Liên Hương. Hiệu quả sử dụng sữa bổ sung đa vi chất CARE100GOLD đối với tình trạng thiếu vi chất dinh dưỡng ở trẻ em 36-60 tháng. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022;509(2).
5. **Nguyễn Thị Lâm** (2014). Cải thiện tình trạng dinh dưỡng bằng sản phẩm sữa dành cho trẻ suy dinh dưỡng thấp còi 1 - 3 tuổi. Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm, 10 (1), 56 - 63.
6. **Global Alliance for Improved Nutrition (GAIN),** 2006. Vitamin and Mineral Deficiencies: Technical Situation Analysis.
7. **Bommer C., Vollmer S. và Subramanian S.V.** (2019). How socioeconomic status moderates the stunting-age relationship in low-income and middle-income countries. BMJ Glob Health, 4 (1), e001175.

ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN ĐA U TỦY XƯƠNG TẠI VIỆN HUYẾT HỌC - TRUYỀN MÁU TRUNG ƯƠNG GIAI ĐOẠN 2019-2023

Vũ Đức Bình[1], Nguyễn Lan Phương[1], Nguyễn Thuỳ Dương[1], Nguyễn Thị Thảo[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân Đa u tuỷ xương mới chẩn đoán giai đoạn 2019-2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 711 bệnh nhân (BN) đa u tuỷ xương (ĐUTX) mới chẩn đoán và điều trị tại khoa Bệnh máu tổng hợp_viện Huyết Học Truyền Máu Trung Ương từ 01/2019 đến 06/2023. **Kết quả:** Nghiên cứu thực hiện trên 711 BN với tỷ lệ nam thấp hơn nữ (0,83:1), độ tuổi thường gặp nhất là 51-70 tuổi (65,68%). Thể Đa u tuỷ xương IgG chiếm tỷ lệ cao nhất, trong đó IgG-K là 38%, IgG-L 23,3%. Trên xét nghiệm sinh hoá, tăng protein toàn phần, giảm Albumin và tăng B2M gặp tỷ lệ cao (>70%). Đột biến Dups1q là bất thường di truyền gặp với tỷ lệ cao nhất (49,1%), tiếp đến là del 13q (39,7%), t(14;16) gặp thấp nhất ở 2,5% số ca bệnh. Trong đó, có nhiều BN có từ 2 bất thường di truyền trở lên (73,9%), 1 BN có cả 6 bất thường di truyền. 33.8% BN có suy thận tại thời điểm chẩn đoán. Tỷ lệ BN có suy thận gặp nhiều hơn ở thể bệnh chuỗi nhẹ (Kappa 56%, Lambda 38%) so với thể bệnh IgA (32,3%) và IgG (31%) với p=0.002. ***Từ khoá:*** Đa u tuỷ xương, đặc điểm lâm sàng, đặc điểm cận lâm sàng, đa u tuỷ xương mới chẩn đoán, đa u tuỷ.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH MULTIPLE MYELOMA AT THE NATIONAL INSTITUTE OF HEMATOLOGY AND BLOOD TRANSFUSION IN THE PERIOD 2019-2023

Objective: To describe the clinical presentations and workups of newly diagnosed multiple myeloma patients in the period 2019-2023. **Subjects and method:** A total of 711 patients newly diagnosed with multiple myeloma were treated at the National Institute of Hematology and Blood Transfusion from January 2019 to June 2023. **Results:** In this study, the most commonly affected age group for multiple myeloma was 51–70 years (65.68%). Fewer number of male than female (male/female = 0.83:1). The IgG subtype was the most common, with IgG-K and IgG-L accounting for 38% and 23.3% of cases, respectively. Elevated total protein, decreased albumin, and increased B2M levels were noted in 70% of patients. The most frequent genetic abnormality was dup(1q) (49.1%), followed by del(13q) (39.7%), with t(14;16) being the least common at 2.5%. Notably, 73.9% of patients presented with two or more genetic abnormalities, and one patient exhibited all six genetic variations. Kidney failure was observed in 33.8% of patients at diagnosis, with a significantly higher prevalence in those with light chain disease (Kappa 56%, Lambda 38%) compared to IgA (32.3%) and IgG (31%) subtypes (p = 0.002).

Keywords: Multiple myeloma, clinical features, paraclinical features, newly diagnosed multiple myeloma, multiple myeloma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đa u tuỷ xương (ĐUTX) là một bệnh tăng sinh ác tính tương bào (plasma cells. Bệnh chiếm 1,8% trong các bệnh ác tính nói chung và khoảng 18% trong các bệnh máu ác tính.

Tại Việt Nam, không phải bệnh viện nào cũng có đủ điều kiện để làm các xét nghiệm chẩn đoán xác định bệnh lý ĐUTX, do vậy bệnh nhân ĐUTX thường bị chẩn đoán nhầm với các bệnh lý khác trong một thời gian và đến khi được điều trị đã ở giai đoạn khá muộn với nhiều biến chứng của bệnh. Tại khoa Bệnh máu Tổng hợp – Viện Huyết học-Truyền máu Trung ương là nơi tập trung điều trị chủ yếu các bệnh nhân ĐUTX, hàng năm số lượng bệnh nhân tăng dần lên, tuy nhiên, chưa có một nghiên cứu đầy đủ và kéo dài được thực hiện để khái quát về đặc điểm bệnh nhân ĐUTX, giúp đưa ra các dấu hiệu về lâm sàng cũng như XN giúp các bác sĩ có thể sớm định hướng tới bệnh lý ĐUTX, chẩn đoán kịp thời BN. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân ĐUTX mới chẩn đoán.*

[1]*Viện Huyết học – Truyền máu Trung ương*
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Đức Bình
Email: vuducbinh@gmail.com
Ngày nhận bài: 5.2.2025
Ngày phản biện khoa học: 19.3.2025
Ngày duyệt bài: 11.4.2025

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu, chọn mẫu thuận tiện

2.2. Đối tượng nghiên cứu: 711 bệnh nhân chẩn đoán đa u tủy xương lần đầu, điều trị tại khoa Bệnh máu tổng hợp từ 01/2019 đến tháng 06/2023

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Chẩn đoán xác định đa u tủy xương theo tiêu chuẩn của IMWG năm 2014.

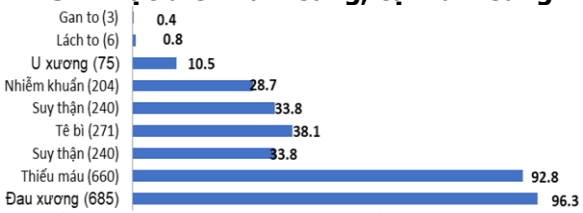
- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân lơ xê mi dòng plasmo. ĐUTX thể thầm lặng, MGUS. Bệnh nhân không đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu: Phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân ĐUTX. Tỷ lệ BN nam ít gặp hơn so với BN nữ, trong 711 bệnh nhân nghiên cứu có 322 nam (45,3%) và 389 nữ (54,7%). Tuổi trung bình của nhóm BN nghiên cứu là 64,81 tuổi, trong đó BN ở độ tuổi từ 51 – 70 tuổi gặp nhiều nhất (65,68%) và không gặp BN nào dưới 30 tuổi. 287 bệnh nhân (40,4%) có bệnh lý kèm theo, tăng huyết áp, đái tháo đường type II, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là ba bệnh lý gặp nhiều nhất ở BN ĐUTX tại thời điểm chẩn đoán, một số bệnh lý khác như viêm dạ dày, suy tim, viêm gan B, viêm gan C ít gặp hơn.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng



Biểu đồ 3.1. Một số đặc điểm lâm sàng tại thời điểm chẩn đoán (n=711)

Đau xương và thiếu máu là hai triệu chứng hay gặp nhất. Các triệu chứng gan to, lách to ít gặp ở BN ĐUTX.

Có 92,82% BN có lượng Hemoglobin (Hb) giảm tại thời điểm chẩn đoán bệnh, với các mức độ khác nhau, trong đó hay gặp là Hb giảm mức độ trung bình và nhẹ lần lượt là 49,23% và 39,24%. Các BN đều có số lượng tiểu cầu và BC trong giới hạn bình thường. Tỷ lệ gặp tế bào Plasmo máu ngoại vi ở 1,7% BN. Tỷ lệ BN có protein tăng cao là 72,4%. LDH tăng cao chỉ gặp 23,6%, B2M tăng cao gặp ở 77,6% BN, tỷ lệ tăng calciTP chiếm 12,5%. Có 71% BN có tăng chỉ số D-Dimer từ 500-5000. Các chỉ số Fibrinogen giảm, PT giảm, rAPTT kéo dài chiếm tỷ lệ lần lượt 8,3%; 21,8%; 21%.

Có 94,5% BN có tổn thương xương kết hợp tại thời điểm chẩn đoán. Trong các BN nghiên cứu thì hầu hết các tổn thương xương hay gặp là xương dẹt và xương trục như xương sọ, sườn, chậu, cột sống. Một số trường hợp có tình trạng gãy xương bệnh lý, thường gặp ở xương sườn, xương cánh tay, xương đùi. Hình thái tổn thương xương chủ yếu là khuyết xương, tiêu xương.

Bảng 3.1. Đặc điểm bất thương di truyền (n=711)

	Không bất thường	Có bất thường DT						Tổng
		Đơn độc	2	3	4	5	6	
n	229	185	190	91	13	2	1	711
%	32,2	26,1	26,7	12,8	1,8	0,3	0,1	100%

Trong các BN có bất thường di truyền, tỷ lệ BN có 2 bất thường kết hợp gặp nhiều nhất với 26,7%, có 1 BN (0,1%) có cả 6 bất thường.

Bảng 3.2. Tỷ lệ các bất thường di truyền (n=711)

Bất thường di truyền	n	Tỷ lệ (%)
Del17p	71	10
Del13q	282	39,7
t(4;14)	142	20
t(14;16)	18	2,5
Del1p	46	6,5
Dups1q	349	49,1

Khảo sát 6 đột biến: del (17q), del (13q), t (4;14), t(14;16), del (1p), dups (1q), cho thấy dups (1q) là bất thường di truyền gặp với tỷ lệ cao nhất (49,1%) tại thời điểm chẩn đoán, tiếp đến là del(13q) với 39,7%, t(14;16) ít gặp nhất với 2,5%. 74,4% BN có công thức NST bình thường tại thời điểm chẩn đoán, 15,2% bất thường và 10,3% mitose âm tính.

Bảng 3.3. Đặc điểm tổn thương thận

Suy thận	n	Tỷ lệ (%)
Không suy thận	471	66,2
Độ I	103	14,5
Độ II	86	12,1
Độ III	23	3,3
Độ IV	28	3,9
Tổng	**711**	**100**

Có 33,8% BN có suy thận tại thời điểm chẩn đoán, trong đó suy thận độ I chiếm tỷ lệ cao nhất với 14,5%.

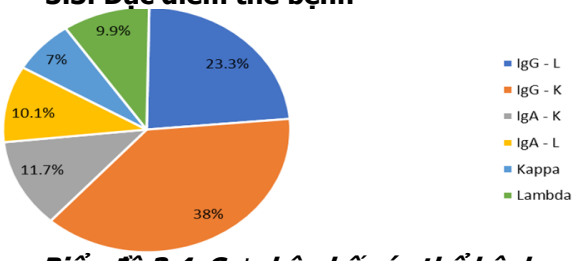
Bảng 3.4. Đặc điểm giai đoạn bệnh và nhóm nguy cơ (n=71)

Giai đoạn bệnh		Nhóm nguy cơ	
Gđ I	15%	Tiêu chuẩn	36.6%
Gđ II	33%	Trung bình	6.3%
Gđ III	52%	Cao	57.1%

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận bệnh

nhân được chẩn đoán giai đoạn III gặp nhiều nhất (52.5%), giai đoạn I, II gặp tỷ lệ 15,2%, 32,6%. Tỷ lệ BN thuộc nhóm nguy cơ cao gặp nhiều nhất với 57,1%, nhóm nguy cơ trung bình gặp ít nhất với 6,3%.

3.3. Đặc điểm thể bệnh



Biểu đồ 3.4. Sự phân bố các thể bệnh (n=711)

ĐUTX IgG-K là thể bệnh gặp nhiều nhất (38%), tiếp đến là thể bệnh IgG-L, các thể bệnh chuỗi nhẹ Lambda và Kappa gặp ít hơn với tỷ lệ lần lượt là 9,9% và 7%.

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa suy thận với thể bệnh

Suy thận	Thể bệnh				Tổng	P
	IgA	IgG	Kappa	Lambda		
Không (n) %	105 67,7	301 69	22 44	43 61,4	471 66,2	0,004
Có (n) %	50 32,3	135 31	28 56	27 38,6	240 33,8	
Tổng (n) %	155 100	436 100	50 100	70 100	711 100	

Tỷ lệ bệnh nhân có suy thận gặp nhiều nhất ở thể bệnh chuỗi nhẹ Kappa (56%), thấp nhất ở thể bệnh IgG (31%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p = 0,004.

IV. BÀN LUẬN

ĐUTX là bệnh lý huyết học ác tính phổ biến, chiếm 10 – 15% trong tổng số các ca ác tính huyết học chẩn đoán mới. [1]. Tỷ lệ mắc bệnh liên quan chặt chẽ đến tuổi của người bệnh, gần một nửa số ca mắc mới từ 75 tuổi trở lên [2]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 0,83 với tuổi trung bình tại thời điểm chẩn đoán là 64,81 tuổi.

Tại thời điểm chẩn đoán, có khoảng 40% BN có bệnh lý mắc kèm, trong đó tăng huyết áp, đái tháo đường type II, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là ba bệnh lý gặp nhiều nhất, các bệnh lý khác như viêm dạ dày, viêm gan B, viêm gan C, suy tim, ung thư gan, ung thư vú, bệnh lý tuyến giáp cũng gặp với tần suất thấp hơn. Đây là một trở ngại đáng kể cho chẩn đoán, điều trị và theo dõi người bệnh. Nghiên cứu của Ingigerður S. Sverrisdóttir năm 2021 trên 13656 BN ĐUTX mới chẩn đoán cho thấy hơn 50% bệnh nhân ĐUTX có bệnh đi kèm khi chẩn đoán và khả năng sống sót giảm khi số lượng bệnh đi kèm tăng [5].

Trong nhóm BN nghiên cứu, đau xương và thiếu máu là hai triệu chứng thường gặp ở BN ĐUTX mới chẩn đoán với tỷ lệ trên 90%. Thiếu máu bình sắc hồng cầu bình thường gặp ở tất cả các mức độ từ nhẹ cho đến rất nặng. Bên cạnh đó, các tổn thương xương cũng làm nặng thêm tình trạng bệnh, đau xương cột sống thắt lưng, xương sườn và xương bả vai là những vị trí hay gặp nhất. Chúng tôi gặp 94,5% BN có các tổn thương xương kết hợp trên phim chụp Xq và chỉ có 3,4% BN không có tổn thương xương tại thời điểm chẩn đoán. Các triệu chứng khác như suy thận, tê bì tay chân, nhiễm khuẩn gặp với tỷ lệ lần lượt là 33,8%; 38,1%; 28,7%. Các triệu chứng như gan to, lách to rất hiếm gặp, một số nghiên cứu khác cũng cho thấy tỷ lệ BN ĐUTX có gan to, lách to, hạch to lần lượt là 4%, 1%, 1% [3]. Các vị trí nhiễm khuẩn thường gặp là viêm phổi, nhiễm khuẩn tiết niệu và nhiễm khuẩn tiêu hóa.

Bên cạnh đó, BN ĐUTX mới cũng có những thay đổi về một số chỉ số tế bào máu. Có 95 BN (13,36%) có số lượng tiểu cầu < 100G/l, 123 BN (17,3%) có số lượng bạch cầu < 4G/l, và 12 BN (1,7%) có tế bào plasmo ở máu ngoại vi. Trong một nghiên cứu trên 1027 BN ĐUTX mới chẩn đoán cũng cho thấy có 20% BN có số lượng BC < 4G/l và 1% BN có số lượng BC < 2G/l, BC > 10G/l được quan sát thấy ở 8% BN và có 8 BN có số lượng BC > 25G/l, cũng theo nghiên cứu này có 3% BN có tế bào plasmo ở máu ngoại vi. Giảm tiểu cầu < 100G/l xuất hiện ở 5% BN và số lượng TC tăng > 500G/L với 2% BN [3].

Chúng tôi thống kê có 515 BN (72,4%) có protein toàn phần > 82g/l, tỷ lệ BN có giảm albumin máu < 35g/l là 71,3%, 87,2% BN có tỷ lệ A/G < 1,3. Trong nghiên cứu, 240 BN (33,8%) có suy thận, trong đó có 5 BN có chỉ định lọc máu và tử vong sau đó do tình trạng bệnh nặng với chỉ số creatinin lần lượt là 982 µmol/l, 1039 µmol/l, 784 µmol/l, 1060 µmol/l, 672 µmol/l, đây đều là những BN thuộc giai đoạn III và nguy cơ cao, lần lượt thuộc các thể bệnh chuỗi nhẹ kappa, IgG-L, IgG-K, chuỗi nhẹ lambda và IgA-L. 168 BN (23,6%) có chỉ số LDH > 460U/l, calci toàn phần tăng > 2,75 µmol/l gặp ở 12,5% BN và 77,6% BN có β2M > 3,5mg/l. Nghiên cứu khác cho thấy có 19% BN có creatinin > 177 µmol/l, 13% BN có tăng calci máu, 7% BN có tăng LDH [3].

Đông máu bất thường là một trong những nguyên nhân chính gây tử vong ở BN ĐUTX. D-Dimer, fibrinogen, thời gian protrombin... đều là những chỉ số quan trọng phản ánh chức năng đông máu của cơ thể. Chúng tôi quan sát thấy

có 8,3% BN có giảm fibrinogen < 2g/l, 23,6% BN có tăng fibrinogen > 4g/l, PT < 70% gặp ở 21,8% BN, 0,7% BN có PT > 140%, rAPTT > 1,2 gặp ở 21,2% BN, 83,1% BN có tăng D-Dimer trong đó 12,1% BN có D-Dimer > 5000ng/ml. Trong một nghiên cứu trên 29 BN ĐUTX mới chẩn đoán cho thấy PT, APTT kéo dài đáng kể ở BN ĐUTX so với nhóm đối chứng với tỷ lệ lần lượt là 48,3%, 68,9%, D-Dimer cũng tăng cao ở BN ĐUTX so với nhóm đối chứng (75,9%), fibrinogen giảm gặp ở 37,9% và tăng gặp ở 3,4% BN [6]. Khi so sánh giữa các thể bệnh người ta cũng nhận thấy rằng PT, APTT có vẻ kéo dài hơn ở nhóm IgA và IgG hơn so với nhóm chuỗi nhẹ nhưng D-Dimer lại tăng cao hơn ở nhóm chuỗi nhẹ so với hai nhóm còn lại, điều này đặt ra câu hỏi liệu rằng tỷ lệ huyết khối cũng gặp nhiều hơn ở nhóm chuỗi nhẹ hay không cần tiếp tục nghiên cứu sâu hơn nữa [7].

ĐUTX là một bệnh lý phức tạp về mặt di truyền và không đồng nhất, sự biểu hiện đồng thời của các gene bất thường dẫn đến sự phát triển và tiến triển của bệnh. Với 6 bất thường di truyền được tiến hành bằng FISH, có 32,2% BN không phát hiện bất thường nào, trong số các BN có bất thường di truyền, tỷ lệ BN có 2 bất thường di truyền kết hợp gặp nhiều nhất với 26,7%, có 2 BN (0,3%) có 5 bất thường di truyền kết hợp và 1 BN (0,1%) có cả 6 bất thường truyền. 3 BN này có 2 BN thuộc thể bệnh IgG và 1 BN thuộc thể bệnh IgA, giai đoạn III, 1 BN suy thận độ II và 2 BN suy thận độ IV, cả 3 BN đều được điều trị với phác đồ VCD-T nhưng tử vong sau đó do bệnh tiến triển. Khi quan sát từng bất thường di truyền, chúng tôi nhận thấy dups1q gặp với tỷ lệ cao nhất (49,1%), tiếp đến là del13q (39,7%). Khi xếp nhóm nguy cơ theo bất thường di truyền, tỷ lệ bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ tiêu chuẩn, nguy cơ trung bình và nguy cơ cao lần lượt là 36,6%, 6,3%, 57,1%.

Suy thận thường gặp trong ĐUTX và sự suy giảm chức năng thận kéo dài ảnh hưởng đến tiên lượng người bệnh. Bệnh thận do sự lắng đọng chuỗi nhẹ tự do đơn dòng với uromodulin trong ống thận là nguyên nhân chính gây tổn thương thận cấp tính ở BN ĐUTX [8]. Sự kết hợp giữa thuốc ức chế proteasome (bortezomib) và dexamethasone liều cao là phương pháp điều trị ở những bệnh nhân mới được chẩn đoán bị suy thận [8]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 33,8% BN có suy thận (từ độ I đến độ IV) tại thời điểm chẩn đoán, trong đó suy thận độ I chiếm tỷ lệ cao nhất với 14,5%, suy thận độ II, độ III, độ IV với tỷ lệ lần lượt là 12,1%, 3,3%, 3,9%, trong đó 5 BN suy thận độ IV phải chạy thận nhân tạo và tử vong nhanh chóng sau đó. Tiên lượng chủ yếu phụ thuộc vào mức độ suy thận, BN có tổn thương thận có thể sống sót trung bình khoảng 20 tháng. 80% BN sẽ hồi phục chức năng thận nếu được chẩn đoán và điều trị kịp thời [8].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ĐUTX IgG (bao gồm cả IgG-K và IgG-L chiếm tỷ lệ cao nhất với 61,3%, ĐUTX IgA chiếm 21,8% và thể bệnh chuỗi nhẹ chiếm 16,9%, tương đồng với tác giả Bagratuni nghiên cứu trên 200 BN ĐUTX, tỷ lệ các thể ĐUTX IgG, ĐUTX IgA, ĐUTX chuỗi nhẹ lần lượt là 57%, 23%, 20%. [4]

Khi xem xét mối liên quan giữa suy thận và thể bệnh, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ BN có suy thận khác nhau giữa các thể bệnh, gặp nhiều nhất ở thể bệnh chuỗi nhẹ kappa (56%), tiếp đến là thể bệnh chuỗi nhẹ Lambda với 38,6%. Nhiều nghiên cứu cũng chỉ ra BN ĐUTX có suy thận có tình trạng lâm sàng kém hơn, tổn thương xương tiến triển hơn, LDH cao hơn, mức độ thiếu máu nặng nề hơn và tăng calci máu cao hơn; 87% bệnh nhân suy thận ở giai đoạn III [10]; cũng theo nghiên cứu này, tỷ lệ BN có suy thận ở thể bệnh chuỗi nhẹ lambda là 51%, kappa là 40%, IgG và IgA lần lượt là 38% và 24%, thiếu máu gặp ở 53% BN có suy thận trong khi ở nhóm không suy thận là 26%, tỷ lệ tử vong trong 2 tháng đầu của BN ĐUTX mới chẩn đoán cũng cao hơn khoảng 30% so với nhóm không có suy thận [9].

BN ĐUTX thường được chẩn đoán khi đã ở giai đoạn muộn, có thể do triệu chứng lâm sàng đa dạng, dễ nhầm lẫn với bệnh của nhiều chuyên khoa khác nhau như cơ xương khớp, thận tiết niệu hoặc hô hấp… Trong nghiên cứu của chúng tôi, 52,2% BN ở giai đoạn III, giai đoạn I và giai đoạn II lần lượt là 15,2% và 32,6%. Giai đoạn bệnh càng muộn, người bệnh càng có nguy cơ thiếu máu, suy thận cao hơn. Thiếu máu trong ĐUTX có thể do suy thận giảm sản xuất erythropoietin, sự lấn át của các tế bào plasmo ác tính trong tủy hoặc do ảnh hưởng của hóa trị liệu. Khi gánh nặng bệnh tật càng lớn, người bệnh càng dễ bị thiếu máu [10].

V. KẾT LUẬN

- ĐUTX là bệnh lý huyết học ác tính với tuổi trung bình chẩn đoán là 64 tuổi. Thể bệnh IgG, giai đoạn III, nhóm nguy cơ cao gặp với tỷ lệ cao nhất.

- Thiếu máu, đau xương là hai triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất với tỷ lệ cao trên 90%, trong đó chủ yếu gặp thiếu máu mức độ nhẹ và trung bình, đa phần có nhiều tổn thương xương

kết hợp tại thời điểm chẩn đoán (94,5%), các xương hay bị tổn thương là các xương dài và xương dẹt như xương sườn, chậu, cột sống, gặp tỷ lệ cao là các tổn thương tiêu xương, khuyết xương.

- BN ĐUTX có bệnh lý kết hợp tại thời điểm chẩn đoán chiếm tỷ lệ 40,36%. Thể bệnh ĐUTX gặp tỷ lệ cao nhất là thể IgG (IgG-K 38%, IgG-L 23,3%). Trên xét nghiệm sinh hoá, tăng ProTP, giảm Albumin và tăng B2M gặp tỷ lệ cao (>70%).

- Dups1q là bất thường di truyền gặp với tỷ lệ cao nhất (49,1%), tiếp đến là del 13q (39,7%), t(14;16) gặp thấp nhất với 2,5%. Trong đó, có nhiều bệnh nhân có từ 2 bất thường di truyền trở lên (73,9%), 1 bệnh nhân có cả 6 bất thường di truyền được khảo sát.

- 33.8% BN có suy thận tại thời điểm chẩn đoán. Tỷ lệ BN có suy thận gặp nhiều hơn ở thể bệnh chuỗi nhẹ (Kappa 56%, Lambda 38%) so với thể bệnh IgA (32,3%) và IgG (31%) với p=0.002; suy thận cũng gặp với tỷ lệ cao hơn ở giai đoạn III (84,2%) so với giai đoạn I và giai đoạn II.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Smith D. and Yong K.** (2013). Multiple myeloma. BMJ, 346, f3863.
2. **Myeloma statistics. Cancer Research UK,** (2015) <https://www. cancerresearchuk.org/ health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/myeloma>, accessed: 11/13/2023.
3. **Review of 1027 Patients With Newly Diagnosed Multiple Myeloma - Mayo Clinic Proceedings.** <https://www. mayoclinic proceedings. org/article/S0025-6196(11)61827-2/fulltext>, accessed: 11/12/2023.
4. **Bagratuni T., Kastritis E., Politou M., et al.** (2013). Clinical and genetic factors associated with venous thromboembolism in myeloma patients treated with lenalidomide-based regimens. Am J Hematol, 88(9), 765–770.
5. **Sverrisdóttir I.S., Rögnvaldsson S., Thorsteinsdottir S., et al.** (2021). Comorbidities in multiple myeloma and implications on survival: A population-based study. Eur J Haematol, 106(6), 774–782.
6. **Gogia A., Sikka M., Sharma S., et al.** (2018). Hemostatic Abnormalities in Multiple Myeloma Patients. Asian Pac J Cancer Prev APJCP, 19(1), 127–130.
7. **Pan P. and Liu J.** (2022). Analysis of Coagulation Abnormality in Patients with Multiple Myeloma and Its Clinical Significance. Evid-Based Complement Altern Med ECAM, 2022, 5120967.
8. **Kundu S., Jha S.B., Rivera A.P., et al.** Multiple Myeloma and Renal Failure: Mechanisms, Diagnosis, and Management. Cureus, 14(2), e22585.
9. **Bladé J., Fernández-Llama P., Bosch F., et al.** (1998). Renal Failure in Multiple Myeloma: Presenting Features and Predictors of Outcome in 94 Patients From a Single Institution. Arch Intern Med, 158(17), 1889–1893.
10. **Rokicka-Piotrowicz M., Paszkowska M., Król M., et al.** (2000). [Analysis of causes for anemia in patients with multiple myeloma]. Pol Arch Med Wewn, 104(6), 843–851.

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG: U TUYẾN CẬN GIÁP TĂNG TIẾT PTH BIẾN CHỨNG LOÃNG XƯƠNG NẶNG, GÃY XƯƠNG BỆNH LÝ – LIỆT HAI CHI DƯỚI

Nguyễn Lê Thuận[1,2], Phan Minh Hoàng[1], Đặng Công Duy[1,2], Cao Đức Thoại[1], Lê Tất Thắng[1], Đỗ Thị Mỹ Phượng[1], Lục Nguyễn Quỳnh Như[1]

TÓM TẮT

Cường cận giáp nguyên phát (PHPT) là một rối loạn nội tiết phổ biến, dẫn đến tăng tiết hormone cận giáp (PTH), tăng canxi máu và loãng xương thứ phát. Chúng tôi trình bày một trường hợp PHPT không được phát hiện sớm, dẫn đến loãng xương nặng. Bệnh nhân gãy lún cột sống sau một chấn thương nhẹ di chứng tổn thương tủy gây liệt hai chi dưới phải sinh hoạt tại giường trong suốt 3 năm. Bệnh nhân được điều trị nội khoa hỗ trợ trước phẫu thuật bằng cinacalcet và biphosphonate. Phẫu thuật cắt tuyến cận giáp là điều trị tiệt căn duy nhất với tỉ lệ chữa khỏi hơn 95%. Sau phẫu thuật, nồng độ PTH và canxi máu trở về bình thường giúp ngăn ngừa các biến chứng lâu dài trên thận. Tuy nhiên, tình trạng loãng xương nặng và hủy xương tại nhiều vị trí kéo dài 3 năm qua khiến tiên lượng hồi phục vận động khó khả quan. Trường hợp này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc chẩn đoán sớm PHPT và can thiệp kịp thời để tránh các di chứng đáng tiếc.

Từ khóa: Cường cận giáp nguyên phát, loãng xương thứ phát, gãy xương bệnh lý, u tuyến cận giáp.

[1]Bệnh viện Phục hồi chức năng – Điều trị bệnh nghề nghiệp
[2]Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch
Chịu trách nhiệm chính: Phan Minh Hoàng
Email: drminhhoang@gmail.com
Ngày nhận bài: 6.2.2025
Ngày phản biện khoa học: 18.3.2025
Ngày duyệt bài: 10.4.2025

SUMMARY

CLINICAL CASE REPORT: PTH HYPERSECRETORY PARATHYROID TUMOR CAUSING COMPLICATIONS: SEVERE OSTEOPOROSIS, PATHOLOGICAL