

xuất trong gan và chúng cực kỳ nhạy cảm với những tổn thương ở gan. Nồng độ albumin giảm khi mà gan bị hư hỏng, người bệnh thận, người suy dinh dưỡng hay xuất hiện viêm nhiễm, hoặc bị sốc. Albumin cũng là một chỉ số thường dùng nhất để đánh giá tình trạng dinh dưỡng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 25.8% số bệnh nhân có nồng độ albumin huyết thanh <35g/l, tỷ lệ này trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn (2021) là 26.9%. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự khác biệt về tình trạng suy dinh dưỡng theo nồng độ albumin với  $p < 0.05$ .

Về mối liên quan giữa tình trạng suy dinh dưỡng với thời gian lọc máu, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng không liên quan với thời gian lọc máu. Kết quả này có sự khác biệt với Nguyễn Văn Tuấn (2021), những bệnh nhân có thời gian lọc máu < 1 năm có tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp nhất theo các cách đánh giá và tăng dần theo thời gian lọc máu, nhóm bệnh nhân có thời gian lọc máu > 5 năm có tỷ lệ suy dinh dưỡng cao nhất, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.05$ . Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là bệnh nhân cao tuổi, nhiều bệnh phối hợp có thể ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân. Lọc máu cũng là yếu tố góp phần làm gia tăng tình trạng suy dinh dưỡng. Điều này cho thấy các nhà lâm sàng cần chú ý hơn nữa chế độ dinh dưỡng cho những bệnh nhân cao tuổi lọc máu chu kỳ.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 89 bệnh nhân cao tuổi lọc máu chu kỳ, tuổi trung bình  $76.03 \pm 8.485$ , tuổi thấp nhất là 60 tuổi, tuổi cao nhất là 93 tuổi.

Nhóm bệnh nhân 70 – ≤80 tuổi chiếm nhiều nhất là 40.4%. 48.3% bệnh nhân thiếu máu nhẹ, 6.7% bệnh nhân thiếu máu vừa, không có bệnh nhân thiếu máu nặng. Không có sự khác biệt về tình trạng suy dinh dưỡng ở các mức độ thiếu máu với  $p > 0.05$ . Tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng theo bộ công cụ MNA-SF là 14.6%, bệnh nhân suy dinh dưỡng là 21.3%. Tỷ lệ bệnh nhân nhẹ cân (BMI < 18,5kg/m<sup>2</sup> da) là 14.6%. 25.8% số bệnh nhân có nồng độ albumin huyết thanh <35g/l, có sự khác biệt về tình trạng suy dinh dưỡng theo nồng độ albumin với  $p < 0.05$ .

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thị Anh Đào** (2018). Sarcopenia và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân cao tuổi điều trị tại BV Lão khoa trung ương. Trường Đại học Y Hà Nội; Luận văn Thạc sĩ y học.
2. **Nguyễn Trọng Hưng** (2021), Tình trạng dinh dưỡng và thiếu máu thiếu sắt của người bệnh thận mạn lọc máu có chu kỳ tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2019, Tạp chí Nghiên cứu y học 144 (8) - 2021
3. **Nguyễn Văn Tuấn** (2021), Nghiên cứu tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ tại bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An, Tạp chí Y học Việt Nam – Số 1
4. **Phùng Thị Lê Phương, Lê Thị Hương** (2022), Sarcopenia và tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân cao tuổi nội trú tại bệnh viện, Tạp chí Y học Việt Nam – Số 2
5. **Oxford Academic** (2021); Loss of Skeletal Muscle Strength, Mass, and Quality in Older Adults: The Health, Aging and Body Composition Study; The Journals of Gerontology: Series A.
6. **Evans C** (2005); Malnutrition in the Elderly: A Multifactorial Failure to Thrive. Perm J. 9(3):38-41.
7. **Zha Y., Qian Q.** (2017), "Protein Nutrition and Malnutrition in CKD and ESRD.," Nutrients, vol. 9, no. 3.

## U LYMPHO MÔ BẠCH HUYẾT LIÊN QUAN ĐẾN NIÊM MẠC THỰC QUẢN NGUYÊN PHÁT: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Nguyễn Anh Tuấn<sup>1</sup>, Nguyễn Xuân Hiền<sup>1</sup>, Nguyễn Duy Trinh<sup>1</sup>,  
Lê Văn Khánh<sup>1</sup>, Đào Văn Lý<sup>1</sup>, Đào Trần Tiến<sup>1</sup>, Lương Việt Bằng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

U lympho mô bạch huyết liên quan đến niêm mạc (mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma - MALT) là bệnh ung thư hạch tế bào B mức độ thấp ác tính, xảy ra chủ yếu ở các cơ quan có lớp niêm mạc.

Mặc dù đường tiêu hóa là vị trí ngoài hạch thường gặp nhất, nhưng MALT nguyên phát ở thực quản rất hiếm gặp với ít hơn 30 trường hợp được báo cáo trong y văn. Trong bài báo này, chúng tôi báo cáo trường hợp bệnh nhân nam 59 tuổi vào viện vì nuốt nghẹn. Qua chụp cắt lớp vi tính, nội soi thực quản - dạ dày có sinh thiết, kết quả là MALT nguyên phát ở thực quản. Bệnh nhân được điều trị cyclophosphamide, doxorubicin và prednisone không kèm theo xạ trị.

**Từ khóa:** U lympho mô bạch huyết liên quan đến niêm mạc thực quản nguyên phát, cắt lớp vi tính, nội soi thực quản - dạ dày.

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Anh Tuấn

Email: nguyenanhtuan11121990@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.2.2024

Ngày duyệt bài: 22.3.2024

**SUMMARY****PRIMARY ESOPHAGEAL MUCOSA-ASSOCIATED LYMPHOID TISSUE LYMPHOMA: A CLINICAL CASE REPORT**

Mucosa-associated lymphoid tissue (MALT) lymphoma is a low-grade malignant B cell lymphoma that occurs mainly in the organs having mucosal layer. Though the gastrointestinal tract is the most commonly involved extranodal site, primary esophageal MALT lymphoma is very rare with less than 30 cases reported in the literature. In this report, we present the case of a male patient, aged 59, who was admitted to the hospital with complaints of dysphagia. Computed tomography imaging and esophagogastroduodenoscopy with biopsy revealed Primary esophageal mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma. The patient was treated with cyclophosphamide, doxorubicin, and prednisone without concurrent radiotherapy.

**Keywords:** Primary esophageal mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma, computed tomography, esophagogastroduodenoscopy.

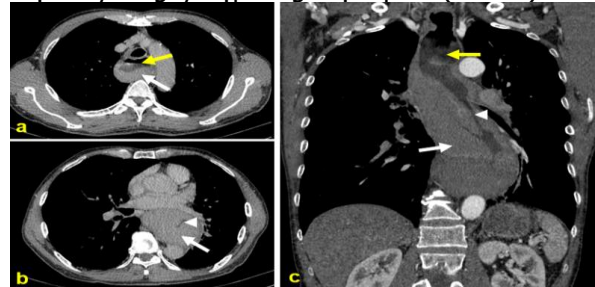
**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

U lympho thực quản nguyên phát là một khối u ác tính hiếm gặp. Hầu hết các khối u nguyên phát ở thực quản là ung thư biểu mô tế bào vảy (98%), hiếm khi là ung thư biểu mô tuyến, sarcoma và u lympho. U lympho đường tiêu hóa chiếm khoảng 10% -20% trong tất cả các cơ quan, trong đó dạ dày chiếm 48% - 50%, ruột non (30% - 37%) và thực quản (1%) với phần lớn tổn thương tại thực quản do xâm lấn từ dạ dày hoặc trung thất, các tổn thương nguyên phát tại thực quản là rất hiếm<sup>1</sup>. Các phân nhóm của u lympho thực quản nguyên phát bao gồm u lympho tế bào B lớn lan tỏa, và u lympho mô lympho liên quan đến niêm mạc, u lympho tế bào B, T hoặc NK (natural killer) và u lympho Hodgkin<sup>2</sup>. Phần lớn bệnh u lympho liên quan đến niêm mạc thực quản nguyên phát xảy ra ở bệnh nhân trên 50 tuổi, ưu thế ở phụ nữ<sup>2</sup>. Bệnh lý chủ yếu liên quan đến những bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch như nhiễm HIV, đa u tủy xương.... Mặc dù cơ chế bệnh sinh chính xác của u lympho liên quan đến niêm mạc thực quản nguyên phát vẫn chưa được làm sáng tỏ, nhưng cơ chế được đề xuất có liên quan đến những sai lệch di truyền trong tế bào lympho B. Những tế bào này thường biệt hóa trong tủy xương và di chuyển đến các cơ quan bạch huyết thứ cấp, nơi xảy ra sự biệt hóa phụ thuộc vào kháng nguyên. Một số thay đổi di truyền, xảy ra ở bất kỳ điểm nào trong quá trình biệt hóa, có thể góp phần vào việc hình thành khối u. Chúng bao gồm điều hòa giảm các gen ức chế khối u như p53, MYC và BCL-2 hoặc hoạt động quá mức của các gen tiền ung thư như BCL-6<sup>3</sup>.

Tuy nhiên, các biểu hiện lâm sàng của MALT nguyên phát ở thực quản rất không đặc hiệu, bệnh nhân thường vào viện vì khó nuốt và/hoặc nuốt đau. Các phương pháp cận lâm sàng dùng để phát hiện bao gồm cắt lớp vi tính, nội soi và siêu âm nội soi kết hợp với giải phẫu bệnh giúp chẩn đoán xác định tổn thương. Về điều trị và quản lý, hiện không có phác đồ cụ thể. Phác đồ hóa trị liệu bao gồm cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine và prednisone với rituximab (R-CHOP) đã được chấp nhận làm phương pháp điều trị chính, có thể kết hợp xạ trị<sup>3</sup>.

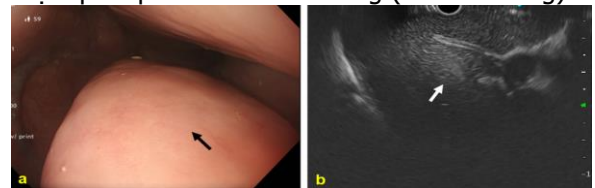
**II. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG**

Bệnh nhân nam 59 tuổi, bệnh nhân khó nuốt kèm ho khan tiến triển trong vòng 2 tháng, không khó thở, giảm 2 kg, không sốt, không đau bụng. Bệnh nhân không có tiền sử bệnh lý nào khác. Khám lâm sàng không có hạch ngoại biên. Dữ liệu xét nghiệm đều bình thường: HBs-Ag âm tính, HIV âm tính, HP âm tính. Cắt lớp vi tính lồng ngực có tiêm thuốc cản quang cho thấy thực quản đoạn ngực - bụng thành dày quanh chu vi, dày nhất 3,8cm, trên đoạn dài ~20cm, ngấm thuốc đều, chèn ép gây hẹp lòng thực quản, không thấy xâm lấn các cơ quan lân cận, không thấy thâm nhiễm mỡ lân cận, không thấy hạch trung thất (Hình 1). Nội soi và siêu âm nội soi thực quản - dạ dày: tổn thương dưới niêm mạc đẩy lùi gây hẹp lòng thực quản (Hình 2).



**Hình 1. Cắt lớp vi tính lồng ngực có tiêm thuốc cản quang**

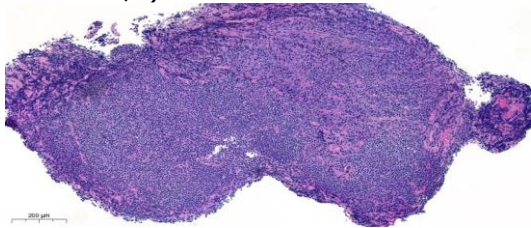
(a,b) hình ảnh axial thì tĩnh mạch cửa, (c) hình ảnh coronal thì động mạch chủ cho thấy một tổn thương dày thành thực quản đoạn ngực bụng (mũi tên trắng) làm hẹp lòng thực quản (đầu mũi tên trắng) gây ứ dịch và thức ăn đoạn thực quản phía trên tổn thương (mũi tên vàng).



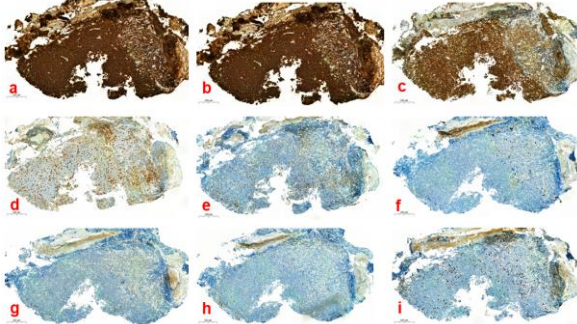
**Hình 2. Nội soi thực quản dạ dày tá tràng và siêu âm nội soi**

(a) Nội soi đường tiêu hóa trên cho thấy một khối lớn nhô vào trong lòng ống với niêm mạc còn nguyên vẹn. (b) siêu âm nội soi thể hiện sự dày lên của toàn bộ và mất cấu trúc bình thường của thành thực quản.

Bệnh nhân được sinh thiết thành thực quản qua siêu âm nội soi thực quản - dạ dày và làm giải phẫu bệnh (Hình 3, 4) cho thấy tổn thương phù hợp với u lympho liên quan đến niêm mạc thực quản nguyên phát (lymphoma of mucosa-associated lymphoid tissue - MALT lymphoma; ICD-O: 9699/3).



**Hình 3. Nhuộm HE: trên mảnh sinh thiết có sự thâm nhiễm và lan tỏa đơn dòng các tế bào lympho với kích thước nhỏ.**

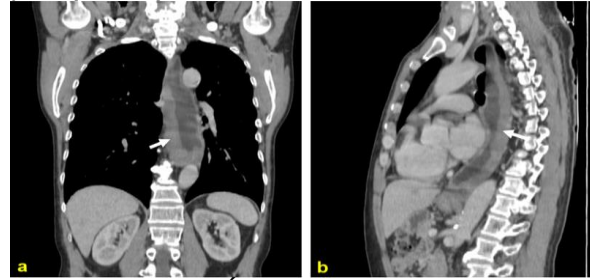


**Hình 4. Hóa mô miễn dịch của bệnh phẩm sinh thiết tại thực quản ngực**

- a. Nhuộm CD20: các tế bào u dương tính.
- b. Nhuộm CD3: các tế bào u âm tính.
- c. Nhuộm CD79a: các tế bào u dương tính.
- d. Nhuộm BCL2: các tế bào u dương tính.
- e. Nhuộm CD5: các tế bào u âm tính.
- f. Nhuộm CD10: các tế bào u âm tính.
- g. Nhuộm BLC6: các tế bào u âm tính.
- h. Nhuộm CyclinD1: các tế bào u âm tính.
- i. Nhuộm Ki-67: chỉ số Ki-67 thấp.

Bệnh nhân được điều trị bằng phác đồ R-CHOP bao gồm cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine và prednisone với rituximab với 3 chu kỳ, không kèm theo xạ trị. Bệnh nhân dung nạp tốt với phác đồ điều trị mà không có tác dụng phụ nghiêm trọng. Đáp ứng lâm sàng tốt với triệu chứng khó nuốt và thuyên giảm hoàn toàn sau 6 tháng. Trong thời gian theo dõi 12 tháng, BN được theo dõi định kỳ 6 tháng/lần bằng chụp cắt lớp vi tính ngực có tiêm thuốc thấy các tổn

thương thực quản thuyên giảm rõ và không có hạch lớn trung thất hay tổn thương tại hai bên phổi (Hình 5).



**Hình 5. Chụp cắt lớp vi tính lồng ngực sau điều trị 12 tháng**

a. Hình ảnh coronal: giảm mức độ dày thành thực quản (mũi tên).

b. Hình ảnh sagittal: giảm mức độ dày thành thực quản (mũi tên).

### III. BÀN LUẬN

Đường tiêu hóa là vị trí tổn thương ngoài hạch phổ biến nhất có liên quan đến u lympho, chiếm 5% - 20% trong tất cả các trường hợp. Tuy nhiên, u lympho nguyên phát ở đường tiêu hóa rất hiếm, chỉ chiếm khoảng 1% - 4% trong tổng số các khối u ác tính ở đường tiêu hóa. U lympho đường tiêu hóa thường là thứ phát sau các bệnh hạch lan rộng. Mặc dù u lympho hầu như có thể phát sinh từ bất kỳ vùng nào của đường tiêu hóa, nhưng vị trí thường xuất hiện nhất là dạ dày, tiếp theo là ruột non và vùng hồi manh tràng<sup>4</sup>. Thực quản là một vị trí hiếm khi bị tổn thương, chiếm < 1% của tất cả các u lympho đường tiêu hóa, trong đó u lympho liên quan đến niêm mạc thực quản nguyên phát cực kỳ hiếm gặp với tỷ lệ có thể gặp trong u lympho nguyên phát thực quản là 32,4%<sup>5</sup>. Sự liên quan đến thực quản thường là kết quả của sự di căn từ các hạch bạch huyết cổ hoặc trung thất hoặc lan rộng từ u lympho dạ dày<sup>6</sup>. Thường gặp ở các bệnh nhân nữ trên 50 tuổi<sup>1</sup>, khác biệt với bệnh nhân chúng tôi báo cáo là nam giới, 50 tuổi.

Các triệu chứng thường gặp của bệnh nhân MALT ở thực quản nguyên phát bao gồm khó nuốt, nuốt đau, sụt cân, đau ngực hoặc xuất hiện do các biến chứng như xuất huyết, tắc nghẽn hoặc thủng do rò khí quản. Nguyên nhân của u lympho liên quan đến niêm mạc thực quản nguyên phát vẫn chưa được biết rõ, có thể liên quan đến tình trạng viêm mãn tính do nhiễm trùng dai dẳng và các bệnh tự miễn dịch như nhiễm Helicobacter pylori (HP), các bệnh lý suy giảm miễn dịch và viêm tuyến giáp Hashimoto<sup>2</sup>, tuy nhiên với bệnh nhân được báo cáo, không có tiền sử bệnh lý trước đó.

Các tổn thương trên cắt lớp vi tính, nội soi cũng như siêu âm nội soi của u lympho liên quan đến niêm mạc thực quản nguyên phát rất khác nhau và không đặc hiệu, điều này đặt ra những thách thức trong chẩn đoán khi phân biệt với các tổn thương lành tính cũng như ác tính khác.

Trên nội soi, u lympho liên quan đến niêm mạc thực quản nguyên phát chủ yếu biểu hiện khối tổn thương dưới niêm mạc đẩy lùi vào trong lòng thực quản, có thể kèm theo tổn thương loét nhưng không có dấu hiệu của trào ngược dạ dày – thực quản hoặc có thể kèm theo tổn thương Barrett thực quản. Các tổn thương tại thực quản có thể ở dạng các nốt nhỏ đơn độc hoặc dày lan tỏa theo chiều dọc<sup>7</sup>.

Siêu âm nội soi có thể phát hiện những thay đổi về cấu trúc của đường tiêu hóa, điều này làm cho nó có giá trị trong việc đánh giá mức độ xâm lấn, mức độ lan rộng của bệnh hoặc sự lan rộng của các hạch bạch huyết. Các khối u thường giảm âm đồng nhất dưới niêm mạc tách biệt rõ ràng với vùng cơ xung quanh và lớp áo ngoài. Tuy nhiên, phần lớn tổn thương cũng không đặc hiệu, thay đổi từ các khối trống âm, giảm âm hoặc thậm chí tăng âm. Từ các thay đổi về độ hồi âm của khối u có thể xác định được vị trí khối u cần sinh thiết giúp chẩn đoán xác định<sup>2</sup>.

Trên chụp cắt lớp vi tính có tiêm thuốc đối quang chủ yếu cho thấy mức độ ngấm thuốc đối quang nhẹ đến trung bình, không đồng đều hoặc tương đối đồng đều, dày thành thực quản không đồng tâm như các khối u thực quản khác ví dụ như ung thư biểu mô thực quản. Tuy nhiên, cắt lớp vi tính rất có giá trị trong việc đánh giá thành phần ngoài lòng thực quản, sự lan rộng của tổn thương vào trung thất, sự hình thành đường rò và hình thái của các hạch bạch huyết, do đó, cắt lớp vi tính có vai trò trong việc phân giai đoạn bệnh, hỗ trợ phân tầng các phương pháp điều trị hiện có khác nhau, đánh giá đáp ứng điều trị, theo dõi tiến triển của bệnh nhân, cũng như phát hiện bất kỳ trường hợp tái phát nào<sup>8</sup>. Ở bệnh nhân được báo cáo thành thực quản dày quanh chu vi và không thâm nhiễm xung quanh, ngấm thuốc đều sau tiêm, trên nội soi cho thấy một khối đẩy lùi vào trong lòng thực quản và siêu âm nội soi siêu âm nội soi thể hiện sự dày lên của toàn bộ và mất cấu trúc bình thường của thành thực quản cho thấy dạng tổn thương không đặc hiệu.

Gần đây, PET/CT được coi như công cụ không thể thiếu trong việc phân giai đoạn và theo dõi bệnh nhân có liên quan đến ngoại bào trong bệnh cảnh u lympho với độ nhạy cao hơn. U lympho thực quản đã được chứng minh là có biểu hiện là thành dày quanh chu vi, kèm theo

tăng hấp thu fluorodeoxyglucose (FDG) lan tỏa. Tuy nhiên, cường độ hấp thu FDG trong u lympho bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như đặc điểm mô học cũng như các yếu tố bên ngoài khác nhau. Với mỗi tương quan phù hợp, FDG PET/CT đã tăng cường đáng kể độ nhạy khi phát hiện các tổn thương nhỏ mà cắt lớp vi tính không phát hiện được<sup>9</sup>.

MALT nguyên phát ở thực quản phát sinh trong mô bạch huyết dưới niêm mạc. Các khối u dưới niêm mạc có thể khu trú, theo chu vi hoặc đa ổ và có thể giống với bệnh lý lành tính như hẹp do xơ hóa, u cơ trơn, achalasia hoặc giãn tĩnh mạch. Do đó, vị trí của các khối u thường không nằm trong phạm vi của kẹp sinh thiết nên rất khó để có được mẫu sinh thiết lý tưởng. Trên tiêu bản mô bệnh học cho thấy sự thâm nhiễm bạch huyết của lớp cơ niêm và lớp áo ngoài của thực quản, không có thâm nhiễm của mỡ hoặc tổn thương xơ lân cận. Trên tiêu bản nhuộm hóa mô miễn dịch chủ yếu dương tính với các dấu hiệu khối u như CD20, CD21, CD23, BCL2 và âm tính với BCL6, CD10. Trong hầu hết các trường hợp, chỉ số tăng sinh (chỉ số Ki-67) cao hơn 40% báo hiệu tiên lượng xấu. 18F-FDG PET/CT cũng được thực hiện ở một số bệnh nhân cho thấy sự hấp thu glucose tăng lên ở đoạn thực quản tổn thương cho thấy tiên lượng xấu<sup>9</sup>. Trong BN được báo cáo, mô bệnh học cho thấy mảnh sinh thiết có sự thâm nhiễm và lan tỏa đơn dòng các tế bào lympho với kích thước nhỏ, dương tính với CD20 và BCL2, âm tính với CD10 và BCL6 với chỉ số Ki-67 thấp gợi ý tổn thương với tiên lượng tốt.

Do MALT nguyên phát ở thực quản hiếm gặp nên phương pháp điều trị tiêu chuẩn vẫn chưa được xác định. Gần đây, hóa trị và xạ trị được ưa chuộng và trở thành liệu pháp điều trị hàng đầu với tổn thương lan tỏa, đặc biệt là phác đồ R-CHOP. Có nhiều lựa chọn điều trị khác nhau cho các loại U lympho thực quản nguyên phát khác nhau. Với u lympho tế bào NK/T (natural killer – NK cells/ cytotoxic T cells) là một khối u có tính xâm lấn cao, tiến triển nhanh và tiên lượng xấu, sự kết hợp giữa xạ trị và hóa trị là ưu tiên hàng đầu. Và phác đồ điều trị có chứa asparaginase sẽ tốt hơn phác đồ điều trị thông thường như CHOP. Ngoài ra, việc bổ sung rituximab vào CHOP (R-CHOP) đã được chứng minh là có tỷ lệ đáp ứng cao hơn và cải thiện kết quả lâm sàng của bệnh nhân mắc MALT nguyên phát ở thực quản với tổn thương lan tỏa<sup>8</sup>. Khi có các biến chứng do u như tắc nghẽn, chảy máu hoặc rò khí quản – thực quản bệnh nhân cần phẫu thuật. Nong hoặc đặt stent thực quản qua nội soi là phương pháp thay thế để điều trị

chúng hẹp thực quản<sup>1</sup>. Với bệnh nhân được báo cáo đã được sử dụng phác đồ R-CHOP với 3 chu kỳ, không kèm theo xạ trị đã cho kết quả tốt, cải thiện các triệu chứng lâm sàng và tổn thương thực quản khi theo dõi bằng cắt lớp vi tính.

#### IV. KẾT LUẬN

MALT nguyên phát ở thực quản là bệnh lý hiếm gặp, cùng với các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng không đặc hiệu gây nên nhiều thách thức trong việc chẩn đoán xác định. Ngày nay, sự phát triển của các phương pháp chẩn đoán hình ảnh và hóa mô miễn dịch đang đóng vai trò quan trọng trong việc nâng cao độ nhạy và độ đặc hiệu của quá trình chẩn đoán, đồng thời hỗ trợ trong việc đánh giá mức độ xâm lấn của tổn thương. Hóa trị được coi là phương pháp điều trị cho hiệu quả tốt với tổn thương lan tỏa. Trong khi đó, xạ trị có thể được phối hợp sử dụng với hóa trị và kết hợp với các phương pháp điều trị khác, đặc biệt là đối với những trường hợp có độ ác tính cao và có các biến chứng do khối u gây ra.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Qu J, Zhuang Y, Zheng D, Huang F, Zhang S. Primary Esophageal Lymphoma: Clinical Experience in Diagnosis and Treatment. *Cureus*. 13(9):e17628. doi:10.7759/cureus.17628
2. Xia Y, Wang Y, Han J, Liu M. En Bloc Resection of Primary Large Esophageal Mucosa-Associated Lymphoid Tissue Lymphoma by Endoscopic Submucosal Dissection: A Case Report. *Frontiers in Medicine*. 2021;8. Accessed January 28, 2024.

<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2021.757485>

3. Inayat F, Munir A, Wahab A, Younus F, Zafar F, Ullah W. Primary Esophageal Diffuse Large B-Cell Lymphoma: A Comparative Review of 15 Cases. *J Investig Med High Impact Case Rep*. 2018;6:2324709618820887. doi:10.1177/2324709618820887
4. Ghimire P, Wu GY, Zhu L. Primary gastrointestinal lymphoma. *World J Gastroenterol*. 2011;17(6):697-707. doi:10.3748/wjg.v17.i6.697
5. Moriya K, Tamura H, Nakamura K, Hosone M, Inokuchi K. A primary esophageal MALT lymphoma patient with Helicobacter pylori infection achieved complete remission after H. pylori eradication without anti-lymphoma treatment. *Leuk Res Rep*. 2016;7:2-5. doi:10.1016/j.lrr.2016.12.001
6. Primary Esophageal Lymphoma: A Diagnostic Challenge in Acquired Immunodeficiency Syndrome—Two Case Reports and Review. Accessed January 22, 2024. <https://sma.org/article/>
7. Ruiz-Carazo E, Lacasa Pérez N, Salmerón Ruiz A, Molina Nuevo JD. Linfoma MALT primario del esófago: hallazgos en imagen. *Radiología*. 2008;50(4):327-330. doi:10.1016/S0033-8338(08)71993-3
8. Kishi K, Maeda H, Nakamura Y, Shirai S, Sato M. Radiotherapy for mucosa-associated lymphoid tissue (MALT) lymphoma of the esophagus: a case report with a diagnostic and therapeutic discussion. *Int J Clin Oncol*. 2012;17(2):174-180. doi:10.1007/s10147-011-0265-8
9. Paes FM, Kalkanis DG, Sideras PA, Serafini AN. FDG PET/CT of Extranodal Involvement in Non-Hodgkin Lymphoma and Hodgkin Disease. *RadioGraphics*. 2010;30(1):269-291. doi:10.1148/rg.301095088

## THỰC TRẠNG HỖ TRỢ XÃ HỘI Ở NGƯỜI NHIỄM HIV/AIDS ĐIỀU TRỊ ARV TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Đoàn Thu Trà<sup>1,2</sup>, Đỗ Duy Cường<sup>1,2</sup>

#### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Hỗ trợ xã hội là yếu tố vô cùng cần thiết đối với người nhiễm HIV nhưng vẫn chưa có nhiều các nghiên cứu về vấn đề này tại Việt Nam. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả thực trạng hỗ trợ xã hội đối với người nhiễm HIV đang điều trị ARV tại Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu sử dụng thiết kế mô tả cắt ngang. Công cụ thu thập số liệu là thang đo MSPSS

dùng để đánh giá mức độ hỗ trợ xã hội từ 3 phía: gia đình, bạn bè và những người quan trọng trong cuộc sống. Đối tượng khảo sát gồm 286 người nhiễm HIV điều trị ARV tại Trung tâm Bệnh Nhiệt đới, Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả nghiên cứu:** Kết quả cho thấy nhóm tuổi 31-50 chiếm tỷ lệ cao nhất, đa số là nam giới, đã có gia đình và có trình độ học vấn phổ thông trở lên. Tổng điểm hỗ trợ xã hội theo MSPSS đạt 65,7 điểm với hỗ trợ cao nhất từ gia đình, thấp nhất từ bạn bè. Tổng tỉ lệ người có mức độ hỗ trợ xã hội ở mức cao là 52,8%, mức trung bình là 31,1%. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu cho thấy hỗ trợ xã hội đối với người nhiễm HIV ở Việt Nam còn ở mức hạn chế. Vì vậy cần đẩy mạnh các chiến lược và can thiệp nhằm nâng cao mức độ hỗ trợ xã hội cho đối tượng này, thông qua việc thúc đẩy hoạt động của các tổ chức xã hội dân sự cũng như kết nối cộng đồng người nhiễm để tự hỗ trợ, chia sẻ lẫn nhau.

**Từ khóa:** Hỗ trợ xã hội, HIV/AIDS.

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Thu Trà

Email: thutraart@yahoo.com

Ngày nhận bài: 16.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 20.3.2024