

nhân nữ, lớn tuổi thì cần cẩn trọng trong mổ để tránh gây gãy xương đồng thời quá trình tập vật luyện sau mổ cũng cần phải nhẹ nhàng và được giám sát chặt chẽ.

V. KẾT LUẬN

Một số chỉ số hình thái của chỏm xương cánh tay ở người Việt Nam đo trên CT – scan có sự khác biệt so với người da trắng và thậm chí là với các chủng tộc châu Á khác. Vì vậy, việc sử dụng các mẫu chỏm xương cánh tay nhân tạo hiện nay trên người Việt Nam có thể gây ra sự không tương thích giữa dụng cụ và xương. Kết quả thu được từ nghiên cứu của chúng tôi có thể góp phần trong việc thiết kế chỏm xương cánh tay nhân tạo dành riêng cho người Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Oh JH, Kim W, Cayetano AA Jr.** Measurement Methods for Humeral Retroversion Using Two-Dimensional Computed Tomography Scans: Which Is Most Concordant with the Standard Method? *Clin Orthop Surg.* 2017;9(2):223-231.
2. **Petersson CJ, Redlund-Johnell I.** Joint space in normal gleno-humeral radiographs. *Acta Orthop Scand.* 1983;54(2):274-276.
3. **Takase K, Imakiire A, Burkhead WZ Jr.** Radiographic study of the anatomic relationships of the greater tuberosity. *J Shoulder Elbow Surg.* 2002;11(6):557-561.
4. **Jeong J, Bryan J, Iannotti JP.** Effect of a variable prosthetic neck-shaft angle and the surgical technique on replication of normal humeral anatomy. *J Bone Joint Surg Am.* 2009;91(8):1932-1941.
5. **Pearl ML, Volk AG.** Coronal plane geometry of the proximal humerus relevant to prosthetic arthroplasty. *J Shoulder Elbow Surg.* 1996;5(4): 320-326.
6. **Spross C, Kaestle N, Benninger E, et al.** Deltoid Tuberosity Index: A Simple Radiographic Tool to Assess Local Bone Quality in Proximal Humerus Fractures. *Clin Orthop Relat Res.* 2015;473(9):3038-3045.
7. **Wickman JR, Cronin KJ, Goltz DE, et al.** The deltoid tuberosity index predicts intraoperative fracture risk in shoulder arthroplasty. *J Arthroplasty.* 2022;32(3):505-510.
8. **Goldberg RW, Williamson DF, Hoyer HA, Liu RW.** Humeral version and neck-shaft angle correlated with demographic parameters in a study of 1104 cadaveric humeri. *J Shoulder Elbow Surg.* 2020; 29(6): 1236-1241.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ CHỈ SỐ XÉT NGHIỆM CỦA BỆNH NHÂN ĐA U TUỖ XƯƠNG CHUỖI NHẸ TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Ngô Thị Phương Oanh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đa u tuỷ xương chuỗi nhẹ (LCMM) chiếm khoảng 15-20% bệnh nhân đa u tuỷ, có tiên lượng xấu, đáp ứng điều trị kém hơn so với các nhóm khác, khó phát hiện sớm ở các bệnh viện không phải tuyến chuyên khoa, bệnh nhân thường được chẩn đoán bệnh muộn có nhiều biến chứng (thiếu máu, suy thận, loãng xương). Để chẩn đoán sớm và kịp thời, các nghiên cứu về đặc điểm các xét nghiệm cơ bản thường gặp của bệnh nhân mắc LCMM là vô cùng cần thiết. **Mục tiêu:** nghiên cứu một số chỉ số xét nghiệm của bệnh nhân LCMM đến khám và điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 50 bệnh nhân mới chẩn đoán LCMM từ 01/2018 đến 07/2022, điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** Bệnh nhân LCMM có biểu hiện tăng protein máu, giảm albumin máu, và chỉ số A/G đảo ngược tỷ lệ thấp, lần lượt là 2%, 8% và 16%. Tỷ lệ bệnh nhân tăng beta-2-microglobulin

chiếm 82%. Tỷ lệ bệnh nhân có chỉ số LDH bình thường chiếm 96%. Tỷ lệ bệnh nhân có chỉ số Calci toàn phần bình thường chiếm 82%. **Kết luận:** Các xét nghiệm của bệnh nhân LCMM có biểu hiện tăng protein máu và beta-2-microglobulin, giảm albumin máu, chỉ số A/G đảo ngược tỷ lệ thấp, LDH và Calci toàn phần bình thường. **Từ khóa:** Đa u tuỷ xương chuỗi nhẹ, LCMM, xét nghiệm.

SUMMARY

RESEARCH ON THE LABORATORY INDICATORS OF PATIENTS LIGHT CHAIN MULTIPLE MYELOMA AT BACH MAI HOSPITAL

Background: Light chain multiple myeloma (LCMM) accounts for about 15-20% of patients with multiple myeloma, has a poor prognosis, has a poorer response to treatment than other groups, and is difficult to detect early in hospitals, patients are often diagnosed late with many complications (anemia, kidney failure, osteoporosis). For early and timely diagnosis, studies on the characteristics of common basic tests of patients with LCMM are essential. **Objectives:** Research of some laboratory indicators of LCMM patients who come for examination and treatment at Bach Mai Hospital. **Subjects, research methods:** A cross-sectional descriptive study on 50 patients newly diagnosed with LCMM from 01/2018 to

¹Trường Đại học Y tế Công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Phương Oanh

Email: ntpo@huph.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2023

Ngày duyệt bài: 11.9.2023

07/2022, treated at Bach Mai Hospital. **Results:** Patients with LCMM had low rates of hyperproteinemia, hypoalbuminemia, and A/G inversion, 2%, 8%, and 16%, respectively. The proportion of patients with increased beta-2-microglobulin accounted for 82%. The proportion of patients with normal LDH index accounted for 96%. The proportion of patients with normal total calcium index accounted for 82%. **Conclusion:** The laboratory indicators of LCMM patients showed hyperproteinemia and beta-2-microglobulin, hypoalbuminemia, low A/G ratio reversed, LDH and total calcium were normal. **Keywords:** Light chain multiple myeloma, LCMM, laboratory.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đa u tủy xương do số lượng tương bào tăng quá mức và các globulin miễn dịch được tiết ra bất thường, gây ra các biểu hiện bệnh lý trên lâm sàng như đau xương, thiếu máu, suy thận, tăng calci máu. Trong hầu hết các trường hợp, các tương bào có thể sản xuất các chuỗi nặng, do đó các globulin được tổng hợp toàn vẹn gồm cả chuỗi nặng và chuỗi nhẹ. Trong một số trường hợp khác, các tương bào ác tính chỉ sản xuất chuỗi nhẹ. Các protein này được gọi là para-protein hay protein Bence Jones và dạng bệnh này được gọi là đa u tủy xương chuỗi nhẹ (LCMM). LCMM chiếm khoảng 15-20% đa u tủy xương nói chung [1]. LCMM có tiên lượng xấu, đáp ứng điều trị kém hơn so với các nhóm khác, mặc dù vậy bệnh lại khó phát hiện sớm ở các bệnh viện không phải tuyến chuyên khoa nên bệnh nhân thường được chẩn đoán bệnh muộn có nhiều biến chứng (thiếu máu, suy thận, loãng xương). Với mục đích để chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời cho bệnh nhân, nghiên cứu nhằm nghiên cứu một số chỉ số xét nghiệm của bệnh nhân đa u tủy xương chuỗi nhẹ tại Bệnh viện Bạch Mai là rất cần thiết.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân mới chẩn đoán LCMM từ 01/ 2018 đến 07/ 2022, điều trị tại Trung tâm Huyết học- Truyền máu, bệnh viện Bạch Mai.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân mới chẩn đoán LCMM từ 01/2018 đến 07/2022 theo tiêu chuẩn của IMWG. Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu, được theo dõi liên tục cho tới khi kết thúc nghiên cứu hoặc tiến triển, tái phát, tử vong.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, kèm theo các bệnh lý ác tính khác.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Lựa chọn 50 bệnh nhân LCMM mới chẩn đoán từ 01/2018 đến 07/2022 theo tiêu chuẩn IMWG 2014 đến khám

và điều trị tại trung tâm Huyết học- Truyền máu - Bệnh viện Bạch Mai theo phương pháp lấy mẫu thuận tiện.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Thu thập số liệu: Thu thập số liệu xét nghiệm từ bệnh án của bệnh nhân.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu: Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm Excel, SPSS 16.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu của chúng tôi không can thiệp vào quá trình điều trị, không ảnh hưởng đến kết quả điều trị cũng như tâm lý bệnh nhân, tuân thủ bảo mật thông tin bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu góp phần nâng cao hiệu quả điều trị và chăm sóc người bệnh tốt hơn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 01/2018 đến tháng 07/2022 có 50 bệnh nhân (BN) đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu, thu được các kết quả sau:

3.1. Đặc điểm xét nghiệm huyết học tế bào

3.1.1. Đặc điểm về tế bào máu ngoại vi

Bảng 1. Chỉ số Hemoglobin ở máu ngoại vi

Chỉ số		Tổng số bệnh nhân (N=50)			Min	Max
		n	%	X±SD		
Chi số Hb (g/l)	Không thiếu máu (≥120)	5	10,0	90,9 ± 20,3	55	150
	Thiếu máu nhẹ (110-119)	2	4,0			
	Thiếu máu trung bình (80-109)	27	54,0			
	Thiếu máu nặng (<80)	16	32,0			

Huyết sắc tố (Hb) trung bình là 90,9 ± 20,3 g/l, thấp nhất là 55 g/l, cao nhất là 150 g/l. Tại thời điểm chẩn đoán, có 5 BN (10%) không thiếu máu 45 BN (90%) có thiếu máu, trong đó thiếu máu nhẹ chiếm 4%, thiếu máu trung bình chiếm 54% và thiếu máu nặng là 32%.

Bảng 2. Số lượng bạch cầu ở máu ngoại vi

Chỉ số		Tổng số bệnh nhân (N=50)			Min	Max
		n	%	X±SD		
Số lượng BC (G/l)	Giảm (<4)	5	10,0	7,5 ± 3,4	2,6	16,3
	Bình thường (4-10)	34	68,0			
	Tăng (>10)	11	22,0			

Số lượng bạch cầu (BC) trung bình là 7,5 ± 3,4 G/l, thấp nhất là 2,6 G/l, cao nhất là 16,3 G/l. Trong đó: 5 BN (10%) có BC thấp, 34 BN (68%) có BC trung bình và 11 BN (22%) có BC tăng.

Bảng 3. Số lượng tiểu cầu ở máu ngoại vi

Chi số		Tổng số bệnh nhân (N=50)			Min	Max
		n	%	X±SD		
Số lượng TC (G/L)	Giảm (<150)	12	24,0	219,3±93,1	37	413
	Bình thường (150-450)	38	76,0			
	Tăng (>450)	0	0			

Số lượng tiểu cầu (TC) trung bình là 219,3 ± 93,1 G/l, thấp nhất là 37 G/l, cao nhất là 413 G/l. Trong đó chủ yếu là BN có số lượng TC bình thường chiếm 76%, còn lại là TC thấp chiếm 34%.

Bảng 4. Tỷ lệ plasmo ở máu ngoại vi

Chi số		Tổng số bệnh nhân (N=50)	
		n	%
Tỷ lệ plasmo (%)	Có	3	6,0
	Không có	47	94,0

Tỷ lệ tế bào plasmo ở máu ngoại vi chiếm 6%, không có tế bào plasmo chiếm 94%.

3.1.2. Đặc điểm về tế bào tuỷ

Bảng 5. Đặc điểm về xét nghiệm huyết tuỷ đồ

Các chỉ số		Tổng số bệnh nhân (N=50)		Min	Max	
		n	Tỷ lệ %			
Số lượng tế bào tuỷ (G/l)	<30	13	26,0	48,4 ±47,7	7	337
	30-100	34	68,0			
	>100	3	6,0			
Tỷ lệ plasmo (%)	<10	5	10,0	25,5 ±18,5	1	73
	≥10	45	90,0			

Với xét nghiệm huyết tuỷ đồ, số lượng tế bào tuỷ trung bình là 48,4 ± 47,7 G/l, thấp nhất là 7 G/l, cao nhất là 337 G/l. Trong đó chủ yếu là BN có số lượng tuỷ bình thường chiếm 68%, còn lại là tuỷ nghèo tế bào chiếm 26%, tuỷ giàu tế bào chiếm 6%. Tỷ lệ plasmo trong tuỷ dưới 10% chỉ chiếm 10%, còn lại chủ yếu là lớn hơn 10% chiếm 90%, thấp nhất là 1% và cao nhất là 73%.

3.2. Đặc điểm về xét nghiệm sinh hoá

Bảng 6. Đặc điểm về protein, albumin và tỷ lệ A/G

Chi số		Tổng số bệnh nhân (N=50)			Min	Max
		n	%	X±SD		
Protein (g/l)	Giảm (<66)	14	28,0	69,9±10,6	46	119
	Bình thường (66-87)	35	70,0			
	Tăng (>87)	1	2,0			
Albumin (g/l)	Giảm (<35)	4	8,0	39,9±4,9	20,9	48,7
	Bình thường (35- 52)	46	92,0			
	Tăng (>52)	0	0			
Tỷ lệ	Có đảo ngược	8	16,0			

A/G	(≤1)				
	Không đảo ngược (>1)	42			

Với xét nghiệm sinh hoá máu, Protein máu, Albumin máu, chỉ số A/G: Protein máu trung bình là 69,9 ± 10,6 g/l, thấp nhất là 46 g/l, cao nhất là 116 g/l. Albumin máu trung bình là 39,9 ± 4,9 g/l, thấp nhất là 20,9 g/l, cao nhất là 48,7 g/l. Tỷ lệ BN có tình trạng tăng protein máu, giảm Albumin máu và chỉ số A/G đảo ngược chiếm tỷ lệ thấp, lần lượt là 2%, 8% và 16%.

Bảng 7. Đặc điểm về LDH và beta-2-microglobulin (β2M)

Chi số		Tổng số bệnh nhân (N=50)			Min	Max
		n	%	X±SD		
LDH (U/l)	Tăng (>460)	2	4,0	272,3±102,2	117	552
	Không tăng (≤460)	48	96,0			
β2M (mg/l)	Tăng (>3,5)	42	84,0	20,2±20,7	1,7	86,7
	Không tăng (≤3,5)	8	16,0			

Chỉ số LDH trung bình của các BN trong nghiên cứu là 272,3 ± 102,2 UI/l, thấp nhất là 117 UI/l, cao nhất là 552 UI/l. Có 2 BN (4%) có chỉ số LDH tăng và 48 BN (96%) có chỉ số LDH trong giới hạn bình thường. Chỉ số β2M trung bình là 20,2 ± 20,7mg/l, thấp nhất là 1,7 mg/l, cao nhất là 86,7 mg/l. Có 42 BN (84%) có β2M tăng, và 8 BN (16%) có β2M bình thường.

Bảng 8. Đặc điểm về Calci toàn phần

Chi số		Tổng số bệnh nhân (N=50)			Min	Max
		n	%	X±SD		
Calci toàn phần (mmol/l)	Tăng (>2,75)	9	18,0	2,65 ± 0,55	1,65	4,06
	Không tăng (≤2,75)	41	82,0			

Chỉ số calci toàn phần trong máu trung bình là 2,65 ± 0,55 mmol/l, thấp nhất là 1,65 mmol/l, cao nhất là 4,06 mmol/l. Có 9 BN (18%) có chỉ số calci máu tăng, 41 BN (82%) có calci bình thường.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm xét nghiệm huyết học tế bào

4.1.1. Đặc điểm về tế bào máu ngoại vi.

Lượng huyết sắc tố trung bình trong nghiên cứu là 90,9 ± 20,3 g/l, thấp nhất là 55 g/l, cao nhất là 150 g/l. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự tác giả Vương Sơn Thành (2017), lượng huyết sắc tố trung bình của các BN lúc chẩn đoán là 94,53 g/l [2]. Tỷ lệ BN thiếu máu là 90%, trong đó thiếu máu nhẹ chiếm 4%, thiếu máu trung bình chiếm 54% và thiếu máu nặng chiếm 32%. Điều này cũng tương tự tác giả

Nguyễn Lan Phương, tỷ lệ thiếu máu là 96,4%, Vương Sơn Thành là 89,7% [2], [3].

Thiếu máu trong đa u tủy xương là do quá trình tăng sinh mạnh các tế bào tương bào ác tính trong tủy xương dẫn đến tế bào dòng hồng cầu bị lấn át, giảm sinh cấu trúc khoang sinh máu bị thay đổi, sự tiếp xúc của dòng hồng cầu với các yếu tố kích thích sinh trưởng, sắt, acid folic hay vitamin B12 bị ảnh hưởng. Mặt khác tương bào ác tính tăng sinh kích thích cơ thể sản xuất các cytokin gây viêm dẫn tới làm giảm sinh chất kích thích sinh hồng cầu erythropoietin, giảm sự hấp thu, vận chuyển sắt trong huyết tương [2]. Đặc biệt ở BN LCMM tỷ lệ BN bị tổn thương thận do lắng đọng chuỗi nhẹ hay gặp hơn do vậy tình trạng thiếu máu hay gặp ở BN LCMM [4].

Về đặc điểm bạch cầu, trong nghiên cứu của chúng tôi, chủ yếu các BN có số lượng bạch cầu trong giới hạn bình thường (68%), chỉ có 5/50 BN (10%) có giảm bạch cầu. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như của tác giả Vương Sơn Thành (8,1%), Nguyễn Thùy Dương (14,6%) [2], [4]. So với các tác giả nước ngoài thì tỷ lệ BN có bạch cầu thấp của chúng tôi cao hơn như Kyle là 4,9% [5]. Nhìn chung các nghiên cứu đều cho thấy tỷ lệ giảm bạch cầu ở BN đa u tủy xương là thấp.

Về đặc điểm tiểu cầu, có 34% BN có tiểu cầu thấp. Số lượng tiểu cầu giảm do tủy bị lấn át bởi các tế bào ác tính và do sự bám trên bề mặt của các kháng thể bất thường làm tiểu cầu bị chết nhanh hơn khi đi qua hệ thống liên võng nội mô [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, gặp 6% BN có plasmô ra máu ngoại vi. Đây cũng là 1 chỉ số cho thấy tăng nguy cơ chuyển thành Lơ xê mi dòng plasmô của các BN đa u tủy xương.

4.1.2. Đặc điểm về tế bào tủy. Khảo sát về đặc điểm tủy đồ, chúng tôi gặp 26% BN có biểu hiện giảm số lượng tế bào tủy, 6% BN có số lượng TB tủy tăng, 10% BN có tỷ lệ tế bào plasmô trong tủy <10%, các trường hợp này đã được làm sinh thiết tủy xương hầu hết cho kết quả tăng sinh dòng plasmô trong tủy. Có 2% BN được chẩn đoán dựa vào sinh thiết khối u tương bào. Theo tác giả Nguyễn Thùy Dương có 18,3% BN tại thời điểm chẩn đoán có số lượng tế bào plasmô dưới 10% [4]. Nguyên nhân là do tế bào plasmô thường tập trung thành đám nên đôi khi chọc hút tủy xương không đúng vị trí tăng sinh sẽ thấy tỷ lệ tế bào plasmô thấp nên cần làm sinh thiết tủy xương để khẳng định.

So sánh với đa u tủy xương chung thì đặc điểm xét nghiệm huyết tủy đồ của nhóm LCMM cũng không có sự khác biệt, nghiên cứu của

Suzanne MCB Thanh Thanh (2016) có 91% BN có tỷ lệ plasmô trong tủy trên 10% [6].

4.2. Đặc điểm về xét nghiệm sinh hoá

4.2.1. Đặc điểm về protein, albumin.

Trong nghiên cứu này chúng tôi thấy rằng tình trạng tăng protein toàn phần, giảm albumin máu, và tỷ lệ A/G đảo ngược chiếm tỷ lệ thấp lần lượt là 2%, 8%, 16%. Kết quả nghiên cứu này cũng tương tự của tác giả Nguyễn Lan Phương (2016) [3].

Đây là sự khác biệt so với các nhóm còn lại của đa u tủy xương vì trong LCMM thì các chuỗi nhẹ được tổng hợp nhiều nhưng trọng lượng phân tử thấp nên không gây tăng globulin do vậy không gây tăng protein toàn phần. So với các type đa u tủy xương khác tổng hợp các Ig đơn dòng bao gồm cả chuỗi nặng và chuỗi nhẹ sẽ có trọng lượng phân tử lớn hơn, do vậy sẽ làm tăng rất cao globulin từ đó làm tăng protein toàn phần. Đây là đặc điểm phổ biến ở đa số bệnh nhân đa u tủy xương. Do đặc điểm này bệnh nhân LCMM khi đi khám bệnh tại thời điểm khởi phát, các xét nghiệm thường quy về protein, albumin và globulin vẫn trong giới hạn bình thường hoặc giảm thấp hơn bình thường nên thường không phát hiện ra bệnh ngay ở giai đoạn đầu của bệnh. Bệnh nhân thường phải mất một thời gian khá dài điều trị ở các chuyên khoa khác với các biểu hiện đau xương, suy thận, thiếu máu hoặc do xuất hiện các khối u xương. Do vậy khi được chẩn đoán xác định là LCMM thì bệnh nhân đã có nhiều biến chứng [4].

4.2.2. Đặc điểm về LDH, beta-2-microglobulin. Tại thời điểm chẩn đoán, hầu hết bệnh nhân có chỉ số LDH trong giới hạn bình thường (96%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Nga (2021) [7]. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi lại thấy trong LCMM có sự tăng cao của chỉ số beta-2-microglobulin, trung bình 20,2mg/l. Tỷ lệ bệnh nhân có chỉ số beta-2-microglobulin tăng > 3,5mg/l tại thời điểm chẩn đoán là 84%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như của tác giả Nguyễn Lan Phương (69%), Nguyễn Thùy Dương (69,5%) [3], [4].

Đây là hai yếu tố tiên lượng trong bệnh lý đa u tủy xương. Khi nồng độ LDH tăng cao nó phản ánh sự tăng lên của tế bào u, có thể dự đoán tình trạng tái phát hoặc tiến triển của bệnh. Nồng độ LDH tăng là một tiên lượng xấu đến thời gian sống thêm toàn bộ của bệnh nhân [8]. Beta-2-microglobulin là một protein có trên bề mặt của tất cả các tế bào trong cơ thể. Nó được sản xuất nhiều nhất bởi tế bào lympho nên trong

đa u tủy xương beta-2-microglobulin thường tăng. Beta-2-microglobulin được bài tiết qua thận, nên nồng độ trong huyết thanh luôn tăng cao ở bệnh nhân suy thận. Mức tăng beta-2-microglobulin đã được chứng minh là một yếu tố dự báo độc lập mạnh mẽ về sự sống còn trong bệnh đa u tủy xương. Bệnh nhân LCMM thường có biểu hiện tổn thương thận do vậy ảnh hưởng chặt chẽ với bài tiết beta-2-microglobulin. Điều này giải thích cho việc bệnh nhân LCMM thường có nồng độ beta-2-microglobulin tăng cao [4]. Beta-2-microglobulin là yếu tố tiên lượng để phân loại giai đoạn bệnh theo ISS, còn LDH được xếp vào nhóm tiên lượng mới theo Revised ISS.

4.2.3. Đặc điểm về calci máu. Tại thời điểm chẩn đoán có 18% bệnh nhân có chỉ số calci máu tăng. Kết quả của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Lan Phương, biểu hiện tăng calci máu ở BN đa u tủy xương là 19% [3]. Tăng calci máu là do sự phá hủy xương gây ra, biểu hiện yếu cơ, táo bón, chán ăn, tiểu nhiều, uống nhiều...

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân mắc đa u tủy xương chuỗi nhẹ được chẩn đoán tại Bệnh viện Bạch Mai từ 01/2018 đến 07/2022, xét nghiệm có đặc điểm tăng protein máu và beta-2-microglobulin, giảm albumin máu, chỉ số A/G đảo ngược tỷ lệ thấp, LDH và Calci toàn phần bình thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. A. Rafee, M. N. Malik, M. Abu Zar, S. Durer,

- and C. Durer, "An Overview of Light Chain Multiple Myeloma: Clinical Characteristics and Rarities, Management Strategies, and Disease Monitoring," *Cureus*, vol. 10, no. 8, p. e3148, Aug. 2018, doi: 10.7759/cureus.3148.
2. Vương Sơn Thành, "Nghiên cứu đặc điểm tế bào và mô bệnh học tủy xương ở bệnh nhân đa u tủy xương tại khoa Huyết học- Truyền máu bệnh viện Bạch Mai." Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội, 2017.
3. Nguyễn Lan Phương, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm của bệnh đa u tủy xương chuỗi nhẹ tại viện Huyết học- Truyền máu trung ương." Đề tài cấp cơ sở, Viện Huyết học- Truyền máu trung ương, 2016.
4. Nguyễn Thủy Dương, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị trong bệnh đa u tủy xương chuỗi nhẹ tại viện Huyết học- Truyền máu trung ương." Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, 2018.
5. R. A. Kyle et al., "Review of 1027 patients with newly diagnosed multiple myeloma," *Mayo Clin Proc*, vol. 78, no. 1, pp. 21–33, Jan. 2003, doi: 10.4065/78.1.21.
6. Suzanne MCB Thanh Thanh, "Đánh giá đáp ứng điều trị và chức năng thận của phác đồ có Bortezomib trong bệnh đa u tủy xương." Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, 2016.
7. Nguyễn Thị Nga, "Đặc điểm bất thường nhiễm sắc thể và kết quả điều trị bệnh đa u tủy xương có suy thận giai đoạn 2018- 2021." Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, 2021.
8. H. Ü. Teke, M. Başak, D. Teke, and M. Kanbay, "Serum Level of Lactate Dehydrogenase is a Useful Clinical Marker to Monitor Progressive Multiple Myeloma Diseases: A Case Report," *Turk J Haematol*, vol. 31, no. 1, pp. 84–87, Mar. 2014, doi: 10.4274/Tjh.2013.0044.

KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ CỦA GIÁO VIÊN TIỂU HỌC VỀ TẬT KHÚC XẠ CỦA HỌC SINH TẠI MỘT SỐ TRƯỜNG TIỂU HỌC TẠI HÀ NỘI NĂM 2022

Phạm Vân Anh¹, Phạm Thị Thu Thủy¹, Lê Thị Tài²,
Trần Minh Anh¹, Lê Thị Hồng Nhung¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 378 giáo viên tiểu học (GVTH) từ 9/2022 – 1/2023 tại một số trường tiểu học của Hà Nội. Kết quả cho thấy, tỷ lệ GVTH có kiến thức tốt về tật khúc xạ là 52,1%. Trong đó, kiến thức tốt về phân loại tật khúc xạ là 36,5%; các dấu

hiệu nhận biết tật khúc xạ là 13,0%, dấu hiệu nhìn mờ 87,8%, dấu hiệu thay đổi khoảng cách nhìn là 76,7%; các yếu tố nguy cơ là 18,8%, điều kiện học tập không đảm bảo là 86,0%, thời gian sử dụng các thiết bị điện tử nhiều là 85,2%; phương pháp điều trị tật khúc xạ bằng kính gọng là 72%, kính áp tròng là 28%. Tỷ lệ GVTH có thái độ tích cực đối với vấn đề tật khúc xạ là 89,4%. Trong đó, thái độ tích cực đối với việc khám mắt định kỳ 6 tháng một lần của học sinh tiểu học là 94,4%, GVTH cần giúp phát hiện sớm các dấu hiệu về tật khúc xạ ở học sinh là 94,4%. Cần tăng cường truyền thông giáo dục và nâng cao kiến thức, thái độ về tật khúc xạ cho GVTH để phòng chống tật khúc xạ học đường. **Từ khóa:** tật khúc xạ, kiến thức, thái độ, giáo viên tiểu học

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Kinh doanh và Công nghệ Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Vân Anh
Email: vananhphamoptometrist@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2023

Ngày duyệt bài: 11.9.2023