hơn ở nhóm có nguy cơ ELTS thấp [3,8]. Chúng tôi cũng ghi nhận thời gian sống toàn bộ OS và thời gian sống còn đáp ứng SHPT ở nhóm bệnh nhân có ELTS thấp dài hơn so với nhóm ELTS trung bình - cao nhưng có thể cỡ mẫu nhỏ và thời gian theo dõi ngắn nên chưa có ý nghĩa thống kê.

Hạn chế của nghiên cứu: nghiên cứu đơn trung tâm, xét nghiệm sinh học phân tử được gửi đi nơi khác thực hiện, số lượng mẫu đánh giá cho các nội dung không đồng nhất do thiếu dữ liệu.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị bệnh BCMDT bằng imatinib tại Bệnh viện Huyết học - Truyền máu Cần Thơ, chúng tôi rút ra những kết luận như sau:

1. Mệt mỏi, lách to và da niêm nhạt là các triệu chứng thường gặp nhất tại thời điểm chẩn đoán. Trung vị nồng độ Hb là 97 g/L, số lượng bạch cầu là 147 G/L và số lượng tiểu cầu là 447 G/L.

2. Tỷ lệ đạt đáp ứng huyết học sau 3 tháng và 6 tháng là 92,9% và 90,1%; đáp ứng SHPT tối ưu tại thời điểm 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng lần lượt là 93,8%, 76,6% và 62,0%. Tỷ lệ OS 5 năm là 81,6%.

3. Chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về đáp ứng huyết học hoàn toàn tại thời điểm 3 tháng, đáp ứng SHPT ở thời điểm 12 tháng theo phân nhóm ELTS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. European LeukemiaNet. The EUTOS long-term survival (ELTS) score. Accessed November 15, 2026. https://www.leukemia-net.org/leukemias/cml/elts_score/
2. Phạm Thị Ngọc Phương, Nguyễn Duy Thăng, và cộng sự. Đánh giá kết quả điều trị bạch cầu kinh dòng tủy với imatinib tại Bệnh viện Trung ương Huế từ năm 2012 đến năm 2016. *Tạp chí Y học Lâm sàng*. 2017;(46):69-75.
3. Hehlmann R, Lauseker M, Saußele S, et al. Assessment of imatinib as first-line treatment of chronic myeloid leukemia: 10-year survival results of the randomized CML study IV and impact of non-CML determinants. *Leukemia*. 2017;31(11):2398-2406. doi:10.1038/leu.2017.253
4. Lê Vũ Hà Thanh, Dương Thị Minh Nhật, Nguyễn Thị Kim Ngân, và cộng sự. Đánh giá đáp ứng sinh học phân tử sâu trên bệnh nhân bạch cầu mạn dòng tủy giai đoạn mạn điều trị bằng imatinib tại Bệnh viện Truyền máu - Huyết học. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;532(số đặc biệt tháng 11):496-504.
5. Cồ Nguyễn Phương Dung, Nguyễn Quốc Thành, Nguyễn Thị Mỹ Hòa. Thời gian sống còn của bệnh nhân bệnh bạch cầu mạn dòng tủy điều trị với imatinib mesylate trong thời gian 5 năm. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2014;423(số đặc biệt tháng 10):267-275.
6. Nguyễn Thị Mỹ Hòa, Nguyễn Tấn Bỉnh. Hiệu quả thuốc imatinib mesylate trong điều trị bệnh bạch cầu mạn dòng tủy giai đoạn mạn tại Bệnh viện Truyền máu Huyết học TP Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2010;373(2):143-152.
7. Babar A, Ahmed R, Raza A, et al. Frequency of hematological response in patients with chronic myeloid leukemia (chronic phase) with imatinib after three months presenting to CMH Rawalpindi. *Pak Armed Forces Med J*. 2024;74(2):344-347. doi:10.51253/pafmj.v74i2.7036
8. Wulyo Rajabto, Trienty Batari Gunadi Purba V C. Evaluation of treatment outcomes of patients with chronic phase chronic myelogenous leukemia (CML) to imatinib: A single centre experience 2010-2015 period. *J Nat Sci Biol Med*. 2022;13(1):1-7.

ABSTRACT

EVALUATION OF IMATINIB TREATMENT OUTCOMES IN CHRONIC MYELOID LEUKEMIA AT THE HEMATOLOGY AND BLOOD TRANSFUSION HOSPITAL OF CAN THO CITY

Background: Chronic myeloid leukemia (CML) is a common hematologic malignancy. Previously, treatment mainly focused on controlling leukocytosis and prolonging survival. The advent of targeted therapy has dramatically improved treatment outcomes. Since 2020, when imatinib became covered by health insurance, we have implemented treatment for patients at our hospital.

Objective: (1) To describe the clinical and paraclinical characteristics at diagnosis of patients with CML; (2) to evaluate the outcomes of imatinib treatment in CML; (3) to examine the association between EUTOS long-term survival (ELTS) risk groups and the outcomes of imatinib treatment in CML.

Subjects and methods: This was a retrospective case series study of CML patients at the Hematology and Blood Transfusion Hospital of Can Tho City from January 2020 to September 2025.

Results: The main presenting symptoms were fatigue (64.6%), pallor (57.5%), and splenomegaly (61.4%). The median hemoglobin level was 97 g/L, and the median white blood cell count was 147 G/L. According to the ELTS risk classification, 73.2% of patients were low risk, 18.1% intermediate risk, and 8.7% high risk. Hematologic response rates at 3 and 6 months were 92.9% and 90.1%, respectively. The molecular response rate at 12 months was 87.3% (optimal response 62.0%). The mean overall survival (OS) was 91.7 months, and the mean response survival time was 76.1 months.

Conclusion: Treatment of CML with imatinib achieved high response rates and favorable survival.

Keywords: *Chronic myeloid leukemia, CML, imatinib, ELTS*