

96,67± 22,70 phút.

## V. KẾT LUẬN

Bệnh nhi u giáp lành tính thuộc nhóm có chỉ định phẫu thuật thường vào viện với lý do nhìn hoặc sờ thấy khối vùng cổ, và trên lâm sàng hầu hết đều khám thấy u. Bệnh hầu như thường gặp ở trẻ nữ với phần lớn trường hợp là đơn u nằm ở một thùy tuyến giáp.

TOETVA là phương pháp phẫu thuật có thể ứng dụng trong điều trị u tuyến giáp lành tính, đặc biệt là ở đối tượng trẻ em.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. E. A. Zamora, S. Khare và S. Cassaro (2022), "Thyroid Nodule", StatPearls, Treasure Island (FL).
2. Y. Choi và các cộng sự. (2014), "Impact of postthyroidectomy scar on the quality of life of thyroid cancer patients", Ann Dermatol. 26(6), tr. 693-9.
3. Loren H. Engrav, Warren L. Garner và Edward E. Tredget (2007), "Hypertrophic Scar, Wound Contraction and Hyper-Hypopigmentation", Journal of Burn Care & Research. 28(4), tr. 593-597.
4. A. Mirshemirani và các cộng sự. (2010), "Thyroid nodules in childhood: a single institute experience", Iran J Pediatr. 20(1), tr. 91-6.
5. D. M. Richman và các cộng sự. (2018), "Thyroid Nodules in Pediatric Patients: Sonographic Characteristics and Likelihood of Cancer", Radiology. 288(2), tr. 591-599.
6. Lê Văn Thắng và Nguyễn Xuân Hậu (2021), "Kết quả phẫu thuật u tuyến giáp lành tính tại Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội", Tạp chí Y học Việt Nam. 507(2).
7. Nguyễn Xuân Hậu và Nguyễn Xuân Hiên (2021), "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi đường nách vú trong điều trị u tuyến giáp lành tính tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội", Tạp chí Y học Việt Nam. 506(2).

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG U LYMPHO KHÔNG HODGKIN NGUYÊN PHÁT ĐƯỜNG TIÊU HÓA

Trần Thắng<sup>1</sup>, Vũ Hồng Thắng<sup>1</sup>, Võ Quốc Hoàn<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Hoa<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng u lympho không Hodgkin nguyên phát tại đường tiêu hóa. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 126 bệnh nhân u lympho không Hodgkin nguyên phát ống tiêu hóa điều trị tại Bệnh viện K từ năm 2010 đến 2015. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 53 tuổi, độ tuổi hay gặp nhất là 51-60 tuổi. Thời gian phát hiện bệnh thường dưới 6 tháng. Triệu chứng lâm sàng thường không đặc hiệu, gồm: đau bụng, gầy sút, thiếu máu, sờ thấy u bụng, hội chứng B,... Dạ dày là vị trí tổn thương hay gặp nhất (51,6%). Hình thái tổn thương thường là thể sùi loét. U lympho dòng tế bào B gặp chủ yếu với 93,3%, phần lớn là độ ác tính cao, thể DLBCL chiếm tỷ lệ cao nhất (58,9%). **Từ khóa:** u lympho không Hodgkin, đường tiêu hóa.

### SUMMARY

#### STUDY ON CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF PRIMARY GASTROINTESTINAL NON – HODGKIN LYMPHOMA

<sup>1</sup>Bệnh viện K

<sup>2</sup>Bệnh viện Ung Bướu Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính:

Email: tranthangncc@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.3.2023

Ngày duyệt bài: 27.3.2023

**Aims:** Study on several clinical and subclinical features of Non – Hodgkin lymphoma original from gastrointestinal tract. **Patients and methods:** The descriptive retrospective combined with prospective study, 126 patients with Non – Hodgkin lymphoma original from gastrointestinal tract were treated at National Cancer Hospital from 2010 to 2015. **Results:** The mean age was 53 years old, the most popular age was approximately from 51 to 60 years old. The time of disease detection often was less than 6 months. The clinical symptoms usually were nonspecific, including: pain abdominal, weight loss, anemia, palpable mass, B syndrome. The stomach was the most common location (51,6%). The shape of injury often was ulcer. B cell lymphoma was primarily with 93,3%, the majority was progressive. B cell large diffuse lymphoma was the highest proportion (58.9%). **Keywords:** Non– Hodgkin lymphoma, digestive tract.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U lympho không Hodgkin (ULKH) nguyên phát đường tiêu hóa là bệnh lý ác tính xuất phát từ mảng Peyer của ruột non hoặc từ lympho bào của niêm mạc dạ dày, đại trực tràng. Bệnh chiếm khoảng 1-10% tổng số trường hợp u ác tính ống tiêu hóa và 4-20% ULKH nói chung, đồng thời đây là vị trí ngoài hạch hay gặp nhất (40-60%)[1]. Trong những năm gần đây, tỉ lệ ULKH nguyên phát đường tiêu hóa đang có xu hướng ngày càng tăng, nguyên nhân có thể do sự phát triển của các phương tiện chẩn đoán cũng như sự gia tăng số lượng bệnh nhân (BN) có tổn

thương hệ thống miễn dịch (nhiễm HIV, bệnh lý tự miễn, cấy ghép tạng...)[2]. ULKH có thể gặp ở bất kì vị trí nào trên đường tiêu hóa, thường gặp nhất là dạ dày, tiếp đến là ruột non và vùng hồi manh tràng.

Do có tính chất đặc thù riêng nên việc chẩn đoán, đánh giá giai đoạn của ULKH nguyên phát đường tiêu hóa cũng không giống như ULKH của hạch. Cho tới nay, ở Việt Nam đã có nhiều công trình nghiên cứu về ULKH tại hạch nhưng chỉ mới có một số nghiên cứu về ULKH nguyên phát đường tiêu hóa. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng u lympho không Hodgkin nguyên phát đường tiêu hóa.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu.** 126 BN ULKH nguyên phát ống tiêu hóa điều trị tại Bệnh viện K trong thời gian từ năm 2010 đến năm 2015.

### Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Được chẩn đoán ULKH nguyên phát đường tiêu hóa theo tiêu chuẩn Dawson, bao gồm: không có hạch to ngoại vi ở thời điểm phát hiện bệnh, không có hạch lớn trung thất, công thức bạch cầu trong giới hạn bình thường, tổn thương nổi bật ở đường ruột có hoặc không có hạch vùng tương ứng, không có tổn thương ở gan và lách.

- Kết quả MBH hoặc hóa mô miễn dịch (HMMD) sau sinh thiết qua nội soi tiêu hóa hoặc sau mổ được chẩn đoán là ULKH.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- BN nhi (< 16 tuổi)
- ULKH nguyên phát đường tiêu hóa tái phát
- U lympho tại hạch lan tràn vào ống tiêu hóa

### Phương pháp nghiên cứu

Mô tả hồi cứu, kết hợp tiền cứu

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện K

Thu thập số liệu dựa trên thăm khám lâm sàng, ghi nhận thông tin hồ sơ bệnh án.

Chỉ tiêu nghiên cứu gồm:

- Đặc điểm lâm sàng: Tuổi, giới, thời gian khởi phát bệnh, triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể, biến chứng của bệnh.

- Đặc điểm cận lâm sàng: Tổn thương trên nội soi, trên chẩn đoán hình ảnh, MBH, tình trạng tùy đồ, giai đoạn bệnh.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### Đặc điểm lâm sàng

**Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân và triệu chứng lâm sàng**

		N	%
<b>Giới</b>	Nam	72	57,1

	Nữ	54	42,9
<b>Độ tuổi</b>	< 21	1	0,8
	21-30	5	4
	31-40	13	10,3
	41-50	35	27,8
	51-60	37	29,4
	61-70	27	21,4
	>70	8	6,3
<b>Thời gian từ lúc có triệu chứng đến lúc nhập viện (tháng)</b>	< 3	36	28,6
	3 – 6	52	41,3
	7 – 12	24	19,0
	> 12	14	11,1
<b>Triệu chứng lâm sàng</b>	Gầy sút	62	49,2
	Thiếu máu	51	40,5
	Đau bụng	105	83,3
	Buồn nôn, nôn	56	44,4
	Ia chảy	26	20,6
	Táo bón	22	17,5
	Xuất huyết tiêu hóa	17	13,5
	Tắc ruột	14	11,1
	Thủng tạng rỗng	4	3,2
	Sờ thấy u	19	15,1
	Hội chứng B	43	34,1

**Nhận xét:** - Độ tuổi trung bình là 53,0 ± 12,3 tuổi, trẻ nhất là 22, già nhất là 82. Nhóm tuổi trên 40 gặp chủ yếu, chiếm 85%.

- Tỷ lệ nam/nữ là 1,3

- Phần lớn BN đến viện trong vòng 3-6 tháng sau khi có triệu chứng đầu tiên. Khoảng thời gian trung bình là 5,3 tháng. Sớm nhất là 0,5 tháng (2 tuần) và muộn nhất là 15 tháng.

- Các triệu chứng hay gặp của ULKH nguyên phát ống tiêu hóa bao gồm: đau bụng (83,3%), gầy sút cân (49,2%), thiếu máu (40,5%).

- Có 35 BN đến viện trong tình trạng biến chứng cấp của bệnh: xuất huyết tiêu hóa (13,5%), tắc ruột (11,1%), thủng tạng rỗng (3,2%).

- Hội chứng B gặp trong 34,1% các trường hợp.

### Đặc điểm cận lâm sàng

**Bảng 2. Đặc điểm tổn thương và mô bệnh học theo phân loại WHO 2008**

		N	%
<b>Đặc điểm tổn thương</b>	Thể sùi, polyp	24	25,0
	Thể sùi loét	41	42,7
	Thể loét	17	17,7
	Thể thâm nhiễm	14	14,6
<b>Vị trí tổn thương</b>	Thực quản	0	0
	Dạ dày	65	51,6
	Ruột non	21	16,7
	Đại trực tràng	30	23,8
	Phối hợp nhiều vị trí	10	7,9
<b>Kích thước</b>	Trên 10cm	39	31

<b>tổn thương</b>	Dưới 10cm	87	69	
<b>Tình trạng tủy</b>	Thâm nhiễm tủy	6	5,1	
	Không thâm nhiễm tủy	120	94,9	
<b>Thể mô bệnh học</b>	<b>Độ ác tính thấp</b>	Thể MALT	20	22,2
		FL	3	3,3
	<b>Độ ác tính cao</b>	Thể DLBCL	53	58,9
		Thể Burkitt	4	4,4
		Thể tế bào mantle	4	4,4
Thể tế bào T	6	6,7		

**Nhận xét:** - Tổn thương thể sùi loét hay gặp nhất (42,7%), tiếp đến là thể sùi/polyp (25%), thể loét (17,7%) và thể thâm nhiễm (14,6%).

- Phần lớn BN có kích thước u dưới 10cm (69%).

- Có 6 BN có thâm nhiễm tủy xương, chiếm 5,1%.

- U lympho không Hodgkin dòng tế bào B gặp chủ yếu với 93,3%, trong đó, thể DLBCL chiếm tỷ lệ cao nhất (58,9%).

- U lympho không Hodgkin dòng tế bào T có 6 BN, chiếm 6,7%.

- U lympho không Hodgkin độ ác tính cao gặp chủ yếu, chiếm 74,5%.

**Bảng 3. Phân loại giai đoạn lâm sàng theo Lugano**

Giai đoạn	N	%
I	38	30,2
II-1	44	34,9
II-2	28	22,2
IV	16	12,7

**Nhận xét:** Giai đoạn khu trú tại vùng I/II1 chiếm đa số (65,1%). Giai đoạn có tổn thương hạch xa dưới cơ hoành (II2) chiếm 22,2% và giai đoạn lan tràn (IV) chiếm 2,7%.

**Bảng 4. Phân bố mô bệnh học (WHO 2008) theo vị trí tổn thương và giai đoạn lâm sàng**

		Độ ác tính thấp		Độ ác tính cao		P
		N	%	N	%	
<b>Vị trí tổn thương</b>	Da dày	18	36,0	32	64,0	0,033
	Ruột	5	13,9	31	86,1	
	Phối hợp	0	0	4	100	
<b>Giai đoạn Lugano</b>	Giai đoạn I/II1	20	33,9	39	66,1	0,01
	Giai đoạn II2/IV	3	9,7	28	90,3	

**Nhận xét:** - BN có MBH độ ác tính cao gặp nhiều ở ruột non hơn ở da dày (86,1% so với 64%). Tất cả các trường hợp tổn thương phối hợp nhiều vị trí đều có MBH độ ác tính cao.

- BN có MBH độ ác tính cao gặp ở giai đoạn lan tràn (giai đoạn II2/IV) nhiều hơn ở giai đoạn khu trú (giai đoạn I/II1).

**IV. BÀN LUẬN**

**Triệu chứng lâm sàng.** Phần lớn BN đến viện trong vòng trong vòng 6 tháng sau khi có triệu chứng đầu tiên, trong khi đó tỷ lệ BN nhập viện sớm khi phát bệnh (dưới 3 tháng) chiếm 28,6%, nhập viện sau khi có triệu chứng từ 3-6 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất 41,3%.

Triệu chứng lâm sàng của ULKH nguyên phát đường tiêu hóa thường không đặc hiệu với các đặc điểm tương tự như các bệnh lý ác tính đường tiêu hóa khác, trong đó, đau bụng là triệu chứng thường gặp nhất. Theo tác giả Minrui Li (2014), triệu chứng chính của ULKH đường tiêu hóa bao gồm: đau bụng chiếm 75,9%, thiếu máu chiếm 57,4%, chán ăn chiếm 47,7%[3]. Tại Việt Nam, tác giả Phạm Hùng Cường (2001) nghiên cứu trên 10 BN ULKH đường tiêu hóa cho thấy có 9 BN đau bụng. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như các nghiên cứu trên. Triệu chứng hay gặp nhất là đau bụng

chiếm 83,3%, nôn và buồn nôn (44,4%), tiêu chảy (20,6%).

Khác với u lympho tại hạch, một trong những đặc điểm lâm sàng cần được quan tâm ở BN ULKH đường tiêu hóa là những biến chứng nặng của bệnh như xuất huyết tiêu hóa (XHTH), thủng ruột xảy ra trước và trong quá trình điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có đến 35/126 BN (27,8%) đến viện có biến chứng, bao gồm: XHTH (13,5%), tắc ruột (11,1%) và thủng tạng rỗng (3,2%). BN đến viện với biến chứng của bệnh có kết quả điều trị kém hơn so với nhóm không có biến chứng, nguyên nhân là do bệnh thường ở giai đoạn muộn, các biến chứng do phẫu thuật gặp nhiều hơn và khả năng hồi phục sau mổ kém hơn. Trong nghiên cứu này, chúng tôi cũng nhận thấy có sự liên quan giữa các biến chứng xảy ra theo vị trí tổn thương. Trong đó, XHTH chủ yếu gặp ở dạ dày (12/17 trường hợp), thủng tạng rỗng và tắc ruột hay gặp ở ruột non (11/14 trường hợp tắc ruột).

Hội chứng B là một hội chứng toàn thân bao gồm ra mồ hôi về đêm, sốt trên 38°C, sút cân trên 10% trọng lượng cơ thể trong vòng 6 tháng. Hội chứng B gặp khá phổ biến ở BN ULKH đường tiêu hóa, theo Minrui Li (2014), tỷ lệ BN có hội chứng B là 49,1%, theo Shengting Z (2015) là 44%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ BN

có hội chứng B gặp ở 34,1% số BN vào viện, thấp hơn các nghiên cứu kể trên, nhưng cao hơn các nghiên cứu trong nước về ULKH. Theo Đỗ Anh Tú, trong 128 BN u lympho không Hodgkin tế bào B, chỉ có 9,4% BN có hội chứng B, theo Nguyễn Quang Toàn là 22,2%, Phạm Văn Thái là 7,1%[4]. Tiêu chuẩn đánh giá hội chứng B còn chưa có sự thống nhất trên BN ULKH nguyên phát ống tiêu hóa nên có sự khác nhau về tỷ lệ mắc hội chứng B tùy theo từng nghiên cứu.

**Vị trí và đặc điểm tổn thương.** Các nghiên cứu đều cho thấy ULKH có thể gặp ở bất kỳ vị trí nào trên ống tiêu hóa với tỷ lệ khác nhau. Hầu hết các nghiên cứu trong nước và trên thế giới đều ghi nhận ULKH gặp nhiều nhất ở dạ dày. Tỷ lệ tổn thương tại dạ dày theo nghiên cứu của Howell JM và cộng sự (2012) là 47%, theo Shengting Z (2015) là 48%, theo Papaxoinis G (2006) là 68%[5],[6]. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ ULKH nguyên phát tại dạ dày là 51,6%. Theo tác giả Howell JM (2012), tổn thương u lympho tại dạ dày có liên quan chặt chẽ đến tình trạng nhiễm H pylori. Tổn thương ban đầu có thể là u lympho thể độ ác tính thấp (MALT), sau đó chuyển dạng lên thể ác tính cao hơn (DLBCL) nếu không được điều trị.

Theo Sajjani (2003), tỷ lệ mắc ULKH ở ruột non tăng dần từ gần đến xa, cao nhất ở hồi tràng tương ứng với sự phong phú của mô lympho tại đây. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ ULKH nguyên phát tại ruột non chiếm 16,7%. Tỷ lệ ULKH nguyên phát tại đại trực tràng cũng có sự dao động giữa các nghiên cứu, được báo cáo từ 2%-30%, trong nghiên cứu này, ULKH nguyên phát tại đại trực tràng gặp ở 23,8%.

ULKH có tổn thương phối hợp nhiều vị trí của ống tiêu hóa được thừa nhận như một thể lâm sàng riêng. Nhiều tác giả cho đó là một thể đặc biệt của u lympho thể tế bào mantle có nguồn gốc từ tế bào B nhỏ vùng xung quanh nang lympho. Tuy nhiên, một số u lympho thể nang cũng có tổn thương tương tự. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 10 BN có tổn thương phối hợp (7,9%).

Hình ảnh đại thể tổn thương trên nội soi trong nghiên cứu gồm có thể sùi loét (42,7%), thể sùi/polyp (25%), thể loét (17,7%), thể thâm nhiễm (14,6%). Có 30 BN không tiến hành được nội soi do tổn thương ở ruột non hoặc nhập viện có biến chứng phải mổ cấp cứu.

Tác giả Nakamura (2013) nhận thấy có sự liên quan giữa hình thái tổn thương trên nội soi và đặc điểm MBH: tại dạ dày, thể DLBCL gặp nhiều ở thể sùi/polyp trong khi thể MALT có xu hướng gặp ở thể loét hoặc thể thâm nhiễm; còn

tại ruột non, thể DLBCL hay gặp ở tổn thương dạng loét, u lympho tế bào T hay gặp trong tổn thương dạng lan tỏa, trong khi đó hầu hết các trường hợp tổn thương dạng đa polyp là u lympho thể nang hoặc thể mantle.

Trong đánh giá tiên lượng bệnh u lympho không Hodgkin nói chung, kích thước u trên 10 cm là một yếu tố tiên lượng xấu. Trong nghiên cứu này, kích thước tổn thương trên 10 cm gặp ở 39 BN, chiếm 31%.

**Giai đoạn bệnh.** Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng hệ thống phân loại Lugano 1994 để đánh giá giai đoạn lâm sàng. Theo phân loại giai đoạn Lugano, giai đoạn tại chỗ, tại vùng (I/II1) chiếm tỷ lệ cao nhất với 65,1%, giai đoạn tổn thương lan tràn II2 chiếm 22,2% và có 12,7% trường hợp ở giai đoạn IV. Tỷ lệ cao BN ULKH nguyên phát ống tiêu hóa ở giai đoạn sớm cũng được báo cáo ở nhiều nghiên cứu trên thế giới. Theo Papaxoinis G (2010), giai đoạn sớm gặp 55,5%, theo tác giả Minrui Li (2014) là (71,7%). Tại Việt Nam, tác giả Phạm Văn Thái phân loại theo Musshoff trên 99 BN ULKH nguyên phát ống tiêu hóa nhận thấy giai đoạn I/II1 chiếm 51,5%, giai đoạn II2 chiếm 37,4% và giai đoạn III/IV (tương đương với giai đoạn IV theo phân loại Lugano) chiếm 11,1%.

Khi phân tích giai đoạn bệnh dựa trên vị trí tổn thương, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ tổn thương ở giai đoạn sớm (I/II1) ở dạ dày cao hơn có ý nghĩa thống kê so với ở ruột và ở tổn thương phối hợp đa vị trí.

**Chẩn đoán mô bệnh học.** Trong số 126 BN ULKH nguyên phát ống tiêu hóa trong nghiên cứu, có 90 BN được nhuộm HMMD và phân loại MBH theo WHO 2008. Trong đó, u lympho dòng tế bào B chiếm tỷ lệ chủ yếu với 93,3%. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới như: tác giả Wenshuang D (2015) xếp loại MBH của 1010 trường hợp ULKH nguyên phát ống tiêu hóa cho thấy u lympho nguồn gốc từ tế bào B chiếm khoảng 87%, nguồn gốc tế bào NK/T chiếm 13%[7]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Thái (2005), tỷ lệ u lympho nguồn gốc tế bào B là 90%.

Thể u lympho tế bào B lớn lan tỏa (DLBCL) là thể MBH gặp nhiều nhất ở ống tiêu hóa, chiếm từ 50-80% tùy từng nghiên cứu. Tỷ lệ thể DLBCL trên BN ULKH nguyên phát ống tiêu hóa trong nghiên cứu của chúng tôi là 58,9%, đây cũng là thể gặp nhiều nhất ở tất cả các vị trí và là thể có độ ác tính cao. BN thường được chẩn đoán ở giai đoạn muộn hơn, hay đi kèm với các hội chứng toàn thân và tiên lượng xấu hơn so với các thể

độ ác tính thấp.

U lympho vùng rìa của mô lympho kết hợp niêm mạc (thể MALT) là một biến thể của u lympho độ thấp, nó phát sinh từ các tế bào lympho B của niêm mạc hoặc các tuyến đường hô hấp, mắt...nhưng gặp nhiều nhất ở ống tiêu hóa. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thể MALT gặp phổ biến thứ hai sau thể DLBCL, chiếm 22,2%, vị trí hay gặp nhất là ở dạ dày (chiếm 32,7% trong số tổn thương ở dạ dày), các vị trí khác rất ít. Các nghiên cứu trên thế giới đều cho thấy tỷ lệ u lympho thể MALT gặp chủ yếu ở dạ dày, tỷ lệ gặp có khác nhau tùy theo từng nghiên cứu.

Các thể MBH ít gặp ở ULKH nguyên phát ống tiêu hóa trong nghiên cứu gồm: thể tế bào T (6,7%), thể nang (3,3%), thể Burkitt (4,4%), thể tế bào mantle (4,4%).

Phân loại MBH theo độ ác tính, chúng tôi nhận thấy phần lớn BN ULKH nguyên phát ống tiêu hóa ở thể có độ ác tính cao (74,5%). Thể độ ác tính thấp gặp nhiều hơn ở dạ dày ( $p=0,033$ ) và ở BN giai đoạn sớm ( $p=0,01$ ). Tác giả Howell JM và cộng sự (2012) phân loại các thể MBH theo vị trí tổn thương cho thấy: thể MBH chính tại dạ dày là DLBCL (54%) và MALT (37%), tại ruột non là DLBCL (38%) và thể nang (23%), u lympho dòng tế bào T (10%), tại đại tràng là DLBCL (50%), MALT (23%)[8].

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 126 BN ULKH nguyên phát ống tiêu hóa điều trị tại Bệnh viện K từ 1/2010 - 8/2015 cho thấy: tuổi trung bình 53 tuổi, độ tuổi hay gặp nhất là 51-60 tuổi. Thời gian phát hiện bệnh thường dưới 6 tháng. Triệu chứng lâm sàng thường không đặc hiệu, gồm: đau bụng, gầy sút, thiếu máu, sờ thấy u bụng, hội chứng B. Dạ dày

là vị trí tổn thương hay gặp nhất (51,6%). Hình thái tổn thương thường là thể sùi loét. U lympho dòng tế bào B gặp chủ yếu với 93,3%, phần lớn là độ ác tính cao, thể DLBCL chiếm tỷ lệ cao nhất (58,9%).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ghimire P WGY, and Zhu L:** Primary gastrointestinal lymphoma. World J Gastroenterol 2011, 17(6):697-707.
2. **Aledavood A NMR, Memar B et al:** Primary gastrointestinal lymphoma. J Res Med Sci 2012, 17(5):487-490.
3. **Li M ZS, Gu F et al:** Clinicopathological characteristics and prognostic factors of primary gastrointestinal lymphoma: a 22-year experience from South China. Int J Clin Exp Pathol 2014, 7(5):2718-2728.
4. **Thái PV:** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và kết quả điều trị u lympho ác tính không Hodgkin nguyên phát ống tiêu hóa tại Bệnh viện K. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú bệnh viện, Trường Đại học Y Hà Nội 2005.
5. **Papaxoinis G PS, Rontogianni D et al:** Primary gastrointestinal non-Hodgkin's lymphoma: a clinicopathologic study of 128 cases in Greece. A Hellenic Cooperative Oncology Group study (HeCOG). Leuk Lymphoma 2006, 47(10):2140-2146.
6. **Zhang S WL, Yu D et al:** Localized primary gastrointestinal diffuse large B cell lymphoma received a surgical approach: an analysis of prognostic factors and comparison of staging systems in 101 patients from a single institution. World J Surg Oncol 2015, 13:p. 246.
7. **Ding W ZS, Wang J et al:** Gastrointestinal Lymphoma in Southwest China: Subtype Distribution of 1,010 Cases Using the WHO (2008) Classification in a Single Institution. Acta Haematol 2015, 135(1):21-28.
8. **Howell J.M. A-GI, Zhang J et al:** Increasing incidence rates, distribution and histological characteristics of primary gastrointestinal non-Hodgkin lymphoma in a North American population. Can J Gastroenterol 2012, 26(7):452-456.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA NHIỄM KHUẨN HUYẾT Ở TRẺ SƠ SINH TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG NĂM 2019 - 2021

Đình Văn Thúc<sup>1,3</sup>, Bé Thị Cúc<sup>1</sup>, Đình Dương Tùng Anh<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

<sup>2</sup>Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

<sup>3</sup>Bệnh viện Trường Đại học Y Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Đình Dương Tùng Anh

Email: ddtanh@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.3.2023

Ngày phản biên khoa học: 14.3.2023

Ngày duyệt bài: 28.3.2023

**Mục tiêu:** mô tả một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết sơ sinh tại Khoa Hồi sức cấp cứu – Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng trong các năm 2019 - 2021. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh có sử dụng số liệu hồi cứu bệnh án của các trẻ sơ sinh được chẩn đoán và điều trị nhiễm khuẩn huyết tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng trong các năm 2019 - 2021. **Kết quả:** Có 40 trường hợp nhiễm khuẩn huyết sơ sinh (NKHSS) trong nghiên cứu này. NKHSS gặp ở trẻ nam nhiều hơn trẻ nữ (nam/nữ: 1,5/1). 67,5% số bệnh nhi có tiền sử sinh non và 72,5% có tiền sử nhẹ cân. Các