

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Weatherall DJ, Clegg JB. The Thalassemia Syndromes. 1st ed. Wiley; 2001. doi:10.1002/9780470696705
2. Doro MG, Casu G, Frogheri L, et al. Molecular Characterization of β -Thalassemia Mutations in Central Vietnam. Hemoglobin. Published online March 4, 2017. Accessed February 19, 2025. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03630269.2017.1321013>
3. Trần TB, Nguyễn THM, Nguyễn TY. Đặc điểm lâm sàng và huyết học bệnh thalassemia ở trẻ em tại bệnh viện nhi thanh hóa. Tạp chí học việt nam. 2022;517(1). doi:10.51298/vmj.v517i1.3135
4. Long NP, Phương LT, Hà VVV, Nghĩa PT, Khánh TV. Phát hiện người mang gen bệnh β -thalassemia bằng kỹ thuật giải trình tự gen sanger. Tạp Chí Học Việt Nam. 2022;520(2). doi:10.51298/vmj.v520i2.4183
5. Dương NT, Khánh MH, Trãi DQ, et al. nghiên cứu đột biến gen gây bệnh β – thalassemia ở sinh viên trường đại học y dược cần thơ năm 2022. Tạp Chí Học Việt Nam. 2023;529(1). doi:10.51298/vmj.v529i1.6318
6. Khánh BQ, Hà NTT, Minh NH, Hoàn ĐK, Thành HK, Trí NA. Thực trạng mang gen bệnh thalassemia của học sinh dân tộc kinh tại một số tỉnh và thành phố năm 2017. Published online 2021.
7. Phương PTT, Chính DQ, Bình NTN, Tùng NQ. Xác định các biến thể gen HBB ở người bệnh β -thalassemia tại Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương. Tạp Chí Nghiên Cứu Học. 2024; 183(10): 11-18. doi:10.52852/tcnchy.v183i10.2882
8. SI T. The molecular basis of β -thalassemia. Cold Spring Harb Perspect Med. 2013;3(5). doi:10.1101/cshperspect.a011700

ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN U LYMPHO KHÔNG HODGKIN Ở NGƯỜI LỚN TẠI VIỆN HUYẾT HỌC-TRUYỀN MÁU TRUNG ƯƠNG GIAI ĐOẠN 2019-2023

Vũ Đức Bình¹, Nguyễn Lan Phương¹

TÓM TẮT

U lympho không Hodgkin (ULPKH) là nhóm bệnh lý có diễn biến phức tạp do tăng sinh ác tính dòng lympho. Là nhóm bệnh lý thường gặp trong chuyên khoa huyết học, số lượng ngày càng tăng. Bệnh rất đa dạng về mặt lâm sàng và sinh học, bao gồm các thể diễn tiến chậm đến diễn tiến nhanh. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán, điều trị cũng như tiên lượng bệnh lý u lympho. **Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân ULPKH ở người lớn tại Viện Huyết học – Truyền máu Trung ương. **Đối tượng:** 800 bệnh nhân ULPKH người lớn tại Viện Huyết học – Truyền máu Trung ương từ tháng 1/2019 đến tháng 7/2023. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang có tiên cứu và hồi cứu. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là $54,63 \pm 15,87$ tuổi; tỷ lệ nam nhiều hơn nữ (1,5:1). Phần lớn gặp TB B chiếm 80,4%, u lympho tế bào B lớn lan tỏa (DLBCL) chiếm 55,3%; tế bào T và T/NK chiếm 19,6%. Trong 643 BN tế bào B, tỷ lệ CD20 (+) chiếm 97,5%. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là hạch to (55,4%). 38,8% bệnh nhân có hội chứng B. Tổn thương ngoài hạch chiếm tỷ lệ 57,1%. Vị trí tổn thương: ở tinh hoàn, thần kinh trung ương, gặp DLBCL là chủ yếu (>90%); ở mũi xoang T/NK là chủ yếu (67,6%), ở da chủ yếu tế bào T (80,1%). Còn các vị trí khác thì DLBCL chiếm tỷ lệ 40-80%. Giai đoạn III và IV chiếm tỷ lệ cao (26,1% và 37%). 39,2% bệnh nhân có thiếu máu; bệnh nhân có số lượng tiểu cầu giảm là 13,9%. Có 20,9% bệnh nhân

có xâm lấn tủy. Tỷ lệ xâm lấn tủy ở nhóm bệnh tiến triển chậm thấp hơn nhóm tiến triển nhanh ($p < 0,05$), nhóm U lympho tế bào áo nang (MCL) và u lympho tế bào nhỏ (SLL) cao hơn các nhóm TB B khác. ULPKH tế bào T và T/NK có nồng độ B2M huyết thanh cao hơn các nhóm khác ($p < 0,05$). **Từ khóa:** u lympho, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng u lympho không Hodgkin, u lympho không hodgekin.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF NON-HODGKIN LYMPHOMA IN ADULTS AT NATIONAL INSTITUTE OF HEMATOLOGY AND BLOOD TRANSFUSION FROM 2019-2023

Non-Hodgkin's lymphoma (NHL) is a group of diseases with complicated progression due to malignant lymphoid proliferation. This is a common group of diseases in hematology, the number is increasing. NHL is a group of diseases that are clinically and biologically very diverse, including slowly progressing to rapidly progressing forms. Clinical and paraclinical features play an important role in diagnosis, treatment and prognosis of lymphoma. **Objective:** To survey the clinical and paraclinical characteristics of NHL in adults at the National Institute of Hematology and Blood Transfusion. **Subjects:** 800 adult NHL patients at the National Institute of Hematology and Blood Transfusion from January 2019 to July 2023. **Research method:** cross-sectional description with prospective and retrospective. **Results:** The average age was 54.63 ± 15.87 years; The ratio of men is higher than that of women (1.5:1). The majority of B cell lymphoma 80.4%, diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) 55.3%; T cells lymphoma and T/NK cells lymphoma 19.6%. In 643 B-cell patients, the CD20 (+) rate accounted for 97.5%. The most common clinical symptom is lymph node enlargement (55.4%). 38.8% of patients have

¹Viện Huyết học – Truyền máu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Đức Bình

Email: vuducbinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.4.2025

Ngày duyệt bài: 12.5.2025

syndrome B. Extranodal lesions account for 57.1%. Location of damage: in the testicles, the central nervous system meets DLBCL mainly (>90%); In the nose and sinuses T/NK is mainly (67.6%), in the Cutaneous lymphoma mainly T cells (90%). As for other positions, DLBCL accounts for 40-80%. Patients are mainly in stages III and IV (26.1% and 37%). 39.2% anemia; 13.9% thrombocytopenia. 20.9% marrow invasion. The rate of marrow invasion in the slowly progressing disease is lower than aggressive lymphomas ($p < 0.05$), mantle cell lymphoma (MCL) and small cell lymphoma (SLL) is higher than other B-cell lymphoma subtypes. T cells lymphoma and T/NK cells lymphoma had higher serum B2M levels than other ($p < 0.05$). **Keywords:** Lymphoma, Clinical and Paraclinical characteristics of non-Hodgkin lymphoma, non-Hodgkin lymphoma

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U lympho không Hodgkin (ULPKH) là nhóm bệnh lý có diễn biến phức tạp do tăng sinh ác tính dòng lympho, bao gồm các thể diễn tiến chậm đến diễn tiến nhanh. Bệnh khởi phát và tiến triển chủ yếu ở hệ thống hạch bạch huyết, ngoài ra ULPKH còn khởi phát ở ngoài hệ thống hạch bạch huyết như ở dạ dày, ruột, phổi, xương, vú, da, tinh hoàn... Điều trị ULPKH dựa vào tiêu chí chính là thể bệnh theo phân loại mô bệnh học và giai đoạn bệnh. Để tổng kết lại những đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng về bệnh ULPKH đã và đang được điều trị tại viện, nhằm giúp các nhà lâm sàng có thêm kinh nghiệm trong chẩn đoán và điều trị, chúng tôi đặt ra bài báo này với mục tiêu sau: *Khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân u lympho không Hodgkin tại viện Huyết học – Truyền máu TW từ năm 2019 – 2023.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 800 BN được chẩn đoán U lympho không Hodgkin tại Viện Huyết học – Truyền máu TW.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang, tiến cứu, hồi cứu.

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

✓ **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Tuổi ≥ 16 ; được chẩn đoán xác định u lympho không Hodgkin chưa từng được điều trị trước đó.

✓ **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh án không đầy đủ các dữ liệu nghiên cứu.

2.2.3. Thời gian nghiên cứu: Từ 1/2019 đến 7/2023.

2.2.4. Các biến số:

- Biến số mô tả đặc điểm chung: Tuổi, giới
- Biến số mô tả đặc điểm lâm sàng: Hạch to, lách to, các vị trí ngoài hạch, thiếu máu,

XHDD...các bệnh lý kèm theo.

2.2.5. Tiêu chuẩn đánh giá:

- Chẩn đoán bệnh, thể bệnh dựa theo tiêu chuẩn phân loại u lympho theo WHO 2008.

- Chẩn đoán giai đoạn theo phân giai đoạn của Ann Arbor 1971.

2.2.6. Thu thập và xử lý số liệu. Tính các tỷ lệ %, so sánh các giá trị trung bình bằng thuật toán T-test trên phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung. Đặc điểm tuổi, giới: tổng số BN nghiên cứu là 800BN: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $54,63 \pm 15,87$ tuổi. số lượng bệnh nhân nam nhiều hơn nữ (Nam/Nữ là 1,5:1).

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

3.2.1. Đặc điểm lâm sàng

a. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp

Bảng 3.1. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp

Triệu chứng	Số bệnh nhân	
	n	(%)
Hạch to	442	55,4
Lách to	94	11,8
Gan to	50	6,3
Thiếu máu	310	38,8
XHDD	9	1,1
Triệu chứng do u chèn ép	166	20,8
Triệu chứng B	311	38,8

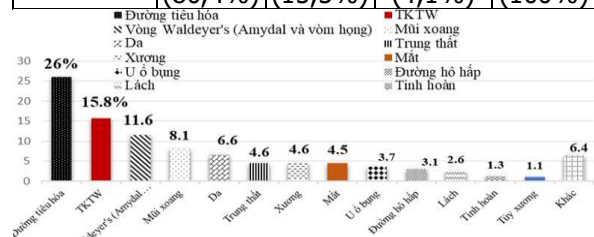
Nhận xét: Triệu chứng thường gặp nhất là hạch to (55,4%); tiếp đến là thiếu máu (38,8%).

Trong 800 bệnh nhân nghiên cứu, bệnh nhân có hội chứng B chiếm tỷ lệ 38,8%.

b. Các vị trí và kích thước tổn thương

Bảng 3.2. Vị trí tổn thương và loại tế bào ULPKH

Vị trí tổn thương	Loại tế bào			Tổng
	Tế bào B	Tế bào T	Tế bào T/NK	
Tại hạch	283 (82,5%)	59 (17,2%)	1 (0,3%)	343 (42,9%)
Ngoài hạch	360 (78,8%)	65 (14,2%)	32 (7%)	457 (57,1%)
Tổng	643 (80,4%)	124 (15,5%)	33 (4,1%)	800 (100%)



Biểu đồ 3.1. Các vị trí tổn thương ngoài hạch

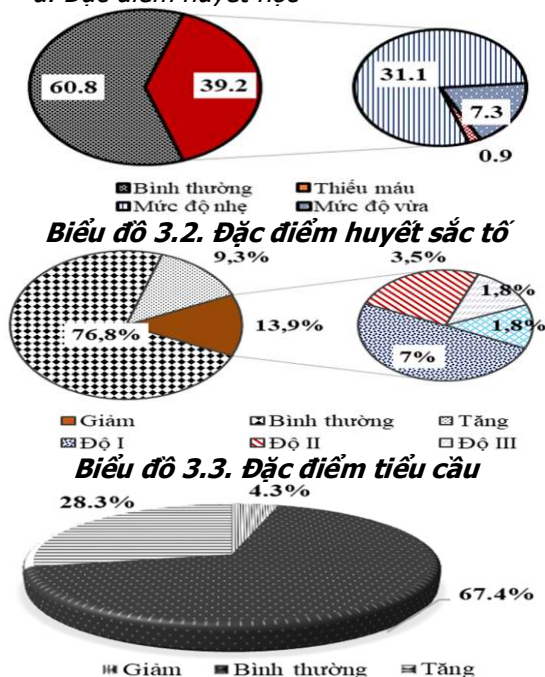
Nhận xét: ULPKH tế bào B chiếm tỷ lệ cao (80,4%); ULPKH tế bào T, T/NK chiếm tỷ lệ thấp hơn (19,6%), trong đó, Tổn thương tại hạch chiếm 42,9%, chủ yếu gặp tế bào B (82,5%). Tổn thương ngoài hạch chiếm 57,1%, chủ yếu gặp tế bào B (78,8%). Vị trí tổn thương ngoài hạch hay gặp nhất là tại đường tiêu hoá (26%), thần kinh trung ương (15,8%), vòng Waldeyer's (11,6%).

Kết quả nghiên cứu cho thấy tổn thương tại tinh hoàn, u ổ bụng, tuỷ xương, vú, thận, lách, mắt chiếm 100% là tế bào B, thần kinh trung ương 98,6%. Ngược lại, tổn thương tại mũi xoang (37 bệnh nhân): gặp chủ yếu là ULP tế bào T/NK (chiếm 67,6%). Và tại da (30 bệnh nhân): gặp chủ yếu là thể TB T (86,7%).

Về kích thước tổn thương đa số đều có kích thước <10cm (96,2%), kích thước hạch >10cm gặp tỷ lệ thấp 3,8%

3.2.2. Đặc điểm cận lâm sàng

a. Đặc điểm huyết học



Biểu đồ 3.4. Số lượng bạch cầu

Nhận xét: Bệnh nhân thiếu máu là 39,2%, số lượng bệnh nhân có tiểu cầu giảm là 13,9% và tăng tiểu cầu là 9,3%. 28,3% bệnh nhân có bạch cầu ở máu ngoại vi tăng.

b. Đặc điểm tuỷ xương

Bảng 3.3. Tỷ lệ xâm lấn tuỷ xương (XLT) của các thể ULPKH

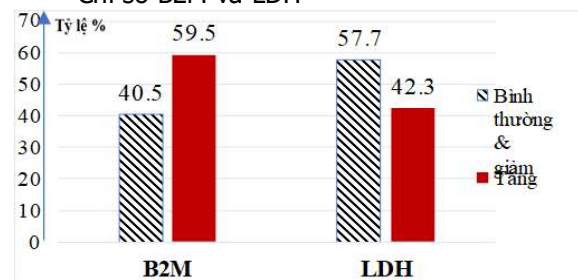
Chỉ số	Xâm lấn tuỷ xương		p
	Có n=167 (20,9%)	Không n= 633 (79,1%)	

Loại tế bào	B	133(16,6%)	510(63,8%)	p>0,05
	T	31(3,9%)	93(11,6%)	
	T/NK	3(0,4%)	30(4,8%)	
Nhóm bệnh	Tiến triển chậm	47(5,9%)	121(15,1%)	p<0,05
	Tiến triển nhanh	120(15,0%)	512(64,0%)	
Tế bào B	DLBCL	70(15,8%)	372(84,2%)	p<0,01
	MCL (n=39)	17(43,6%)	22(56,4%)	
	SLL	10(50%)	10(50%)	
	FL	14(25%)	42(75%)	
	Các loại TB B khác	22(25,6%)	64(74,4%)	

Nhận xét: Nhóm tiến triển nhanh có tỷ lệ xâm lấn tuỷ xương cao hơn nhóm tiến triển chậm (p<0,05), nhóm MCL và SLL cao hơn các nhóm tế bào B khác.

c. Một số chỉ số xét nghiệm khác có giá trị trong tiên lượng

- Chỉ số B2M và LDH



Biểu đồ 3.5. Các chỉ số xét nghiệm có giá trị trong tiên lượng

Nhận xét: Trong nghiên cứu:

- Chỉ số B2M: có 59,5% BN tăng, giá trị trung bình là $3,1 \pm 1,38$ mg/L, lớn nhất là 17,6 mg/L, nhỏ nhất là 0,68 mg/L. - Chỉ số LDH: có 42,3% BN tăng.

- Mỗi liên quan giữa các chỉ số tiên lượng và các yếu tố

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa B2M và các yếu tố

Chỉ số		B2M	p
		X±SD (mg/L)	
Giai đoạn bệnh	I và II	2,37±0,81	p<0,01
	III và IV	3,51±1,32	
Loại tế bào	TB B	2,91±0,95	p<0,01
	TB T và T/NK	3,87±1,52	
Nhóm bệnh	Tiến triển chậm	3,07±1,2	p>0,05
	Tiến triển nhanh	3,10±1,09	

Nhận xét: Chỉ số B2M cao hơn ở nhóm bệnh giai đoạn muộn (III, IV); TB T và T/NK so với TB B (p < 0,05).

- Đặc điểm thể bệnh ULPKH

Bảng 3.5. Các thể bệnh ULPKH trong

ngiên cứu

Thể bệnh	Số BN	%
U lympho tế bào B lớn lan tỏa (DLBCL)	442	55,3
U lympho vùng rìa (MZL)	70	8,8
U lympho tế bào áo nang (MCL)	39	4,9
U lympho thể nang (FL)	56	7,0
U lympho tế bào nhỏ (SLL)	20	2,5
U lympho Burkitt (BL)	1	0,1
Lymphoplasmacytic Lymphoma (LPL)	4	0,5
U lympho tế bào B không phân loại trung gian giữa DLBCL và Burkitt	2	0,3
U lympho tế bào B lớn giàu T (T/HRBCL)	1	0,1
U lympho tế bào T ngoại vi (PTCL)	58	7,3
U lympho tế bào T/NK	33	4,1
U lympho tế bào B lớn bất thực sản, ALK dương (ALCL, ALK+)	7	0,9
U lympho tế bào B lớn bất thực sản, ALK âm (ALCL, ALK -)	3	0,4
U lympho tế bào T nguyên bào miễn dịch mạch (AITL)	26	3,3
U lympho nguyên bào lympho tế bào T (LBL – T cell)	16	2,0
U lympho tế bào T nguyên phát tại da Mycosis Fungoides (MF)	18	2,3
	4	0,5
Tổng	800	100

Nhận xét: Hay gặp là nhóm DLBCL chiếm tỷ lệ (55,3%), tiếp đến là MZL (8,8%), PTCL (7,3%), FL (7,0%), MCL (4,9%), T/NK (4,1%), AITL (3,3%).

3.2.4. Đặc điểm giai đoạn bệnh

Bảng 3.6. Đặc điểm về giai đoạn bệnh theo Ann – Abor

Giai đoạn bệnh	Tổng số bệnh nhân (n)	
	n	Tỷ lệ (%)
Giai đoạn I	179	22,4
Giai đoạn II	116	14,5
Giai đoạn III	209	26,1
Giai đoạn IV	296	37,0
Tổng	800	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, BN ở giai đoạn III, IV gặp nhiều nhất (26,1%, 37%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. Trong nghiên cứu 800 BN, độ tuổi hay gặp nhất là từ 41 – 60 tuổi (38,3%), độ tuổi trung bình $54,63 \pm 15,87$ tuổi. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự kết quả của Nguyễn Văn Mão (2016) khi nghiên cứu trên 60 BN ULPKH, nhóm tuổi hay gặp là từ 51 – 60 tuổi (35%) [1]. Thấp hơn so với nghiên cứu về ULPKH trên toàn thế giới, thường gặp độ tuổi từ 60 – 64 tuổi (43,8%) [2].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam: nữ là 1,5:1 tương tự nghiên cứu về ULPKH trên toàn thế giới, năm 2018 (74.680 BN ULPKH mới

chẩn đoán) tỷ lệ nam/nữ là 1,26:1 [2].

4.1.1. Đặc điểm về thể bệnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, ULPKH thể bệnh DLBCL chiếm tỷ lệ cao nhất 55,3%. Nghiên cứu của Kalan Farmanfarma (2020) cũng cho thấy tỷ lệ ULPKH tế bào B chiếm 85% [2]. Thể bệnh hay gặp nhất trong ULPKH tế bào B là ULP tế bào B lớn lan tỏa (55,3%).

4.1.2. Đặc điểm về giai đoạn bệnh. Nghiên cứu của chúng tôi gặp nhiều nhất BN ở giai đoạn III và giai đoạn IV (26,1 và 37%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu Yildirim và Sincan (2019) trên 80 BN ULPKH, tỷ lệ bệnh nhân ở giai đoạn IV chiếm tỷ lệ cao nhất (32,5%), giai đoạn III (16,25%) [3]. Nguyên nhân BN thường được chẩn đoán ở giai đoạn muộn, BN thường chỉ đi khám khi bệnh đã ảnh hưởng đến toàn thân.

4.2. Đặc điểm lâm sàng

4.2.1. Các triệu chứng toàn thân. Hội chứng B gồm sốt, ra mồ hôi đêm, sút cân trên 10% trọng lượng cơ thể trong 6 tháng không giải thích được nguyên nhân. Nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ BN có hội chứng B chiếm 38,8%. Kết quả này tương tự nghiên cứu của tác giả Abdurrahman và cs (2004) trên 490 BN có hội chứng B là 36,7% [4].

4.2.2. Các triệu chứng thường gặp. Bệnh nhân mắc bệnh ULPKH có thể biểu hiện các triệu chứng khác nhau, tùy thuộc vào thể bệnh, vị trí tổn thương và giai đoạn bệnh.

Triệu chứng hạch to chiếm tỷ lệ cao nhất, thường gặp ở vùng cổ, nách, bẹn, có thể gặp ở trung thất hoặc ổ bụng. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 55,4% BN có triệu chứng hạch to, cũng tương tự kết quả của tác giả Nafisa (2017) là 60,1% [5].

4.2.3. Các vị trí tổn thương của bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương ngoài hạch chiếm 57,1%, tổn thương tại hạch chiếm 42,9%. Kết quả tương tự như nghiên cứu của Otter và cs trên 580 bệnh nhân ULPKH: 59,3% ngoài hạch, 40,7% tại hạch [6].

a. Tổn thương tại hạch. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tổn thương tại hạch gặp chủ yếu tế bào B (82,5%), trong đó gặp nhiều nhất là thể DLBCL (51,3%). Tế bào T chiếm 17,2%. Chỉ có 0,3% tế bào T/NK.

b. Tổn thương ngoài hạch. Gặp nhiều nhất là tổn thương tại đường tiêu hóa (26%); tiếp đến là thần kinh trung ương (15,8%); vòng Waldeyer's (11,6%). Kết quả này tương tự nghiên cứu của A.D.G. Krol và cs trên 1168 bệnh nhân ULPKH: có 21,6% tại đường tiêu hóa; 19,8% tại vòng Waldeyer's; 11,8% tại thần kinh

trung ương. [7]

Tổn thương ngoài hạch chủ yếu gặp tế bào B (78,8%), trong đó DLBCL chiếm 58,2%. Tế bào T chiếm 14,2%. Gặp 7% tế bào T/NK. Tổn thương tại tinh hoàn, u ổ bụng, tuỷ xương, vú, thận, lách, mắt chiếm 100% là tế bào B, thần kinh trung ương 98,6%. Ngược lại, tổn thương tại mũi xoang (37 bệnh nhân): gặp chủ yếu là ULP tế bào T/NK (chiếm 67,6%). Và tại da (30 bệnh nhân): gặp chủ yếu là thể TB T (86,7%).

- Có 37 bệnh nhân tổn thương tại mũi xoang, trong đó gặp phần lớn là ULP tế bào T/NK (chiếm 67,6%); có 13,5% T ngoại vi; 10,8% DLBCL. Kết quả này khác biệt so với kết quả nghiên cứu của Tanaka (2023) trên 29 bệnh nhân ULPKH tại mũi xoang có 34,5% TB T/NK; 58,6% DLBCL [9]

- ULPKH tại da có 30 bệnh nhân, trong đó thể tế bào T nguyên phát tại da (NOS) chiếm chủ yếu là 60,1%; có 10% T ngoại vi, 10% MF, 10% ALCL, gặp tỷ lệ nhỏ các thể DLBCL, MZL, SLL. Kết quả tương tự như nghiên cứu của tác giả Rein Willemze và cs cho thấy ULPKH tế bào T nguyên phát tại da chiếm 75% đến 80% [6]

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng

4.3.1. Đặc điểm huyết học: Trong nghiên cứu của chúng tôi, gặp tới 39,2% bệnh nhân có thiếu máu, giảm tiểu cầu và bạch cầu, điều này có thể giải thích bằng việc sự tăng đó là sự tham gia của nhiều yếu tố: sự xâm lấn của các tế bào u lympho, sự tăng tiết cytokine của các tế bào từ tổ chức u, cũng như sự xuất hiện của các kháng thể tự miễn. Kết quả này tương tự nghiên cứu của tác giả Moullet và CS nghiên cứu về đặc điểm thiếu máu trên 1077 BN ULPKH [10].

4.3.2. Đặc điểm tủy xương: Trong ULPKH đóng vai trò trong các yếu tố tiên lượng bệnh, nghiên cứu của chúng tôi gặp 20,9% bệnh nhân ULPKH có xâm lấn tủy. Tỷ lệ xâm lấn tủy xương ở nhóm bệnh tiến triển chậm thấp hơn nhóm tiến triển nhanh; nhóm MCL và SLL có tỷ lệ xâm lấn tủy cao hơn các nhóm TB B khác. Các tỷ lệ và đặc điểm này tương tự như các nghiên cứu của các tác giả Jeong và CS (2005), Colan và cộng sự.

4.3.3. Xét nghiệm khác: B2M huyết thanh là yếu tố dự đoán và tiên lượng cho ULPKH lan tỏa xâm lấn. Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp tới 59,5% BN có tăng nồng độ B2M trong máu. Nhóm bệnh nhân giai đoạn muộn hơn (III, IV), tế bào T và T/NK có nồng độ B2M huyết thanh cao hơn. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi cũng tương tự như các kết quả của tác giả Changhoon Yoo và cộng sự năm 2014.

V. KẾT LUẬN

- Độ tuổi trung bình nhóm BN nghiên cứu là

54,63 ± 15,87 tuổi; tỷ lệ nam nhiều hơn nữ (1,5:1)
- Thể bệnh ULPKH hay gặp nhất là DLBCL (55,3%).

- Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là hạch to (55,4%); tổn thương ngoài hạch hay gặp nhất là tại đường tiêu hóa (26%); 38,8% bệnh nhân có hội chứng B.

- Vị trí tổn thương: ở tinh hoàn, TKTW gặp DLBCL là chủ yếu (>90%); ở mũi xoang T/NK là chủ yếu (67,6%), ở da chủ yếu TB T (80,1%). Còn các vị trí khác thì DLBCL chiếm tỷ lệ 40-80%.

- ULPKH tế bào B chiếm tỷ lệ cao (80,4%), hay gặp nhất DLBCL (55,3%). Nhóm BN tiến triển nhanh tỷ lệ xâm lấn tủy cao (trong đó MCL chiếm 43,6%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Farmanfarma KK, Kiasara SH, Hassanipour S, Salehiniya H. Non-hodgkin's lymphoma in the world: an epidemiological review.
2. Yildirim R, Sincan G. The clinicopathologic features and response to treatment of patients with Nonhodgkin Lymphoma: A single-center experiment in Turkey. Pakistan Journal of Medical Sciences. 2019;35(1):82. doi:10.12669/pjms. 35.1.415
3. Abdurrahman Isikdogan · Orhan Ayyildiz · Abdullah Buyukcelik · Adem Arslan · Naci Tiftik (2004), "Non-Hodgkin lymphoma in southeast Turkey: clinicopathologic features of 490 cases", Ann Hematol (2004) 83: 265-269.
4. Nafisa Awadh Mansoor (2017), "The patterns and clinical manifestations of lymphoma in adults in South Yemen", Pathology Department, Faculty of Medicine & Health Sciences, Aden University, 363-367
5. R Otter 1, W B Gerrits, M M vd Sandt, J Hermans, R Willemze, 'Primary extranodal and nodal non-Hodgkin's lymphoma. A survey of a population-based registry', 1989 Aug;25(8):1203-10
6. Hirotaka Tanaka, 'Characteristics of Extranodal NK/T-Cell Lymphoma, Nasal Type, Compared with Nasal Diffuse Large B-cell Lymphoma', Volume 17, January-December 2023
7. Moullet I., Salles G., Ketterer N., et al. (1998). Frequency and significance of anemia in non-Hodgkin's lymphoma patients. Ann Oncol, 9(10), 1109–1115.
8. Jeong S.Y., Chang Y.H., Lee J.K., et al. (2007). [Incidence and histologic patterns of bone marrow involvement of malignant lymphoma based on the World Health Organization classification: a single institution study]. Korean J Lab Med, 27(6), 383–387.
9. Conlan M.G., Bast M., Armitage J.O., et al. (1990). Bone marrow involvement by non Hodgkin's lymphoma: the clinical significance of morphologic discordance between the lymph node and bone marrow. Nebraska Lymphoma Study Group. J Clin Oncol, 8(7), 1163–1172.
10. Yoo C, Yoon D.H and Suh C (2014). Serum beta-2 microglobulin in malignant lymphomas: an old but powerful prognostic factor. Blood Research, 49(3), 148-153.