

đó, cận lâm sàng với nhóm lao ngoài phổi được tính bao gồm CDHA tùy theo cơ quan bị bệnh (Xquang, siêu âm, CT scan, MRI), xét nghiệm sinh hóa, tế bào dịch các màng, kết quả mô bệnh (tùy theo cơ quan bị bệnh). Kết quả này chỉ ra rằng trong 3 yếu tố cần để chẩn đoán bệnh lao trẻ em thì sự xuất hiện của cả 3 yếu tố hoặc cặp 2 yếu tố lâm sàng + CLS là có ý nghĩa nhất trong thực hành lâm sàng. Đối với lao ngoài phổi lâm sàng là yếu tố chỉ điểm, CLS là yếu tố quyết định đưa ra kết luận chẩn đoán ca bệnh.

V. KẾT LUẬN

Trong lao trẻ em, nhóm dưới 5 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 45,5% và 36,1% trẻ có tiền sử tiếp xúc nguồn lây. Lao trẻ em chủ yếu là lao phổi (65,6%); tỷ lệ chẩn đoán có bằng chứng VK chiếm 37,8%; và đa số là lao một cơ quan (55,1%). Bệnh phẩm tìm được bằng chứng VK lao nhiều nhất là dịch dạ dày. Kết quả chẩn đoán lao trẻ em cho thấy, đối với lao phổi, cặp 2 yếu tố lâm sàng + CDHA thường gặp nhất (63,7%) và với lao ngoài phổi là cặp hai yếu tố lâm sàng + cận lâm sàng (84,3%). Các cặp yếu tố này có giá trị trong thực hành lâm sàng ra quyết định chẩn đoán lao trẻ em khi không tìm được bằng chứng VK.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vukunah TA, Akoku DA, Tchoupa MM, Lambert E.** Epidemiology of Pediatric Tuberculosis and Factors Associated with Unsuccessful Treatment Outcomes in the Centre Region of Cameroon: A Three-Year Retrospective Cohort Study. *Interdiscip Perspect Infect Dis.* 2022;

2236110. doi:10.1155/2022/223611. Published August 24, 2022. Accessed May 22, 2023.

2. **Moon TD, Nacarapa E, Verdu ME, et al.** Tuberculosis Treatment Outcomes Among Children in Rural Southern Mozambique: A 12-year Retrospective Study. *Pediatr Infect Dis J.* 2019;38(10): 999-1004. doi:10.1097/inf.0000000000002435. Published October, 2019. Accessed June 22, 2022.
3. **Hoàng Thanh Vân.** Nhiễm cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng lao phổi trẻ em và tính kháng thuốc của vi khuẩn. Luận án tiến sĩ y học. 2011. Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Silva JB, Santos JC, Barbosa L, Carvalho I.** Tuberculosis in the paediatric age group: a reflection on transmission. *An Pediatr (Enl Ed).* 2021;94(6): 403-411. doi:10.1016/i.anpede.2020.12.002. Published December 25, 2020. Accessed August 22, 2022.
5. **Alavi SM, Salmanzadeh S, Bakhtivariniva P, et al.** Prevalence and treatment outcome of pulmonary and extrapulmonary pediatric tuberculosis in southwestern Iran. *Caspian J Intern Med.* 2015;6(5):213-219. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26644895/>. Published September 1, 2015. Accessed June 22, 2022.
6. **WHO.** WHO consolidated guidelines on tuberculosis: Module 5: Management of tuberculosis in children and adolescents. 2022. WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240046764>. Published March 18, 2022. Accessed February 22, 2023.
7. **Chương trình chống lao quốc gia.** Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao. 2024.
8. **Marais BJ, Gie RP, Hesselink AC, et al.** A refined symptom-based approach to diagnose pulmonary tuberculosis in children. *Pediatrics.* 2006;118(5):1350-1359. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-0519>. Published November 1, 2006. Accessed June 10, 2016.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN ĐA U Tủy XƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Thanh Tùng¹, Đỗ Huyền Nga¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân đa u tủy xương điều trị phác đồ có Bortezomib tại bệnh viện K; **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 76 bệnh nhân đa u tủy xương điều trị phác đồ có Bortezomib tại khoa Nội Hệ tạo Huyết Bệnh viện K từ 05/2019-10/2022. **Kết quả:** Độ

tuổi trung bình của bệnh nhân là 58,76, Tỷ lệ nam/nữ là 0,9, Bệnh nhân đa số có PS=0-1 chiếm 72,4%, Bệnh nhân vào viện đa số vì đau xương chiếm 84%, Đa số các bệnh nhân có nhiều tổn thương chiếm 85,5%. Các tổn thương xương thường gặp nhất ở xương cột sống thắt lưng 65,8%, tỷ lệ bệnh nhân có hemoglobin ≤ 100 g/L là 50,0%, Tỷ lệ bệnh nhân có dòng tế bào plasmo trong tủy $\geq 10\%$ là 63,2%, Tỷ lệ tăng creatinine ≥ 177 $\mu\text{mol/L}$ 5,3%, Tỷ lệ tăng calci toàn phần $\geq 2,75$ mmol/L là 3,9%, Thể bệnh đa u tủy xương hay gặp nhất là IgG Kappa 32,9%, IgG Lambda 26,3%, Giai đoạn II theo ISS chiếm tỷ lệ cao nhất 41%. **Kết luận:** Nghiên cứu chỉ ra các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng đặc trưng của bệnh đa u tủy xương hỗ trợ các bác sĩ trong quá trình chẩn đoán và điều trị. **Từ khóa:** ĐUTX (đa u tủy xương)

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Huyền Nga

Email: ncs29dhy@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.5.2025

Ngày duyệt bài: 30.6.2025

SUMMARY**CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF MULTIPLE MYELOMA'S PATIENTS AT K HOSPITAL**

Objective: Describe the clinical and paraclinical characteristics of multiple myeloma's patients treated with Bortezomib at K Hospital; **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study conducted on 76 multiple myeloma's patients treated with bortezomib regimen at the Hematologic Oncology Department, K Hospital from May 2019 to October 2022. **Results:** The average age of patients was 58.76, the male/female ratio was 0.9, Almost patients had PS=0-1 accounting for 72.4%, Almost patients were hospitalized because of bone pain accounting for 84%, Almost patients have multiple lesions accounting for 85.5%. The most common bone lesions were in the lumbar spine 65.8%, the proportion of patients with hemoglobin ≤ 100 g/L was 50.0%, the proportion of patients with plasma cell in the marrow $\geq 10\%$ was 63.2%, the proportion of patients had increased creatinine ≥ 177 $\mu\text{mol/L}$ was 5.3%, the proportion of patients had increased total calcium ≥ 2.75 mmol/L was 3.9%, the most common myeloma type was IgG Kappa 32.9%, IgG Lambda 26.3%, Stage II according to ISS accounted for the highest proportion 41%. **Conclusion:** Research shows characteristic clinical and paraclinical symptoms of multiple myeloma that support doctors in the diagnosis and treatment process. **Keywords:** MM (multiple myeloma)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đa u tủy xương thường được 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 có thể dẫn đến phá hủy xương trên diện rộng với các tổn thương tiêu xương, thiếu xương và gãy xương bệnh lý¹. Đa u tủy xương 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. Đa u tủy xương thường phổ biến hơn ở nam giới hơn phụ nữ (tỉ lệ nam:nữ 1,4:1) và thường gặp hơn ở những người Mỹ gốc Phi; tỉ lệ mắc thấp ở người châu Á. Tỷ lệ mắc hàng năm khoảng 7 trên 100.000 dân mỗi năm. Trên toàn thế giới, có khoảng 160.000 trường hợp mắc và 106.000 trường hợp tử vong mỗi năm do đa u tủy xương. Tuổi trung bình khi chẩn đoán đa u tủy xương là 65 đến 74 tuổi; chỉ 10 phần trăm bệnh nhân dưới 50 tuổi và 2 phần trăm bệnh nhân dưới 40 tuổi^{1,2}.

Chẩn đoán đa u tủy xương thường đặt ra khi có một (hoặc nhiều) biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng sau: 1, Đau xương với tổn thương tiêu xương được phát hiện trên phim chụp xương thông thường hoặc các phương thức hình ảnh khác. 2, Tăng tổng nồng độ protein huyết thanh và / hoặc sự hiện diện của protein đơn dòng

trong nước tiểu hoặc huyết thanh. 3, Các dấu hiệu hoặc triệu chứng toàn thân gợi ý bệnh ác tính, chẳng hạn như thiếu máu không rõ nguyên nhân. 4, Tăng canxi huyết, có triệu chứng hoặc được phát hiện tình cờ. 5, Suy thận cấp hoặc hiểm gặp là hội chứng thận hư do mắc đồng thời bệnh chuỗi nhẹ miễn dịch (Amyloid light-chain (AL) amyloidosis). Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để đưa ra các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng chung của bệnh đa u tủy xương để phục vụ công tác chẩn đoán chính xác cũng như điều trị kịp thời bệnh đa u tủy xương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**2.1. Đối tượng nghiên cứu****Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán xác định là đa u tủy xương có triệu chứng chưa được điều trị trước đó.

- Bệnh có tổn thương có thể đo lường được.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh thần kinh ngoại biên độ 2 trở lên

- Số lượng bạch cầu trung tính tuyệt đối (ANC) $<1000/\mu\text{L}$; Tiểu cầu $<70000/\mu\text{L}$;

- AST/ALT >2 lần giới hạn trên của mức bình thường (ULN) hoặc bilirubin toàn phần >3 lần ULN.

2.2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 76 bệnh nhân đa u tủy xương mới chẩn đoán được điều trị phác đồ có Bortezomib từ tháng 05/2019 đến tháng 10/2022 tại Khoa Nội Huyết – Bệnh viện K3 cơ sở Tân Triều.

Thông tin cần thu thập:

- Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân trước điều trị: tuổi, giới, PS, triệu chứng lâm sàng.

- Đặc điểm cận lâm sàng: CT scan toàn thân và/hoặc MRI cột sống (tính chất khối u hoặc tổn thương xương: số lượng, vị trí, kích thước), xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu: Creatinin, Calci, Acid uric, b2-microglobulin, xét nghiệm điện di miễn dịch, huyết tủy đồ.

Phân tích và xử lý số liệu: Các thông tin được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, không can thiệp, không gây tác hại cho bệnh nhân, không ảnh hưởng đến quá trình điều trị của bệnh nhân, không tăng thêm chi phí cho bệnh nhân. Các phác đồ điều trị được lựa chọn theo hướng dẫn điều trị của Bộ y tế Việt Nam, NCCN.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**Bảng 1. Đặc điểm chung bệnh nhân**

Đặc điểm chung của bệnh nhân (n=76)		Giá trị
Tuổi		58,76 ± 10,68 (20-75)
Giới	Nam	36 (47,4)
	Nữ	40 (52,6)
PS	0	24 (31,6)
	1	31 (40,8)
	2	15 (19,7)
	3	3 (3,9)
	4	3 (3,9)
HC B		5 (6,6)

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 58,76, thấp nhất là 20 tuổi, cao nhất là 75 tuổi. Tỷ lệ giới tính nam/nữ trong nghiên cứu của chúng tôi là 0,9. Bệnh nhân đa số có PS=1 chiếm 40,8%.



Biểu đồ 1. Lý do vào viện

Nhận xét: Bệnh nhân vào viện đa số vì đau xương chiếm 84%.

Bảng 2. Đặc điểm tổn thương xương và ngoài xương

Đặc điểm (n=76)		n (%)
Số lượng tổn thương	1	11 (14,5)
	Nhiều tổn thương	65 (85,5)
Kích thước tổn thương lớn nhất trung vị (giới hạn) (mm)		26 (10-95)
Vị trí tổn thương xương	Xương sọ	22 (28,9)
	Xương hàm	6 (7,9)
	Xương cột sống cổ	13 (7,1)
	Xương cột sống ngực	42 (55,3)
	Xương cột sống lưng	50 (65,8)
	Xương đòn	12 (15,8)
	Xương ức	15 (19,7)
	Xương sườn	36 (47,4)
	Xương bả vai	9 (11,8)
	Xương chậu	32 (42,1)
	Xương cẳng	17 (22,4)
	Xương chi trên	14 (18,4)
	Xương chi dưới	14 (18,4)
Vị trí khác	Hạch	2 (2,6)
	U trung thất	2 (2,6)
	Phổi	2 (2,6)
	Màng phổi	1 (1,3)
	Phần mềm xoang hàm	1 (1,3)
Tỷ lệ gãy xương bệnh lý		5 (6,6)

Nhận xét: Đa số các bệnh nhân có nhiều tổn thương chiếm 85,5%. Kích thước tổn thương trung vị là 26 mm. Các tổn thương xương thường gặp nhất ở xương cột sống thắt lưng 65,8%, xương cột sống ngực 55,3%, xương sườn 47,4%, xương chậu 42,1%, xương sọ 28,9%.

Bảng 3. Các chỉ số huyết học thời điểm chẩn đoán

Chỉ số (n=76)	Trung vị (min-max)
Lượng hemoglobin (g/L)	100 (72-150)
Hemoglobin ≤ 100 (g/L)	38 (50,0)
Số lượng bạch cầu (G/L)	7,3 (3,21 – 17,21)
Số lượng tiểu cầu (G/L)	245 (85-954)
Số lượng tế bào học tủy xương (G/L)	51,85 (4,56 – 300,0)
Tỷ lệ % dòng tế bào plasmato trong tủy	14,0 (0-57)
Tỷ lệ % dòng tế bào plasmato trong tủy ≥ 10%	48 (63,2)

Nhận xét: Lượng hemoglobin trung vị là 100 g/L, trong đó tỷ lệ bệnh nhân có hemoglobin ≤ 100 g/L là 50,0%. Tỷ lệ bệnh nhân có dòng tế bào plasmato trong tủy ≥ 10% là 63,2%.

Bảng 4. Các chỉ số sinh hóa thời điểm chẩn đoán

Chỉ số (n=76)	Trung bình ± SD (min-max)
Creatinin (umol/L)	71,1 (40-454)
Creatinin ≥ 177 umol/L	4 (5,3)
Acid uric (mmol/L)	334 (138,3-898)
Acid uric ≥ 420 mmol/L	22 (28,9)
Canxi toàn phần (mmol/L)	2,27 (1,82-3,39)
Canxi toàn phần ≥ 2,75 mmol/L	3 (3,9)
LDH (U/L)	181,5 (104-924)
LDH ≥ 480 U/L	1 (1,3)

Nhận xét: Tỷ lệ tăng creatinine ≥ 177 umol/L 5,3%, tỷ lệ tăng canxi toàn phần ≥ 2,75 mmol/L là 3,9%.

Bảng 5. Các chỉ số xét nghiệm điện di miễn dịch bệnh đa u tủy xương

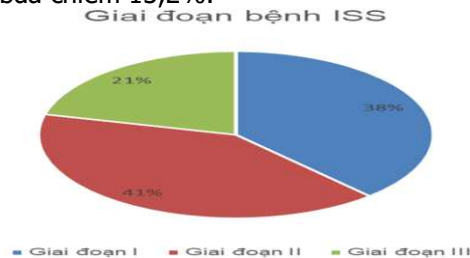
Chỉ số (n=76)	Trung vị (min-max)
Protein (g/L)	86,9 (52,3 - 154,9)
Albumin (g/L)	36,0 (22,1 - 48,2)
IgA (mg/L)	50,9 (4,7 - 6304,1)
IgG (mg/L)	1549,8 (225,7 – 10613,0)
IgM (mg/L)	40,0 (4,0 - 7708,6)
IgE (mg/L)	67,7 (1,7 – 1564,0)
Kappa tự do (mg/L)	23,3 (1,8 - 2530)
Lambda tự do (mg/L)	44,7 (0,48 - 15500,0)
Beta2 microglobulin (mg/L)	3,4 (1,1-22,2)

Nhận xét: Định lượng miễn dịch của chúng tôi thu được kết quả: IgA 50,9 (4,7 - 6304,1) mg/L, IgG 1549,8 (225,7 – 10613,0) mg/L.

Bảng 6. Chẩn đoán thể bệnh đa u tủy xương

Thể bệnh đa u tủy xương (n=76)		n (%)
IgA	Kappa	7 (9,2)
	Lambda	6 (7,9)
IgG	Kappa	25 (32,9)
	Lambda	20 (26,3)
IgM	Kappa	0
	Lambda	1 (1,3)
Chuỗi nhẹ	Kappa	4 (5,3)
	Lambda	10 (13,2)
Thể không tiết		3 (3,9)

Nhận xét: Thể bệnh đa u tủy xương hay gặp nhất là IgG Kappa 32,9%, IgG Lambda 26,3%, tiếp theo là IgA Kappa chiếm 9,2% và IgA Lambda chiếm 7,9%, thể bệnh chuỗi nhẹ Lambda chiếm 13,2%.

**Biểu đồ 3. Giai đoạn bệnh theo ISS**

Nhận xét: Nghiên cứu của chúng tôi thu được tỉ lệ giai đoạn I 38%, giai đoạn II 41%, giai đoạn III 21%.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi và giới. Trong nghiên cứu của chúng tôi thu được độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 58,76, thấp nhất là 20 tuổi, cao nhất là 75 tuổi. Tỉ lệ giới tính nam/nữ trong nghiên cứu của chúng tôi là 0,9. Trong các nghiên cứu khác trên thế 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. Tỉ lệ gặp đa u tủy xương ở nam cao hơn nữ với tỉ lệ nam/nữ ~ 1,4¹. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi tương đương nhưng tỉ lệ giới tính nam thấp hơn tác giả Philippe Moreau (2016) với độ tuổi trung bình 59, tỉ lệ nam/nữ 1,56³.

Lâm sàng. Triệu chứng đặc trưng của đa u tủy xương trên lâm sàng và cận lâm sàng được tổng kết theo tiêu chuẩn CRAB: thiếu máu (Anemia) gặp với tỉ lệ ~ 73%, Đau xương (Bone pain) gặp ở 58% bệnh nhân, Suy thận (Renal insufficiency) gặp ở 20% bệnh nhân và Tăng calci máu (Calcium elevation) gặp ở 28% bệnh nhân. Ngoài ra bệnh nhân còn có thể có triệu chứng mệt mỏi 32%, sụt cân ~ 24%. Nghiên cứu của chúng tôi thấy bệnh nhân vào viện đa số vì đau xương chiếm 84%, các lý do khác bao

gồm: nổi u xương 8%, đau ngực 4%, nổi hạch 2%, đau đầu 1%, khó thở 1%¹. Tại thời điểm vào viện, bệnh nhân đa số có PS=1 chiếm 40,8%, có 31,6% bệnh nhân có PS=0, có 19,7% bệnh nhân có PS=2, 3,9% bệnh nhân có PS=3 hoặc PS=4. Chỉ số toàn trạng của bệnh nhân ở mức 2->4 đa phần là do biến chứng tại hệ xương dẫn tới đau đớn và hạn chế vận động. Bệnh nhân vào viện có 6,6% có hội chứng B.

Cận lâm sàng

Chẩn đoán hình ảnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số các bệnh nhân có nhiều tổn thương chiếm 85,5%, có 14,5% bệnh nhân có 1 tổn thương. Kích thước tổn thương trung vị là 26 mm, nhỏ nhất là 10mm, lớn nhất là 95mm. Các tổn thương xương thường gặp nhất ở xương cột sống thắt lưng 65,8%, xương cột sống ngực 55,3%, xương sườn 47,4%, xương chậu 42,1%, xương sọ 28,9%. Tỉ lệ gãy xương bệnh lý ghi nhận là 6,6%. Khảo sát hệ xương toàn thân bằng chụp CT là một công cụ hữu hiệu trong chẩn đoán đa u tủy xương. Các tổn thương thường thấy bao gồm tổn thương tiêu xương 60%, loãng xương lan tỏa hoặc gãy xương bệnh lý gặp ở gần 20% bệnh nhân đa u tủy xương tại thời điểm chẩn đoán. Các vị trí xương hay gặp tổn thương bao gồm các khu vực có tủy tạo máu: thân đốt sống, hộp sọ, xương lồng ngực, khung chậu, xương đùi¹.

Huyết học. Nghiên cứu của chúng tôi thu được lượng hemoglobin trung vị là 100 g/L, trong đó tỉ lệ bệnh nhân có hemoglobin ≤ 100 g/L là 50,0%. Số lượng bạch cầu trung vị của bệnh nhân là 7,3 G/L, số lượng tiểu cầu trung vị là 245 G/L. Khi tiến hành làm huyết tủy đồ chúng tôi thu được số lượng tế bào tủy xương trung vị là 51,85 G/L, tỉ lệ phần trăm dòng tế bào plasmo trong tủy trung vị 14% (0-51%), tỉ lệ bệnh nhân có dòng tế bào plasmo trong tủy ≥ 10% là 63,2%.

Sinh hóa. Tại thời điểm chẩn đoán chúng tôi thu được các chỉ số sinh hóa trung vị của bệnh nhân như sau: creatinine 71,1 umol/L, tỉ lệ tăng creatinine ≥ 177 umol/L 5,3%, acid uric 334, tỉ lệ tăng acid uric ≥ 420 mmol/L 28,9%, calci toàn phần 2,27 mmol/L, tỉ lệ tăng calci toàn phần ≥ 2,75 mmol/L là 3,9%, LDH 181,5 U/L, có 1,3% bệnh nhân nào tăng LDH ≥ 480 U/L.

Điện di miễn dịch. Trong nghiên cứu của chúng tôi các bệnh nhân đều được làm điện di miễn dịch trước điều trị để đánh giá chính xác tình trạng rối loạn protein miễn dịch, do các chỉ số phân bố không chuẩn nên chúng tôi ghi nhận số trung vị (nhỏ nhất- lớn nhất): protein 86,9 (52,3-154,9) g/L, albumin 36,0 (22,1-48,2) g/L, IgA

50,9 (4,7 - 6304,1) mg/L, IgG 1549,8 (225,7 - 10613,0) mg/L, IgM 40,0 (4,0 - 7708,6) mg/L, IgE 67,7 (1,7 - 1564,0) mg/L, Kappa tự do 23,3 (1,8 - 2530) mg/L, Lambda tự do 44,7 (0,48 - 15500,0) mg/L, Beta2 microglobulin 3,4 (1,1-22,2) mg/L.

Thể bệnh. Nghiên cứu của chúng tôi thu được thể bệnh đa u tủy xương hay gặp nhất là IgG Kappa 32,9%, IgG Lambda 26,3%, tiếp theo là IgA Kappa chiếm 9,2% và IgA Lambda chiếm 7,9%, thể bệnh chuỗi nhẹ Lambda chiếm 13,2%, chuỗi nhẹ Kappa chiếm 5,3%, IgM lambda 1,3%, thể không tiết 3,9%. Chúng tôi không gặp trường hợp nào của thể bệnh IgM Kappa. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương đương với phân tích của Kyle RA năm 2003 tỉ lệ thể bệnh đa u tủy xương như sau: IgG 52%, IgA 21%, chuỗi nhẹ Kappa/Lambda 16%, IgD 2%, tăng 2 dòng 2%, IgM 0,5%, thể không tiết 6,5%⁴.

Giai đoạn bệnh. Theo phân loại ISS, nghiên cứu của chúng tôi thu được tỉ lệ giai đoạn I 38%, giai đoạn II 41%, giai đoạn III 21%. Kết quả của

chúng tôi tương đương với nghiên cứu của tác giả Philippe Moreau 2016 cho tỉ lệ bệnh giai đoạn I 22%, giai đoạn II 56%, giai đoạn III 22%³.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã cho thấy các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng đặc trưng của bệnh đa u tủy xương hỗ trợ các bác sĩ trong quá trình chẩn đoán và điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jacob P Laubach.** Multiple myeloma: Clinical features, laboratory manifestations, and diagnosis. Uptodate. 2025:1-21.
2. **S Vincent Rajkumar.** Multiple myeloma: Overview of management. Uptodate. 2025:1-23.
3. **Philippe Moreau, Cyrille Hulin, Margaret Macro et al.** VTD is superior to VCD prior to intensive therapy in multiple myeloma: results of the prospective IFM2013-04 trial. Blood. 2016:2569-2574.
4. **Kyle RA, Gertz MA, Witzig TE et al.** Review of 1027 patients with newly diagnosed multiple myeloma. Mayo Clin Proc. 2003:21.

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ TIỆT TRỪ HELICOBACTER PYLORI BẰNG PHÁC ĐỒ ESOMEPRAZOLE, BISMUTH, METRONIDAZOLE, TETRACYCLINE Ở VIÊM DẠ DÀY VÀ HỘI CHỨNG RUỘT KÍCH THÍCH

Nguyễn Thanh Liêm¹, Hồ Sĩ Đức¹, Huỳnh Thị Hồng Ngọc²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhiễm *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) có liên quan với các bệnh đường tiêu hóa trên như viêm dạ dày, loét dạ dày tá tràng... và tăng nguy cơ mắc Hội chứng ruột kích thích (IBS). Điều trị tiết trừ *H. pylori* có thể cải thiện các triệu chứng của IBS. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá hiệu quả điều trị tiết trừ *H. pylori* bằng phác đồ esomeprazole, bismuth, metronidazole, tetracycline (EBMT) ở viêm dạ dày tá tràng và Hội chứng ruột kích thích. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu trên 77 bệnh nhân viêm dạ dày tá tràng và Hội chứng ruột kích thích. Điều trị tiết trừ *H. pylori* bằng phác đồ 4 thuốc EBMT trong 14 ngày. **Kết quả:** Tỷ lệ điều trị tiết trừ *H. pylori* thành công bằng phác đồ EBMT trong 14 ngày là 96,1%. Tác dụng phụ của phác đồ được ghi nhận ở 14,3% bệnh nhân. **Kết luận:** Phác đồ EBMT là một phương pháp điều trị hiệu quả trong việc tiết trừ *H. pylori* với tỷ lệ thành công cao, đồng thời tỷ

lệ tác dụng phụ ở mức thấp.

Từ khóa: *Helicobacter pylori*, EBMT.

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF HELICOBACTER PYLORI ERADICATION TREATMENT USING THE ESOMEPRAZOLE, BISMUTH, METRONIDAZOLE, TETRACYCLINE REGIMEN IN GASTRITIS AND IRRITABLE BOWEL SYNDROME

Background: Infection with *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) is associated with upper gastrointestinal diseases such as gastritis, peptic ulcers, and increases the risk of developing Irritable Bowel Syndrome (IBS). The eradication treatment for *H. pylori* may help improve symptoms of IBS. **Objective:** To evaluate the effectiveness of *H. pylori* eradication treatment using the Esomeprazole, Bismuth, Metronidazole, Tetracycline (EBMT) regimen in patients with gastritis and Irritable Bowel Syndrome (IBS). **Materials and Methods:** The study was conducted on 77 patients diagnosed with gastritis and Irritable Bowel Syndrome. They were treated for *H. pylori* eradication using the 4-drug EBMT regimen for 14 days. **Results:** The success rate of *H. pylori* eradication using the EBMT regimen over 14 days was 96.1%. Side effects of the regimen were recorded in 14.3% of patients. **Conclusion:** The EBMT regimen is an effective

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Liêm

Email: ntlm@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.5.2025

Ngày duyệt bài: 27.6.2025