

nghiêm túc tuân thủ quy định bàn giao và không được có tâm lý chủ quan cho rằng NB có thời gian nằm viện dài ngày thì không cần bàn giao đầy đủ các thông tin về người bệnh. Ngoài ra cần triển khai bàn giao tại buồng bệnh ở tất cả các khoa lâm sàng trong bệnh viện đặc biệt là các khoa Nội, Sản, Nhi bên cạnh đó điều dưỡng làm việc tại các khoa này cũng cần chú ý cải thiện sự tuân thủ bàn giao người bệnh. Phòng Điều dưỡng bệnh viện và Điều dưỡng trưởng khoa cần tăng cường giám sát việc thực hiện bàn giao NB theo mô hình SBAR của điều dưỡng các khoa lâm sàng nhất là ở các khoa Nội, Sản và Nhi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Huỳnh Thị Kiều Diễm** (2019). Mức độ tuân thủ SBAR trong bàn giao ca trực của điều dưỡng tại Khoa Cấp cứu và các yếu tố liên quan". Luận văn cử nhân điều dưỡng Trường Đại Học Y Dược, Tp. Hồ Chí Minh.
- Nguyễn Minh Đạt** (2020). Thực trạng công tác bàn giao người bệnh theo mô hình SBAR của điều

dưỡng và một số yếu tố ảnh hưởng tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Quốc tế City, Thành phố Hồ Chí Minh năm 2020. Luận văn Thạc sĩ quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế công cộng.

- Bùi Thị Huyền** (2015). Đánh giá thực trạng tuân thủ chuẩn bị và bàn giao người bệnh trước phẫu thuật tại khoa Gây mê- Hồi sức bệnh viện quân y 354 năm 2015, Hà Nội. Hội nghị khoa học điều dưỡng bệnh viện 103 năm 2015.
- Bonds, R. L.** (2018), "SBAR Tool Implementation to Advance Communication, Teamwork, and the Perception of Patient Safety Culture", *Creat Nurs.* 24(2), pp. 116-123.
- Kim, E. M., Ko, J. W. and Kim, S.** (2016). Korean nurses' perspectives regarding handoffs", *Contemporary Nurse.* 52(4), pp. 421-429.
- Nagpal, K., Arora, S., Abboudi, M. et al** (2010), "Postoperative handover: problems, pitfalls, and prevention of error", *Ann Surg.* 252(1), pp. 171-6.
- The Joint Commission** (2022), "The Joint Commission sentinel event statistics". available at http://www.jointcommission.org/Sentinel_Event_Policy_and_Procedures, assessed date: 2023.03.18.

BÁO CÁO MỘT CA LÂM SÀNG BỆNH CASTLEMAN VÀ NHÌN LẠI Y VẤN

Phạm Thế Anh¹, Đặng Hoàng Quốc²

TÓM TẮT

Bệnh Castleman là một rối loạn tăng sinh tổ chức lympho hiếm gặp, bệnh được mô tả lần đầu bởi Benjamin Castleman năm 1954². Bệnh có biểu hiện lâm sàng đa dạng, đặc điểm mô bệnh học không đặc hiệu, có thể gặp ở các bệnh khác, do vậy, việc chẩn đoán bệnh gặp nhiều khó khăn, nhất là chẩn đoán trước mổ. Bệnh có thể được phân chia thành các thể đơn trung tâm và đa trung tâm theo biểu hiện lâm sàng ở một hạch hoặc biểu hiện nhiều hạch trên cơ thể, hoặc thể mạch máu- hyalin hóa và thể tương bào theo mô bệnh học. Chúng tôi trình bày một bệnh nhân nữ 39 tuổi, vào viện vì đau liên tục, âm ỉ vùng thượng vị 2 ngày, chẩn đoán hình ảnh cho thấy có một khối u vùng đầu tụy. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ khối u. Hậu phẫu bệnh nhân hồi phục tốt, không có biến chứng và được xuất viện sau 7 ngày điều trị.

Từ khóa: Bệnh Castleman, hạch lympho.

SUMMARY

CASTLEMAN DISEASE: A CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

Castleman disease is a rare lymphoproliferative

disorder, first described by Benjamin Castleman in 1954². The disease has diverse clinical presentation and nonspecific pathological features that can be found in many diseases. Therefore, diagnosing this disease is difficult, especially preoperative diagnosis. Castleman disease can be divided into unicentric and multicentric types according to clinical presentation in one lymph node or multiple lymph nodes, or the hyaline vascular type and plasma cell type according to pathology. We present a 39-year-old female patient with a 2-day history of constant, dull, epigastric pain. Imaging studies revealed a mass in the head of the pancreas. The patient underwent a complete surgical resection of the tumor. Post-operatively, she recovered well without complications and was discharged after seven days of treatment.

Keywords: Castleman disease, lympho node.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Castleman (CD) là một nhóm rối loạn tăng sinh lympho không đồng nhất có chung các đặc điểm hình thái về mặt mô bệnh học của hạch. Theo biểu hiện lâm sàng, bệnh được chia thành bệnh Castleman đơn trung tâm - Unicentric Castleman Disease (UCD) và bệnh Castleman đa trung tâm - Multicentric Castleman Disease (MCD). UCD thường biểu hiện bởi một hạch bạch huyết to đơn độc, không có hoặc có các triệu chứng nhẹ và phẫu thuật cắt u bỏ toàn bộ khối u được coi là tiêu chuẩn vàng⁷. MCD gồm một dạng liên quan đến Kaposi sarcoma

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thế Anh

Email: theanhvietduc@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2024

Ngày duyệt bài: 11.4.2024

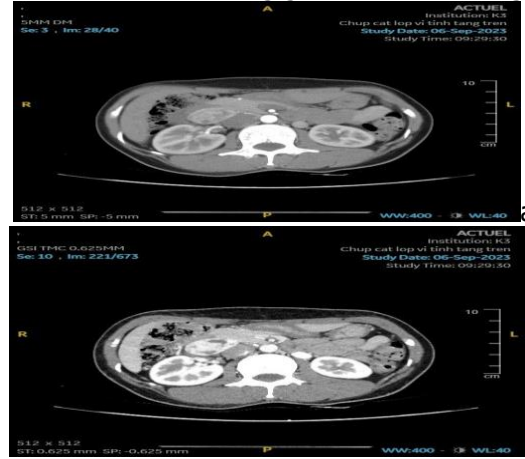
herpesvirus (KSHV) (còn gọi là herpesvirus 8 ở người) và một dạng vô căn âm tính với KSHV gọi là idiopathic MCD (iMCD). iMCD có thể biểu hiện cùng với các hội chứng nghiêm trọng như TAFRO (giảm tiểu cầu, cổ trướng, sốt, xơ hóa reticulin và phì đại cơ quan) (thrombocytopenia, ascites, fever, reticulin fibrosis and organomegaly) hoặc POEMS (bệnh đa dây thần kinh, phì đại cơ quan, bệnh nội tiết, rối loạn tế bào plasma đơn dòng và thay đổi trên da) (polyneuropathy, organomegaly, endocrinopathy, monoclonal plasma cell disorder and skin changes). Cần điều trị bằng các liệu pháp kháng thể đơn dòng hướng tế bào B cho KHSV-MCD và và liệu pháp kháng IL-6 cho iMCD¹.

Về mặt mô bệnh học, bệnh có 2 thể: thể mạch máu – hyalin hóa và thể tương bào. Trong nhiều trường hợp có sự kết hợp giữa hai thể này. Thể mạch máu - hyalin hóa biểu hiện nổi bật là nang hyalin hóa nhỏ tăng sinh và phát triển mạch máu giữa các nang, thường ở một vị trí; thể tương bào biểu hiện các trung tâm mầm tăng sản, bao quanh bởi tương bào, có hình ảnh tăng sản mạch máu hyalin hóa, thể bệnh này thường xuất hiện ở nhiều vị trí và được coi là một bệnh hệ thống⁵. Nhân một trường hợp bệnh Castleman thể mạch máu-hyalin hóa vùng đầu tụy, chúng tôi điểm lại y văn, mô tả và so sánh các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị và tiên lượng của bệnh.

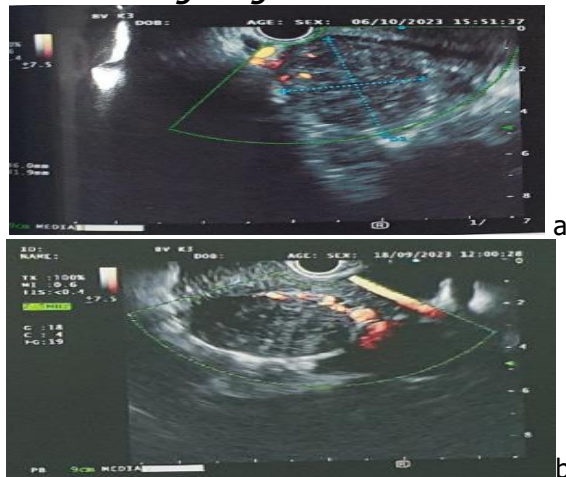
II. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ, 39 tuổi, tiền sử mổ chữa ngoài tử cung 2016, vào viện vì đau bụng âm ỉ liên tục vùng thượng vị hai ngày, không lan, không sốt, không nôn, không ợ hơi, ợ chua, không rối loạn tiêu hóa. Khám lâm sàng bệnh nhân thể trạng trung bình (BMI: 18.55), nhịp tim: 80 chu kỳ/ phút, huyết áp: 120/70 mmHg, hạch ngoại vi không sờ thấy, bụng mềm, không trướng, không sờ thấy khối bất thường, gan lách không to. Trên phim cắt lớp vi tính phát hiện vị trí cạnh đầu tụy có nốt tổn thương kích thước 36x19mm, bờ gọn rõ, ngấm thuốc mạnh không đồng nhất sau tiêm; kết luận: theo dõi u thần kinh nội tiết. Bệnh nhân được siêu âm nội soi và sinh thiết qua siêu âm nội soi 2 lần, kết quả cạnh đầu tụy, DII tá tràng có cấu trúc giảm âm không đồng nhất, ranh giới rõ, kích thước 46x30mm (16/08/2023) và 46x32mm (06/10/2023), trong khối cấu trúc tăng âm kèm tăng sinh mạch. Kết luận: Theo dõi u thần kinh nội tiết tá tràng. Kết quả mô bệnh học trước mổ: 16/08/2023: chủ yếu là tổ chức hồng cầu, tơ huyết kèm ổ quá sản nhỏ

mô lympho; 06/10/2023: mô tá tràng lạnh tính kèm hồng cầu và tơ huyết hồng cầu. Các kết quả xét nghiệm công thức máu, hóa sinh máu, vi sinh, miễn dịch trước mổ trong giới hạn bình thường.



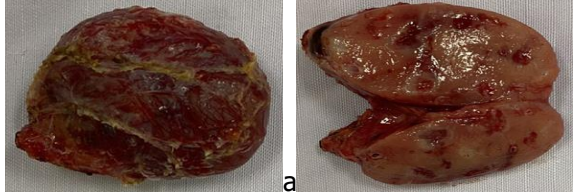
Hình 1 a,b: Cắt lớp vi tính của bệnh nhân có hình ảnh nốt tổn thương kích thước 36x19mm, bờ gọn rõ, ngấm thuốc mạnh không đồng nhất sau tiêm.



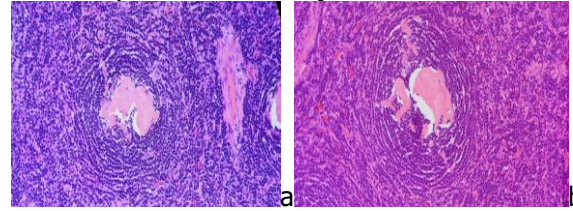
Hình 2 a,b: Siêu âm nội soi: Hình ảnh cạnh đầu tụy, DII tá tràng có cấu trúc giảm âm không đồng nhất, ranh giới rõ, kích thước 46x30mm

Bệnh nhân chẩn đoán là u đầu tụy, dự tính phẫu thuật cắt khối tá tụy và được phẫu thuật cắt u ngày 24/10/2023. Mở bụng theo đường trắng giữa trên rốn khoảng 12cm. Thăm dò trong ổ bụng không có dịch, gan, lách, dạ dày, đại tràng không tổn thương, u sau phúc mạc, mặt sau D2, D3 tá tràng đường kính 3,5cm, không xâm lấn tá tràng và tụy. Tiến hành cắt khối u sau phúc mạc. Mô bệnh học sau mổ: trên tiêu bản thấy các tâm mầm tăng sinh đại thực bào tâm nang, thoái hoá kính. Có các mao mạch

xuyên áo nang tạo hình tràng. Các tế bào lympho lành tính, xung quanh mạch máu tạo hình "vỏ hành". Kết luận: Bệnh Castleman tấp mạch kính hóa. Diễn biến hậu phẫu ổn định, bệnh nhân ra viện sau 7 ngày, không điều trị hóa xạ trị sau mổ.



Hình 3 a, b: Hình ảnh đại thể khối u sau mổ



Hình 4 a, b: Hình ảnh mô bệnh học sau mổ: các tâm mầm tăng sinh đại thực bào tâm nang, thoái hoá kính. Có các mao mạch xuyên áo nang tạo hình tràng. Các tế bào lympho lành tính, xung quanh mạch máu tạo hình "vỏ hành"

III. BÀN LUẬN

Bệnh Castleman (CD) là một nhóm rối loạn tăng sinh lympho không đồng nhất có chung các đặc điểm hình thái trên mô bệnh học. Theo biểu hiện lâm sàng và diễn biến bệnh, CD được chia thành CD đơn trung tâm (UCD), một bệnh cục bộ, chỉ biểu hiện ở một hạch bạch huyết và CD đa trung tâm (MCD), một bệnh toàn thân, tiến triển và có thể gây tử vong với biểu hiện ở nhiều hạch. MCD được chia thành Kaposi sarcoma herpesvirus-MCD (KSHV- MCD), còn được gọi là MCD liên quan đến herpesvirus 8 (HHV8) ở người và MCD vô căn (iMCD), âm tính với KSHV. Cơ chế bệnh sinh của bệnh vẫn chưa được biết rõ, mặc dù một số báo cáo cho rằng nó có thể là một quá trình tân sinh liên quan đến các tế bào đuôi gai. Các đột biến trong PDGFRB, mã hóa thụ thể- β của yếu tố tăng trưởng có nguồn gốc từ tiểu cầu, đã được tìm thấy ở 17% bệnh nhân được xét nghiệm mắc UCD⁶.

3.1. Chẩn đoán bệnh Castleman. Phân chia theo lâm sàng, ta có hai thể: bệnh Castleman đơn trung tâm (UCD) và bệnh Castleman đa trung tâm (MCD).

Biểu hiện lâm sàng của UCD thường mờ nhạt, hiếm gặp các triệu chứng toàn thân. Trong một số trường hợp, khi thương tổn ở các vùng

nông gần bề mặt da có thể nhìn hoặc sờ thấy một khối tăng dần kích thước; khi khối ở sâu không quan sát được và không thăm khám được bằng lâm sàng, triệu chứng có thể xuất hiện khi khối u phát triển gây chèn ép các tạng lân cận. Một số bệnh nhân không có triệu chứng được chẩn đoán một cách tình cờ khi đi khám sức khỏe. Để chẩn đoán là UCD, sự phì đại hạch chỉ được xảy ra ở một hạch hoặc một nhóm hạch vùng. Do đó, ngoài việc kiểm tra mô bệnh học của hạch bạch huyết có phù hợp với bệnh hay không còn cần kiểm tra toàn thân, phổ biến nhất là bằng CT toàn thân hoặc PET-CT để khẳng định chẩn đoán.¹ Việc chẩn đoán bệnh đòi hỏi phải làm giải phẫu bệnh hạch bạch huyết thương tổn, lý tưởng nhất là tiến hành phẫu thuật cắt toàn bộ hạch để sinh thiết, do trong cấu trúc hạch thường có sự không đồng nhất và cần phải quan sát các cấu trúc vĩ mô đặc trưng.

Trong khi đó, biểu hiện lâm sàng của MCD là các triệu chứng viêm toàn thân và rối loạn chức năng của các hệ cơ quan cũng như các bất thường trên xét nghiệm máu, có thể nghiêm trọng hoặc đe dọa tính mạng.³ Những triệu chứng này thường tiến triển nhanh chóng, tuy nhiên do bệnh hiếm gặp nên việc nhận biết bệnh trên lâm sàng đôi khi bị chậm trễ. Ở MCD thường gặp các triệu chứng sốt, sụt cân, phù nề và biểu hiện trên nhiều nhóm hạch, có thể đi kèm gan, lách to. Thông thường, biểu hiện ở hạch có tính chất toàn thân nhưng mức độ phì đại mỗi hạch không nhiều. Rất hay gặp tình trạng thiếu máu ở bệnh nhân MCD. Bilan viêm tăng thường gặp trong các giai đoạn có triệu chứng. Do tình trạng hạ albumin máu và có thể kèm theo rối loạn điều hòa mạch máu do cytokine, bệnh có thể dẫn đến tình trạng mất dịch nội mạch và suy thận có thể diễn ra ngay cả khi đang quá tải dịch ngoại mạch đáng kể. Các triệu chứng viêm có thể không liên tục, xảy ra theo từng đợt mà các yếu tố khởi phát vẫn chưa được xác định rõ ràng. Một số bệnh nhân mắc MCD có thể kèm theo hội chứng TAFRO (giảm tiểu cầu, cổ trướng, sốt, xơ hóa reticulin và phì đại cơ quan) (thrombocytopenia, ascites, fever, reticulin fibrosis and organomegaly) hoặc POEMS (bệnh đa dây thần kinh, phì đại cơ quan, bệnh nội tiết, rối loạn tế bào plasma đơn dòng và thay đổi da) (polyneuropathy, organomegaly, endocrinopathy, monoclonal plasma cell disorder and skin changes)

Theo đồng thuận quốc tế 2017, tiêu chuẩn chẩn đoán của iMCD cần có đủ 2 tiêu chí chính gồm mô bệnh học hạch bạch huyết phù hợp với bệnh và hạch to xuất hiện ở nhiều hơn 1 hạch

bach huyết và từ 2 tiêu chí phụ trở lên trong đó có ít nhất 1 tiêu chuẩn cận lâm sàng. Các tiêu chí cận lâm sàng phụ bao gồm: tăng tốc độ máu lắng hoặc tăng CRP, thiếu máu, giảm hoặc tăng tiểu cầu, rối loạn chức năng thận hoặc protein niệu, tăng gammaglobulin máu đa dòng, giảm albumin máu. Tiêu chí lâm sàng phụ gồm các biểu hiện toàn thân (sốt, sụt cân), lách và/ hoặc gan to, phù nề, sẩn đỏ trên da, viêm phổi kẽ tế bào lympho. Cần loại trừ các rối loạn liên quan đến nhiễm trùng như bệnh nhiễm Herpesvirus Kaposi sarcoma, bệnh tăng sinh tế bào lympho liên quan đến virus Epstein-Barr, viêm và tình trạng hạch to do các nhiễm trùng khác, các bệnh tự miễn như lupus ban đỏ hệ thống, viêm khớp dạng thấp, viêm khớp tự phát thiếu niên, hội chứng tăng sinh lympho tự miễn, các bệnh lý tăng sinh lympho ác tính, ung thư hạch, bệnh đa u tủy xương, u tương bào hạch bạch huyết nguyên phát,...⁴. Đối với KSHV-MCD, chẩn đoán dựa trên mô bệnh học phù hợp với bệnh và xét nghiệm dương tính với KSHV.

3.2. Mô bệnh học. Về mặt mô bệnh học, bệnh có 2 thể: thể mạch máu – hyalin hóa và thể tương bào. Trong nhiều trường hợp có sự kết hợp giữa hai thể này.

Thể mạch máu – hyalin hóa được đặc trưng bởi nang hyalin hóa nhỏ tăng sinh và phát triển mạch máu giữa các nang bạch huyết. Tổn thương gồm các trung tâm mầm có đặc điểm là không có tế bào B, chỉ còn lại các tế bào trong suốt và tế bào đuôi gai; những tế bào đuôi gai này có thể bị loạn sản trong những trường hợp nghiêm trọng. Các trung tâm mầm thoái hóa và bị các mạch máu bệnh lý xâm nhập, bao quanh trung tâm mầm là các vòng đồng tâm của các tế bào bạch huyết nhỏ (như hình củ hành). Vùng gian nang thỉnh thoảng bị xâm nhập bởi các tương bào đơn lẻ, nguyên bào miễn dịch và bạch cầu ái toan trong chất nền nhưng không quan sát thấy các tương bào xếp thành tấm. Thể này thường gặp ở UCD, ít gặp trong các trường hợp MCD.

Ở thể tương bào đặc điểm hình thái quan trọng là sự hiện diện của các tấm tương bào ở vùng gian nang chứ không phải là các tế bào đơn lẻ thỉnh thoảng được thấy như ở thể mạch máu – hyalin hóa. Tại vùng gian nang có thể biểu hiện thâm nhiễm bạch cầu ái toan và tế bào mast rải rác nhưng các quần thể tế bào này kém nổi bật hơn nhiều so với các tấm tương bào xếp tầng. Một đặc điểm khác của thể tương bào là sự hiện diện của các nang trung tâm có kích thước từ trung bình đến lớn. Các nang trung tâm lớn tăng sản và chứa các mảnh nhân, mô bào và các

tế bào giống như nguyên bào lympho. Hầu hết các nang đều có hình tròn, nhưng cũng có thể nhìn thấy các dạng thon dài và ngoằn ngoèo. Không có sự tăng sinh mạch hoặc hyalin hóa ở các nang trung tâm này.⁵ Thể này thường gặp ở bệnh nhân MCD, hiếm gặp ở bệnh nhân UCD. Với thể Kaposi sarcoma herpesvirus-MCD (KSHV-MCD), các đặc điểm mô bệnh học của KSHV-MCD nhìn chung được coi là một biến thể của loại PC. Sự khác biệt chính giữa hai thể là sự hiện diện của các tế bào bị nhiễm KSHV ở KSHV-MCD.¹

3.3. Điều trị. Việc điều trị bệnh nhân CD phụ thuộc vào thể bệnh; đã có sự đồng thuận rằng phẫu thuật là tiêu chuẩn vàng cho UCD và liệu pháp miễn dịch dựa trên kháng thể đơn dòng là tiêu chuẩn ở MCD.

Với UCD, phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ khối u là liệu pháp tối ưu trong trường hợp khối u có thể cắt bỏ, điều này đã được xác nhận bởi các hướng dẫn dựa trên bằng chứng đồng thuận quốc tế được công bố gần đây. Phần lớn các trường hợp UCD có thể được xử lý bằng cách cắt bỏ, có tỷ lệ sống sau 5 năm > 90%.⁷

Trong một số trường hợp, không thể cắt bỏ hoàn toàn khối u do kích thước và vị trí không cho phép; điều trị dựa trên các triệu chứng lâm sàng. Mặc dù không có nghiên cứu có hệ thống nào đã được công bố đánh giá phương pháp điều trị tối ưu đối với UCD không thể cắt bỏ, ý kiến đồng thuận cho thấy rằng với bệnh nhân UCD không thể cắt bỏ mà không có triệu chứng có thể theo dõi, không can thiệp nếu các tạng lân cận không có nguy cơ tổn thương do chèn ép vì sự phát triển của UCD có thể rất chậm. Trong UCD không thể cắt bỏ đã có các triệu chứng do chèn ép các cấu trúc lân cận, nên điều trị ban đầu bằng rituximab và có thể kèm theo steroid để giảm kích thước khối u, sau đó là phẫu thuật cắt bỏ nếu khả thi hoặc xạ trị nếu không thể phẫu thuật.⁷ Nếu bệnh nhân có UCD không thể cắt bỏ và có các triệu chứng toàn thân thì điều trị như iMCD.

Với MCD, liệu pháp miễn dịch dựa trên kháng thể đơn dòng thường được lựa chọn. Vai trò trung tâm của IL-6 trong sinh bệnh học của phần lớn các trường hợp iMCD đã được xác định và do đó, các liệu pháp kháng thể đơn dòng nhắm vào IL-6 và thụ thể của nó đã được phát triển nhằm điều trị iMCD. Đồng thuận quốc tế được công bố vào năm 2018 đã khuyến nghị liệu pháp dựa trên kháng IL-6 là lựa chọn đầu tiên cho tất cả bệnh nhân mắc iMCD, và việc bổ sung steroid tùy thuộc vào mức độ nghiêm trọng của bệnh⁸. Các thuốc thường được dùng là siltuximab ở Mỹ và

các nước Châu Âu và tocilizumab ở Nhật Bản. Cả siltuximab và tocilizumab đều được dung nạp tốt; tác dụng phụ thường gặp nhất với siltuximab là ngứa (28%) và nhiễm trùng đường hô hấp trên (26%) trong khi với tocilizumab, phổ biến nhất là tăng transaminase (30%) và tăng lipid máu (20%), Rituximab được ủng hộ là phương pháp điều trị bậc hai cho những bệnh nhân mắc iMCD không đáp ứng với phong tỏa IL-6.¹ Hiện tại không có đủ bằng chứng cho việc sử dụng phân nhóm mô bệnh học để điều trị iMCD.

Với KSHV-MCD, rituximab đã được chứng minh có hiệu quả rõ ràng⁴. Ngoài ra, đối với những bệnh nhân mắc các bệnh khác đe dọa tính mạng, etoposide thường được dùng bổ sung cùng rituximab, trong khi doxorubicin thường được sử dụng thêm nếu đồng thời có Kaposi sarcoma.

So sánh y văn với ca lâm sàng đã nêu ở trên, thông qua các khảo sát trước, trong và sau mổ, bệnh nhân được chẩn đoán là bệnh Castleman đơn trung tâm vùng đầu tụy, thể mô bệnh học mạch máu- hyalin hóa. Với bệnh nhân này, việc phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ khối u mà không phẫu thuật cắt khối tá tụy như dự tính ban đầu là hợp lý, nguy cơ tái phát thấp, tỷ lệ sống sau 5 năm cao và không cần phải điều trị hóa chất bổ trợ sau mổ. Qua ca lâm sàng này cũng cho thấy việc chẩn đoán bệnh Castleman trước mổ còn rất hạn chế, dù đã được sinh thiết qua siêu âm nội soi 2 lần nhưng bệnh nhân chỉ có thể được chẩn đoán bằng kết quả mô bệnh học sau mổ.

IV. KẾT LUẬN

Bệnh Castleman là một rối loạn tăng sinh tổ chức lympho hiếm gặp, khó chẩn đoán. Bệnh được chia thành hai thể đơn trung tâm và đa

trung tâm theo biểu hiện lâm sàng hoặc thể mạch máu- hyalin hóa và thể tương bào theo mô bệnh học. Với thể đơn trung tâm, thường có mô bệnh học là thể mạch máu- hyalin hóa, phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ khối u là tiêu chuẩn vàng. Với thể đa trung tâm, thường có mô bệnh học là thể tương bào, liệu pháp miễn dịch dựa trên kháng thể đơn dòng thường được lựa chọn, cụ thể liệu pháp kháng thể đơn dòng hướng tế bào B cho KHSV-MCD (rituximab) và liệu pháp kháng IL-6 cho iMCD (Siltuximab và Tocilizumab).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Carbone A, Borok M, Damania B, et al.** Castleman disease. 2021;7(1):84.
2. **Castleman B, Towne VJTNEjom.** Case records of the Massachusetts General Hospital: case no. 40231. 1954;250(23):1001-1005.
3. **Dispenzieri A, Fajgenbaum DCJB,** The Journal of the American Society of Hematology. Overview of Castleman disease. 2020;135(16):1353-1364.
4. **Fajgenbaum DC, Uldrick TS, Bagg A, et al.** International, evidence-based consensus diagnostic criteria for HHV-8-negative/idiopathic multicentric Castleman disease. 2017; 129(12): 1646-1657.
5. **Keller AR, Hochholzer L, Castleman BJC.** Hyaline-vascular and plasma-cell types of giant lymph node hyperplasia of the mediastinum and other locations. 1972;29(3):670-683.
6. **Li Z, Lan X, Li C, et al.** Recurrent PDGFRB mutations in unicentric Castleman disease. 2019;33(4):1035-1038.
7. **Van Rhee F, Oksenhendler E, Srkalovic G, et al.** International evidence-based consensus diagnostic and treatment guidelines for unicentric Castleman disease. 2020;4(23):6039-6050.
8. **Van Rhee F, Voorhees P, Dispenzieri A, et al.** International, evidence-based consensus treatment guidelines for idiopathic multicentric Castleman disease. 2018;132(20):2115-2124.

HIỆU QUẢ PHƯƠNG PHÁP TẬP SỬA LỖI PHÁT ÂM KẾT HỢP ĐIỆN CHÂM PHỤC HỒI CHỨC NĂNG NGÔN NGỮ Ở TRẺ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ

Nguyễn Thị Phương Thảo¹, Phạm Hồng Vân¹, Phạm Thái Hưng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị phục hồi chức năng ngôn ngữ ở trẻ rối loạn phổ tự kỷ bằng phương pháp tập sửa lỗi phát âm kết hợp điện châm.

¹Bệnh viện Châm cứu Trung ương

²Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương Thảo

Email: thaovcc@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2024

Ngày duyệt bài: 15.4.2024

Phương pháp: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng so sánh trước, sau điều trị, có đối chứng trên 60 trẻ rối loạn phổ tự kỷ chia thành hai nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng từ tháng 8/2023 đến tháng 10/2023 tại bệnh viện Châm cứu Trung ương. Sử dụng thang điểm Zimmerman đánh giá chức năng giao tiếp và thang điểm CARS đánh giá mức độ bệnh lý rối loạn phổ tự kỷ. **Kết quả:** Theo thang điểm Zimmerman sau 2 đợt điều trị ở nhóm nghiên cứu có 66,7% hiệu quả điều trị tốt so với 33,4% ở nhóm đối chứng ($p < 0,05$). Thang điểm CARS giảm ở cả hai nhóm nghiên cứu, tuy nhiên nhóm nghiên cứu có hiệu quả phục hồi cao hơn đáng kể so với nhóm đối chứng, hiệu số tổng điểm CARS hai nhóm tương ứng lần lượt