Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, Special Issue 13, 78-82

CHARACTERISTICS OF HEMATOLOGICAL INDICATORS IN PATIENTS WITH BONE MARROW INVASIVE NON-HODGKIN LYMPHOMA AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Hoang Thi Thu Thuy[1*], Nguyen Quang Tung[1], Pham Thi Thanh Nga[2]

[1]*Department of Hematology, Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam*
[2]*Department of Hematology and Blood Transfusion, Hanoi Medical University Hospital - 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam*

Received: 18/07/2026
Revised: 18/08/2026; Accepted: 04/09/2026

ABSTRACT

Background: Hematological index characteristics in patients with non-Hodgkin lymphoma.

Objective: Describe the characteristics of peripheral blood cell tests and cytology, bone marrow histopathology in patients with non-Hodgkin lymphoma.

Subjects and methods: Descriptive study was conducted on 74 newly diagnosed patients with non-Hodgkin lymphoma, including 11 cases with bone marrow invasion and 63 cases without bone marrow invasion.

Results and conclusions: The most common peripheral blood changes are anemia and thrombocytopenia. An increase in myeloid lymphocytes and a decrease in myeloid reticulocytes and peripheral platelets are sensitive signals suggesting infiltration. Assessment of bone marrow invasion cannot rely solely on bone marrow aspiration; bone marrow biopsy is mandatory for definitive diagnosis.

Keywords: Non-Hodgkin lymphoma, bone marrow invasion.

*Corresponding author
Email: hoangthuthuy@hmu.edu.vn **Phone**: (+84) 988261808 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD13.6407

ĐẶC ĐIỂM CHỈ SỐ HUYẾT HỌC TRÊN BỆNH NHÂN U LYMPHO KHÔNG HODGKIN TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Hoàng Thị Thu Thủy[1*], Nguyễn Quang Tùng[1], Phạm Thị Thanh Nga[2]

[1]*Bộ môn Huyết học, trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, P. Kim Liên, Tp. Hà Nội, Việt Nam*
[2]*Khoa Huyết học- Truyền máu, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, P. Kim Liên, Tp. Hà Nội, Việt Nam*

Ngày nhận: 18/07/2026
Ngày sửa: 18/08/2026; Ngày đăng: 04/09/2026

TÓM TẮT

Vấn đề nghiên cứu: Đặc điểm chỉ số huyết học trên bệnh nhân u lympho không Hodgkin.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm xét nghiệm tế bào máu ngoại vi và tế bào học, mô bệnh học tủy xương trên bệnh nhân u lympho không Hodgkin.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả thực hiện trên 74 bệnh nhân u lympho không Hodgkin mới được chẩn đoán (trong đó 11 ca xâm lấn tủy xương và 63 ca không xâm lấn tủy xương).

Kết quả và kết luận: Biến đổi máu ngoại vi hay gặp nhiều nhất là tình trạng thiếu máu và giảm tiểu cầu. Sự gia tăng tỷ lệ lympho tủy và tình trạng giảm hồng cầu lưới tủy, tiểu cầu ngoại vi là những tín hiệu nhạy cảm gợi ý tình trạng thâm nhiễm. Đánh giá xâm lấn tủy không thể chỉ dựa vào tủy đồ mà bắt buộc phải sinh thiết tủy xương để chẩn đoán xác định.

Từ khoá: U lympho không Hodgkin, xâm lấn tủy xương.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U lympho ác tính không Hodgkin (NHL) là một trong những ung thư phổ biến ở Việt Nam và nhiều nước trên thế giới, bệnh chiếm khoảng 80% u lympho. Năm 2020, theo dữ liệu của GLOBOCAN ước tính có 544.000 trường hợp NHL mới được chẩn đoán trên toàn thế giới và khoảng 260.000 người tử vong vì căn bệnh này. Đông Á chiếm một phần tư (24,9%) trong tổng số các trường hợp, tiếp theo là Bắc Mỹ (15,1%) và Nam-Trung Á (9,7%) [7]. Ở nước ta, đa phần bệnh nhân thường đã ở giai đoạn muộn, khối u lympho lan tràn đến nhiều cơ quan trong cơ thể như gan, lách, thần kinh trung ương....đặc biệt là tủy xương vì là cơ quan tạo máu chủ yếu ở người trưởng thành. Do đó, gặp một tỷ lệ không nhỏ bệnh nhân u lympho không Hodgkin xâm lấn tủy xương (XLTX), ảnh hưởng đến các tế bào máu: hồng cầu, bạch cầu và tiểu cầu. Bệnh viện Đại học Y Hà Nội là một bệnh viện đa khoa nên bệnh cảnh u lympho cũng khá phong phú và việc thăm dò các xét nghiệm tủy xương là bắt buộc trong việc chẩn đoán, tiên lượng và điều trị u lympho không Hodgkin theo đúng quy trình Bộ y tế. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu sau: "Mô tả đặc điểm xét nghiệm tế bào máu ngoại vi và tế bào học, mô bệnh học tủy xương trên bệnh nhân u lympho không Hodgkin"

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 74 bệnh nhân mới được chẩn đoán xác định là U lympho ác tính không Hodgkin ở tất cả các giai đoạn bệnh và chưa tiến hành điều trị hóa chất hay xạ trị tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Trong đó có 11 ca xâm lấn tủy xương và 63 ca không xâm lấn tủy xương.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, thời gian nghiên cứu từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 8 năm 2024. Mục tiêu của thiết kế này nhằm mô tả đặc điểm và tìm hiểu mối liên quan giữa các chỉ số, không nhằm khẳng định mối quan hệ nhân quả

- *Tiêu chuẩn chọn đối tượng:* Chẩn đoán xác định U lympho ác tính không Hodgkin dựa vào

+ Sinh thiết hạch hoặc tổ chức lympho làm giải phẫu bệnh, nhuộm HE và hóa mô miễn dịch để chẩn đoán xác định bệnh

+ Chẩn đoán có xâm lấn tủy xương: dựa trên kết quả mô bệnh học tủy xương

- *Tiêu chuẩn loại trừ đối tượng:*

+ Bệnh nhân không làm đủ các xét nghiệm tế bào máu ngoại vi, tế bào học và mô bệnh học tủy xương.

+ Bệnh nhân đã chẩn đoán các bệnh máu ác tính khác: Lơ xê mi cấp, nhóm bệnh tăng sinh tủy ác tính, đa u tủy xương, waldestrom.

+ Bệnh nhân được chẩn đoán NHL nguyên phát tại tủy xương: Bệnh nhân chỉ có tổn thương tại tủy xương và không tìm thấy các tổn thương u tại hạch hay các tổ chức ngoài hạch khác.

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

2.2.3. Kiểm soát sai lệch và yếu tố nhiễu:

- Sai lệch chọn mẫu: Được hạn chế bằng cách lấy mẫu thuận tiện nhưng thu thập toàn bộ các bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn trong thời gian nghiên cứu.

- Sai lệch đo lường: Được kiểm soát thông qua việc thống nhất lấy mẫu máu ngoại vi và tủy xương tại một thời điểm duy nhất (ngay lúc mới chẩn đoán, chưa điều trị). Các xét nghiệm được thực hiện trên cùng hệ thống máy chuẩn tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

- Yếu tố nhiễu: Hạn chế tối đa thông qua tiêu chuẩn loại trừ nghiêm ngặt các bệnh lý máu ác tính đồng mắc và đảm bảo bệnh nhân hoàn toàn chưa can thiệp hóa xạ trị.

2.2.4. Phương pháp toán thống kê được áp dụng: Tính tỷ lệ, trung vị, so sánh giữa hai nhóm có và không xâm

*Tác giả liên hệ
Email: hoangthuthuy@hmu.edu.vn **Điện thoại**: (+84) 988261808 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD13.6407

lấn tủy xương bằng các kiểm định thống kê phi tham số (Mann-Whitney U, Fisher) và tương quan Spearman theo SPSS 23.0

2.2.5. Vấn đề đạo đức: Các thông tin khai thác trong hồ sơ bệnh án sẽ hoàn toàn được giữ bí mật. Nghiên cứu chỉ để phục vụ cho mục tiêu sức khỏe cho bệnh nhân, ngoài ra không có mục đích nào khác.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm tuổi, giới nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo giới, nhóm tuổi

Đặc điểm	Nam	Nữ	<20	20-39	40-59	≥60
Số bệnh nhân	46	28	1	4	29	40
Tỷ lệ %	62,2%	37,8%	1,4%	5,4%	39,2%	54,1%

Nhận xét: Bệnh nhân chủ yếu là nam giới (chiếm 62,2%) và nhóm tuổi từ 60 trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất trong nhóm nghiên cứu.

3.2. Đặc điểm tế bào máu ngoại vi

3.2.1. Đặc điểm về huyết sắc tố

Bảng 2. Đặc điểm về lượng huyết sắc tố

Lượng HST (g/l)						
Chung (n=74)		Không XL (n=63)		XL (n=11)		p
n	%	n	%	n	%	
≥ 120						
53	71,6%	47	74,6%	6	54,5%	
90 - <120						
18	24,3%	14	22,2%	4	36,4%	
60 - 90						
1	1,4%	1	1,6%	0	0	
< 60						
2	2,7%	1	1,6%	1	9,1%	
Tỷ lệ thiếu máu						
	28,4%		25,4%		45,5%	0.275
Lượng Hemoglobin (g/l)						
126,5 (116,0 - 138,0)		128,0 (119,0 - 138,0)		126,0 (104,0 - 130,0)		0,274

Ghi chú: Trong nhóm bệnh nhân nam không ghi nhận trường hợp nào có hemoglobin từ 120 -130 g/l. Chúng tôi sử dụng tiêu chuẩn thiếu máu chung là <120 g/l cho cả 2 giới.

Nhận xét: Xu hướng thiếu máu gặp nhiều hơn ở nhóm XLTX so với nhóm không XLTX tuy nhiên chưa có sự khác biệt thống kê do cỡ mẫu nhỏ ở nhóm XLTX

3.2.2. Đặc điểm bạch cầu, tiểu cầu máu ngoại vi

Bảng 3. Đặc điểm bạch cầu, tiểu cầu máu ngoại vi

Số lượng bạch cầu (BC), tiểu cầu (TC) (G/L)						
Chung (n = 74)		KXL (n = 63)		XL (n = 11)		p
n	%	n	%	n	%	
BC > 10						
13	17,6%	12	19,0%	1	9,1%	
BC 4 - 10						
57	77,0%	49	77,8%	8	72,7%	
BC < 4						
4	5,4%	2	3,2%	2	18,2%	0,103
Số lượng bạch cầu (G/L)						
7,3 (5,9 - 9,5)		7,3 (6,0 - 9,6)		6,6 (5,2 - 7,5)		0,248
TC trên 450						
9	12,2%	8	12,7%	1	9,1%	
TC 150 - 450						
55	74,3%	49	77,8%	6	54,5%	
TC 50 - 150						
10	13,5%	6	9,5%	4	36,4%	
Tc < 50						
0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
Tỷ lệ giảm tiểu cầu						
	13,5%		9,5%		36,4%	0,024
Số lượng tiểu cầu (G/L)						
270,0 (190,5 - 362,2)		283,0 (209,5 - 377,0)		243,0 (116,5 - 271,5)		0,069

Nhận xét: Xu hướng giảm bạch cầu và tiểu cầu thường gặp ở nhóm XL hơn nhóm KXL. Với tỷ lệ giảm tiểu cầu sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với kiểm định Fisher giữa 2 nhóm XL và KXL

3.3. Đặc điểm tủy xương

3.3.1. Đặc điểm tế bào học tủy xương

Bảng 4. Đặc điểm tế bào tủy xương

Số lượng tế bào tủy xương						
Chung(n=74)		Không XL(n=63)		XL(n=11)		p
n	%	n	%	n	%	
Bình thường						
35	47,3	31	49,2	4	36,3	
Tăng						
15	20,3	14	22,2	1	9,2	
Giảm						
24	32,4	18	28,6	6	54,5	0.159
Tỷ lệ % lympho trong tủy						
15,0 (11,0 - 20,8)		15,0 (11,0 - 19,0		22,0 (18,5 - 28,0)		0,005

Số lượng tế bào tủy xương						
Chung(n=74)		Không XL(n=63)		XL(n=11)		p
n	%	n	%	n	%	
Hồng cầu lưới máu %						
1,9 (1,4 - 2,3)		1,9 (1,4 - 2,4)		1,3 (1,2 - 1,7)		0,083
Hồng cầu lưới tủy %						
2,3 (1,7 - 3,1)		2,5 (1,8 - 3,1)		1,6 (1,3 - 1,8)		0,046
Số lượng tế bào tủy xương (G/L)						
47,2 (21,9 - 73,8)		48,0 (27,5 - 78,0)		21,7 (15,9 - 54,0)		0,118
XL trên tủy đồ						
0		0		0		

Nhận xét: Nhóm XL có tỷ lệ%lympho tủy cao hơn và hồng cầu lưới tủy thấp hơn nhóm KXL, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Xu hướng số lượng tế bào tủy thấp hơn ở nhóm XL so với nhóm KXL, tuy nhiên chưa có ý nghĩa về mặt thống kê.

3.3.2. Mối tương quan giữa lympho tủy xương và các chỉ số tế bào máu

Bảng 5. Tương quan tỷ lệ% lympho tủy xương và các chỉ số máu ngoại vi

Chỉ số máu ngoại vi	Hệ số tương quan Spearman (r)	Giá trị p	Mức độ tương quan
Lượng Hemoglobin (g/L)	0,115	0,327	Không tương quan
Số lượng bạch cầu (G/L)	-0,137	0,243	Không tương quan
Số lượng tiểu cầu (G/L)	-0,325	0,005	Nghịch, mức độ yếu - trung bình

Nhận xét: Xu hướng tỷ lệ %lympho tủy xương càng tăng thì tiểu cầu càng giảm

3.3.3. Các hình thái xâm lấn tủy xương

Bảng 6. Các hình thái xâm lấn tủy xương

Hình thái	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Dạng tập trung	7	63,6
Dạng lan tỏa	4	36,4
Tổng số	11	100,0

Nhận xét: Hình thái hay gặp nhất là tập trung với 7/11 bệnh nhân (63,6%), tiếp đến là dạng lan tỏa 34,6%, không ghi nhận các dạng xâm lấn tủy xương khác.

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trên 74 bệnh nhân NHL ghi nhận các đặc điểm chung về tuổi và giới như sau. Nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn 62,7% và 37,8% là nữ giới. Kết quả này cũng tương tự như một số nghiên cứu khác trên thế giới và Việt Nam. Nghiên cứu của Sultan cũng cho thấy tỷ lệ nam/nữ là 3/1 [8]. Nhóm tuổi trung niên > 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 50,3%. Kết quả của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu về NHL đều thấy rằng nhóm tuổi trung niên là nhóm tuổi chiếm đa số, như nghiên cứu của Nguyễn Bá Cương [1] và Phí Thị Nguyệt Anh [3]. Một vấn đề được đặt ra là tuổi liệu có liên quan đến tình trạng xâm lấn tủy xương ở bệnh nhân NHL không. Theo tác giả Lohlun: Nghiên cứu 387 ca u lympho, 30,0% xâm lấn tủy xương. Có mối liên quan giữa xâm lấn tủy xương và tuổi cao, giảm huyết sắc tố. Công thức máu bình thường có giá trị dự báo âm tính cao đối với xâm lấn tủy xương [6]. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi chưa ghi nhận sự khác biệt về tuổi giữa nhóm xâm lấn và không xâm lấn tủy xương, có thể do số lượng mẫu bệnh nhân xâm lấn tủy xương của chúng tôi chưa đủ lớn.

Với NHL thông thường biểu hiện trên lâm sàng của bệnh nhân là nổi hạch to, ít gặp tình trạng thiếu máu. Tuy nhiên, với các trường hợp có sự XLTX, bệnh nhân có thể gặp tình trạng thiếu máu do các u sẽ ức chế và lấn át sự sinh máu của tủy xương. Trong nhóm nghiên cứu ghi nhận 28.4% bệnh nhân có thiếu máu. Mặc dù tỷ lệ thiếu máu ở nhóm có XLTX (45,5%) cao hơn so với nhóm không XLTX (25,4%), kiểm định chính xác Fisher cho thấy sự chênh lệch này chưa đạt ý nghĩa thống kê (p = 0,275). Điều này phản ánh xu hướng giảm chức sinh hồng cầu khi có sự xâm lấn tủy xương của các tế bào u lympho nhưng mang tính chất gợi ý lâm sàng nhiều hơn là một dấu ấn tiên lượng độc lập. Dữ liệu của Ahmad ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân có giảm nồng độ hemoglobin thường dao động ở mức 40% đến 50%, đặc biệt ở nhóm có liên quan đến thâm nhiễm tủy [4]. Điều này có thể do nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trong giai đoạn gần đây, khi các công nghệ kỹ thuật mới được áp dụng, bệnh nhân được chẩn đoán sớm hơn. Điều này giúp cho bệnh nhân có thể nhập viện điều trị kịp thời, ngăn chặn và kiểm soát được tế bào u xâm lấn đến tủy xương, giúp cho kiểm soát tình trạng thiếu máu của bệnh nhân.

Tương tự như hồng cầu, việc u lympho xâm lấn tủy xương có thể ảnh hưởng lớn tới việc sản sinh bạch cầu, làm giảm số lượng bạch cầu máu ngoại vi. Tỷ lệ giảm bạch cầu trong nhóm XLTX có xu hướng cao hơn nhóm không XLTX (18,2% so với 3,2%, p = 0,103). Chỉ số giảm bạch cầu được xem như một tín hiệu ngoại vi. Điều này đồng thuận với các ghi nhận trước đây của Nguyễn Bá Cương (26.2% ở nhóm XLTX) [1]. Tình trạng giảm số lượng tiểu cầu máu ngoại vi có thể được xem xét là một cảnh báo cho tình trạng XLTX ở bệnh nhân NHL. Đáng chú ý nhất, sự sụt giảm dòng tiểu cầu thể hiện mối liên quan mạnh mẽ nhất với tình trạng thâm nhiễm trong ba dòng tế bào máu. Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ giảm tiểu cầu (< 150 G/L) ở nhóm có XLTX cao gấp hơn 4 lần so với nhóm không XLTX (36,4% so với 7,9%), với sự khác biệt đạt mức ý nghĩa thống kê (p = 0,024). Theo Nguyễn Bá Cương tỷ lệ giảm tiểu cầu trên NHL tế bào B 13,1% ở nhóm chung và 37,5% ở nhóm có XLTX và tác giả cũng cho thấy sự khác biệt về tỷ lệ giảm tiểu cầu giữa 2 nhóm xâm lấn và không xâm lấn tủy xương [1].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, cho thấy trung vị số lượng tế bào tủy xương là 42,7(G/l). Trung vị số lượng tế bào tủy ở nhóm thâm nhiễm có xu hướng thấp hơn (21,7 G/L so với 48,0 G/L, p = 0,118). Tỷ lệ bệnh nhân có mật độ tế bào tủy giảm cũng chiếm ưu thế ở nhóm XLTX (54,5%), tuy nhiên với cỡ mẫu còn nhỏ ở nhóm XL nên chưa thể khẳng định về mặt thống kê. Phân tích định lượng của chúng tôi cho thấy một dấu ấn đặc biệt giá trị: tỷ lệ % tế bào lympho tại tủy xương ở nhóm có xâm lấn cao hơn rõ rệt và có ý nghĩa thống kê so với nhóm không xâm lấn (trung vị 22,0% so với 15,0%, p = 0,005). Hơn nữa, tỷ lệ % lympho tủy này có mối tương quan nghịch mang ý nghĩa thống kê với số lượng tiểu cầu máu ngoại vi (r = -0,325, p = 0,005). Chuỗi dữ liệu này phần nào cho thấy sự gia tăng mật độ tế bào lympho (dù chưa đủ tiêu chuẩn hình thái để tủy đồ kết luận là u ác tính) đã bắt đầu cạnh tranh với các tế bào tủy sinh máu, ức chế vi môi trường tạo mẫu tiểu cầu. Điều này giải thích tại sao sinh thiết tủy xương luôn là tiêu chuẩn vàng, đồng

thời cảnh báo các nhà lâm sàng khi thấy tiểu cầu giảm kèm theo sự gia tăng nhẹ % lympho trên tủy đồ có liên quan đến tình trạng xâm lấn tủy xương, tiên lượng bệnh xấu hơn. Nghiên cứu của chúng tôi có số lượng tế bào tủy thấp hơn và tỷ lệ bệnh nhân giảm tế bào tủy tương đương so với nghiên cứu của Phí Thị Nguyệt Anh, khi tác giả cho thấy số lượng tế bào tủy trung bình thấp hơn với 63,42 G/l, trong đó có tới 33,33% số bệnh nhân có mật độ tế bào tủy xương giảm [3]. Chúng tôi thực hiện xét nghiệm tủy đồ và sinh thiết tủy xương trong việc đánh giá sự thay đổi các dòng tế bào tủy xương và nhận thấy sự khác biệt giữa hai xét nghiệm này. Có thể là do các tế bào u khi xâm lấn có thể làm ảnh hưởng tới tình trạng phân bố tế bào, cũng như làm tăng sinh xơ tại các khu vực tủy xương bị ảnh hưởng [5]. Điều này làm cho mật độ tế bào trên kết quả tủy đồ có thể không được chính xác so với sinh thiết tủy xương, đặc biệt ở bệnh nhân có XLTX. Theo đó, trên xét nghiệm tủy đồ, chúng tôi chưa ghi nhận được trường hợp nào xâm lấn tủy xương. Tuy nhiên, trên bệnh phẩm sinh thiết tủy xương, có 11/74 bệnh nhân (14,9%) bệnh nhân phát hiện xâm lấn. Điều này được giải thích là do các tế bào u lympho XLTX tạo thành các khu vực riêng lẻ, ít lan tràn nên khi chọc hút tủy xương có thể không đúng khu vực u xâm lấn. Do đó, đánh giá tình trạng XLTX, chúng tôi sử dụng kết quả sinh thiết tủy xương làm tiêu chuẩn vàng. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các kết quả nghiên cứu khác trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Nghiên cứu của Ahmad cũng cho thấy 14/20 trường hợp XLTX không phát hiện được bằng phương pháp xét nghiệm tủy đồ [4]. Tủy đồ có những hạn chế đáng kể so với sinh thiết tủy xương khi phát hiện u lympho XLTX. Tủy đồ có thể bỏ sót các tổn thương khu trú hoặc thâm nhiễm tủy dạng đám, đặc biệt là khi u lympho xâm lấn tủy một cách không đồng nhất. Một số thể NHL tại vùng rìa lách hay tế bào T có thể gây hiện tượng xơ hóa, rất khó để hút tế bào. Khi đó sinh thiết tủy xương cho cái nhìn toàn diện mức độ, kiểu xơ hóa, các yếu tố khác trong môi trường tủy xương, quan trọng trong việc phân loại và tiên lượng một số loại u lympho. Để khắc phục những hạn chế của tủy đồ và tăng cường hiệu quả chẩn đoán u lympho xâm lấn tủy, có thể thực hiện một số cải tiến trong quy trình chọc hút tủy: chọc hút tủy ở nhiều vị trí, thực hiện hút lặp lại trong cùng một vị trí hoặc những vị trí lân cận. Ngoài ra các kỹ thuật chụp PET – CT (đặc biệt hữu ích trong việc xác định các vị trí thâm nhiễm tủy xương khu trú mà có thể bị bỏ sót trên tủy đồ và thậm chí sinh thiết tủy xương mù) và đếm tế bào dòng chảy (phát hiện các quần thể lympho bất thường ngay cả khi chúng chiếm tỷ lệ rất nhỏ hoặc có hình thái tương tự tế bào bình thường trên kính hiển vi) đã góp phần làm tăng độ nhạy, độ đặc hiệu trong việc chẩn đoán XLTX.

Trong số 74 bệnh nhân nghiên cứu có 11 bệnh nhân được xác định có XLTX theo sinh thiết (14,9%), chủ yếu là dạng tập trung với 7/11 bệnh nhân (63,6%) và còn lại là dạng lan tỏa với 4/11 bệnh nhân (36,4%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu trước đó tại Việt Nam. Theo Nguyễn Quang Chiến trên 13 bệnh nhân NHL có XLTX thì phát hiện hình thái xâm lấn tập trung chiếm tỷ lệ cao nhất (58,83%), còn kiểu lan tỏa chỉ chiếm 16,67% [2]. Theo Phí Thị Nguyệt Anh trên 64 bệnh nhân NHL cho thấy hình thái xâm lấn phổ biến nhất là hình thái tập trung (chiếm 41,89%), tiếp theo là hình thái hỗn hợp (chiếm 33,78%) và lan tỏa chiếm tỷ lệ thấp nhất (24,32%) [3]. Kết quả này cũng gián tiếp chứng minh tại sao kết quả tủy đồ không thấy được XLTX so với kết quả sinh thiết tủy xương, khi sự XLTX của NHL chủ yếu ở hình thái tập trung. Một số nghiên cứu trên thế giới cho kết quả khác với nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của Sultan lại cho thấy hình thái lan tỏa chiếm tỷ lệ cao nhất [8] có thể do bệnh nhân phát hiện xâm lấn tủy xương ở giai đoạn muộn.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 74 bệnh nhân mới được chẩn đoán u lympho ác tính không Hodgkin tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội tháng 1 năm 2021 đến tháng 8 năm 2024, chúng tôi có một số kết luận như sau: Biến đổi máu ngoại vi hay gặp nhiều nhất là tình trạng thiếu máu và giảm tiểu cầu. Tủy đồ đơn thuần cho thấy giới hạn chẩn đoán xâm lấn tủy xương. Sinh thiết tủy xương khẳng định tiêu chuẩn vàng chẩn đoán xâm lấn tủy xương và hình thái xâm lấn hay gặp nhất là dạng tập trung. Nhóm có xâm lấn tủy cho thấy sự gia tăng tỷ lệ % lympho tại tủy xương và tỷ lệ giảm hồng cầu lưới tủy, tiểu cầu ngoại vi nhiều hơn đáng kể so với nhóm không xâm lấn. Mối tương quan nghịch giữa tỷ lệ lympho tủy và số lượng tiểu cầu phản ánh sự ức chế vi môi trường tạo máu của tế bào u. Dù mang tính chất gợi ý do giới hạn cỡ mẫu, nghiên cứu cho thấy đặc điểm tế bào máu ngoại vi và tủy xương trên bệnh nhân u lympho không Hodgkin góp phần mang lại những giá trị cảnh báo trên lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Nguyễn Bá Cương (2020). Đặc điểm tế bào máu ngoại vi và tủy xương bệnh nhân u lympho ác tính không Hodgkin tế bào B lớn lan tỏa tại viện Huyết học truyền máu trung ương. Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội

[2] Nguyễn Quang Chiến (2005). Nghiên cứu đặc điểm tế bào và tổ chức học của tủy xương ở bệnh nhân u lympho ác tính không Hodgkin, Luận văn thạc sĩ y học, Học viện Quân Y

[3] Phí Thị Nguyệt Anh, Nguyễn Ngọc Dũng (2019). Nghiên cứu đặc điểm tế bào, mô bệnh học tủy xương ở bệnh nhân u lympho tế bào B lớn lan tỏa xâm lấn tủy xương tại Viện Huyết học và Truyền máu Trung ương, Tạp chí Y học Việt Nam, 103(7):103-107.

[4] Ahmad A, Esh SAD, Khorshed A, Mourad M (2017). Diagnostic and prognostic significance of bone marrow biopsy in non hodgkins lymphoma. Zagazig Univ Med J.;23(3):1-10. DOI: 10.21608/zumj.2017.4692

[5] Arber DA, George TI. Bone marrow biopsy involvement by non-Hodgkin's lymphoma: frequency of lymphoma types, patterns, blood involvement, and discordance with other sites in 450 specimens. Am J Surg Pathol. 2005;29(12):1549-1557. DOI 10.1097/01.pas.0000182405.65041.8b.

[6] Lohlun RK, Chapanduka ZC (2022). Factors associated with bone marrow involvement in lymphoma staging bone marrow examination: A South African single-centre retrospective study. South Afr J Oncol;6(0):8. DOI 10.4102/sajo.v6i0.211

[7] Mafra A, Laversanne M, Gospodarowicz M, et al (2020). Global patterns of non-Hodgkin lymphoma. Int J Cancer. 2022;151(9):1474-1481. DOI 10.1002/ijc.34163

[8] Sultan S, Baloch N, Ahmed ZA, Irfan SM, Parveen S (2018). Pattern of bone marrow involvement in non Hodgkin's lymphoma classified according to WHO classification: Report of a developing country Pakistan. J Lab Physicians;10(1):17. DOI 10.4103/JLP.JLP_9_17