

- 2707-2711.
5. **Atalu A, et al., (2018)**. Risk Factors and Clinical Manifestations of Cerebral Venous Thrombosis (CVT) in Patients Admitted to Ardabil City Hospitals during 2012-2017. *J Neurol Disord Stroke* **6**(4): p. 1150.
6. **Van Gijn J, (2000)**. Cerebral venous thrombosis: pathogenesis, presentation and prognosis. *J R Soc Med* **93**: p. 230-233.
7. **Agostoni E, (2004)**. Headache in cerebral venous thrombosis. *Neurol Sci.* **25**(suppl 3): p. S206-S210.
8. **Gulati D, Strbian D, and Sundararajan S, (2014)**. Cerebral Venous Thrombosis: Diagnosis and Management *Stroke.* **45**: p. e16-e18.
9. **Goyal G, Charan A, and Singh R, (2018)**. Clinical Presentation, Neuroimaging Findings, and Predictors of Brain Parenchymal Lesions in Cerebral Vein and Dural Sinus Thrombosis: A Retrospective Study. *Annals of Indian Academy of Neurology.* **21**(3): p. 203-208.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CHỈ ĐỊNH GẠT TÁCH BẠCH CẦU Ở CÁC BỆNH NHÂN LƠ XÊ MI TẠI VIỆN HUYẾT HỌC - TRUYỀN MÁU TRUNG ƯƠNG

Dương Doãn Thiện¹, Nguyễn Hà Thanh¹, Bạch Quốc Khánh¹,
Lê Xuân Hải¹, Nguyễn Triệu Vân¹, Nguyễn Anh Trí¹

TÓM TẮT.

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định một số đặc điểm lâm sàng và chỉ định gạt tách bạch cầu ở các bệnh nhân lơ xê mi tại Viện Huyết học - Truyền máu trung ương. **Phương pháp nghiên cứu:** Gồm 203 bệnh nhân có số lượng bạch cầu tăng cao ≥ 100 G/L. Nghiên cứu mô tả cắt ngang các hội chứng thiếu máu, thâm nhiễm, tắc mạch, nhiễm khuẩn và xuất huyết... **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình của các bệnh nhân là $39,9 \pm 17,5$ tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 1,7/1,0. Các hội chứng chủ yếu ở bệnh nhân trước khi gạt tách bạch cầu là thiếu máu (96,1%), thâm nhiễm (91,6%) và tắc mạch (49,8%). Các hội chứng chiếm tỷ lệ thấp hơn là nhiễm khuẩn (26,6%), xuất huyết (21,2%). 100% số bệnh nhân có số lượng bạch cầu ≥ 100 G/L, trong đó có 42,9% bệnh nhân có số lượng bạch cầu ≥ 300 G/L. Số lượng bạch cầu trung bình trước khi gạt tách là $314,0 \pm 127,1$ G/L ($120,3$ G/L - $851,5$ G/L).

Từ khóa: bạch cầu, lơ xê mi, gạt tách bạch cầu.

SUMMARY

RESEARCH ON SOME CLINICAL FEATURES AND INDICATIONS OF LEUKAPHERESIS IN LEUKEMIA HYPERLEUKOCYTOSIS

PATIENTS AT NATIONAL INSTITUTE OF HEMATOLOGY AND BLOOD TRANSFUSION

Objectives of the study: Identify some clinical features and Research on some clinical features and indications of leukapheresis in leukemia hyperleukocytosis patients at National Institute of Hematology and Blood Transfusion. **Research method:** 203 patients with an increase in white blood cell count ≥ 100 G/L. The study described cross-sectional symptoms of anemia, infiltration, embolism,

infection and hemorrhage... **Research results:** The average age of patients was $39,9 \pm 17,5$ years. The male/female ratio is 1.7/1.0. Before leukapheresis, the main syndrome in patients was anemia (96.1%), infiltrates (91.6%) and embolism (49.8%). The syndrome accounted for the lower proportion were infections (26.6%), hemorrhage (21.2%). 100% of patients have leukocyte count ≥ 100 G/L, of which 42.9% of patients have leukocyte count ≥ 300 G/L. The average number of white blood cells was 314.0 ± 127.1 G/L (120.3 G/L - 851.5 G/L).

Keywords: leukocytes, leukemia, leukapheresis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng tăng bạch cầu (BC) khi số lượng bạch cầu (SLBC) lớn hơn 100 G/L [1], [2], [3], [4]. Tuy nhiên, tăng SLBC và triệu chứng của hội chứng tăng BC có khác nhau ở các thể bệnh lơ xê mi (LXM). Hội chứng tăng BC là nguyên nhân gây ra các biến chứng như ứ trệ BC, hội chứng tiêu khối u, đông máu nội mạch rải rác (ĐMNMR) và có tỷ lệ tử vong cao [5], [6].

Hội chứng tăng BC gây ra tắc mạch ở các cơ quan như tắc mạch ở hệ thần kinh trung ương (đau đầu, chóng mặt, ù tai, nhìn nhòe, mất thị lực hoặc thính lực; bất tỉnh, chụp cắt lớp não thấy chảy máu nội sọ...). Tắc mạch tại phổi: khó thở tăng dần, X quang thấy các vùng mờ không đều, lan toả và không có ranh giới rõ rệt ở cả 2 phế trường. Tắc mạch tại lách: có các cơn đau lách, từ đau âm ỉ cho đến đau dữ dội do nhồi máu lách. Tắc mạch ở chi (sưng đau, siêu âm có thể thấy cục nghẽn mạch). Tắc tĩnh mạch dương vật (dương vật cương cứng đau dữ dội, cơn đau không hết khi dùng thuốc giảm đau...) và tắc các mạch máu khác: tĩnh mạch thận, nhồi máu cơ tim... [6], [7], [8].

Nghiên cứu được tiến hành nhằm: **Xác định một số đặc điểm lâm sàng và chỉ định gạt tách**

¹Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Dương Doãn Thiện

Email: drthienhn@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.11.2019

Ngày phản biện khoa học: 13.01.2020

Ngày duyệt bài: 20.01.2020

bach cầu ở các bệnh nhân lơ xê mi tại Viện Huyết học - Truyền máu trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 203 BN mắc bệnh máu ác tính có SLBC tăng cao ≥ 100 G/L như LXM cấp dòng lympho (33 BN), LXM cấp dòng tủy (58 BN), LXM kinh dòng lympho (9 BN) và LXMKDH (103 BN).

*Tiêu chuẩn lựa chọn BN:

- Bệnh nhân được chẩn đoán LXM cấp dòng lympho, LXM cấp dòng tủy, LXMKDH và LXM kinh dòng lympho.

- Có số lượng BC tăng cao ≥ 100 G/L.

- Có tắc mạch hoặc nguy cơ tắc mạch.

* Tiêu chuẩn loại trừ:

- Những bệnh nhân không có nguy cơ tắc mạch, SLBC chưa cao.

- Những bệnh nhân có kèm theo một số bệnh nội khoa như tim mạch, tâm thần kinh, viêm phổi, nhiễm trùng nặng...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- Cỡ mẫu: toàn bộ gồm tất cả bệnh nhân đến khám và điều trị có SLBC cao ≥ 100 G/L, trong thời gian từ 10/2014 đến 9/2016.

- Các chỉ số đánh giá:

+ Phân bố tuổi, giới tính.

+ Hội chứng thiếu máu: mức độ thiếu máu nặng, vừa nhẹ.

+ Hội chứng thâm nhiễm: lách to, gan to, hạch to, thâm nhiễm lờ

+ Hội chứng tắc mạch: não, đáy mắt, chi, dương vật...

+ Hội chứng nhiễm khuẩn: Sốt, nhiễm khuẩn hô hấp, tiêu hóa, cơ...

+ Hội chứng xuất huyết: dưới da, tiêu hóa, đáy mắt...

+ Hội chứng đông máu nội mạch rải rác.

- Các số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê thường dùng trong y sinh học trên máy tính theo chương trình SPSS 22.0 for Windows.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố tuổi của các bệnh nhân gan tách bạch cầu.

Nhóm tuổi	Số BN (n= 203)	Tỷ lệ (%)
5-19	33	16,3
20- 59	141	69,5
≥ 60	29	14,3
$\bar{X} \pm SD$	39,9 \pm 17,5	

Tuổi trung bình của nhóm BN gan tách BC là 39,9 \pm 17,5 tuổi. Đa số BN ở độ tuổi 20- 50 tuổi.

Bảng 2. Phân bố giới tính của các bệnh nhân gan tách bạch cầu.

Giới tính	Số BN (n= 203)	Tỷ lệ (%)
Nam	129	63,5
Nữ	74	36,5

Tỷ lệ nam giới (63,5%) nhiều hơn so với nữ giới (36,5%). Tỷ lệ nam /nữ là 1,7/1,0.

Bảng 3. Một số hội chứng trước khi điều trị gan tách bạch cầu.

Hội chứng	Số BN (n= 203)	Tỷ lệ (%)	Tổng số (n= 203)	
Hội chứng thiếu máu	Nặng	42	20,7	195 (96,1%)
	Vừa	92	45,4	
	Nhẹ	61	30,0	
Hội chứng thâm nhiễm	Lách to	169	83,3	186 (91,6%)
	Gan to	107	52,7	
	Hạch to	28	13,8	
	Thâm nhiễm lờ	12	5,9	
Hội chứng tắc mạch	Tắc mạch dương vật	1	0,5	101 (49,8%)
	Tắc mạch não (tăng ALNS)	94	46,3	
	Tắc mạch chi	11	5,4	
Hội chứng nhiễm khuẩn	Sốt	44	21,7	54 (26,6%)
	Nhiễm khuẩn hô hấp	31	15,3	
	Nhiễm khuẩn tiêu hóa	1	0,5	
	Nhiễm khuẩn cơ	3	1,5	
Hội chứng xuất huyết	Xuất huyết dưới da	42	20,7	43 (21,2%)
	Xuất huyết tiêu hóa	1	0,5	
	XH đáy mắt	1	0,5	
Hội chứng ĐMNMR	2	1,0	2 (1,0%)	
Hội chứng tiêu khối u	3	1,5	3 (1,5%)	

- Các hội chứng chủ yếu ở BN trước khi điều trị gan tách BC là thiếu máu (96,1%), thâm nhiễm (91,6%) và tắc mạch (49,8%). Các hội chứng chiếm tỷ lệ thấp hơn là nhiễm khuẩn

(26,6%), xuất huyết (21,2%). Có 1,5% BN có hội chứng tiêu khối u và 1,0% BN có hội chứng ĐMNMR.

- Trong hội chứng thiếu máu: nhiều nhất là thiếu

máu mức độ vừa (45,4%), tiếp đến là mức độ nhẹ (30,0%) và ít nhất là mức độ nặng (20,7%).

- Trong hội chứng thâm nhiễm: nhiều nhất là lách to (83,3%), tiếp đến là gan to (52,7%), hạch to (13,8%) và ít nhất là thâm nhiễm lợi (5,9%).

- Trong hội chứng tắc mạch: nhiều nhất là tắc mạch não (46,3%), tắc mạch chi và tắc mạch dương vật chiếm tỷ lệ thấp (5,4% và 0,5%).

- Trong hội chứng nhiễm khuẩn: nhiều nhất là sốt (21,7%), tiếp đến là nhiễm khuẩn hô hấp (15,3%), nhiễm khuẩn tiêu hóa và nhiễm khuẩn cơ chiếm tỷ lệ thấp (0,5% và 1,5%).

- Trong hội chứng xuất huyết: nhiều nhất là xuất huyết dưới da (20,7%); xuất huyết tiêu hóa và đảy mắt chiếm tỷ lệ thấp (0,5% và 0,5%).

Bảng 4. Phân bố số lượng bạch cầu trước khi gan tách bạch cầu.

SLBC (G/l)	ALL (n=33) (1)	AML (n= 58) (2)	CLL (n= 9) (3)	CML (n= 103) (4)	Tổng số (n= 203)
100- <300	16(48,5%)	35(60,3%)	5(55,6%)	60(58,3%)	116(57,1%)
≥300	17 (51,5%)	23 (39,7%)	4 (44,4%)	43 (41,7%)	87 (42,9%)
$\bar{x} \pm SD$	364,7± 162,4	289,2± 84,0	273,8± 79,9	315,3± 134,0	314,0 ± 127,1 (120,3-851,5)
	p>0,05				

100% số BN gan tách BC có SLBC ≥ 100 G/l, trong đó có 42,9% BN có SLBC ≥ 300 G/l. SLBC trung bình trước khi gan tách BC là $314,0 \pm 127,1$ G/l ($120,3$ G/l- $851,5$ G/l). SLBC trước khi gan tách của các nhóm bệnh LXM khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng của các bệnh nhân gan tách bạch cầu

***Tuổi và giới:** Qua nghiên cứu thấy tuổi trung bình của các BN gan tách BC là $39,9 \pm 17,5$ tuổi. Đa số BN ở lứa tuổi 20- 59 tuổi: 69,5%; có 16,3% số BN từ 5- 19 tuổi và 14,3% số BN ≥ 60 tuổi. Tỷ lệ nam giới (63,5%) nhiều hơn so với nữ giới (36,5%). Tỷ lệ nam/nữ là 1,7/1,0; (bảng 1 và 2). Điều này cũng tương tự kết quả nghiên cứu của các tác giả khác.

Nguyễn Hà Thanh (2003) [6] nghiên cứu 80 BN LXMKDH thấy tuổi trung bình của các BN LXMKDH khi được chẩn đoán xác định là $38,2 \pm 1,4$ tuổi. LXMKDH thường gặp nhất ở nhóm tuổi từ 31- 40 tuổi (27,5%), tiếp theo là nhóm tuổi từ 41- 50 tuổi (26,3%). Nam là 68,75% và nữ là 31,25%. Tỷ lệ nam/nữ là 2,2/1,0. Lê Phương Anh (2008) [1] gan tách BC cho 40 BN LXMKDH thấy tuổi trung bình là $40,8 \pm 14,5$ tuổi (thấp nhất là 16, cao nhất là 79 tuổi). Tỷ lệ nam/nữ là 0,9/1. Đối với 14 BN LXM cấp thì tuổi trung bình của bệnh nhân là $36,4 \pm 17,2$ tuổi (15- 68 tuổi). Tỷ lệ nam/nữ là 2,5/1,0. Nguyễn Văn Nam (2013) [5] nghiên cứu 42 BN LXMKDH giai đoạn tăng tốc lần đầu thấy tuổi trung bình là $42,7 \pm 16,3$ tuổi (17- 72 tuổi). Nam chiếm tỷ lệ 59,5% và nữ chiếm tỷ lệ 40,5%. Tỷ lệ nam/nữ là 1,47/1.

***Hội chứng thiếu máu, thâm nhiễm, nhiễm khuẩn và xuất huyết:** Kết quả nghiên cứu cho thấy các hội chứng chủ yếu ở BN trước khi điều trị gan tách BC là thiếu máu (96,1%), thâm nhiễm (91,6%) và tắc mạch (49,8%). Các hội chứng chiếm tỷ lệ thấp hơn là nhiễm khuẩn (26,6%), xuất huyết (21,2%). Có 1,5% BN có hội chứng tiêu khối u và 1,0% BN có hội chứng

ĐMNMR, (bảng 3).

Nhận xét này cũng tương tự kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Hải (2013) [3] nghiên cứu 71 BN LXM cấp dòng lympho thấy các triệu chứng phổ biến là thiếu máu (88,7%), sốt (83,1%) và xuất huyết (59%), nhiễm trùng hay gặp nhất là hô hấp (36,6%). Các triệu chứng do hậu quả thâm nhiễm ngoài tủy xương, phổ biến nhất là lách to (60,6% trường hợp), gan to (56,34%), hạch to (50,69%), đau xương khớp (11,3%). Nguyễn Thị Mai Hương (2016) [4] nghiên cứu 129 trẻ em mắc LXM cấp dòng lympho thấy các triệu chứng lâm sàng khiến trẻ được đưa đến viện và nghi ngờ mắc bệnh là sốt, đau xương, xuất huyết, gan lách hạch to. Không có sự khác biệt về đặc điểm lâm sàng giữa LXM cấp dòng lympho nguy cơ cao tế bào B và T.

Nguyễn Ngọc Dũng (2015) [2] nghiên cứu 215 BN LXM cấp chuyển từ LXMKDH thấy thiếu máu gặp ở hầu hết các BN chiếm tỷ lệ 99,0%. Nhiễm trùng, xuất huyết gặp lần lượt với tỷ lệ 24,6%; 26,5%. Hội chứng thâm nhiễm rất thường gặp ở các BN LXMKDH: 215 BN đều có lách to (100%). Gan to và hạch to lần lượt với tỷ lệ là 33,0% và 14,9%. Lách to đơn thuần gặp ở 123 BN (57,2%), lách to và gan to có 60 BN (27,9%), lách to và hạch to có 21 BN (9,8%), cả lách to, gan to và hạch to có 11 BN (5,1%). Trong đó, lách to độ IV chiếm tỷ lệ cao nhất là 46,1%. Lê Thị Huyền Trang (2015) [7] nghiên cứu 33 BN LXM kinh dòng lympho vào viện điều trị lần đầu thấy thiếu máu là lý do phổ biến nhất phát hiện ra bệnh. Triệu chứng thường gặp là hạch to và thiếu máu. Lách to thường ở mức độ vừa.

Nguyễn Hà Thanh (2003)[6] nghiên cứu 80 BN LXMKDH thấy tỷ lệ lách to là 97,5%; gan to:

41,25%; sốt: 6,25%; thiếu máu: 86,25% và tắc mạch là 36,25%. Lê Phương Anh (2008) [1] gan tách BC cho 40 BN LXMKDH thấy tỷ lệ lách to là 100%, gan to (65%), sốt (5%), thiếu máu (55%) và tắc mạch là 5%. Nguyễn Văn Nam (2013) [5] nghiên cứu 42 BN LXMKDH giai đoạn tăng tốc lần đầu thấy triệu chứng thiếu máu gặp ở 95,2% BN; nhiễm trùng chiếm 23,8% BN và xuất huyết là 28,6% BN. 100% BN có lách to, trong đó, chủ yếu lách to độ IV chiếm tới 59,4% tổng số BN; gan to gặp ở 31% BN và hạch to có 9,5% BN. Triệu chứng thiếu máu, nhiễm trùng, xuất huyết đều tăng lên; Lách và hạch to hơn so với giai đoạn mạn tính. Thời gian trung bình từ khi chẩn đoán LXMKDH giai đoạn mạn tính đến giai đoạn tăng tốc là 36,1 tháng; nhanh nhất là 5 tháng, lâu nhất là 71 tháng.

***Hội chứng tắc mạch:** Qua nghiên cứu thấy tỷ lệ BN có hội chứng tắc mạch là 49,8%; nhiều nhất là tắc mạch não (46,3%), tắc mạch chi và tắc mạch dương vật chiếm tỷ lệ thấp (5,4% và 0,5%), (bảng 3). Tỷ lệ tắc mạch não trong nghiên cứu này cao hơn kết quả nghiên cứu của Ablu O. và cs. (2016) [8] phân tích 84 BN LXM cấp dòng lympho và 18 BN LXM cấp dòng tủy có hội chứng tăng BC thấy tổn thương thần kinh do hội chứng tăng BC xuất hiện ở 6 BN LXM cấp dòng lympho (7,1%) và 4 BN LXM cấp dòng tủy (22,2%).

***Hội chứng ĐMNMR:** Qua nghiên cứu thấy có 1,0% BN có hội chứng ĐMNMR (bảng 3). Tỷ lệ ĐMNMR trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Hải (2013) [3] nghiên cứu 71 BN LXM cấp dòng lympho thấy 42,3% BN có ĐMNMR. Số lượng BC ≤ 50 G/l là yếu tố tiên lượng tốt, LXM cấp dòng lympho B tiên lượng tốt hơn dòng lympho T.

***Hội chứng tiêu khối u:** Qua nghiên cứu thấy có 1,5% BN có hội chứng tiêu khối u (bảng 3). Tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của Tendulkar Anita A. và cs. (2017) gan tách BC cho 10 BN (8 nam và 2 nữ; LXMKDH: 6 BN và LXM cấp dòng tủy: 4 BN). Triệu chứng thường gặp ở BN ú trẻ BC là sưng, đau dương vật (7/8 BN). Triệu chứng suy hô hấp và rối loạn thần kinh phổ biến nhất ở những BN LXM cấp dòng tủy. Có 07 BN (05 BN LXMKDH và 02 BN LXM cấp dòng tủy) có triệu chứng tiêu khối u [Error! Reference source not found.].

4.2. Chỉ định điều trị gan tách bạch cầu

Qua nghiên cứu thấy 100% số BN gan tách BC có SLBC ≥ 100 G/l, trong đó có 42,9% BN có SLBC ≥ 300 G/l. SLBC trung bình trước khi gan tách BC là $314,0 \pm 127,1$ G/l ($120,3$ G/l- $851,5$

G/l). SLBC trước khi gan tách của các nhóm bệnh LXM khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), (bảng 4).

SLBC trong máu ngoại vi của các BN trước khi gan tách BC tương tự kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Hải (2013) [3] ở 71 BN LXM cấp dòng lympho thấy máu ngoại biên và tủy đồ biến đổi khá đặc hiệu: SLHC: $3,046 \pm 0,933$ T/l, SLBC trung bình $46,47 \pm 79,9$ G/l; SLTC giảm, trung bình $76,66 \pm 67,22$ G/l. Số lượng tế bào tủy xương tăng trung bình $193,74 \pm 223,25$, nguyên bào lympho chiếm $64,9 \pm 2,65\%$. Phân loại FAB cho thấy 12,7% là thể L1, 6,76% thể L2, 19,72% thể L3. NST có 59,1% biến đổi NST, 30,95% biến đổi cấu trúc, 21,42% biến đổi số lượng, biến đổi số lượng và cấu trúc 19,05%, 28,57% có Ph1+. Mỗi liên quan giữa một số yếu tố tiên lượng về tuổi, phân loại theo hình thái và kết quả điều trị chưa rõ. BN có bất thường về NST, đặc biệt có Ph1 gợi ý yếu tố tiên lượng xấu [3].

Nguyễn Văn Nam (2013) [5] nghiên cứu 42 BN LXMKDH giai đoạn tăng tốc lần đầu thấy SLHC trung bình là $2,37 \pm 0,49$ (T/l), lượng Hb trung bình là $79,3 \pm 13,8$ (g/l) và SLTC trung bình là $236,4 \pm 193,1$ (G/l), đều giảm so với giai đoạn mạn tính, trong đó 23,8% số BN có SLTC giảm < 100 G/l; Tỷ lệ tế bào blast là $10,1 \pm 3,2$ (%) và BC bazơ là $8,0 \pm 4,1$ (%), tăng cao rõ rệt so với giai đoạn mạn tính. Ở tủy xương, tỷ lệ tế bào blast (bao gồm cả nguyên tủy bào và tiền tủy bào) là $14,9 \pm 2,8$ (%), cao hơn nhiều so với giai đoạn mạn tính. Tỷ lệ BC đoạn trung tính là $23,8 \pm 2,9$ (%), nguyên hồng cầu là $4,1 \pm 2,2$ (%) và tỷ lệ hồng cầu lưới là $0,5 \pm 0,2$ (%). Tỷ lệ BC đoạn trung tính, nguyên hồng cầu và tỷ lệ hồng cầu lưới trong tủy giảm rõ rệt so với giai đoạn mạn tính.

Nguyễn Thị Mai Hương (2016) [4] nghiên cứu 129 trẻ em mắc LXM cấp dòng lympho thấy thiếu máu với lượng Hb < 90 g/L chiếm 76%, SLBC trên 50 G/L chiếm chủ yếu (57,4%), tiểu cầu giảm nặng dưới 20G/L chiếm khoảng 1/3 các trường hợp (29,5%). Xét nghiệm tủy đồ thấy tăng sinh mạnh tế bào blast trong tủy (trung bình 82,6%). Theo phân loại FAB, LXM cấp dòng lympho nguy cơ cao là L1 gặp nhiều hơn L2 (55% và 40,3%). LXM cấp dòng lympho ở trẻ em nguy cơ cao dòng tế bào Pre B chiếm 81,4%, tế bào T ít gặp hơn (13,18%) trong đó có thể gặp LXM cấp dòng lympho dòng tế bào pre B hay T nhưng có thêm dấu ấn của các dòng tế bào khác hoặc dòng tủy hoặc biphenotype.

V. KẾT LUẬN

- Tuổi trung bình của các BN gan tách BC là

39,9 ± 17,5 tuổi. Đa số BN ở lứa tuổi 20- 59 tuổi: 69,5%. Tỷ lệ nam giới (63,5%) nhiều hơn so với nữ giới (36,5%). Tỷ lệ nam /nữ là 1,7/1,0.

- Các hội chứng chủ yếu ở BN trước khi điều trị gan tách BC là thiếu máu (96,1%), thâm nhiễm (91,6%) và tắc mạch (49,8%). Các hội chứng chiếm tỷ lệ thấp hơn là nhiễm khuẩn (26,6%), xuất huyết (21,2%). Có 1,5% BN có hội chứng tiêu khối u và 1,0% BN có hội chứng ĐNMRR.

- 100% số BN gan tách BC có SLBC ≥ 100G/l, trong đó có 42,9% BN có SLBC ≥ 300 G/l. SLBC trung bình trước khi gan tách BC là 314,0 ± 127,1G/l (120,3 G/l- 851,5 G/l). SLBC trước khi gan tách của các nhóm bệnh LXM khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Phương Anh (2008), Nghiên cứu một số thay đổi về lâm sàng và xét nghiệm máu ở bệnh nhân Lở xé mi có số lượng bạch cầu cao được gan tách cầu, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Nguyễn Ngọc Dũng (2015), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm, xếp loại và điều trị Lở xé mi cấp chuyển từ Lở xé mi kinh dòng hạt, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

3. Nguyễn Thị Thanh Hải (2013), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm và một số yếu tố tiên lượng bệnh nhân Lở xé mi cấp dòng lympho, Khóa luận Tốt nghiệp bác sĩ y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Nguyễn Thị Mai Hương (2016), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm và đánh giá kết quả điều trị bệnh bạch cầu cấp dòng lympho nhóm nguy cơ cao ở trẻ em theo phác đồ CCG 1961, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Nguyễn Văn Nam (2013), Nghiên cứu một số đặc điểm về lâm sàng và huyết học của bệnh LXMKDH trong giai đoạn tăng tốc, Khóa luận Tốt nghiệp bác sĩ y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. Nguyễn Hà Thanh (2003), Nghiên cứu điều trị Lở xé mi kinh dòng hạt giai đoạn mạn tính bằng hydroxyurea đơn thuần và phối hợp với ly tách bạch cầu (tại Viện Huyết học và Truyền máu), Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. Lê Thị Huyền Trang (2015), Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm của bệnh nhân Lở xé mi kinh dòng lympho tại Bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2013-2014, Khóa luận Tốt nghiệp bác sĩ y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. Abba O., Angelini P., Di Giuseppe G. et al. (2016), "Early Complications of Hyperleukocytosis and Leukapheresis in Childhood Acute Leukemias", J Pediatr Hematol Oncol., 38(2):111-7.

ĐÁNH GIÁ VI KHUẨN VÀ MỨC ĐỘ KHÁNG KHÁNG SINH CỦA VI KHUẨN GÂY BỆNH TRÊN BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG CÓ VIÊM PHỔI LIÊN QUAN ĐẾN THỞ MÁY TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Đỗ Danh Quỳnh*, Lưu Quang Thùy*,
Phạm Quang Minh**, Nguyễn Thu**

TÓM TẮT.

Mục tiêu: Đánh giá vi khuẩn và mức độ kháng kháng sinh của vi khuẩn gây bệnh trên bệnh nhân chấn thương có viêm phổi liên quan đến thở máy. **Phương pháp nghiên cứu:** tiến cứu mô tả cắt ngang trên 63 bệnh nhân người lớn bị chấn thương được chẩn đoán viêm phổi liên quan đến thở máy, tiến hành lấy dịch phế quản gửi tới khoa vi sinh để nuôi cấy, phân lập vi khuẩn và làm kháng sinh đồ, số liệu được mã hoá và xử lý theo các phương pháp thống kê. **Kết quả nghiên cứu:** Acinetobacter baumannii: 97,8% nhạy cảm với colistin. Pseudomonas aeruginosa: kháng với levofloxacin với 75%, ciprofloxacin 42,9%, 36,8% với nhóm carbapenem và amikacin, chỉ còn nhạy với

colistin 100%. Staphylococcus aureus: kháng 100% với nhóm cephalosporin, erythromycin, clindamycin. Nhạy 100% với teicoplanin, doxycyclin, và moxifloxacin, vancomycin. Klebsiella pneumoniae: 100% kháng ampicilline và ceftazidime, kháng trên 55% với carbapenem, còn nhạy với piperacilline + tazobactam 100%. Escherichia Coli: kháng 100% với ampicilline, amoxicillin+clavulanic và ceftriaxone, kháng 75% với ciprofloxacin, kháng 25% với carbapenem, nhạy 100% với tigecycline. **Kết luận:** Vi khuẩn gây bệnh chủ yếu là vi khuẩn Gram âm với khả năng kháng kháng sinh rất cao.

Từ khóa: chấn thương, viêm phổi liên quan đến thở máy, kháng kháng sinh.

SUMMARY

EVALUATION OF BACTERIA AND LEVELS OF ANTIBIOTIC RESISTANCE IN BACTERIA CAUSING VENTILATOR ACQUIRED PNEUMONIA IN TRAUMA PATIENTS IN VIETDUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: Evaluation of bacteria and levels of antibiotic resistance in bacteria causing ventilator acquired pneumonia (VAP). **Methods:** A descriptive

* Trung tâm Gây mê và Hồi sức ngoại khoa, Bệnh viện Việt Đức

** Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lưu Quang Thùy

Email: drluuquangthuy@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.11.2019

Ngày phản biện khoa học: 10.01.2020

Ngày duyệt bài: 20.01.2020