

medicom

MEDICOM MEDICAL TECHNOLOGY

Công ty Cổ phần Công nghệ Y học **MEDICOM**



Công ty cổ phần công nghệ Y học Medicom được thành lập và điều hành bởi đội ngũ Bác sĩ, Kỹ sư có nhiều năm kinh nghiệm, giỏi về chuyên môn và được đào tạo bài bản trong và ngoài nước. Chúng tôi tin tưởng rằng sẽ đáp ứng những yêu cầu khắt khe nhất về chất lượng của sản phẩm & dịch vụ mà khách hàng đặt ra.

CÔNG NGHỆ MANG TÍNH NHÂN BẢN

24 Liễu Giai - Ba Đình - Hà Nội
Tel: 0243 832 5656 - Email: info@medicomgroup.vn
Website: <http://medicomgroup.vn>

Y HỌC
CỘNG ĐỒNG

Y HỌC CỘNG ĐỒNG

JOURNAL OF COMMUNITY MEDICINE

ISSN 2354-0613



TR40: NGHIÊN CỨU TỶ LỆ NHIỄM DEMODEX Ở NGƯỜI BỆNH ĐẾN KHÁM DA MẶT TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU ĐÀ NẴNG

TR94: THỰC TRẠNG NGUỒN NHÂN LỰC VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN ĐỘNG LỰC LÀM VIỆC CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ TẠI TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN LÂM THAO, PHÚ THỌ NĂM 2020

TR110: THỰC TRẠNG NHÂN LỰC CHUYÊN TRÁCH QUẢN LÝ SỬ DỤNG VÀ ĐẢM BẢO KỸ THUẬT THIẾT BỊ Y TẾ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA CÔNG LẬP CÁC TỈNH

TR133: THỰC TRẠNG TUÂN THỦ VỆ SINH TAY THƯỜNG QUY CỦA ĐIỀU DƯỠNG VÀ HỘ SINH TẠI BỆNH VIỆN SẢN - NHI TRÀ VINH NĂM 2020 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Tập 63 - Số 2 - 2021



Tập 63 - Số 2 - 2021



GS.TSKH. Phạm Thanh Kỳ
GS.TS. Đỗ Tất Cường
GS.TS. Đào Văn Dũng
GS.TS. Đặng Tuấn Đạt
GS.TS. Phạm Ngọc Đính
GS.TS. Phạm Văn Thức
PGS.TS. Hoàng Năng Trọng
GS.TS. Lê Gia Vinh

Lê Bách Quang

Trần Quốc Thắng

Phạm Ngọc Châu

Nguyễn Văn Ba

Nguyễn Xuân Bái

Nguyễn Ngọc Châu

Vũ Bình Dương

Phạm Văn Dũng

Nguyễn Sinh Hiền

Nguyễn Đức Hòa

Trần Văn Hưởng

Thái Doãn Kỳ

Nguyễn Văn Lành

Đặng Đức Nhu

Hoàng Cao Sạ

Đình Ngọc Sỹ

Lê Đình Thanh

Võ Văn Thanh

Ngô Văn Toàn

Nguyễn Lĩnh Toàn

Nguyễn Anh Tuấn

Nguyễn Văn Chuyên

Ngô Thị Tâm

Đào Thị Mai Hương

Trần Thị Bích Hạnh

Nguyễn Thị Thúy

Lương Đình Khánh

24 Liễu Giai - Cống Vị - Ba Đình - Hà Nội

Tel: 84-24 3762 1898

Web: skcd.vn - yhoccongdong.vn

Email: tapchihcd@gmail.com

GPXB: số 229/GP-BTTTT

Cấp ngày: 19/6/2013

Công ty TNHH In Tân Huệ Hoa

Giá: 60.000 đồng

MỤC LỤC

Nghiên cứu đặc điểm mô bệnh học và ứng dụng hóa mô miễn dịch phân loại u lympho ác tính không Hodgkin tại Bệnh viện quân Y 103

3

Nguyễn Khắc Tuyến, Trần Ngọc Dũng

Thực trạng sử dụng thuốc điều trị gút trên bệnh nhân nội trú

10

Đặng Quang Phúc, Đỗ Văn Mãi, Hoàng Đức Thái, Bùi Đặng Minh Trí

Sự tuân thủ điều trị và một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị viêm loét dạ dày-tá tràng

16

Bùi Đặng Phương Chi, Bùi Đặng Minh Trí, Hoàng Đức Thái,
Nguyễn Thị Như Huỳnh

Một số yếu tố liên quan đến sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân đái tháo đường typ 2

22

Bùi Đặng Minh Trí, Lý Chí Thành, Nguyễn Hoàng Trung

Tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp

28

Hoàng Đức Thái, Bùi Đặng Minh Trí, Bùi Tùng Hiệp, Huỳnh Thị Thúy Quyên

Một số yếu tố liên quan đến mức độ tuân thủ điều trị bệnh Basedow trên bệnh nhân ngoại trú

34

Nguyễn Thế Hải, Đỗ Văn Mãi, Bùi Đặng Phương Chi, Bùi Đặng Minh Trí

Nghiên cứu tỷ lệ nhiễm Demodex ở người bệnh đến khám da mặt tại Bệnh viện Da liễu Đà Nẵng

40

Lê Xuân Vinh, Nguyễn Văn Minh, Phan Cẩm Ly

Hiệu quả điều trị thuốc tăng huyết áp ở bệnh nhân suy thận giai đoạn IV

46

Phan Hùng Duy Hậu, Bùi Đặng Minh Trí, Nguyễn Hữu Bền

Sự phù hợp trong sử dụng thuốc điều trị bệnh tay chân miệng

51

Bùi Đặng Lan Hương, Bùi Đặng Phương Chi, Trần Thị Kiều Trinh

Thực trạng sử dụng thuốc tăng huyết áp cho bệnh nhân điều trị ngoại trú

58

Bùi Tùng Hiệp, Nguyễn Thị Xuân Hoàng, Đỗ Văn Mãi, Nguyễn Đức Lộc

Thực trạng dùng thuốc giảm đau sau phẫu thuật

65

Trần Nhật Anh, Đỗ Văn Mãi, Bùi Tùng Hiệp, Bùi Đặng Minh Trí

Thực trạng và những yếu tố ảnh hưởng tới tình trạng suy dinh dưỡng nhẹ cân của trẻ dưới 5 tuổi tại 14 thôn khó khăn thuộc huyện Đơn Dương, tỉnh Lâm Đồng năm 2019

71

Trần Thị Hải, Ngô Thanh Thảo

Thực trạng kê đơn thuốc điều trị ngoại trú sản phụ khoa

76

Trần Cao Trí, Đỗ Văn Mãi, Bùi Đặng Lan Hương, Bùi Đặng Minh Trí

Tính hợp lý trong việc kê đơn thuốc điều trị tăng huyết áp cho bệnh nhân ngoại trú

82

Bùi Đặng Phương Chi, Bùi Tùng Hiệp, Nguyễn Thị Xuân Hoàng

Thực trạng công tác quản lý hành nghề y được tư nhân tại thành phố Móng Cái, tỉnh Quảng Ninh năm 2020

88

Triệu Thị Thanh Thúy; Đào Xuân Vinh

Thực trạng nguồn nhân lực và một số yếu tố liên quan đến động lực làm việc của nhân viên y tế tại Trung tâm y tế huyện Lâm Thao, Phú Thọ năm 2020

94

Nguyễn Thị Thu Hương, Đào Văn Dũng, Phan Quốc Hưng, Lê Việt Cường

Thực trạng nhân lực y tế và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện Y dược cổ truyền và Phục hồi chức năng tỉnh Phú Thọ, giai đoạn 2017 - 2019

99

Đào Đình Quang, Phùng Văn Tân, Trần Thị Nhị Hà, Lã Ngọc Quang

Thực trạng kiến thức, thực hành về làm mẹ an toàn của nhân viên y tế tại cơ sở y tế công trên địa bàn tỉnh Ninh Bình năm 2019	104
Phạm Văn Dậu, Phạm Cẩm Kỳ, Bùi Thị Hương	
Thực trạng nhân lực chuyên trách quản lý sử dụng và đảm bảo kỹ thuật thiết bị y tế tại bệnh viện đa khoa công lập các tuyến	110
Nguyễn Thị Minh Hiếu, Mai Xuân Thu, Khương Anh Tuấn	
Thực trạng đào tạo liên tục cho điều dưỡng lâm sàng khối nội tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ từ năm 2016-2021	115
Nguyễn Thị Nga , Bùi Thị Thu Hà, Lê Thị Yến	
Kiến thức, thái độ và thực hành rửa tay thường quy của điều dưỡng viên tại Bệnh viện Nhi Thái Bình năm 2020	121
Trần Thái Phúc, Tăng Thị Hảo	
Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến thực trạng tuân thủ vệ sinh tay thường quy của điều dưỡng tại các khoa Lâm sàng ngoại khoa của Bệnh viện Nhân dân Gia Định năm 2019	127
Nguyễn Thị Hường, Tiêu Chí Đức, Lê Thị Thanh Hương	
Thực trạng tuân thủ vệ sinh tay thường quy của điều dưỡng và hộ sinh tại Bệnh viện Sản - Nhi Trà Vinh năm 2020 và một số yếu tố liên quan	133
Nguyễn Phương Nam; Lê Thị Thanh Hương	
Thực trạng công tác quản lý chất thải rắn y tế tại Bệnh viện đa khoa huyện Krông Bông tỉnh Đắk Lắk năm 2019	139
Nguyễn Quỳnh Anh, Lê Văn Trung, Lê Thị Thanh Hương	
Thực trạng phân loại chất thải rắn y tế tại Bệnh viện quận Thủ Đức, thành phố Hồ Chí Minh năm 2019	145
Phan Thị Thu Trang, Võ Văn Hải, Lê Thị Thanh Hương	

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC VÀ ỨNG DỤNG HÓA MÔ MIỄN DỊCH PHÂN LOẠI U LYMPHO ÁC TÍNH KHÔNG HODGKIN TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Nguyễn Khắc Tuyền¹, Trần Ngọc Dũng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm đại thể và vi thể của U Lympho ác tính không Hodgkin ULAKH. Ứng dụng sự bộc lộ các dấu ấn miễn dịch để phân loại ULAKH. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu kết hợp tiền cứu 75 bệnh nhân được chẩn đoán trên mô bệnh học và hóa mô miễn dịch là ULAKH tại Bệnh viện Quân Y 103 từ tháng 01/2018- 9/2020. **Kết quả:** Nam giới gặp nhiều hơn nữ giới. Tỷ lệ mắc bệnh giữa nam / nữ là 2/1. Tuổi mắc bệnh trung bình là $58,31 \pm 17,62$. ULAKH tại hạch chiếm tỉ lệ cao nhất (57,3%). Theo công thức thực hành, thể bệnh WF7 chiếm tỷ lệ cao nhất (54,7%), bệnh đa số gặp ở độ ác tính trung gian với tỷ lệ (76%). ULAKH tế bào B chiếm 84%. Típ mô bệnh học hay gặp nhất là u lympho tế bào B lớn lan tỏa chiếm 66,67% trong đó dưới nhóm tâm mầm có 16 trường hợp, chiếm 32%, cao hơn dưới nhóm không tâm mầm có 34 trường hợp chiếm 68%. **Kết luận:** Chẩn đoán và phân loại ULAKH theo WHO năm 2016 giúp cho các nhà lâm sàng tiên đoán đáp ứng hóa trị liệu, thời gian sống thêm cũng như là yếu tố chỉ định cho điều trị kháng thể đơn dòng.

Từ khóa: U lympho ác tính không Hodgkin (ULAKH), hóa mô miễn dịch.

ABSTRACT:
RESEARCH CHARACTERISTICS
HISTOPATHOLOGY AND APPLICATION
IMMUNOHIS TO CHEMISTRY TO CLASSIFY
NON - HODGKIN LYMPHOMA IN 103
MILITARY HOSPITAL

Objective: Evaluate the macroscopic and microscopic characteristics of Non-Hodgkin's lymphoma. Application of the manifestation of immune markers to classification Non-Hodgkin's lymphoma. **Material and Method:** The cross-sectional descriptive, retrospective and prospective

study of 75 patients diagnosed on histopathology and immunohistochemistry as Non-Hodgkin's lymphoma at Military Medical Hospital 103 from January 2018 to September 2020. **Results:** The disease occurred in men more than women: 2/1. The average age of diseases is 58.31 ± 17.62 . Non-Hodgkin's lymphoma in the lymph node accounts for the highest proportion (57.3%). WF7 accounts for the highest percentage (54.7%). The majority of the disease is in intermediate malignancy with 76%. B-cell Non-Hodgkin's lymphoma accounts for 84%. Diffuse large B-cell lymphoma accounts for the highest rate of 66.67%, of which the GCB type accounts for 32%, the non-GCB accounts 68%. **Conclusion:** The diagnosis and classification of Non Hodgkin lymphoma helps clinicians predict the response to chemotherapy, extra life, which is indicative of monoclonal antibody therapy.

Keywords: Non-Hodgkin lymphoma, immunohistochemistry.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

ULAKH là một trong những ung thư phổ biến ở Việt Nam và nhiều nước trên thế giới. Theo GLOBOCAN 2018, tỷ lệ mắc U lympho không Hodgkin trên thế giới là 4,9% và tỷ lệ tử vong là 2,1%, trong khi đó tại Việt Nam, tỷ lệ mắc bệnh là 3,1% và tỷ lệ tử vong là 1,8% [1]. Chẩn đoán, điều trị tiên lượng u lympho là dựa vào thể bệnh theo phân loại mô bệnh học. Đã có rất nhiều bảng phân loại u lympho theo các thời kỳ. Hiện nay ở Việt Nam và nhiều nước trên thế giới vẫn còn một số nơi áp dụng phân loại WF năm 1982 do dễ áp dụng và chi phí thấp. Những năm gần đây, nhờ hiểu biết về hóa mô miễn dịch và sinh học phân tử đã giúp chẩn đoán chính xác hơn các dòng tế bào B, T và các típ ULAKH mới mà trước đây không phân loại được. Phân loại mới hiện nay là phân loại của Tổ chức Y tế thế giới năm 2016. Nhận thấy vai trò rất

1. Bệnh viện Quân Y 103, Học viện Quân Y

Tác giả liên hệ: Nguyễn Khắc Tuyền, Email: Khactuyenqy@gmail.com

lớn của HMMD trong chẩn đoán phân loại u lymphô ác tính đặc biệt là nhóm ULAKH là tế bào B hay T, cũng như ứng dụng hóa mô miễn dịch trong phân típ ULAKH theo WHO năm 2016 là rất quan trọng trong tiên lượng và lựa chọn phương pháp điều trị, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu này nhằm hai mục tiêu sau:

1. *Đánh giá đặc điểm đại thể và vi thể của ULAKH*
2. *Ứng dụng sự bộc lộ các dấu ấn miễn dịch để phân loại ULAKH*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 75 bệnh nhân được chẩn đoán trên mô bệnh học và hóa mô miễn dịch là ULAKH tại Bệnh viện Quân Y 103 từ tháng 01/2018 - 9/2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán mô bệnh học là ULAKH tại hạch và ngoài hạch, có đầy đủ thông tin lâm sàng và cận lâm sàng.

Tiêu chuẩn loại trừ: ULAKH tái phát hoặc đã điều trị trước đó (hóa trị, xạ trị).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiền cứu.

Các bước tiến hành nghiên cứu

- Chọn đối tượng nghiên cứu.
- Ghi nhận các chỉ tiêu nghiên cứu: Tuổi, giới, vị trí u, typ mô bệnh học theo công thức thực hành (WF- 1982) của Viện Ung thư quốc gia Mỹ, xác định độ ác tính ULAKH:

+ Độ ác tính thấp: WF1: ULATKH, lymphô bào nhỏ. WF2: ULATKH, thể nang, tế bào nhỏ nhân khía.

WF3: ULATKH, thể nang, hỗn hợp tế bào nhỏ nhân khía và tế bào lớn

+ Độ ác tính trung gian: WF4: ULATKH, thể nang, ưu thế tế bào lớn. WF5: ULATKH, thể lan toả, tế bào nhỏ nhân khía. WF6: ULATKH, thể lan toả, hỗn hợp tế bào lớn và nhỏ. WF7: ULATKH, thể lan toả, tế bào lớn (nhân khía và không khía)

+ Độ ác tính cao: WF8: ULATKH, thể tế bào lớn và nguyên bào miễn dịch. WF9: ULATKH, thể nguyên bào lymphô. WF10: ULATKH, tế bào nhỏ nhân không khía

- Ghi nhận sự bộc lộ ULAKH với các dấu ấn miễn dịch để xác định dòng tế bào B hay T, phân típ ULAKH, phân típ u lympho tế bào B lớn lan toả theo thuật toán Hans dựa vào CD10, BCL6, MUM1.

- Xử lý số liệu.

Các kỹ thuật nghiên cứu

- Kỹ thuật nhuộm Hematoxylin- Eosin (H-E) thường quy.

- Nhuộm hóa mô miễn dịch. Các kháng thể của hãng Leica trên máy nhuộm tự động BON MAX gồm CD3, CD20, CD79a, CD5, CD10, BCL6, MUM1, CyclinD1, CD23...

Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

3.1.1. Giới

Qua nghiên cứu trên 75 bệnh nhân chúng tôi nhận thấy nam giới (66,7%) gặp nhiều hơn nữ giới (33,3%).

Tỷ lệ mắc bệnh giữa nam/nữ là 2/1.

3.1.2. Tuổi mắc bệnh

Bảng 3.1. Phân bố bệnh theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số lượng	Tỷ lệ %
<20	2	2,7
20-39	11	14,7
40-69	44	58,7
60-8	9	12,0
≥80	9	12,0
Tổng	75	100

Nhận xét: Tuổi bệnh nhân mắc bệnh trẻ nhất là 19, tuổi lớn nhất là 88. Tuổi mắc bệnh trung bình là 58,31 ± 17,62. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất từ 40 tuổi đến 59

tuổi chiếm 58,7 %.

3.1.3. Phân bố bệnh theo vị trí tổn thương tại hạch và ngoài hạch

Bảng 3.2. Phân bố bệnh theo vị trí tổn thương tại hạch và ngoài hạch

Cơ quan	Số lượng	Tỷ lệ %
Hạch	43	57,3
Ngoài hạch	32	42,7
Tổng	75	100

Nhận xét: Bảng trên cho thấy ULAKH tại hạch chiếm tỉ lệ cao nhất (57,3%). Ngoài hạch với tỉ lệ đáng kể (42,7%).

Bảng 3.3. Phân bố bệnh theo vị trí tổn thương tại hạch

Vị trí lấy mẫu	Số lượng	Tỷ lệ %
Hạch cổ	22	51,16
Hạch góc hàm	2	4,65
Hạch dưới hàm	2	4,65
Hạch bẹn	8	18,61
Hạch nách	4	9,30
Hạch ổ bụng	1	2,33
Hạch thượng đòn	4	9,30
Tổng	43	100

Nhận xét: Bảng trên ULAKH tại hạch cho thấy hạch cổ chiếm tỷ lệ cao nhất (51,16%), tiếp đến hạch bẹn (18,61%). Hạch ổ bụng chiếm tỷ lệ ít nhất (2,33%).

Bảng 3.4. Phân bố bệnh theo vị trí tổn thương ngoài hạch

Vị trí lấy mẫu	Số lượng	Tỷ lệ %
Lách	3	9,38
Sau phúc mạc, thận	3	9,38
Não	2	6,25
Đường tiêu hóa	7	21,87
Phổi, màng phổi	3	9,38
Xương	4	12,50
Amydal	1	3,12
Da	2	6,25
Mô mềm	3	9,38
Tuyến giáp	1	3,12
Tuyến nước bọt	1	3,12
Hốc mũi	2	6,25
Tổng	32	100



Nhận xét: ULAKH ngoài hạch phân bố với đường tiêu hóa chiếm tỷ lệ cao nhất (21,87%). Các vị trí khác chúng tôi gặp là lách (9,38%), sau phúc mạc – thận (9,38%), não (6,25%), phổi - màng phổi (9,38%), xương (12,5%), amydal (3,12%), da (6,25%), mô mềm (9,38%), tuyến giáp (3,12%), tuyến nước bọt (3,12%), hốc mũi (6,25%).

3.2. Đặc điểm mô bệnh học ULAKH

3.2.1. Phân loại mô bệnh học ULAKH theo WF

Bảng 3.5: Phân loại mô bệnh học ULAKH theo WF

Típ mô bệnh học	Số lượng	Tỷ lệ %
WF1	9	12,0
WF2	2	2,7
WF3	1	1,3
WF4	1	1,3
WF5	6	8,0
WF6	9	12,0
WF7	41	54,7
WF8	4	5,3
WF9	1	1,3
WF10	1	1,3
Tổng	75	100

Nhận xét: Trong phân loại này, thể bệnh WF7 chiếm tỷ lệ cao nhất (54,7%), tiếp đến WF6 (12%), WF1 (12%) và WF5 (8%). Các thể bệnh khác chiếm tỷ lệ thấp.

3.2.2. Phân độ mô học u lympho ác tính không Hodgkin

Bảng 3.6. Phân độ mô học u lympho ác tính không Hodgkin

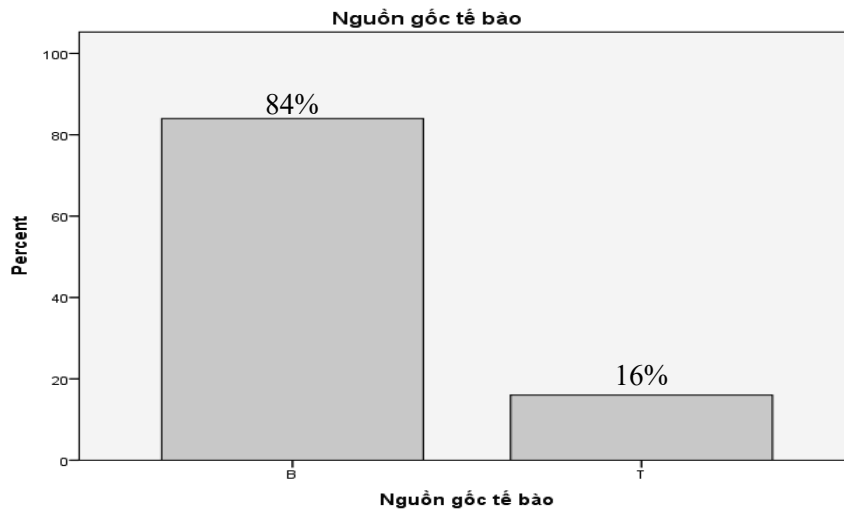
Độ mô học	Số lượng	Tỷ lệ %
Độ thấp	12	16,00
Độ trung gian	57	76,00
Độ cao	6	8,00
Tổng	75	100

Nhận xét: Độ ác tính trung gian chiếm tỷ lệ cao nhất (76%), độ ác tính thấp và cao chiếm tỷ lệ thấp lần lượt (12%) và (6%).

3.3. Ứng dụng sự bộc lộ các dấu ấn miễn dịch phân típ ULAKH

3.3.1. Phân típ ULAKH theo dòng tế bào B hay T

Biểu đồ 3.1. Phân típ ULAKH theo dòng tế bào



Nhận xét: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các ULAKH tế bào B chiếm 84%, ULAKH tế bào T chiếm 16%.

3.3.2. Phân típ ULAKH theo WHO năm 2016

Bảng 3.7. Phân típ ULAKH theo WHO năm 2016

Típ mô bệnh học	Số lượng	Tỷ lệ %
DLBCL	50	66,67
FL	3	4
MCL	1	1,33
MZL	1	1,33
MALT	3	4
CLL/SLL	2	2,67
SMZL	3	4
PTCL, NOS	9	12
Extranodal NK/T-cell lymphoma, nasal type	2	2,67
T - cell lymphoblastic lymphoma	1	1,33
Tổng	75	100

(DLBCL: U lympho tế bào B lớn, lan tỏa, FL: U lympho thể nang, MCL: U lympho tế bào áo nang, MZL: U lympho vùng rìa tại hạch, MALT: U lympho vùng rìa của mô dạng lympho liên quan đến niêm mạc, CLL/SLL: U lympho lympho bào nhỏ, SMZL: U lympho vùng rìa ở lách).

Nhận xét: Típ mô bệnh học hay gặp nhất là DLBCL

chiếm 66,67%, tiếp đến là u lympho tế bào T ngoại vi không định loại chiếm 12%. Chúng tôi cũng gặp các típ mô bệnh học khác như FL, MALT, SMZL (đều chiếm 4%), CLL/SLL, u lympho tế bào T/NK ngoài hạch ở hốc mũi (đều chiếm 2,67%), MCL, MZL, U lympho nguyên bào lympho T (đều chiếm 1,33%).



3.3.3. Phân dưới típ của u lympho tế bào B lớn lan tỏa theo thuật toán Hans

Bảng 3.8. Phân dưới típ của u lympho tế bào B lớn lan tỏa

Nhóm	Số lượng	Tỷ lệ %
Tâm mầm	16	32
Không tâm mầm	34	68
Tổng	50	100

Nhận xét: Dưới nhóm tâm mầm có 16 trường hợp, chiếm 32%, cao hơn dưới nhóm không tâm mầm có 34 trường hợp chiếm 68%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

- Về giới: Qua nghiên cứu 75 trường hợp ULAKH chúng tôi thấy tỷ lệ Nam/Nữ là 2/1. Tỷ lệ này cao hơn với nghiên cứu của Nguyễn Phi Hùng năm 2006 [2].

- Về tuổi: Tuổi bệnh nhân mắc bệnh trẻ nhất là 19, tuổi lớn nhất là 88. Tuổi mắc bệnh trung bình là 58,31 ± 17,62. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất từ 40 tuổi đến 59 tuổi chiếm 58,7%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Phạm Xuân Dũng năm 2012 [3].

- Về vị trí: Theo ghi nhận của chúng tôi, ULAKH gặp tại hạch chiếm tỷ lệ 57,3%, ngoài hạch 42,7%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Mão (ngoài hạch chiếm tỷ lệ 48,3%) [4]. Tại hạch

chúng tôi gặp hạch cổ chiếm tỷ lệ cao nhất (51,16%). ULAKH ngoài hạch phân bố chủ yếu ở đường tiêu hóa (21,87%). Chúng tôi gặp một số vị trí hiếm gặp như tuyến giáp, não.

4.2. Đặc điểm mô bệnh học ULAKH

Qua nghiên cứu phân loại mô học theo công thức thực hành, chúng tôi gặp tất cả các thể bệnh khác nhau; trong đó ULAKH thể lan tỏa tế bào lớn- WF7 chiếm tỷ lệ cao nhất 54,7%, tiếp đến là tít hỗn hợp tế bào lớn và nhỏ - WF6 (12%) và ULAKH tế bào nhỏ - WF1 chiếm tỷ lệ 12%, thể lan tỏa tế bào nhỏ nhân khía – WF5 (8%). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của tác giả trong nước như Nguyễn Phi Hùng 2006 [2].

Về phân độ mô học ULAKH: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy độ ác tính thấp (WF1 đến WF3), độ trung gian (WF4 đến WF7), độ ác tính cao (WF8 đến WF10) lần lượt là: 16%; 76%; 8%. Kết quả này tương đương với một số tác giả trong và ngoài nước (Bảng 4.1).

Bảng 4.1. Kết quả phân độ ác tính của các tác giả

Tác giả	Độ ác tính (%)		
	Thấp	Trung gian	Cao
Isikdogan A- 2004 [5]	14,5	69,8	8,7
Nguyễn Phi Hùng- 2006 [2]	33,6	55,7	10,7
Nghiên cứu của chúng tôi- 2020	16,0	76,0	8,0

4.3. Ứng dụng sự bộc lộ các dấu ấn miễn dịch phân típ ULAKH

Phân loại ULAKH theo dòng tế bào: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ULAKH tế bào B chiếm tỷ lệ cao 84%, dòng tế bào T chiếm 16%. Kết quả này cao hơn với nghiên cứu của Isikdogan A (lympho B chiếm 78%) [5], Nguyễn Phi Hùng (77,1%) [2], tương đương kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Mão (85%) [4].

Theo phân loại của Tổ chức Y tế thế giới WHO năm 2016 có sử dụng hóa mô miễn dịch, phân típ u lympho tế bào B lớn lan tỏa hay gặp nhất với tỷ lệ 66,67%, tiếp đến là u lympho tế bào T ngoại vi không định loại chiếm 12%. Chúng tôi cũng gặp các típ mô bệnh học khác như u lympho thể nang, u lympho vùng rìa ngoài hạch của mô dạng lympho liên quan đến niêm mạc, u lympho vùng rìa ở lách (đều chiếm 4%), u lympho lympho bào

nhỏ, u lympho tế bào T/NK ngoài hạch ở hốc mũi (đều chiếm 2,67%), u lympho tế bào áo nang, u lympho vùng rìa tại hạch, u lympho nguyên bào lympho T (đều chiếm 1,33%). Việc phân típ ULAKH theo WHO năm 2016 có ý nghĩa quan trọng trong tiên lượng bệnh. Một số típ có tiên lượng xấu như u lympho tế bào áo nang, trung bình sống 3 -5 năm, phần lớn bệnh nhân không thể chữa khỏi dù đã điều trị bằng rất nhiều loại thuốc mới [6]. Một số típ đặc biệt theo WHO năm 2016 dựa vào mô bệnh học, hóa mô miễn dịch và vị trí cũng được phân loại trong nghiên cứu của chúng tôi như u lympho tế bào B vùng rìa ở lách.

Qua đánh giá trường hợp u lympho tế bào B lớn lan tỏa chúng tôi thấy dưới típ không tâm mầm chiếm 68% cao hơn dưới típ tâm mầm (32%). Nghiên cứu của Hans và cộng sự trên 152 bệnh nhân cho thấy tỷ lệ dưới típ không tâm mầm là 58% cao hơn so với dưới típ tâm mầm là 42% [7]. Các nghiên cứu của Shiozawa, Zang, Peh và Habara trên quần thể bệnh nhân châu Á cho thấy tỷ lệ dưới nhóm không tâm mầm cao hơn nhóm tâm mầm [8]. Nghiên cứu của Hans và cộng sự năm 2004, cho thấy sống thêm toàn bộ 5 năm của nhóm tâm mầm là 76% so với nhóm không tâm mầm chỉ là 34%. Việc phân biệt dưới

nhóm tâm mầm và không tâm mầm trong u lympho tế bào B lớn lan tỏa dựa vào hóa mô miễn dịch có ý nghĩa tiên lượng cho bệnh nhân và được áp dụng trên thế giới và chính thức đề cập trong bảng phân loại của WHO 2008 và WHO 2016.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu bệnh nhân u lympho không Hodgkin tế bào B tại Bệnh viện Quân Y 103 trong thời gian từ 1/2018 đến 9/2020 chúng tôi rút ra kết luận như sau: Nam giới gặp nhiều hơn nữ giới. Tỷ lệ mắc bệnh giữa nam/nữ là 2/1. Tuổi mắc bệnh trung bình là $58,31 \pm 17,62$. ULAKH tại hạch chiếm tỉ lệ cao nhất (57,3%). Theo công thức thực hành, thể bệnh WF7 chiếm tỷ lệ cao nhất (54,7%), Bệnh đa số gặp ở độ ác tính trung gian với tỷ lệ (76%). ULAKH tế bào B chiếm 84%, Típ mô bệnh học hay gặp nhất là U lympho tế bào B lớn lan tỏa chiếm 66,67% trong đó dưới nhóm tâm mầm có 16 trường hợp, chiếm 32%, cao hơn dưới nhóm không tâm mầm có 34 trường hợp chiếm 68%. Chẩn đoán và phân loại ULAKH theo WHO năm 2016 giúp cho các nhà lâm sàng tiên đoán đáp ứng hóa trị liệu, thời gian sống thêm cũng như là yếu tố chỉ định cho điều trị kháng thể đơn dòng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. GLOBOCAN (2018). International Agency on Cancer Research.
2. Nguyễn Phi Hùng (2006). Nghiên cứu mô bệnh học, hóa mô miễn dịch u lympho không Hodgkin tại hạch. *Luận án tiến sĩ Y học*. Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Phạm Xuân Dũng (2012). Đánh giá kết quả điều trị u lympho không Hodgkin ở người lớn. *Luận án Tiến sĩ Y học*. Trường Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh.
4. Nguyễn Văn Mão và cộng sự (2017). Nghiên cứu mô bệnh học và sự bộc lộ một số dấu ấn miễn dịch để chẩn đoán và phân loại u lympho ác tính. Đề tài khoa học cấp Đại học Huế.
5. Isikdogan A, Ayyildiz O, et al (2004). "NonHodgkin's lymphoma in southeast Turkey: clinicopathologic feature of 490 cases". *Ann Hematol*. 83. pp. 265-269.
6. Steven H, Swerdlow S H, Campo E, et al (2016). The 2016 revision of the World Health Organization classification of lymphoid neoplasms. *Blood*. 127(20). pp. 2375-2390
7. Hans CP, et al (2004). Confirmation of the molecular classification of diffuse large B-cell lymphoma by immunohistochemistry using a tissue microarray. *Blood*. 103(1). pp. 207-282
8. Shiozawa E, et al (2007). The GCB subtype of diffuse large B-cell lymphoma is less frequent in Asian countries. *Leukemia research*. 31(11). pp. 1579-1583.