BỆNH VIỆN TRUYỀN MÁU HUYẾT HỌC

PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ
BỆNH BẠCH CẦU MẠN DÒNG TỦY (CML)

Bệnh bạch cầu mạn dòng tủy là gì?	Máu gồm có 3 loại tế bào: hồng cầu, tiểu cầu và bạch cầu. Các tế bào này đều được sản sinh từ tủy xương. Bạch cầu là tế bào có chức năng tạo kháng thể bảo vệ cơ thể. *Bệnh bạch cầu* là một loại bệnh ung thư của tế bào tạo máu trong tủy xương. *Mạn tính* có nghĩa là bệnh phát triển và diễn tiến chậm. *Dòng tủy* để phân biệt với một nhóm bệnh khác liên quan đến các tế bào thuộc dòng lympho. Ở người bị *bệnh bạch cầu mạn dòng tủy*, quá trình sản sinh bạch cầu bị mất kiểm soát, hệ quả là có quá nhiều tế bào bạch cầu được tạo thành trong máu. Bệnh gây ra do sự đột biến chuyển đoạn giữa hai nhiễm sắc thể (NST) số 9 và 22, tạo thành NST đột biến gọi là Philadelphia (Ph), từ đó sinh ra gien đột biến gọi là BCR-ABL, các tế bào bạch cầu được sản xuất từ tủy xương nếu mang loại gien đột biến này sẽ trở thành tế bào bất thường và gây bệnh, đồng thời nó ức chế các tế bào tạo máu bình thường gây nên thiếu máu hoặc xâm lấn vào các cơ quan của cơ thể như gan lách.
Triệu chứng của bệnh	Vì đây là một loại ung thư tiến triển chậm nên nhiều bệnh nhân có thể chưa có triệu chứng nếu chẩn đoán sớm. Một số triệu chứng có thể gây ra khi bệnh đã kéo dài như mệt mỏi suy nhược, sốt, sụt cân, đổ mồ hôi về đêm, đau mạn sườn trái do lách to.
Xét nghiệm chẩn đoán	☐ Tổng phân tích tế bào máu, phết máu ngoại biên ☐ Sinh hóa máu (men gan, chức năng thận, điện giải, đường huyết, axit uric…) ☐ Chọc hút tủy xương xét nghiệm tế bào học ☐ FISH (tìm NST đột biến Philadelphia) ☐ PCR (tìm gien đột biến BCR-ABL) *(Bạn có thể đánh "X" hoặc gạch chân dưới những xét nghiệm đã thực hiện để theo dõi chỉ định của Bác sĩ)*
Các giai đoạn bệnh	Bệnh được chia làm 3 giai đoạn dựa vào các tiêu chuẩn chẩn đoán (xem trang sau): Giai đoạn mạn ➔ Giai đoạn tiến triển ➔ Giai đoạn chuyển cấp
Thuốc điều trị - Cơ chế tác dụng	Bạch cầu mạn dòng tủy là bệnh có thuốc điều trị theo cơ chế nhắm trúng đích. Nghĩa là thuốc có tác dụng ức chế các sản phẩm tạo ra từ gien đột biến BCR-ABL, từ đó ngăn chặn hình thành tế bào ung thư. Hiện tại Việt Nam có 2 loại thuốc được sử dụng: thuốc thế hệ thứ nhất là Imatinib (Glivec) và thuốc thế hệ thứ hai là Nilotinib (Tasigna).
Tác dụng phụ của thuốc	Tác dụng phụ là những phản ứng không mong muốn khi sử dụng thuốc. Các phản ứng này phụ thuộc vào loại thuốc, liều lượng, thời gian điều trị và khác nhau giữa từng bệnh nhân. Một số tác dụng phụ thường gặp: - Giảm số lượng các loại tế bào máu (hồng cầu, bạch cầu hạt, tiểu cầu). - Chảy máu bất thường. - Sưng phù. - Tràn dịch màng phổi. - Buồn nôn hoặc nôn ói. - Đau bụng. - Chuột rút. - Phát ban ở da hoặc da khô, ngứa. - Mệt mỏi. - Tiêu chảy. - Nhức đầu. - Đau nhức cơ khớp. Khi gặp các tác dụng phụ này, nên đến khám ngay để điều chỉnh liều hoặc tạm ngưng sử dụng thuốc theo hướng dẫn của bác sĩ.

Thông tin điều trị	Giai đoạn mạn	Giai đoạn tiến triển	Giai đoạn chuyển cấp
Tiêu chuẩn xác định	- Tăng số lượng bạch cầu trong máu có thể kiểm soát tốt bằng điều trị chuẩn. - Số lượng tế bào non ác tính (tế bào Blast) hiện diện < 10% trong máu hoặc trong tủy.	Một trong các tiêu chuẩn bất kỳ: - Blast 10% – 19% trong máu hoặc trong tủy. - Có ≥ 20% bạch cầu ái kiềm trong máu. - Số lượng tiểu cầu quá thấp hoặc quá cao không liên quan đến điều trị. - Lách to nhanh và tăng bạch cầu không đáp ứng với điều trị. - Có đột biến nhiễm sắc thể mới.	Một trong các tiêu chuẩn bất kỳ: - Có ≥ 20% tế bào Blast trong máu hoặc trong tủy. - Tăng sinh tế bào Blast đến các cơ quan ngoài tủy.
Phương pháp điều trị ban đầu	Glivec 400 mg/ngày hoặc Tasigna 600 mg/ngày.	- Glivec 600 mg/ngày hoặc Tasigna 800 mg/ngày. - Dị ghép tế bào gốc tạo máu nếu có điều kiện.	
Lưu ý khi dùng thuốc	- Glivec được uống lúc bụng no (sau khi ăn), uống 1 lần duy nhất trong ngày. - Tasigna được uống lúc bụng đói (nhịn ăn 2 giờ trước khi uống thuốc và 1 giờ sau khi uống thuốc), chia 2 lần dùng trong ngày cách nhau 12 tiếng và phải uống vào một giờ cố định.		
Đánh giá đáp ứng điều trị	✓ Xét nghiệm sinh hóa máu làm mỗi 2 – 4 tuần để theo dõi tác dụng phụ của thuốc. ✓ Xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu làm 1 – 2 lần/tuần cho đến khi ổn định, sau đó mỗi tháng để đánh giá đáp ứng về huyết học. Đáp ứng huyết học là khi số lượng tế bào máu trở về bình thường, không có tế bào blast trong máu, không còn triệu chứng của bệnh kể cả lách to. ✓ Xét nghiệm FISH xác định tỉ lệ NST Ph (lấy tủy) làm mỗi 3 tháng, sau đó mỗi 6 tháng để đánh giá đáp ứng về di truyền tế bào. - Đáp ứng hoàn toàn: 0% tế bào có NST Ph. - Đáp ứng 1 phần: 1 – 35 % tế bào có NST Ph. - Đáp ứng kém: > 35% tế bào có NST Ph. - Không đáp ứng: > 95% tế bào có NST Ph. ✓ Xét nghiệm PCR định lượng số tế bào mang gien BCR-ABL làm mỗi 3 tháng để đánh giá đáp ứng về sinh học phân tử. Đáp ứng tốt khi mang gien BCR–ABL ≤0.1%.		
Phương pháp điều trị tiếp theo	- Đáp ứng tốt (bao gồm đáp ứng hoàn toàn và 1 phần): Glivec nên được tiếp tục (chưa xác định thời hạn ngưng thuốc). - Đáp ứng kém: lựa chọn điều trị tốt nhất vẫn còn là vấn đề nghiên cứu, có thể tiếp tục điều trị với Glivec liều cao hơn hoặc sử dụng Tasigna. - Không đáp ứng: sử dụng Tasigna hoặc các thuốc thế hệ sau (tuy theo đột biến kháng thuốc mắc phải), sau 6 tháng đánh giá đáp ứng để quyết định có tiếp tục dùng thuốc hoặc dị ghép tế bào gốc nếu đủ điều kiện. - Khi bệnh tiến triển sang các giai đoạn sau, chọn lựa điều trị tùy thuộc vào điều trị trước đó hoặc hóa trị liệu độc tế bào. Dị ghép tế bào gốc nên được thực hiện nếu đủ điều kiện.		