

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG VÀ CHĂM SÓC HỖ TRỢ TRONG BỆNH ĐA U TỬY

Chăm sóc hỗ trợ trong bệnh đa u tủy

Đa u tủy là một bệnh ung thư máu, chiếm khoảng 1% các loại ung thư nói chung với tỷ lệ mắc khoảng 4,5 trường hợp trên 100.000 người mỗi năm. Bệnh do sự phát triển và tăng sinh quá mức của các tế bào tương bào ác tính trong tuỷ xương, lấn át và thay thế các tế bào máu khoẻ mạnh, bình thường như hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu dẫn đến các vấn đề thiếu máu, nhiễm trùng, rối loạn chảy máu. Tế bào u còn có thể phá huỷ mô xương tạo nhiều các ổ tiêu xương dẫn đến đau xương, yếu xương và gãy xương bệnh lý, tăng canxi máu. Bệnh hay gặp ở người lớn tuổi thường từ 65 tuổi trở lên nhưng cũng có thể gặp ở nhóm tuổi trẻ hơn dưới 60 tuổi, thậm chí dưới 50 tuổi, gặp ở nam giới nhiều hơn nữ giới.

Mặc dù có những cải thiện đáng kể trong điều trị, đa u tủy vẫn là một bệnh mạn tính không thể chữa khỏi gây suy giảm chất lượng cuộc sống nặng nề và khả năng lao động do các biến chứng như đau xương, gãy xương tự phát, nhiễm trùng tái phát, suy thận, thiếu máu, huyết khối. Bên cạnh các phương pháp điều trị chính như hoá trị liệu, ghép tế bào gốc tự thân, chăm sóc hỗ trợ là một phần quan trọng trong quản lý điều trị bệnh nhân đa u tủy vì nó ngăn ngừa, kiểm soát, làm giảm các biến chứng của căn bệnh cũng như các tác dụng phụ, độc tính của các phương pháp điều trị, hướng tới việc cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân cũng như cải thiện khả năng sống sót.

Chăm sóc hỗ trợ cho các biến chứng về xương

Đau xương, đặc biệt ở cột sống và ngực, là triệu chứng chính của bệnh, xuất hiện khi được chẩn đoán ở hơn 2/3 số bệnh nhân. Tổn thương tiêu xương, gãy xương dài, xẹp đốt sống và u tương bào chèn ép rễ thần kinh là những nguyên nhân phổ biến nhất gây đau nhức xương. Điều trị các biến chứng xương cần sự phối hợp giữa chuyên khoa Huyết học và chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình. Các trường

hợp gãy xương dài thường cần phẫu thuật cố định. Tạo hình đốt sống bằng cách tiêm qua da xi măng xương lỏng vào thân đốt sống đã được sử dụng để giảm đau. Phương pháp này tạo ra một khoang trong thân đốt sống và lấp đầy nó bằng xi măng có độ nhớt cao, giúp phục hồi hoàn toàn hoặc một phần thân đốt sống bị xẹp. Thuốc giảm đau, nghỉ ngơi tại giường và nẹp cố định khung xương là những biện pháp hỗ trợ khác. Xạ trị được sử dụng để giảm đau trong trường hợp đau nhiều tại chỗ không kiểm soát được bằng các phương pháp giảm đau khác hoặc đã có biến chứng chèn ép tủy. Bisphosphonates ức chế sự phá hủy xương bằng cách ngăn chặn sự tăng sinh và biệt hóa của các tế bào hủy xương. Tình trạng đau được cải thiện và chất lượng cuộc sống tốt hơn ở những bệnh nhân được dùng bisphosphonates. Tuy nhiên, hoại tử xương hàm do bisphosphonate là một biến chứng ngày càng được công nhận được mô tả lần đầu tiên vào năm 2003. Nguy cơ tăng lên ở những bệnh nhân đã dùng bisphosphonates hơn 3 năm. Do đó, nên ngừng dùng bisphosphonat sau 2 năm điều trị ở những bệnh nhân đã đạt đáp ứng hoàn toàn và hoặc giai đoạn ổn định. Đối với những bệnh nhân có bệnh đang hoạt động, chưa đạt được đáp ứng trên 2 năm, liệu pháp có thể giảm dần xuống 1 liều sau mỗi 3 tháng

Chăm sóc hỗ trợ cho bệnh thiếu máu

Thiếu máu ảnh hưởng đến hơn 2/3 số bệnh nhân đa u tủy và là triệu chứng phổ biến khiến bệnh nhân đi khám và phát hiện bệnh. Tình trạng thiếu máu khiến người bệnh cảm thấy mệt mỏi, xanh xao, chóng mặt, giảm khả năng gắng sức. Triệu chứng thiếu máu có thể được cải thiện nhanh chóng bằng cách truyền khối hồng cầu và Erythropoetin (một chất tăng trưởng kích thích tạo hồng cầu được sản xuất ở thận) nếu tình trạng thiếu máu không cải thiện với điều trị hoá trị hoặc nồng độ huyết sắc tố dưới 10 g/dl. Do đó bệnh nhân đa u tủy cần được định lượng nồng độ EPO nội sinh ban đầu để đánh giá khả năng tạo máu cũng như gián tiếp đánh giá chức năng thận. Có sự cải thiện đáng kể về chất lượng cuộc sống với cảm giác khỏe mạnh hơn, khả năng tập thể dục tốt hơn và giảm nhu cầu truyền

máu ở những bệnh nhân đáp ứng với EPO . Tuy nhiên, tăng nguy cơ huyết khối và tăng huyết áp ở bệnh nhân ung thư được điều trị bằng EPO cũng cần được lưu ý. Điều trị EPO nên ngừng sau 6-8 tuần nếu không có đáp ứng huyết sắc tố.

Chăm sóc hỗ trợ cho các bệnh nhiễm trùng

Nhiễm trùng là biến chứng thường xuyên của đa u tủy, có tới 10% bệnh nhân đa u tủy tử vong trong vòng 60 ngày sau khi được chẩn đoán vì nguyên nhân nhiễm trùng . Tăng khuynh hướng nhiễm trùng trong đa u tủy là do suy giảm miễn dịch dịch thể và tế bào, giảm bạch cầu hạt, ức chế sản xuất các globulin miễn dịch đa dòng và sử dụng steroid liều cao ở bệnh nhân cao tuổi. Sử dụng trimethoprim / sulfamethoxazole liều dự phòng là cần thiết để phòng ngừa nhiễm Pneumocystis carini trước hoá trị. Immunoglobulin tĩnh mạch (IVIG) có thể làm giảm tần suất và mức độ nghiêm trọng của nhiễm trùng đặc biệt trên những bệnh nhân có nồng độ globulin miễn dịch thấp bị nhiễm trùng tái diễn. Bệnh nhân được điều trị bằng dexamethasone liều cao, hoặc phác đồ có nhóm ức chế proteasome (bortezomib, daratumumab) sẽ có nguy cơ cao tái phát hoặc nhiễm trùng mới mắc phải virus Herpes Zoster nên cần được điều trị dự phòng kháng virus bằng acyclovir đường uống. Acyclovir nên được dùng trước khi bắt đầu điều trị bằng bortezomib và ngưng 4 tuần sau liệu điều trị cuối cùng. Yếu tố kích thích bạch cầu hạt (G-CSF) thường được sử dụng sau khi cấy ghép tự thân. Bổ sung G-CSF sau khi hóa trị liều cao làm giảm tỷ lệ tử vong và bệnh tật, hạn chế bội nhiễm và ngăn ngừa nhiễm nấm. Chủng ngừa cúm, Streptococcus pneumonia và Haemophilus influenzae cũng được khuyến cáo.

Chăm sóc hỗ trợ cho bệnh thần kinh ngoại vi

Nhiều bệnh nhân đa u tủy có bệnh lý thần kinh ngoại vi thường do phối hợp với các bệnh đi kèm như đái tháo đường, thiếu vitamin B12, hoặc hội chứng ống cổ tay. Điều này sẽ tăng nguy cơ mắc bệnh thần kinh do thuốc với bortezomib và thalidomide. Bệnh thần kinh do Bortezomib (BiPN) được đặc trưng bởi đau và

bệnh thần kinh cảm giác xa với sự ức chế phản xạ, dẫn đến yếu xa ở các chi dưới . Bệnh thần kinh độ 2 cần giảm 50% liều bortezomib và bệnh thần kinh độ 3 và 4 cần ngừng thuốc.

Các triệu chứng của BiPN cải thiện hoặc hết hoàn toàn ở đa số bệnh nhân sau trung bình 3 tháng sau khi ngừng thuốc, trong khi ở một số bệnh nhân, sự cải thiện tối đa có thể mất 2 năm. Bệnh thần kinh do Thalidomide xảy ra ở 75% bệnh nhân. Điều trị triệu chứng cho bệnh thần kinh do thalidomide và bortezomib thường bao gồm các nhóm thuốc an thần như gabapentin, pregabalin, hoặc thuốc chống trầm cảm ba vòng kết hợp điều chỉnh tình trạng thiếu vitamin B12 và điều trị các bệnh đi kèm gây ra bệnh thần kinh ngoại vi.

Chăm sóc hỗ trợ cho bệnh suy thận

Khoảng 15% -25% bệnh nhân đa u tủy có giá trị creatinin > 2 mg/dL khi được chẩn đoán. Bệnh nhân suy thận có hồi phục có khả năng sống sót tổng thể tốt hơn so với những bệnh nhân không cải thiện . Biến chứng chuyển hóa thường gặp nhất của đa u tủy là tăng canxi huyết, nguyên nhân chủ yếu là tiêu xương do khối u gây ra bởi các yếu tố hoạt hóa tế bào hủy xương như các cytokine và prostaglandin khác nhau. Nồng độ calci máu cao gây độc thận và cần được đa truyền dịch kết hợp lợi tiểu để giúp thận đào thải calci. Bisphosphonates có thể được sử dụng để điều trị chứng tăng canxi huyết. Ngoài ra nồng độ M-protein cao do tương bào ác tính tiết ra gây tăng độ quánh máu cũng làm tổn thương thận và các cơ quan khác. Trong những trường hợp tăng độ quánh máu nghiêm trọng, bệnh nhân cần phải được can thiệp bằng phương pháp thay huyết tương. Để ngăn ngừa tình trạng suy thận, bệnh nhân nên uống nhiều nước, tránh dùng các thuốc độc thận như thuốc giảm đau nhóm NSAIDs, thuốc cản quang.

Chăm sóc hỗ trợ cho thuyên tắc huyết khối

Đa u tủy có liên quan với huyết khối tĩnh mạch (VTE) . Tỷ lệ VTE cao nhất trong 6 tháng đầu sau khi được chẩn đoán . Bệnh hoạt động, nhiễm trùng, tiền sử

VTE trước đó và tình trạng bất động lâu do đau nhức xương đều là những yếu tố nguy cơ đối với VTE ở bệnh nhân u tủy. Thalidomide và lenalidomide đã được chứng minh là có thể làm tăng thêm nguy cơ này, đặc biệt khi kết hợp với steroid hoặc các thuốc gây độc tế bào. Tất cả bệnh nhân đa u tủy bắt đầu điều trị bằng thalidomide hoặc lenalidomide nên được đánh giá nguy cơ VTE để điều trị dự phòng với aspirin hoặc thuốc kháng đông.

Chế độ dinh dưỡng và sinh hoạt

- Bệnh nhân đa u tủy có nguy cơ cao gãy xương tự phát do tổn thương tiêu xương. Trên Xquang có thể thấy hình ảnh hủy xương như mối gặm ở bất cứ vị trí nào của hệ thống khung xương đặc biệt là xương cột sống, xương chậu, các xương dài. Do đó những bệnh nhân đa u tủy có tổn thương xương cần hạn chế vận động mạnh, tránh các hoạt động thể lực và lao động nặng như khiêng vác. Khi đã có biến chứng gãy xương cần bất động, nghỉ ngơi tuyệt đối tại giường dù đã có can thiệp phẫu thuật.

- Chế độ dinh dưỡng cũng đóng vai trò quan trọng trong việc hỗ trợ điều trị cũng như giảm tác dụng phụ của các thuốc điều trị. Trái cây và rau quả xanh cung cấp vitamin và chất xơ có tác dụng phòng ngừa táo bón- một tác dụng thường gặp của các loại thuốc giảm đau và thuốc điều trị đa u tủy. Tuy nhiên người bệnh nên ăn rau và các loại trái cây đã được nấu chín, tránh ăn rau sống, trái cây chưa gọt vỏ để hạn chế nhiễm trùng. Tương tự, các thực phẩm khác như thịt, cá, trứng, các loại hải sản cũng phải được nấu chín, tuyệt đối không ăn đồ tái, sống. Thức ăn tốt nhất nên được chế biến và sử dụng trong ngày. Tuân thủ chế độ “ ăn chín uống sôi” là điều quan trọng nhất đối với chế độ dinh dưỡng của bệnh nhân đa u tủy để hạn chế nhiễm trùng. Đối với bệnh nhân có triệu chứng thiếu máu cần ưu tiên bổ sung các loại thực phẩm giàu sắt và acid folic như thịt đỏ, rau củ có màu xanh đậm. Các bệnh nhân có biến chứng suy thận cần uống nhiều nước, tránh ăn mặn và hạn chế các thực phẩm giàu canxi như các sản phẩm từ sữa, hải sản khi có tăng canxi máu kèm theo.

PHẦN KẾT LUẬN

Điều trị hỗ trợ là một phần thiết yếu trong quản lý điều trị bệnh nhân đa u tủy vì không chỉ cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, mà còn có thể cải thiện khả năng sống sót.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý huyết học – Bộ y tế 2022, chương II, Bệnh máu ác tính- Đa u tủy trang 356-373.
2. Ludwig H, Miguel JS, Dimopoulos MA, Palumbo A, et al, 2013. International Myeloma Working Group recommendations for global myeloma care. *Leukemia*,1–12.
3. Kyle RA, Rajkumar SV, 2009. Criteria for diagnosis, staging, risk stratification and response assessment of multiple myeloma. *Leukemia*, 23:3-9.
4. Barlogie B, Angtuaco E, Bartel T, 2010. Chapter 109: Myeloma. *Williams Hematology eighth edition* (Marshall, Thomas J.Kipps, Uri Seligsohn, Kenneth Kaushansky, Josef T. Prachal).
5. Rajkumar SV. Multiple Myeloma: 2016 update on Diagnosis, Risk-stratification and Management. *Am J Hematol*. 2016 July ; 91(7): 719–734.