

MX có liên quan tới nồng độ β hCG ban đầu và kích thước khối chứa (nồng độ β hCG ban đầu và kích thước khối chứa càng nhỏ thì tỷ lệ thành công càng cao). Điều trị MTX khá an toàn hầu như chỉ xuất hiện tác dụng phụ mức độ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Balci O, Ozdemir S, Mahmoud AS, Acar A, Colakoglu MC.** The efficacy of multiple-dose methotrexate treatment for unruptured tubal ectopic pregnancy and conversion rate to surgery: a study on 294 cases. *Fertil. Steril.* 2010; 93(7):2415–2417.
2. **Cobellis G, Pierno G, Pecori E, et al.** Methotrexate treatment for tubal pregnancy. Criteria for medical approach. *Minerva Ginecol.* 2003;55(6):531–535..
3. **Khánh Linh P, Hùng Dũng T, Thị Phương Thanh P, Thị Thanh Xuân Đình.** Đánh giá kết quả điều trị nội khoa chứa ngoài tử cung chưa vỡ bằng methotrexat đơn liều tại bệnh viện quân y 103. *VMJ.* 2022;516(1). doi:10.51298/vmj.v516i1.2934
4. **Menon S, Colins J, Barnhart KT.** Establishing a human chorionic gonadotropin cutoff to guide methotrexate treatment of ectopic pregnancy: a systematic review. *Fertil Steril.* 2007;87(3):481–484. doi:10.1016/j.fertnstert.2006.10.007
5. **Mergenthal MC, Senapati S, Zee J, et al.** Medical management of ectopic pregnancy with single-dose and 2-dose methotrexate protocols: human chorionic gonadotropin trends and patient outcomes. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2016; 215(5): 590.e1–590.e5.
6. **Sagiv R, Debby A, Feit H, et al.** The optimal cutoff serum level of human chorionic gonadotropin for efficacy of methotrexate treatment in women with extrauterine pregnancy. *Int. J. Gynaecol. Obstet. Off. Organ Int. Fed. Gynaecol. Obstet.* 2012;116(2):101–104.
7. **Saleh H.** Double Versus Single Dose Methotrexate Regimens in Management of Undisturbed Ectopic Pregnancy. *Obstet. Gynecol. Int. J.* 2016;5.
8. **Snigdha Alur-Gupta et al,** 2019 Two-dose versus single-dose methotrexate for treatment of ectopic pregnancy: a meta-analysis; *Am J Obstet Gynecol.* 2019 Aug. ;221(2):95–108.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG U LYMPHO HODGKIN TRẺ EM TẠI VIỆN HUYẾT HỌC - TRUYỀN MÁU TRUNG ƯƠNG GIAI ĐOẠN 2017 - 2023

Phạm Thị Ngọc¹, Hoàng Thị Hồng¹,
Mai Lan², Nguyễn Quang Tùng¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trên 22 bệnh nhi được chẩn đoán u lympho Hodgkin tại Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương giai đoạn 2017 - 2023. Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhi trong độ tuổi từ 4 đến 15 tuổi với tuổi trung vị là 13. Tỷ lệ mắc bệnh ở trẻ nam cao hơn trẻ nữ (nam/nữ là 1,4/1). Về đặc điểm lâm sàng, triệu chứng hay gặp của bệnh bao gồm hạch to (81,8%), thiếu máu (50%) và hội chứng B (45,5%). Tổn thương hạch chủ yếu ở khu vực trên cơ hoành bao gồm hạch cổ (86,4%), hạch trung thất (68,2%), hạch nách (59,1%). Ít gặp tổn thương ngoài hạch, trong đó tổn thương ngoài hạch hay gặp nhất là u trung thất trước (18,2%). Về đặc điểm cận lâm sàng, u lympho Hodgkin kinh điển chiếm tỷ lệ cao (91,9%), trong đó hai thể bệnh thường gặp là thể xơ nốt (36,4%) và thể hỗn hợp tế bào (31,8%). Ở thể kinh điển, CD30 dương tính trong 100% trường hợp, CD15 dương tính trong 80% trường hợp. Đa số bệnh

nhi vào viện ở giai đoạn muộn (III, IV), chiếm 63,7%. Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi cho thấy 54,5% bệnh nhi có số lượng bạch cầu tăng, tăng chủ yếu là bạch cầu trung tính trong khi số lượng bạch cầu lympho trong giới hạn bình thường.

Từ khóa: U lympho Hodgkin trẻ em.

SUMMARY

CLINICAL AND LABORATORY FEATURES OF PEDIATRIC HODGKIN LYMPHOMA AT NATIONAL INSTITUTE OF HAEMATOLOGY AND BLOOD TRANSFUSION IN 2017-2023

The study describes the clinical and laboratory features of 22 pediatric patients diagnosed with Hodgkin's lymphoma at the National Institute of Hematology and Blood Transfusion in the period 2017 - 2023. Results showed that pediatric patients' age ranged from 4 to 15 years old with the median age of 13. The incidence rate in boys is higher than in girls (male/female is 1.4/1). Regarding clinical features, common symptoms of the disease include enlarged lympho nodes (81.8%), anemia (50%), and B syndrome (45.5%). Enlarged lymph nodes were mainly found above the diaphragm, including cervical (86.4%), mediastinal (68.2%), and axillary lympho nodes (59.1%). Extranodal lesions are rare, of which the most common is anterior mediastinal tumor (18.2%). Regarding laboratory features, classic

¹Đại học Y Hà Nội

²Viện Huyết học – Truyền máu Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Ngọc

Email: ngoc28011997@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 12.3.2024

Hodgkin lymphoma accounts for a high proportion (91.9%), of which the two most common subtypes are nodular sclerosis (36.4%) and mixed cellularity (31.8%). Among those with classic Hodgkin's lymphoma, CD30 was positive in all cases, CD15 was positive in 80%. The majority of pediatric patients admitted to the hospital are in the late stages (III, IV), which accounted for 63.7%. Peripheral blood formula showed that 54.5% of pediatric patients had an increased number of white blood cells, mainly neutrophils while the number of lymphocytes was within normal limits.

Keywords: Pediatrics Hodgkin lymphoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U lympho là thuật ngữ mô tả một nhóm các bệnh lý ác tính khác nhau của hệ bạch huyết, trong đó khởi đầu là một tế bào lympho ngoài tuỷ xương chuyển dạng, tăng sinh không kiểm soát, tạo thành khối u. Do hệ bạch huyết có mặt ở khắp nơi trong cơ thể nên u lympho có thể bắt đầu ở bất kỳ chỗ nào và lan tràn đến hầu hết các cơ quan. U lympho (gồm Hodgkin và không Hodgkin) là bệnh lý ác tính đứng hàng thứ ba ở trẻ em sau bạch cầu cấp (27,5%) và u não (17,4%)¹, trong đó u lympho Hodgkin chiếm khoảng 6% tất cả các trường hợp ung thư ở trẻ em². Trẻ nam có xu hướng mắc bệnh nhiều hơn trẻ nữ. Biểu hiện thường gặp của bệnh là hạch to, chủ yếu là hạch ngoại vi, thường ở khu vực đầu - cổ và nách,...Hay gặp các trường hợp có biểu hiện của u trung thất gây ra các triệu chứng đau ngực, khó thở. Đôi khi biểu hiện của bệnh là đau bụng do khối hạch trong ổ bụng to gây chèn ép các cơ quan lân cận. Các triệu chứng bệnh ở trẻ em thường rầm rộ, sớm ảnh hưởng đến chức năng, hoạt động của cơ thể.

Trên thế giới đã có khá nhiều tác giả nghiên cứu về u lympho Hodgkin ở trẻ em, giúp đưa ra nhiều kết quả có ý nghĩa trong việc chẩn đoán, tiên lượng và điều trị bệnh. Tại Việt Nam, nghiên cứu về u lympho Hodgkin chủ yếu tập trung ở người lớn trong khi các nghiên cứu trên bệnh nhi còn ít. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "*Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của u lympho Hodgkin trẻ em tại Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương giai đoạn 2017 - 2023*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trên 22 bệnh nhi được chẩn đoán u lympho Hodgkin tại khoa Bệnh máu trẻ em (H6), Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương từ tháng 01/2017 đến tháng 05/2023.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Chẩn đoán xác định u lympho Hodgkin bằng mô bệnh học và hóa mô miễn dịch theo phân loại của WHO 2016³

- Tuổi ≤ 16 tuổi
- Có đủ hồ sơ bệnh án và đáp ứng được yêu cầu của nghiên cứu
- Đồng ý tham gia nghiên cứu

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Chẩn đoán u lympho Hodgkin sau bệnh lý ác tính khác
- Có bệnh ung thư khác đồng thời
- Không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

❖ **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh.

❖ **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện với tất cả bệnh nhi được chẩn đoán u lympho Hodgkin thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ trong khoảng thời gian tiến hành nghiên cứu.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 26, tính giá trị trung bình, tỷ lệ phần trăm, sử dụng các phép thống kê y học với mức ý nghĩa $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung. Nghiên cứu trên 22 bệnh nhi được chẩn đoán u lympho Hodgkin từ tháng 01/2017 đến tháng 05/2023, tuổi mắc bệnh trung vị là 13 tuổi, sớm nhất là 4 tuổi và muộn nhất là 15 tuổi. Trong đó, nhóm trẻ lớn (từ 11 - 15 tuổi) chiếm đa số với tỷ lệ 77,3%. Bệnh gặp nhiều ở trẻ nam hơn trẻ nữ với tỷ lệ nam/nữ là 1,4/1.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhi nghiên cứu

Đặc điểm	n (%)
Lý do vào viện	22 (100)
Sờ thấy hạch to	16 (72,7)
Đau ngực	3 (13,7)
Sốt	2 (9,1)
Đau bụng	1 (4,5)
Thời gian khởi bệnh	22 (100)
< 3 tháng	15 (68,2)
≥ 3 tháng	7 (31,8)
Trung bình $\pm$ SD (Min - max)	2,9 $\pm$ 3,6 (0,3 -12)
Triệu chứng lâm sàng lúc nhập viện	
Hạch to	18 (81,8)
Hội chứng B	10 (45,5)
Thiếu máu	11 (50,0)
Gan to	6 (27,3)
Lách to	5 (22,7)

Nhận xét:

- Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất khi vào viện là sờ thấy hạch to (72,7%).

- Thời gian khởi bệnh trung bình là $2,9 \pm 3,6$ tháng, đa số bệnh nhi nhập viện sớm trong vòng 3 tháng kể từ khi có triệu chứng đầu tiên (68,2%).

- Tại thời điểm nhập viện, triệu chứng hạch to gặp ở 81,8% bệnh nhi. Các triệu chứng khác chiếm tỷ lệ thấp hơn là thiếu máu (50%) và hội chứng B (45,5%).

Bảng 2. Phân bố vị trí tổn thương

Phân bố tổn thương	n (%)
Số lượng vị trí hạch tổn thương	22 (100)
≥ 3 nhóm hạch	14 (63,7)
< 3 nhóm hạch	8 (36,3)
Phân bố vị trí tổn thương (u/hạch)	
Hạch cổ	19 (86,4)
Hạch trung thất	15 (68,2)
Hạch nách	13 (59,1)
Hạch ổ bụng	12 (54,5)
Hạch bẹn	5 (22,7)
U trung thất trước	4 (18,2)

Nhận xét:- Bệnh nhi có tổn thương từ 3 nhóm hạch trở lên chiếm 63,7%.

- Tổn thương hạch gặp chủ yếu ở khu vực phía trên cơ hoành, bao gồm hạch cổ (86,4%), hạch trung thất (62,8%), hạch nách (59,1%). Có 4 bệnh nhi có khối u trung thất trước, chiếm tỷ lệ 18,2%.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3. Đặc điểm mô bệnh học, hóa mô miễn dịch

Thể bệnh	n (%)	CD30+ n (%)	CD15+ n (%)	CD20+ n (%)
Xơ nốt	8 (36,4)	8 (38,1)	8 (50,0)	1 (20,0)
Hỗn hợp tế bào	7 (31,8)	7 (33,3)	4 (25,0)	1 (20,0)
Giàu lympho bào	5 (22,7)	5 (23,8)	4 (25,0)	1 (20,0)
Nghèo lympho bào	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Dạng nốt, ưu thể lympho bào	2 (9,1)	1 (4,8)	0 (0)	2 (40,0)
Tổng	22 (100)	21 (100)	16 (100)	5 (100)

Nhận xét:

- U lympho Hodgkin kinh điển chiếm tỷ lệ cao với 91,9%. Hai thể bệnh hay gặp là thể xơ nốt (36,4%) và hỗn hợp tế bào (31,8%).

- Trong thể kinh điển, CD30 dương tính trong 100% trường hợp, CD15 dương tính ở 16/20 trường hợp, chiếm tỷ lệ 80%. 2 bệnh nhi ở thể dạng nốt, ưu thể lympho bào đều có CD20

dương tính.

Bảng 4. Đặc điểm xâm lấn tủy xương và phân bố giai đoạn bệnh

Đặc điểm	n (%)
Xâm lấn tủy xương	
Có xâm lấn tủy	4 (18,2)
Không xâm lấn tủy	18 (81,8)
Phân bố giai đoạn bệnh	
I	1 (4,5)
II	7 (31,8)
III	8 (36,4)
IV	5 (27,3)

Nhận xét:- Tỷ lệ xâm lấn tủy xương là 18,2%.

- Phần lớn bệnh nhi đến viện ở giai đoạn muộn (III, IV) với tỷ lệ 63,7%.

Bảng 5. Đặc điểm xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi

Chỉ số	n (%)	Trung bình $\pm$ SD	Min - max
Nồng độ huyết sắc tố (g/L)	22 (100)	112,9 $\pm$ 18,4	81 - 147
Không thiếu máu	11 (50,0)	-	-
Thiếu máu nhẹ	8 (36,4)	-	-
Thiếu máu vừa	3 (13,6)	-	-
Thiếu máu nặng	0 (0)	-	-
Số lượng tiểu cầu (G/L)	22 (100)	484,2 $\pm$ 212,5	126 - 976
Tăng	13 (59,1)	-	-
Bình thường	7 (31,8)	-	-
Giảm	2 (9,1)	-	-
Số lượng bạch cầu (G/L)	22 (100)	11,1 $\pm$ 4,8	4,2 - 22,7
Tăng	12 (54,5)	-	-
Bình thường	10 (45,5)	-	-
Giảm	0 (0)	-	-
Bạch cầu trung tính (G/L)	22 (100)	7,8 $\pm$ 4,6	1,7 - 19,3
Tăng	14 (63,3)	-	-
Bình thường	5 (22,7)	-	-
Giảm	3 (13,7)	-	-
Bạch cầu lympho (G/L)	22 (100)	2,1 $\pm$ 0,86	0,82 - 4,01
Tăng	2 (9,1)	-	-
Bình thường	17 (77,3)	-	-
Giảm	3 (13,6)	-	-

Nhận xét: Nồng độ huyết sắc tố trung bình của bệnh nhi khi vào viện là $112,9 \pm 18,4$ g/L. Chủ yếu gặp thiếu máu ở mức độ nhẹ (36,4%).

- Đa phần bệnh nhi có số lượng tiểu cầu tăng (59,1%).

- Số lượng bạch cầu trung bình là $11,1 \pm 4,8$ G/L. Trong đó, số lượng bạch cầu trung tính tăng chiếm 63,3% và số lượng bạch cầu lympho ở trong giới hạn bình thường chiếm 77,3%.

Bảng 6. Đặc điểm xét nghiệm sinh hóa

Chi số	n (%)	Trung bình $\pm$ SD	Min - max
LDH	22 (100)	597,1 $\pm$ 409,7	245 - 1958
Tăng	11 (50)	-	-
Bình thường	11 (50)	-	-
β2-microglobulin	22 (100)	2,31 $\pm$ 0,61	1,56 - 4,1
Tăng	13 (59,1)	-	-
Bình thường	9 (40,9)	-	-
Hội chứng ly giải u	0 (0)	-	-

Nhận xét: Nồng độ LDH tăng chiếm tỷ lệ 50% và nồng độ β 2-microglobulin tăng chiếm tỷ lệ 59,1%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. Tuổi mắc bệnh là một yếu tố quan trọng trong ung thư. Đặc biệt đối với bệnh nhi, là nhóm đối tượng nhạy cảm với hóa chất và tia xạ thì tuổi mắc bệnh là một trong những yếu tố có ảnh hưởng đến việc lựa chọn phác đồ điều trị. Phần lớn bệnh nhi ở độ tuổi lớn hơn 10 và rất hiếm gặp ở độ tuổi nhỏ hơn 2. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi mắc bệnh trung vị là 13, thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Stankiewicz và cộng sự (2023) là 15,3⁴. Tác giả Alebouyeh và cộng sự (2005) tại Iran nghiên cứu về điều trị bệnh Hodgkin ở một nhóm trẻ em cho thấy khoảng tuổi gặp từ 4 đến 14 tuổi với độ tuổi trung bình là 8,8⁵. Tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu này là 1,4/1, có sự khác biệt so với nghiên cứu của tác giả Stankiewicz (1/1,1)⁴. Sự khác biệt có thể do đặc điểm dịch tễ và chủng tộc của các nhóm đối tượng nghiên cứu.

4.2. Đặc điểm lâm sàng. Biểu hiện lâm sàng của u lympho Hodgkin trẻ em thường không đặc hiệu nên thường dễ bị nhầm với tình trạng nhiễm khuẩn hơn là bệnh lý ác tính. Theo nghiên cứu của chúng tôi, lý do vào viện của bệnh nhi thường là sờ thấy hạch to (72,7%). Bệnh Hodgkin là bệnh lý ác tính tiến triển chậm, khu trú, thường lan tràn theo từng nhóm hạch nên ít khi gây biểu hiện triệu chứng toàn thân rầm rộ. Theo nghiên cứu của tác giả Ngô Quang Cừ, thời gian khởi bệnh trung bình là 9,1 tháng⁶, dài hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi là 2,9 tháng. Nguyên nhân có thể do điều kiện kinh tế, dịch vụ y tế ngày càng phát triển và cha mẹ bệnh nhi phát hiện sớm được các biểu hiện bất thường của trẻ.

Biểu hiện lâm sàng thường gặp của bệnh là hạch to (81,8%), trong khi đó gan to và lách to ít gặp hơn với tỷ lệ lần lượt là 27,3% và 22,7%.

Đa số bệnh nhi có tổn thương từ 3 nhóm hạch trở lên (63,7%), hạch to chủ yếu ở khu vực trên cơ hoành bao gồm hạch cổ (86,4%), hạch trung thất (68,2%) và hạch nách (59,1%). U lympho Hodgkin ít khi gặp tổn thương ngoài hạch, có 4 trường hợp thuộc thể kinh điển có u trung thất gây ra các triệu chứng như đau ngực, khó thở. Hội chứng B bao gồm các triệu chứng toàn thân không đặc hiệu bao gồm sốt, ra mồ hôi về đêm, gầy sút cân, có ý nghĩa quan trọng trong việc phân giai đoạn và tiên lượng bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hội chứng B xuất hiện ở 45,5% bệnh nhi. Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu của tác giả Stankiewicz là 45,6%⁴ và tác giả Arya là 54,4%⁷.

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng

4.3.1. Đặc điểm mô bệnh học. Giải phẫu bệnh và hóa mô miễn dịch là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán xác định bệnh. Theo WHO 2016, u lympho Hodgkin bao gồm 4 phân nhóm u lympho Hodgkin kinh điển và u lympho Hodgkin dạng nốt, ưu thể lympho bào. Trong nghiên cứu của chúng tôi, u lympho Hodgkin kinh điển chiếm tỷ lệ cao với 91,9%, trong đó hai thể bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất là thể xơ nốt (36,4%) và thể hỗn hợp tế bào (31,8%), không có bệnh nhi nào ở thể nghèo lympho bào. 3 dấu ấn được sử dụng trong chẩn đoán u lympho Hodgkin là CD30, CD15 và CD20. Trong nghiên cứu này, ở thể kinh điển CD30 dương tính trong 100% trường hợp, CD15 biểu hiện ở 80% trường hợp và CD20 dương tính chiếm 15%. Không có bệnh nhi nào ở thể nghèo lympho bào do thể bệnh này thường gặp ở người cao tuổi. Có 2 bệnh nhi ở thể dạng nốt, ưu thể lympho bào có CD20 dương tính. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Bazzeh F và cộng sự⁸.

Trong u lympho Hodgkin ít gặp tình trạng xâm lấn tủy xương với tỷ lệ xâm lấn tủy xương là 18,2%, bao gồm 3 bệnh nhi thuộc thể hỗn hợp tế bào và 1 bệnh nhi thuộc thể xơ nốt. Số bệnh nhi được phát hiện ở giai đoạn muộn (III, IV) chiếm đa số các trường hợp (63,7%). Tình trạng này có thể do các bệnh nhi thường khởi phát bệnh với biểu hiện tương tự hạch viêm phản ứng khiến cho việc chẩn đoán dễ bị nhầm với viêm đường hô hấp, lao hạch,... hơn là u lympho ác tính. Các đặc điểm bất thường của bệnh nhi thường do cha mẹ vô tình phát hiện, khi mà các triệu chứng đã trở nên rầm rộ và tổn thương đã lan rộng.

4.3.2. Đặc điểm tế bào máu ngoại vi và sinh hóa. Tình trạng thiếu máu của bệnh nhi phản ánh một phần tình trạng bệnh lan tràn, ảnh hưởng toàn thân. Trong nghiên cứu của chúng

tôi, biểu hiện thiếu máu lúc vào viện chủ yếu ở mức độ nhẹ (36,4%). Lượng huyết sắc tố trung bình của bệnh nhi là $112,9 \pm 18,4$ g/L. Đa số bệnh nhi thuộc nhóm tiểu cầu tăng trên 450 G/L (59,1%). Theo nghiên cứu của tác giả Stankiewicz thì số lượng tiểu cầu tăng trên 450 G/L lúc chẩn đoán là yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ tái phát bệnh⁴. Xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi cho thấy 54,5% bệnh nhi có số lượng bạch cầu tăng, chủ yếu là tăng bạch cầu trung tính (63,6%) trong khi số lượng bạch cầu lympho bình thường chiếm tỷ lệ cao (77,3%).

Theo tác giả Vincent DeVita (2005), LDH và $\beta 2$ -microglobulin là những chỉ số có giá trị trong tiên lượng tình trạng bệnh⁹. Trong u lympho Hodgkin, hai chỉ số này tăng nhưng tăng không cao bằng u lympho không Hodgkin do bệnh thường tiến triển chậm hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ LDH tăng trong 50% trường hợp, $\beta 2$ -microglobulin tăng trong 59,1% và không thấy xuất hiện hội chứng ly giải khối u.

V. KẾT LUẬN

U lympho Hodgkin là bệnh lý ác tính tiến triển chậm, hiếm gặp ở trẻ em. Biểu hiện chính của bệnh là hạch to, chủ yếu ở trên cơ hoành, bao gồm hạch ở khu vực đầu - cổ, trung thất, nách. Bệnh thường được phát hiện ở giai đoạn muộn khi có biểu hiện lâm sàng của hạch to gây chèn ép các cơ quan, đặc biệt ở trẻ em là nhóm đối tượng thường không tự phát hiện được các biểu hiện bất thường. U lympho Hodgkin kinh điển chiếm tỷ lệ cao với 91,9%, trong đó hai thể bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất là thể xơ nốt và thể hỗn hợp tế bào.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Bá Đức** (2006). Nghiên cứu dịch tễ học bệnh ung thư tại một số vùng địa lý Việt Nam, Đề tài cấp Nhà nước mã số KC 10-06: Nghiên cứu dịch tễ học, chẩn đoán, điều trị, phòng chống một số bệnh ung thư ở Việt Nam (vú, gan, dạ dày, ruột, máu), Bộ Khoa học và công nghệ, 79.
2. **PDQ Pediatric Treatment Editorial Board.** Childhood Hodgkin Lymphoma Treatment (PDQ®): Health Professional Version. In: PDQ Cancer Information Summaries. National Cancer Institute (US); 2002. Accessed August 15, 2022. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK65726/>
3. **Quintanilla-Martinez L.** The 2016 updated WHO classification of lymphoid neoplasias. Hematological Oncology. 2017;35(S1):37-45. doi:10.1002/hon.2399
4. **Stankiewicz J, Kołtan A, Demidowicz E, et al.** Therapy results in pediatric Hodgkin lymphoma — does less mean better? Experience from a single children's oncology center. Ann Hematol. 2023;102(8):2109-2117. doi:10.1007/s00277-023-05268-5
5. **Alebbouyeh M, Moussavi F, Haddad-Deylami H, Vossough P.** Successful ambulatory treatment of Hodgkin's disease in Iranian children based on German-Austrian DAL-HD 85-90: single institutional results. Annals of Oncology. 2005;16(12):1936-1940. doi:10.1093/annonc/mdi401
6. **Ngô Quang Cừ.** Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh Hodgkin ở trẻ em. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội. 2007.
7. **Arya LS, Dinand V, Thavaraj V, et al.** Hodgkin's disease in Indian children: outcome with chemotherapy alone. Pediatr Blood Cancer. 2006;46(1):26-34. doi:10.1002/pbc.20157
8. **Bazze F, Rihani R, Howard S, Sultan I.** Comparing adult and pediatric Hodgkin lymphoma in the Surveillance, Epidemiology and End Results Program, 1988-2005: an analysis of 21 734 cases. Leuk Lymphoma. 2010;51(12):2198-2207. doi:10.3109/10428194.2010.525724
9. **Vincent DeVita.** Hodgkin's disease, Principle et practise of Medical Oncology. 2005.

ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG BỆNH THIẾU MÁU ĐẦU THỊ THẦN KINH KHÔNG DO VIÊM TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Phùng Thị Thuý Hằng¹, Phạm Trọng Văn², Mai Quốc Tùng³

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Lão khoa Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Thị Thuý Hằng

Email: phunghangbachmai@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 14.3.2024

Đặt vấn đề: Bệnh thiếu máu đầu thị thần kinh không do viêm động mạch (NAION) là bệnh lý gây tổn thương phủ đĩa thị, giảm hoặc mất thị lực hậu quả của sự giảm tưới máu đầu thị thần kinh. **Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm cận lâm sàng của bệnh thiếu máu đầu thị thần kinh không do viêm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 40 bệnh nhân thu thập từ tháng 8/2022 đến tháng 8/2023 tại Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** Trong nhóm nghiên cứu số bệnh nhân có thị lực trung bình là 22 chiếm 55,0%; 100% nhãn áp của nhóm nghiên cứu trong giới hạn bình thường; tổn thương toàn bộ thị trường chiếm 40%; giảm tưới máu hoàng nh