NGHIÊN CỨU MÔ HÌNH BỆNH TẬT TẠI KHOA HUYẾT HỌC LÂM SÀNG, BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108 NĂM 2025

Nguyễn Thanh Bình[1], Hồ Xuân Trường[1], Đàm Thị Nguyệt[1], Phạm Văn Hiệu[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả cơ cấu bệnh tật của người bệnh điều trị nội trú và điều trị ban ngày tại Khoa Huyết học Lâm sàng, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2025.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu dữ liệu từ hệ thống thông tin bệnh viện (HIS) trên 1.359 người bệnh có chẩn đoán xác định bệnh lý huyết học điều trị tại khoa năm 2025, gồm 432 người bệnh nội trú và 927 người bệnh điều trị ban ngày. Mỗi người bệnh được tính một lần trong mỗi hệ điều trị và phân loại theo chẩn đoán chính (ICD-10).

Kết quả: Trong năm 2025 có 1.099 lượt điều trị nội trú và 5.499 lượt điều trị ban ngày (chiếm 83,3% tổng số lượt). Bệnh máu ác tính chiếm 88,0% ở hệ nội trú và 94,4% ở hệ điều trị ban ngày. U lympho không Hodgkin tế bào B (B-NHL) là bệnh thường gặp nhất ở cả hai hệ (39,6% và 35,2%), tiếp theo là đa u tủy xương (17,6% và 19,8%). Lơ xê mi cấp chiếm 15,5% người bệnh nội trú, trong khi hội chứng tăng sinh tủy chiếm 26,2% người bệnh điều trị ban ngày.

Kết luận: Người bệnh điều trị tại Khoa Huyết học Lâm sàng năm 2025 chủ yếu mắc bệnh máu ác tính, thường gặp nhất là B-NHL và đa u tủy xương. Điều trị ban ngày chiếm tỷ trọng lớn trong hoạt động của khoa, cả về số người bệnh và số lượt điều trị.

Từ khóa: Mô hình bệnh tật, bệnh máu ác tính, u lympho không Hodgkin, đa u tủy xương, điều trị ban ngày, điều trị nội trú.

SUMMARY

DISEASE PATTERNS AT THE CLINICAL HEMATOLOGY DEPARTMENT, 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL, IN 2025

Objective: To describe the disease pattern of inpatients and day-treatment patients at the Clinical Hematology Department, 108 Military Central Hospital, in 2025.

Subjects and methods: A retrospective cross-sectional study using Hospital Information System (HIS) data on 1,359 patients with a confirmed hematological diagnosis treated in the department in 2025: 432 inpatients and 927 day-treatment patients. Each patient was counted once within each treatment setting and classified by principal diagnosis (ICD-10).

Results: In 2025 the department recorded 1,099 inpatient episodes and 5,499 day-treatment visits (83.3% of all treatment episodes). Hematological malignancies accounted for 88.0% of inpatients and 94.4% of day-treatment patients. B-cell non-Hodgkin lymphoma (B-NHL) was the most common diagnosis in both settings (39.6% and 35.2%), followed by multiple myeloma (17.6% and 19.8%). Acute leukemia accounted for 15.5% of inpatients, whereas myeloproliferative neoplasms accounted for 26.2% of day-treatment patients.

Conclusion: Most patients treated in the department in 2025 had hematological malignancies, most commonly B-NHL and multiple myeloma. Day treatment accounted for a large share of the department's activity in terms of both patients and treatment episodes.

Keywords: Disease pattern, hematological malignancies, non-Hodgkin lymphoma, multiple myeloma, day treatment, in-patient treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mô hình bệnh tật là cơ sở để lập kế hoạch chuyên môn, phân bổ nguồn lực và tổ chức chăm sóc người bệnh [1]. Cơ cấu bệnh tật khác nhau giữa các bệnh viện tùy đặc điểm dân số được phục vụ và chức năng của từng cơ sở, nên cần được khảo sát và cập nhật định kỳ tại từng đơn vị.

Bệnh máu ác tính là gánh nặng đáng kể trên thế giới. Theo ước tính GLOBOCAN 2022, u lympho không Hodgkin (NHL) có khoảng 553.000 ca mới mắc và 250.000 ca tử vong; đa u tủy xương có khoảng 188.000 ca mới mắc và 121.000 ca tử vong trong năm 2022 [2]. Tại Việt Nam, nghiên cứu tại Viện Huyết học – Truyền máu Trung ương giai đoạn 2022–2023 trên 10.037 người bệnh cho thấy nhóm bệnh ác tính cơ quan tạo máu chiếm 51%, trong đó lơ xê mi cấp chiếm tỷ lệ cao nhất (35,2%) [3].

[1]*Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*
Tác giả chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Bình
Email: ntbinh108@gmail.com
Mã bài: HHTM-46
Ngày nhận bài: 20/9/2026
Ngày phản biện khoa học: 18/9/2026
Ngày duyệt bài: 10/8/2026

Khoa Huyết học Lâm sàng (A18), Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 điều trị người bệnh huyết học là quân nhân và người dân từ nhiều địa phương theo hai hình thức nội trú và điều trị ban ngày. Nhiều phác đồ điều trị bệnh máu ác tính, gồm hóa trị phối hợp kháng thể đơn dòng và thuốc điều trị đích, hiện có thể thực hiện theo hình thức điều trị ban ngày. Tuy nhiên, chưa có số liệu công bố về cơ cấu bệnh tật tại khoa theo từng hình thức điều trị.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: mô tả cơ cấu bệnh tật của người bệnh điều trị nội trú và điều trị ban ngày tại Khoa Huyết học Lâm sàng, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh có ít nhất một lượt điều trị nội trú hoặc điều trị ban ngày tại Khoa Huyết học Lâm sàng, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, với ngày vào khoa từ 01/01/2025 đến 31/12/2025, và có chẩn đoán xác định bệnh lý huyết học được mã hóa theo ICD-10 trên HIS.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh có mã chẩn đoán chính ngoài nhóm bệnh máu (điều trị bệnh nội khoa khác tại khoa) hoặc chưa có chẩn đoán bệnh máu xác định tại thời điểm kết thúc đợt điều trị; người bệnh chỉ khám tại phòng khám mà không có lượt điều trị nội trú hoặc điều trị ban ngày tại khoa; hồ sơ bị hủy hoặc trùng mã trên HIS.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, hồi cứu; chọn mẫu toàn bộ.

Định nghĩa và đơn vị phân tích: Một lượt điều trị nội trú là một đợt nằm viện tính từ khi vào khoa đến khi ra viện hoặc chuyển khoa; một lượt điều trị ban ngày là một lần người bệnh được tiếp nhận và điều trị trong ngày, không lưu qua đêm. Đơn vị phân tích là người bệnh trong từng hệ điều trị: người bệnh có nhiều lượt trong cùng một hệ chỉ được tính một lần, theo mã người bệnh trên HIS. Do HIS chưa cho phép liên kết mã người bệnh giữa hai hệ, người bệnh vừa điều trị nội trú vừa điều trị ban ngày được ghi nhận ở cả hai hệ; vì vậy số liệu được trình bày riêng cho từng hệ.

Nguyên tắc phân loại chẩn đoán: Mỗi người bệnh được xếp vào một và chỉ một bệnh theo mã chẩn đoán chính (không dùng mã bệnh kèm theo). Khi có nhiều lượt điều trị trong cùng một hệ với mã chẩn đoán chính khác nhau, chọn bệnh máu xác định ở lượt gần nhất; người bệnh có bệnh máu ác tính nền kèm biểu hiện hoặc biến chứng khác (ví dụ hội chứng thực bào máu thứ phát, nhiễm khuẩn) được xếp theo bệnh máu ác tính nền. U lympho nguyên phát hệ thần kinh trung ương (PCNSL) được tính trong B-NHL và lơ xê mi cấp thể tiền tủy bào (APL) được tính trong lơ xê mi cấp dòng tủy (AML); hai thể này chỉ được trình bày thêm dưới dạng "trong đó" và không cộng vào tổng.

Phân nhóm ác tính và lành tính: Bệnh máu ác tính được xác định theo Phân loại u của mô tạo máu và lympho của Tổ chức Y tế Thế giới lần thứ 5 [4, 5], tương ứng với các mã ICD-10: C81–C96 (u lympho, đa u tủy xương, lơ xê mi), D45 (đa hồng cầu nguyên phát), D46 (hội chứng rối loạn sinh tủy), D47.1, D47.3, D47.4 (tân sản tăng sinh tủy mạn khác, tăng tiểu cầu tiên phát, xơ tủy nguyên phát). Bệnh máu lành tính gồm các mã D50–D64 (thiếu máu, thalassemia, suy tủy xương), D65–D69 (rối loạn đông máu, xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch) và D76.1 (hội chứng thực bào máu).

Biến số nghiên cứu: Số người bệnh và số lượt điều trị theo từng hệ; bệnh (chẩn đoán chính) và nhóm bệnh (ác tính, lành tính).

Xử lý số liệu: Số liệu trích xuất từ HIS được làm sạch và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Biến định tính được trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm, tính trên tổng số người bệnh của từng hệ (nội trú n = 432; điều trị ban ngày n = 927). Do mục tiêu mô tả và hai hệ có thể có chung người bệnh (không thỏa mãn giả định độc lập), chúng tôi không sử dụng kiểm định thống kê để so sánh giữa hai hệ.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng dữ liệu thứ cấp trên hệ thống thông tin bệnh viện, không can thiệp vào chẩn đoán và điều trị, tuân thủ quy định về bảo mật thông tin người bệnh của Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Dữ liệu được trích xuất không chứa thông tin định danh, chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu và chỉ trình bày dưới dạng số liệu tổng hợp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Số người bệnh và số lượt điều trị

Bảng 1. Số người bệnh và số lượt điều trị theo hệ điều trị năm 2025

Chỉ số	Nội trú	Điều trị ban ngày	Chung hai hệ
Số người bệnh được sàng lọc trong năm 2025	479	979	1.458*
Loại khỏi phân tích (không có chẩn đoán bệnh máu)	47	52	99
Số người bệnh đưa vào phân tích, n (%)	432 (31,8)	927 (68,2)	1.359 (100)*
Số lượt điều trị trong năm 2025, n (%)	1.099 (16,7)	5.499 (83,3)	6.598 (100)

**Một người bệnh vừa điều trị nội trú vừa điều trị ban ngày trong năm 2025 được ghi nhận ở cả hai hệ, do dữ liệu hiện chưa cho phép liên kết mã người bệnh giữa hai hệ; vì vậy con số chung hai hệ là tổng số người bệnh theo hệ, không phải số người bệnh riêng biệt.*

Đối tượng nghiên cứu gồm 432 người bệnh nội trú và 927 người bệnh điều trị ban ngày. Hệ điều trị ban ngày chiếm 68,2% số người bệnh và 83,3% tổng số lượt điều trị trong năm.

3.2. Cơ cấu bệnh theo hệ điều trị

Bảng 2. Cơ cấu bệnh theo chẩn đoán chính và hệ điều trị

Nhóm bệnh	Bệnh (chẩn đoán chính)	Nội trú (n = 432) n (%)	Điều trị ban ngày (n = 927) n (%)
U lympho	U lympho không Hodgkin tế bào B (B-NHL)[1]	171 (39,6)	326 (35,2)
	U lympho không Hodgkin tế bào T/NK (T/NK-NHL)	22 (5,1)	21 (2,3)
	U lympho Hodgkin (HL)	8 (1,9)	19 (2,0)
Tân sản tương bào	Đa u tủy xương (MM)	76 (17,6)	184 (19,8)
Lơ xê mi cấp	Lơ xê mi cấp dòng lympho (ALL)	38 (8,8)	23 (2,5)
	Lơ xê mi cấp dòng tủy (AML)[2]	29 (6,7)	22 (2,4)
Tân sản tăng sinh tủy (MPN)	Lơ xê mi kinh dòng bạch cầu hạt (CML)	5 (1,2)	49 (5,3)
	Đa hồng cầu nguyên phát (PV)	2 (0,5)	83 (9,0)
	Tăng tiểu cầu tiên phát (ET)	5 (1,2)	103 (11,1)
	Xơ tủy nguyên phát (PMF)	3 (0,7)	8 (0,9)
Bệnh ác tính khác	Hội chứng rối loạn sinh tủy (MDS)	17 (3,9)	28 (3,0)
	Lơ xê mi kinh dòng lympho (CLL)	4 (0,9)	9 (1,0)
Bệnh máu lành tính	Thiếu máu, thalassemia	22 (5,1)	37 (4,0)
	Xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch (ITP)	14 (3,2)	15 (1,6)
	Hội chứng thực bào máu (HLH)[3]	8 (1,9)	0 (0,0)
	Suy tủy xương	4 (0,9)	0 (0,0)
	Rối loạn đông máu di truyền (hemophilia, bệnh von Willebrand)	4 (0,9)	0 (0,0)
Tổng		432 (100)	927 (100)

Ở cả hai hệ điều trị, B-NHL là bệnh thường gặp nhất (171 (39,6%) người bệnh nội trú và 326 (35,2%) người bệnh điều trị ban ngày), tiếp theo là đa u tủy xương (76 (17,6%) và 184 (19,8%)). Nhóm u lympho nói chung chiếm 46,5% người bệnh nội trú và 39,5% người bệnh điều trị ban ngày.

Cơ cấu bệnh khác biệt rõ giữa hai hệ. Lơ xê mi cấp chiếm 67 người bệnh nội trú (15,5%; ALL 8,8%, AML 6,7%, trong đó 3 người bệnh APL) nhưng chỉ chiếm 4,9% ở hệ điều trị ban ngày. Ngược lại, nhóm tân sản tăng sinh tủy chiếm 243 người bệnh điều trị ban ngày (26,2%; ET 11,1%, PV 9,0%, CML 5,3%, PMF 0,9%) so với 3,5% ở hệ nội trú. Bệnh máu lành tính gặp nhiều hơn ở hệ nội trú (12,0%) so với hệ điều trị ban ngày (5,6%).

3.3. Phân bố theo nhóm bệnh ác tính và lành tính

Bảng 3. Phân bố người bệnh theo nhóm bệnh và hệ điều trị

Nhóm bệnh	Nội trú (n = 432) n (%)	Điều trị ban ngày (n = 927) n (%)	Chung hai hệ (n = 1.359)* n (%)
Bệnh máu ác tính	380 (88,0)	875 (94,4)	1.255 (92,3)
Bệnh máu lành tính	52 (12,0)	52 (5,6)	104 (7,7)
Tổng	432 (100)	927 (100)	1.359 (100)

Bệnh máu ác tính chiếm 88,0% người bệnh nội trú và 94,4% người bệnh điều trị ban ngày. Tính chung hai hệ, bệnh máu ác tính chiếm 92,3% và bệnh máu lành tính chiếm 7,7%.

IV. BÀN LUẬN

Trong năm 2025, hệ điều trị ban ngày chiếm 68,2% số người bệnh và 83,3% số lượt điều trị, cho thấy điều trị ban ngày chiếm tỷ trọng lớn trong hoạt động chuyên môn của khoa. Nhiều người bệnh u lympho, đa u tủy xương và tân sản tăng sinh tủy cần điều trị kéo dài theo chu kỳ hoặc theo dõi định kỳ, có thể thực hiện trong ngày khi tình trạng ổn định. Tuy nhiên, với thiết kế cắt ngang trong một năm, nghiên cứu không cho phép đánh giá xu hướng theo thời gian, cũng như hiệu quả hay tính an toàn của việc chuyển điều trị từ nội trú sang điều trị ban ngày.

Bệnh máu ác tính chiếm phần lớn người bệnh ở cả hai hệ (88,0% và 94,4%), cao hơn so với nghiên cứu tại Viện Huyết học – Truyền máu Trung ương giai đoạn 2022–2023 (51%) [3]. Khác biệt có thể phản ánh phạm vi tiếp nhận: Viện điều trị số lượng lớn người bệnh lành tính (thiếu máu thiếu sắt chiếm 73% nhóm bệnh hồng cầu ngoại vi; xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch chiếm 98,8% nhóm bệnh tiểu cầu ngoại vi) [3], trong khi khoa chúng tôi chủ yếu điều trị bệnh máu ác tính. So sánh trực tiếp cần thận trọng vì hai nghiên cứu khác nhau về đơn vị phân tích và cách phân nhóm bệnh.

B-NHL là bệnh thường gặp nhất ở cả hai hệ, phù hợp với dữ liệu trong nước: tại Viện Huyết học – Truyền máu Trung ương giai đoạn 2019–2023, trong 800 người bệnh u lympho không Hodgkin, u lympho tế bào B chiếm 80,4%, trong đó u lympho tế bào B lớn lan tỏa chiếm 55,3% [6]. Trên thế giới, số ca mới mắc NHL tiếp tục tăng, chủ yếu do già hóa dân số và cải thiện khả năng chẩn đoán [7, 8]. Ở hệ nội trú, PCNSL chiếm 4,4% người bệnh; các phác đồ dựa trên methotrexate liều cao đòi hỏi theo dõi nồng độ thuốc và chức năng thận nên thường được thực hiện nội trú.

Đa u tủy xương là bệnh thường gặp thứ hai ở cả hai hệ (17,6% và 19,8%). Người bệnh đa u tủy xương thường được điều trị nhiều đợt, qua nhiều dòng điều trị, với các phác đồ đường uống hoặc tiêm dưới da, phù hợp với tỷ lệ đáng kể ở hệ điều trị ban ngày. Tương tự, tân sản tăng sinh tủy chiếm 26,2% người bệnh điều trị ban ngày nhưng chỉ 3,5% ở hệ nội trú, phù hợp với đặc điểm điều trị bằng thuốc uống và theo dõi định kỳ.

Ngược lại, lơ xê mi cấp chiếm 15,5% người bệnh nội trú nhưng chỉ 4,9% ở hệ điều trị ban ngày, phù hợp với yêu cầu điều trị tấn công và chăm sóc hỗ trợ trong giai đoạn giảm sinh tủy. Tại Viện Huyết học – Truyền máu Trung ương, lơ xê mi cấp là nhóm bệnh ác tính thường gặp nhất, trong đó AML chiếm 59% [3]. Khác biệt về tỷ trọng lơ xê mi cấp giữa hai

cơ sở có thể liên quan đến sự phân bố người bệnh giữa các cơ sở huyết học trên địa bàn và định hướng chuyên môn của từng đơn vị; nghiên cứu không có số liệu về nguồn chuyển đến để kiểm chứng giải thích này.

Nghiên cứu có một số hạn chế. Thứ nhất, số liệu từ HIS phụ thuộc vào độ chính xác của mã chẩn đoán chính, không thay thế phân loại chi tiết theo mô bệnh học và sinh học phân tử. Thứ hai, HIS chưa cho phép liên kết người bệnh giữa hai hệ, nên không xác định được số người bệnh riêng biệt của toàn khoa và không thể so sánh thống kê giữa hai hệ. Thứ ba, người bệnh không có chẩn đoán bệnh máu đã bị loại, nên kết quả mô tả cơ cấu bệnh máu chứ không phải toàn bộ khối lượng công việc của khoa. Thứ tư, nghiên cứu không thu thập đặc điểm nhân khẩu học, giai đoạn bệnh, phác đồ điều trị và kết cục. Thứ năm, số liệu một năm tại một cơ sở không phản ánh xu hướng theo thời gian và hạn chế khả năng khái quát hóa.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu mô tả cơ cấu bệnh tật tại Khoa Huyết học Lâm sàng, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2025 cho thấy:

- Bệnh máu ác tính chiếm 88,0% người bệnh nội trú và 94,4% người bệnh điều trị ban ngày.

- U lympho không Hodgkin tế bào B (39,6% và 35,2%) và đa u tủy xương (17,6% và 19,8%) là hai bệnh thường gặp nhất ở cả hai hệ điều trị. Lơ xê mi cấp chiếm tỷ trọng lớn ở hệ nội trú (15,5%), trong khi tân sản tăng sinh tủy chiếm tỷ trọng lớn ở hệ điều trị ban ngày (26,2%).

- Điều trị ban ngày chiếm tỷ trọng lớn trong hoạt động của khoa, với 68,2% số người bệnh và 83,3% tổng số lượt điều trị.

VI. KIẾN NGHỊ

Kết quả nghiên cứu có thể được sử dụng làm cơ sở tham khảo cho việc bố trí giường bệnh, nhân lực và thuốc cho hai hình thức điều trị tại khoa. Cần hoàn thiện khả năng liên kết mã người bệnh trên HIS và tiến hành các nghiên cứu nhiều năm, bổ sung các biến số lâm sàng, để đánh giá xu hướng bệnh tật theo thời gian.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Thị Thanh Toàn, Cao Thị Nhung, Lưu Ngọc Minh và cộng sự.** Cơ cấu bệnh tật tại khoa điều trị nội trú Bệnh viện Đa khoa Đống Đa năm 2017–2019. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2021;143(7):186-193.
2. **Bray F, Laversanne M, Sung H, et al.** Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2024;74(3):229-263. doi:10.3322/caac.21834.
3. **Vũ Thị Hồng Phúc, Bạch Quốc Khánh, Lê Quang Tường.** Nghiên cứu mô hình bệnh máu và cơ quan tạo máu tại Viện Huyết học – Truyền máu Trung ương giai đoạn 2022–2023. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;544(3):366-370.
4. **Khoury JD, Solary E, Abla O, et al.** The 5th edition of the World Health Organization Classification of Haematolymphoid Tumours: Myeloid and Histiocytic/Dendritic Neoplasms. Leukemia. 2022;36(7):1703-1719. doi:10.1038/s41375-022-01613-1.
5. **Alaggio R, Amador C, Anagnostopoulos I, et al.** The 5th edition of the World Health Organization Classification of Haematolymphoid Tumours: Lymphoid Neoplasms. Leukemia. 2022;36(7):1720-1748. doi:10.1038/s41375-022-01620-2.
6. **Vũ Đức Bình, Nguyễn Lan Phương.** Đặc điểm bệnh nhân u lympho không Hodgkin ở người lớn tại Viện Huyết học – Truyền máu Trung ương giai đoạn 2019–2023. Tạp chí Y học Việt Nam. 2025;550(2):318-322.
7. **Chu Y, Liu Y, Fang X, et al.** The epidemiological patterns of non-Hodgkin lymphoma: global estimates of disease burden, risk factors, and temporal trends. Front Oncol. 2023;13:1059914. doi:10.3389/fonc.2023.1059914.
8. **Sun H, Liu J, Yue Z, et al.** Global, regional and national temporal trends in incidence and mortality of non-Hodgkin lymphoma from 1992 to 2021: an age-period-cohort analysis. Ann Hematol. 2025;104(3):1679-1696. doi:10.1007/s00277-025-06261-w.