

SURVEY OF THE SITUATION CARE OF MULTIPLE MYELOMA PATIENTS TREATED WITH BORTEZOMIB REGIMENS

Do Huyen Nga, Tran Thi Huyen*, Nguyen Thanh Tung, Hoang Thi Thu Huyen

Vietnam National Cancer Hospital - 43 Quan Su, Hang Bong Ward, Hoan Kiem Dist, Hanoi City, Vietnam

Received: 16/04/2025

Revised: 28/04/2025; Accepted: 10/05/2025

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the current status of care for multiple myeloma patients treated with bortezomib - containing chemotherapy regimens at the Hematologic Oncology Department, K Hospital.

Subjects and methods: A prospective descriptive study conducted on 76 Multiple myeloma patients received bortezomib - containing regimens at Hematologic Oncology Department, K Hospital from May 2019 to October 2022.

Results: Mean age was 58.76; Male/female ratio 0.9; The majority of patients admitted to the hospital with PS = 1 status accounted for 40.8%; the proportion of PS 2 - 4 patients accounted for 27.5%; Main symptom was bone pain, accounting for 84.2%; The rate of good basic care reached 56.6%; The group of patients with good care reduces the risk of side effects with $p < 0.05$; PS and VAS pain score after treatment were improved compared to before treatment with $p < 0.001$.

Conclusion: Caregiving is an important element in the treatment of multiple myeloma to help improve the quality of treatment, quality of life and reduce complications.

Keywords: Multiple myeloma, Caregiving.

*Corresponding author

Email: tranthuhuyenbvk@gmail.com **Phone:** (+84) 919186199 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD7.2397**

KHẢO SÁT THỰC TRẠNG CHĂM SÓC BỆNH NHÂN ĐA U TỤY XƯƠNG ĐIỀU TRỊ PHÁC ĐỒ CÓ BORTEZOMIB

Đỗ Huyền Nga, Trần Thị Huyền*, Nguyễn Thanh Tùng, Hoàng Thị Thu Huyền

Bệnh viện K - 43 Quán Sứ, P. Hàng Bông, Q. Hoàn Kiếm, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 16/04/2025

Chỉnh sửa ngày: 28/04/2025; Ngày duyệt đăng: 10/05/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng chăm sóc người bệnh đa u tủy xương điều trị phác đồ hóa chất có bortezomib tại Khoa Nội Hệ tạo Huyết Bệnh viện K.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả tiến cứu tiến hành trên 76 người bệnh đa u tủy xương truyền phác đồ có bortezomib tại Khoa Nội Hệ tạo Huyết Bệnh viện K từ 05/2019 đến 10/2022.

Kết quả: Tuổi trung bình là 58,76; Tỷ lệ nam/nữ 0,9, Đa số các người bệnh có PS = 1 chiếm 40,8%; Triệu chứng đau xương chiếm 84,2%; Tỷ lệ chăm sóc cơ bản tốt đạt 56,6%; Nhóm người bệnh được chăm sóc tốt giúp giảm nguy cơ gặp tác dụng phụ với $p < 0,05$; PS và điểm đau VAS sau điều trị được cải thiện hơn so với trước điều trị với $p < 0,001$.

Kết luận: Hoạt động chăm sóc là một yếu tố quan trọng trong điều trị đa u tủy xương nhằm giúp làm cải thiện chất lượng điều trị, nâng cao chất lượng sống và giảm thiểu biến chứng.

Từ khóa: Đa u tủy xương, hoạt động chăm sóc.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đa u tủy xương (Multiple Myeloma - MM) đặc trưng bởi sự tăng sinh của các tế bào plasma tạo ra globulin miễn dịch đơn dòng. Các tế bào plasma tăng sinh trong tủy xương dẫn đến phá hủy xương trên diện rộng với các tổn thương tiêu xương, thiếu xương và gãy xương bệnh lý [5].

MM là một bệnh ung thư không phổ biến, chiếm khoảng 1 đến 2 phần trăm tổng số các bệnh ung thư và hơn 17 phần trăm các bệnh ác tính huyết học. MM phổ biến hơn ở nam giới hơn phụ nữ (tỷ lệ nam:nữ 1,4: 1) và thường gặp hơn ở những người Mỹ gốc Phi; tỷ lệ mắc thấp ở người châu Á. Trên toàn thế giới, có khoảng 160.000 trường hợp mắc và 106.000 trường hợp tử vong mỗi năm do MM. MM phần lớn là bệnh gặp ở người lớn tuổi. Tuổi trung bình khi chẩn đoán là 65 đến 74 tuổi; chỉ 10 phần trăm người bệnh dưới 50 và 2 phần trăm người bệnh dưới 40 tuổi [5], [7].

Điều trị được chỉ định cho tất cả các người bệnh được chẩn đoán xác định đa u tủy xương phụ thuộc vào phân tầng nguy cơ, khả năng và điều kiện để ghép tế bào gốc [7]. Hóa trị nhằm mục đích tiêu diệt các tế bào ung thư trước khi gan các tế bào gốc để phục vụ cho ghép tự thân [4], [8].

Bortezomib, là một chất ức chế proteasome thế hệ đầu, đã được nghiên cứu rộng rãi khi dùng đơn lẻ hoặc kết hợp với các thuốc khác để điều trị đa u tủy xương. Bortezomib hoạt động theo con đường ubiquitin - proteasome dẫn tới phá hủy những protein liên quan đến chu trình tế bào và phiên mã gen dẫn tới sự chết của những tế bào ung thư. Các hướng dẫn hiện nay khuyến nghị sử dụng bortezomib cho liệu pháp điều trị bước đầu ở những người có hoặc không có khả năng ghép tế bào gốc, cũng như để củng cố và điều trị cứu cánh sau khi tái phát [3], [4].

Hóa trị liệu đóng vai trò chính trong điều trị MM trong khi xạ trị và phẫu thuật chủ yếu để điều trị triệu chứng. Tuy nhiên khi người bệnh được điều trị hóa chất thì thường xuất hiện tác dụng phụ từ nhẹ đến nặng và ở các cơ quan khác nhau. Việc lựa chọn phương pháp chăm sóc tốt nhất cho người bệnh MM được điều trị hóa chất đang thực sự là một thách thức. Sự chăm sóc của điều dưỡng viên trong việc thực hiện y lệnh truyền hóa chất, theo dõi tai biến khi truyền, tác dụng phụ sau truyền hóa chất... cũng như tư vấn hướng dẫn người bệnh tập vận động giúp nâng cao kết quả điều trị, cải thiện chất lượng cuộc sống [2], [1]. Tại khoa Nội Hệ tạo huyết Bệnh viện K, chúng tôi ứng dụng quy trình chăm sóc

*Tác giả liên hệ

Email: tranthuhuyenbvk@gmail.com Điện thoại: (+84) 919186199 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD7.2397>

các người bệnh đa u tủy xương điều trị hóa chất gồm 9 bước giúp đánh giá và theo dõi người bệnh chặt chẽ cũng như đảm bảo tuân thủ phác đồ và xử trí các tai biến, biến chứng kịp thời.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và phương pháp

2.1.1. Đối tượng người bệnh

Nghiên cứu mô tả tiến cứu tiến hành trên 76 người bệnh đa u tủy xương điều trị phác đồ có Bortezomib tại khoa Nội Hệ tạo Huyết, Bệnh viện K từ 05/2019 đến 10/2022.

- Tiêu chuẩn lựa chọn

+ Người bệnh từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán xác định là đa u tủy xương được điều trị phác đồ có bortezomib.

+ Bệnh có tổn thương có thể đo lường được.

+ Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ

+ Người bệnh hạn chế nghe, nói, có bệnh lý tâm thần kinh.

+ Người bệnh bỏ điều trị không phải vì lý do chuyên môn.

+ Người bệnh có bệnh nội khoa nặng phối hợp.

2.1.2. Đối tượng điều dưỡng viên

Tất cả các điều dưỡng viên tham gia áp dụng quy trình theo dõi và chăm sóc người bệnh truyền tại Khoa Nội hệ tạo huyết – Bệnh viện K

2.2. Các biến số và chỉ số trong nghiên cứu.

A. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu:

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Các triệu chứng lâm sàng

B. Hoạt động chăm sóc.

Hoạt động truyền hóa chất: gồm 9 bước: B1: Lấy máu đi làm xét nghiệm; B2: Nhận thuốc hóa chất theo hàm lượng ghi trên nhãn chai dung dịch đăng trương. B3: Đo dấu hiệu sinh tồn. B4: Thực hiện kỹ thuật đưa hóa chất, thuốc theo y lệnh đưa vào NB; B5: Chăm sóc, theo dõi vị trí lấy ven; B6: Theo dõi tốc độ truyền thuốc HC; B7: TD tai biến xảy ra, xử trí kịp thời; B8: Rút kim truyền và thu dọn dụng cụ; B9: TD biến chứng sau truyền và hướng dẫn người bệnh.

Các hoạt động chăm sóc đạt mức tốt nếu đáp ứng được hoàn thiện đúng và đủ theo bảng kiểm qui định với mức điểm đạt $\geq 80\%$.

C. Tác dụng phụ sau truyền

- Toàn thân

- Trên các hệ cơ quan: da; tiêu hóa; thần kinh; gan; hệ tạo huyết

2.3. Phân tích và xử lý số liệu

Các thông tin được mã hoá và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0 sử dụng các thuật toán thích hợp

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua hội đồng đạo đức Bệnh viện K. Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh mà không có mục đích nào khác.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của người bệnh

Thông số (n = 76)	Giá trị	
Tuổi trung bình ($\bar{X} \pm SD$) (min - max)	58,76 \pm 10,68 (20 - 75)	
Chiều cao (cm) ($\bar{X} \pm SD$) (min - max)	159,24 \pm 6,70 (147 - 172)	
Cân nặng (kg) ($\bar{X} \pm SD$) (min - max)	54,34 \pm 8,51 (36 - 85)	
PS n (%)	0	24 (31,6)
	1	31 (40,8)
	2	15 (19,7)
	3	3 (3,9)
	4	3 (3,9)
VAS ($\bar{X} \pm SD$) (min - max)	3,13 \pm 1,17 (0 - 6)	

Nhận xét: Đa số các người bệnh vào viện với tình trạng PS = 1 chiếm 40,8% ; tỉ lệ người bệnh PS 2 - 4 chiếm 27,5%. Đa số các người bệnh có đau xương với VAS trung bình 3,13. Tỉ lệ người bệnh có hội chứng B chiếm 6,6%.

3.1. Đặc điểm lâm sàng của người bệnh

Bảng 2. Lý do vào viện

Lý do vào viện (n = 76)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đau xương	64	84,2
Nổi u xương	6	7,9
Đau ngực	3	3,9
Nổi hạch	1	1,3
Khó thở	1	1,3
Đau đầu	1	1,3

Nhận xét: Triệu chứng đưa người bệnh vào viện chủ yếu là đau xương chiếm 84,2%; nổi u xương chiếm 7,9%; đau ngực chiếm 3,9%; nổi hạch hoặc khó thở hoặc đau đầu chiếm 1,3%.

3.2. Đặc điểm các hoạt động chăm sóc

Bảng 3. Hoạt động chăm sóc cơ bản

Biến số chăm sóc (n = 76)	Không tốt		Tốt	
	n	%	n	%
Lấy máu đi làm xét nghiệm	22	28,9	54	71,1
Nhận thuốc hóa chất theo hàm lượng ghi trên nhãn chai dung dịch đăng trương.	7	9,2	69	90,8
Đo dấu hiệu sinh tồn	27	35,5	49	64,5
Thực hiện kỹ thuật đưa hóa chất, thuốc theo y lệnh đưa vào người bệnh	21	27,6	55	72,4
Chăm sóc, theo dõi vị trí lấy ven	18	23,7	58	76,3
Theo dõi tốc độ truyền thuốc HC	24	31,6	52	68,4
TD tai biến xảy ra, xử trí kịp thời	18	23,7	58	76,3
Rút kim truyền và thu dọn dụng cụ	6	7,9	70	92,1
TD biến chứng sau truyền và hướng dẫn người bệnh	6	7,9	70	92,1
Chăm sóc cơ bản chung	Chưa tốt < 16 điểm		Tốt ≥ 16 điểm	
	33	43,4	43	56,6

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi thực hiện đầy đủ tất cả các khâu của quá trình chăm sóc cơ bản. Tỷ lệ chăm sóc cơ bản tốt đạt 56,6%.

Bảng 4. Tác dụng phụ

Tác dụng phụ (n = 76)	n (%)	Cách xử trí
Tai biến trong khi truyền HC		
Thoát mạch hóa chất	1 (1,3)	Ngừng truyền và xử trí thoát mạch
Biến chứng sau truyền		
Độc tính hạ bạch cầu	7 (9,2)	Cho người bệnh nghỉ ngoại trú theo dõi và sử dụng kháng sinh dự phòng nếu có yếu tố nguy cơ và xét nghiệm lại sau 1 tuần
Độc tính hạ tiểu cầu	8 (10,5)	Đánh giá tình trạng xuất huyết và cho theo dõi sau 1 tuần xét nghiệm lại
Độc tính trên tiêu hóa	2 (2,6)	Người bệnh bị tiêu chảy sau truyền hóa chất được dùng kháng sinh, thuốc cầm đi ngoài
Tái hoạt virus Herpes (HSV)	2 (2,6)	Khám chuyên khoa da liễu và sử dụng thuốc kháng virus Acyclovir
Độc tính thần kinh ngoại vi	11 (14,5)	Theo dõi sát và dùng thuốc giảm đau thần kinh khi cần
Độc tính da	7 (9,2)	Sử dụng thuốc chống dị ứng và ngừng thuốc điều biến miễn dịch sau 1 thời gian ổn định sử dụng lại
Viêm phổi	2 (2,6)	Điều trị kháng sinh tích cực

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh gặp tai biến trong truyền chiếm 1 người bệnh thoát mạch khi truyền. Tỷ lệ gặp độc tính hạ bạch cầu là 9,2%; hạ tiểu cầu 10,5%; độc tính tiêu hóa 2,6%; tái hoạt HSV 2,6%; độc tính thần kinh ngoại vi 14,5%; độc tính da 9,2%; viêm phổi 2,6%.

3.3. Liên quan giữa hoạt động chăm sóc và tác dụng phụ

Bảng 5. Mối liên quan giữa hoạt động chăm sóc với tác dụng phụ

Liên quan hoạt động chăm sóc và tác dụng phụ (n = 76)	Tác dụng phụ		P _{sig}	OR 95%CI
	Không có	Có		
Hoạt động chăm sóc				
Không tốt	15 (45,5)	18 (54,5)	0,019	0,323 (0,124 - 0,839)
Tốt	31 (72,1)	12 (27,9)		

Nhận xét: Nghiên cứu của chúng tôi thu được nhóm người bệnh được chăm sóc tốt giúp giảm nguy cơ gặp tác dụng phụ 67,7% có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của người bệnh

Tuổi và giới

Độ tuổi trung bình của đa u tủy xương thường gặp 65 - 74 tuổi, chỉ có 10% ở độ tuổi dưới 50 và 2% ở độ tuổi dưới 40. Tỷ lệ gặp đa u tủy xương ở nam cao hơn nữ với tỷ lệ nam/nữ ~ 1,4 [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi thu được tuổi trung bình của người bệnh là $58,76 \pm 10,68$ nhỏ nhất 20, lớn nhất 75 tuổi. Độ tuổi ≥ 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 61,8%, độ tuổi 41 - 59 chiếm 30,3%; < 40 chiếm 7,9%. Tỷ lệ giới tính nam/nữ trong nghiên cứu của chúng tôi là 0,9. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi tương đương nhưng tỷ lệ giới tính nam thấp hơn tác giả Philippe Moreau (2016) với độ tuổi trung bình 59, tỷ lệ nam/nữ 1,56 [6].

Thông số nhân trắc

Chiều cao trung bình của các người bệnh là 159 cm, cân nặng trung bình là 54 kg, BMI trung bình là 21,42. Đa số các người bệnh có BMI trong mức bình thường 50%, thừa cân chiếm 22,4%, có 18,4% người bệnh gầy và 9,2% người bệnh béo phì. Diện tích da trung bình của người bệnh là $1,54 \pm 0,13$. Các thông số nhân trắc về chiều cao và cân nặng trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với các chỉ số bình thường của người Việt Nam.

4.2. Lâm sàng

Đa số các người bệnh vào viện với tình trạng PS = 1

chiếm 40,8%; tỷ lệ người bệnh PS 2 - 4 chiếm 27,5%. Đa số các người bệnh có đau xương với VAS trung bình 3,13. Chỉ số toàn trạng của người bệnh ở mức 2 - > 4 đa phần là do biến chứng tại hệ xương dẫn tới đau đớn và hạn chế vận động. Tỷ lệ người bệnh có hội chứng B chiếm 6,6% [5].

4.3. Tác dụng phụ

Độc tính hay gặp nhất sau điều trị là độc tính thần kinh ngoại vi chiếm 11/76 (14,5%) trong đó chủ yếu gặp ở nhóm điều trị phác đồ VTD 8/76 (10,5%). Độc tính huyết học là hạ bạch cầu và hạ tiểu cầu gặp với tỷ lệ lần lượt là 9,2% và 10,5%; trong đó độc tính hạ bạch cầu xảy ra chủ yếu ở nhóm điều trị phác đồ VRD với tỷ lệ 6,6%. Độc tính da chỉ gặp 9,2% ở nhóm sử dụng VRD do tác dụng phụ thường gặp của lenalidomide, một số người bệnh trong nghiên cứu khi gặp độc tính da đã phải chuyển đổi về sử dụng phác đồ VTD. Độc tính viêm phổi trong nghiên cứu của chúng tôi gặp ở nhóm VTD chiếm 2/76 (2,6%).

Nghiên cứu của Ann 2013 tiến hành trên 159 người bệnh đa u tủy xương được điều trị các phác đồ có Bortezomib: tỷ lệ tác dụng phụ độ 3 trở lên tương ứng của phác đồ VCD và VRD là một mỗi (21%, 11%), bệnh thần kinh ngoại biên (13%, 17%), thiếu máu (13%, 17%) và nhiễm độc đường tiêu hóa (9%, 8%) [3].

Nghiên cứu của tác giả Philippe Moreau 2016 cho tỷ lệ độc tính của phác đồ VTD là 63,9% trong đó tỷ lệ hạ bạch cầu là 18,9%, độc tính thần kinh ngoại vi là 21,9%. Ở nhóm điều trị VCD tỷ lệ độc tính là 68,2%, tỷ lệ hạ bạch cầu là 33,1%, độc tính thần kinh ngoại vi là 12,9% [6].

Nghiên cứu của tác giả Brian 2016 trên 467 người bệnh đa u tủy xương chia làm 2 nhóm điều trị phác đồ Rd 226 người bệnh và phác đồ VRd 241 người bệnh cho thấy ở nhóm điều trị phác đồ VRd tỷ lệ biến chứng huyết học lên tới 75,5%, tỷ lệ có biến chứng thần kinh ngoại vi là 78,8% [4].

4.4. Hoạt động chăm sóc cơ bản

Việc chăm sóc các người bệnh đa u tủy xương cao tuổi với thể trạng chung suy kiệt, triệu chứng đau xương nặng nề và nhiều bệnh lý phối hợp là một thách thức với điều dưỡng viên, hoạt động chăm sóc cơ bản trong nghiên cứu của chúng tôi gồm 9 bước: Quy trình được giám sát chặt chẽ và chấm điểm dựa theo bộ qui chuẩn được chúng tôi xây dựng và áp dụng tại Khoa Nội Hệ tạo huyết Bệnh viện K từ tháng 5/2019. Đối với các trường hợp điểm đạt $\geq 16/18$ được đánh giá là chăm sóc tốt cho người bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi thực hiện đầy đủ tất cả các khâu của quá trình chăm sóc cơ bản. Tỷ lệ chăm sóc cơ bản tốt đạt 56,6%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ người bệnh gặp tai biến trong truyền có 1 người bệnh thoát mạch khi truyền. Người bệnh được ngừng truyền và xử lý thoát mạch.

Khi phân tích mối liên quan giữa hoạt động chăm sóc với tác dụng phụ chúng tôi thấy nhóm người bệnh được chăm sóc tốt giúp giảm nguy cơ gặp tác dụng phụ 67,7% có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Khi phân tích PS và VAS trước và sau điều trị chúng tôi thấy các người bệnh đều được cải thiện về cả PS và VAS một cách có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi nhằm mục đích đánh giá kỹ năng của điều dưỡng như: xác định các vấn đề chăm sóc ưu tiên, thực hiện y lệnh, theo dõi các biến chứng từ đó đưa ra kế hoạch chăm sóc tiếp theo phù hợp từng người bệnh. Nghiên cứu này cho biết hoạt động chăm sóc là một yếu tố quan trọng trong điều trị đa u tủy xương nhằm giúp làm cải thiện chất lượng điều trị, nâng cao chất lượng sống và giảm thiểu biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Lê Văn Quảng (2019), "Hướng dẫn chăm sóc người bệnh ung thư", Nhà xuất bản Y học, pp. 115-134.
- [2] Thanh Vân France Nguyen (2014), "A longitudinal analysis of patient satisfaction with care and quality of life in ambulatory oncology based on the OUT-PATSAT35 questionnaire", BMC Cancer, p. 42.
- [3] Ann E Engebretson (2013), "Comparable Outcomes With Bortezomib-Cyclophosphamide-Dexamethasone (VCD) and Bortezomib-Lenalidomide-Dexamethasone (VRD) For Initial Treatment Of Newly Diagnosed Multiple Myeloma (MM)", Blood. 122(21), pp. 3178-3184.
- [4] Durie BG, Hoering A, Abidi MH, et al., (2017), "Bortezomib with lenalidomide and dexamethasone versus lenalidomide and dexamethasone alone in patients with newly diagnosed myeloma without intent for immediate autologous stem-cell transplant (SWOG S0777): a randomised, open-label, phase 3 trial", Lancet. 389, p. 519.
- [5] Jacob P Laubach (2021), "Multiple myeloma: Clinical features, laboratory manifestations, and diagnosis", Uptodate, pp. 1-21.
- [6] Philippe Moreau, Cyrille Hulin, and Margaret Macro et al. (2016), "VTD is superior to VCD prior to intensive therapy in multiple myeloma: results of the prospective IFM2013-04 trial", Blood, pp. 2569–2574.
- [7] S Vincent Rajkumar (2020), "Multiple myeloma: Overview of management", Uptodate, pp. 1-23.
- [8] T.C. Kouroukis (2014), "Bortezomib in multiple myeloma: systematic review and clinical considerations", Curr Oncol. 21(4), pp. 573–603.