

MÔ HÌNH CÁC BỆNH LÝ ÁC TÍNH ĐIỀU TRỊ TẠI TRUNG TÂM NHI, BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Nguyễn Văn Tuy^{1,2}, Lê Thị Diệu Linh³, Phan Thiên Long³, Trần Hữu Thành³,

Trần Thị Ngọc Liên³, Nguyễn Thị Kim Hoa², Châu Văn Hà²

1. Bộ môn Nhi, Đại học Y-Dược Huế; 2. Trung tâm Nhi, Bệnh viện Trung ương Huế

3. Sinh viên, Đại học Y-Dược Huế

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ 2 ở trẻ em. Dựa vào đặc điểm bệnh học, ung thư trẻ em có thể chia làm hai nhóm là ung thư hệ tạo máu lympho và u đặc. Nghiên cứu với mục đích mô tả tỷ lệ, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng, đồng thời đánh giá mối tương quan của các đặc điểm trên ở các bệnh lý ung thư trẻ em. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên 73 bệnh nhi ≤ 16 tuổi mắc ung thư mới được chẩn đoán tại Trung tâm Nhi khoa, Bệnh viện Trung ương Huế trong khoảng thời gian 6/2021-5/2022. **Kết quả:** Ung thư trẻ em thường gặp nhất là bạch cầu cấp dòng lympho (27,4%). Tuổi nhập viện phổ biến từ 5 đến 10 tuổi, trung bình $7,10 \pm 4,17$ tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 1,2/1. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp ở nhóm bệnh tạo máu lympho hơn so với nhóm u đặc, bao gồm: sốt, xuất huyết, hạch lớn, gan lớn, và lách lớn. Thiếu máu là biểu hiện cận lâm sàng thường gặp nhất với tỷ lệ 60,3%. Có 30,1% bệnh nhi có số lượng tiểu cầu $< 100 \times 10^9/l$. Đối với nhóm bệnh hệ tạo máu lympho, với hai đại diện là bạch cầu cấp dòng lympho và u lympho không Hodgkin, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ gan lách lớn, xuất huyết, và mức độ thiếu máu ($p < 0,05$). Đối với nhóm bệnh u đặc, với hai đại diện là u não và u nguyên bào thần kinh, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê được ghi nhận về vị trí khối u ($p < 0,05$).

Kết luận: Bạch cầu cấp dòng lympho là bệnh lý ung thư thường gặp nhất ở trẻ em. Sốt, hạch lớn, và thiếu máu là những triệu chứng thường được ghi nhận. Nhóm bệnh tạo máu lympho thường gặp hơn với biểu hiện các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng toàn thân rõ rệt, trong khi nhóm bệnh u đặc phần lớn chỉ có các triệu chứng do khối u chèn ép tại chỗ gây ra.

Từ khóa: Ung thư, trẻ em, ung thư hệ tạo máu lympho, u đặc.

ABSTRACT

CANCER MODELS AT THE PEDIATRIC CENTER OF HUE CENTRAL HOSPITAL

Background: Cancer is the second leading cause of death in children. There are two groups of childhood cancer by the difference in histopathology: lymphoid hematopoietic tumors and solid tumors. This study aims to describe the prevalence of malignancies, clinical and subclinical characteristics, and to assess the correlation between mentioned characteristics and pediatric cancer types. **Materials and method:** A cross-sectional study on 73 children ≤ 16 years old, who were newly diagnosed with cancer at Pediatric Center, Hue Central Hospital from 6/2021 to 5/2022. **Results:** The

Nhận bài: 10-3-2022; Chấp nhận: 20-4-2022

Người chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tuy

Địa chỉ: TT Nhi, Bệnh viện Trung ương Huế

most common cancer was acute lymphoblastic leukemia (27.4%). The main age of hospitalization is in the group of 5 to 10 with an average age of 7.10 ± 4.17 . The ratio of boys: girls was 1.2/1. The clinical symptoms appeared more commonly in the lymphoid hematopoietic group than in the solid tumor group, including: fever, hemorrhage, lymphadenopathy, hepatomegaly, and splenomegaly. Anemia was the most common paraclinical finding with a proportion of 60.3%. There was 30.1% of patients whose platelet counts was under $<100 \times 10^9/L$. In the lymphoid hematopoietic group, with two representatives being acute lymphoblastic leukemia and non-hodgkin lymphoma, there were significant differences in the incidence of hepatosplenomegaly, bleeding and degree of anemia ($p < 0.05$). In the solid tumor group, with two representatives being brain tumors and neuroblastomas, statistically significant differences were found in the tumor location ($p < 0.05$). **Conclusion:** Acute lymphoblastic leukemia was the most common childhood cancer. Fever, lymphadenopathy, and anemia were frequently reported. The group of lymphoid hematopoietic disease was more common, and showed significantly more clinical symptoms and paraclinical features, while the group of solid tumor mostly presented with focal symptoms due to tumor compression.

Keywords: Cancer, children, lymphoid hematopoietic cancer, solid tumor.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý ác tính ở trẻ em hay ung thư trẻ em khá hiếm gặp. Tính đến năm 2015, số trẻ em được chẩn đoán mắc bệnh ung thư là khoảng 397.000 trên toàn thế giới, và dự đoán rằng tổng số trẻ em mắc ung thư sẽ lên tới 6,7 triệu trong giai đoạn 2015-2030 [27]. Dựa vào đặc điểm bệnh học, ung thư trẻ em có thể chia làm hai nhóm là ung thư hệ tạo máu lympho và u đặc. Tỷ lệ các loại ung thư thay đổi theo nhóm tuổi. Những loại ung thư phổ biến nhất ở trẻ 0-14 tuổi là bệnh bạch cầu cấp dòng lympho (ALL) (26,0%), u não (21,0%). Ở trẻ 15-19 tuổi, các bệnh lý thường gặp là u lympho không Hodgkin (6,0%), u lympho Hodgkin (15,0%), và u não (10,0%) [26]. Tại Hoa Kỳ, ung thư là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ 2 ở nhóm tuổi 1-19 [24]. Tuy nhiên, ung thư trẻ em có thể chữa khỏi nếu được phát hiện sớm và điều trị đúng cách [20]. Do đó vấn đề đặt ra là cần nắm rõ các triệu chứng nghi ngờ, cũng như đặc điểm phân bố của các bệnh lý ác tính, nhằm phát hiện và điều trị kịp thời các bệnh lý ác tính ở trẻ em. Tại Việt Nam, Bùi Ngọc Lan và cộng sự (2019) nghiên cứu trên 677 trẻ em mắc ung thư tại phía bắc Việt Nam, cho thấy các loại ung thư phổ biến nhất là bệnh bạch cầu cấp dòng lympho (ALL) (39,9%), bệnh bạch cầu cấp dòng tủy (AML) (16,0%), u

nguyên bào thần kinh (UNBTK) (11,7%), và các loại ung thư khác như u tế bào mỡ, u lympho không Hodgkin, u Wilms, hay các u sarcom... [21].

Tại Thừa Thiên Huế, có hai nghiên cứu được ghi nhận. Theo Đinh Thị Phương Minh (2003), bệnh nhi ung thư nam giới chiếm 67,21% và nữ giới chiếm 32,79% với tuổi trung bình là $7,38 \pm 4,30$ [3]. Nghiên cứu của Phan Thị Xuân Huế cho thấy tỷ lệ mắc bệnh ung thư ở trẻ nam cao hơn trẻ nữ và thể bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất là bạch cầu cấp dòng lympho với 60,0% [7]. Cả hai nghiên cứu trên vẫn còn hạn chế về mặt số liệu cũng như chưa nêu ra được các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng nổi bật giúp gợi ý cho người thực hành lâm sàng. Do đó, tôi quyết định thực hiện đề tài: "Mô hình các bệnh lý ác tính điều trị tại Trung tâm Nhi, Bệnh viện Trung ương Huế" với hai mục tiêu:

1. *Mô tả tỷ lệ, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng các bệnh lý ung thư thường gặp ở trẻ em.*
2. *Đánh giá mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng với bệnh lý ung thư ở trẻ em.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 73 bệnh nhân ≤ 16 tuổi mắc ung thư mới được chẩn đoán tại Trung tâm Nhi khoa, Bệnh

viện Trung ương Huế từ 06/2021 đến 05/2022. Tiêu chuẩn chẩn đoán các bệnh ung thư ở trẻ em dựa vào kết quả tửu đồ, hóa mô miễn dịch, giải phẫu bệnh, CT, MRI,... Những bệnh nhân không có đủ dữ kiện lâm sàng và xét nghiệm, hoặc người nhà không đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ bị loại trừ khỏi mẫu nghiên cứu.

Dữ liệu được thu thập bằng bảng câu hỏi, phỏng vấn bệnh nhân và tham khảo hồ sơ bệnh án. Nhập số liệu và phân tích thống kê được thực hiện bằng phần mềm Microsoft Excel 2016 và SPSS 20.0. Kết quả được mô tả bằng bảng phân phối tần suất, tỷ lệ, kiểm định mối tương quan

giữa các biến số bằng phép kiểm định Chi bình phương (χ^2) hay kiểm định Fisher với độ tin cậy 95%. Kết quả được trình bày dưới dạng bảng bằng phần mềm Ms Office Word 2016.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Trong thời gian từ tháng 6/2021 đến tháng 5/2022, đã có tổng số 73 trường hợp bệnh nhi được chẩn đoán bệnh ung thư tại Bệnh viện Trung ương Huế với độ tuổi từ 1 tới 15, trung bình $7,10 \pm 4,17$ tuổi.

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm		n	Tỷ lệ (%)
Tuổi	≤ 5 tuổi	28	38,4
	5-10 tuổi	30	41,1
	> 10 tuổi	15	20,5
Giới	Nam	40	54,8
	Nữ	33	45,2
Yếu tố nguy cơ	Dị tật bẩm sinh	3	4,1
	Hóa chất, tia xạ	18	24,7
	Bố mẹ tiếp xúc với thuốc trừ sâu	26	35,6
	Bố mẹ hút thuốc lá và/hoặc bệnh nhi tiếp xúc với khói thuốc lá thụ động	29	39,7
	Gia đình có người mắc ung thư	6	8,2

Nhận xét: Độ tuổi mắc bệnh ung thư trẻ em thường gặp nhất là 5-10 tuổi (41,1%). Trẻ nam mắc bệnh nhiều hơn trẻ nữ với tỷ lệ nam: nữ là 1,2: 1. Yếu tố nguy cơ thường gặp nhất là bố mẹ hút thuốc lá và/ hoặc bệnh nhi tiếp xúc với khói thuốc lá thụ động (39,7%), trong khi đó nhóm bệnh nhi bị dị tật bẩm sinh chỉ chiếm 4,1%.

Bảng 2. Mô hình các bệnh lý ác tính tại Trung tâm Nhi, Bệnh viện Trung ương Huế

Bệnh lý		n	Tỷ lệ (%)
Tạo máu lympho	Bạch cầu cấp dòng lympho	20	27,4
	Bạch cầu cấp dòng tủy	9	12,3
	Bạch cầu kinh dòng tủy	3	4,1
	U lympho Hodgkin	2	2,7
	U lympho không Hodgkin	11	15,1
			61,6

U đặc khác	U nguyên bào thần kinh	6	8,2	38,4
	U não	11	15,1	
	U nguyên bào vông mạc	5	6,8	
	U nguyên bào gan	1	1,4	
	U Wilm	1	1,4	
	Ung thư xương	3	4,1	
	U hắc tố	1	1,4	
Tổng cộng		73	100,0	100,0

Nhận xét: Nhóm bệnh tạo máu lympho chiếm tỷ lệ gấp 1,6 lần nhóm u đặc, lần lượt là 61,6% và 38,4%. Bệnh ung thư trẻ em thường gặp nhất là bạch cầu cấp dòng lympho chiếm 27,4%. Các loại u nguyên bào gan, ung thư thận và u hắc tố, đều khá hiếm gặp, đồng chiếm tỷ lệ 1,4%.

3.2. Mối tương quan giữa các đặc điểm lâm sàng với nhóm bệnh lý ung thư trẻ em

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng của hai nhóm bệnh lý ung thư trẻ em

Triệu chứng	Chung N=73		Tạo máu lympho N1=45		U đặc N2=28		p
	n	%	n	%	n	%	
Xuất huyết	17	23,3	16	35,6	1	3,6	<0,05
Sốt	30	41,1	23	51,1	7	25,0	<0,05
Hạch lớn	26	35,6	22	48,9	4	14,3	<0,05
Đau xương, khớp	14	19,2	10	22,2	4	14,3	>0,05
Gan lớn	19	26,0	17	37,8	2	7,1	<0,05
Lách lớn	12	16,4	12	26,7	0	0	<0,05
Đau đầu	6	8,2	0	0	6	21,4	<0,05
Nôn	4	5,5	0	0	4	14,3	<0,05
Yếu/liệt chi	5	6,8	2	4,4	3	10,7	>0,05

Nhận xét: Các triệu chứng lâm sàng phổ biến bao gồm: sốt (41,1%), hạch lớn (35,6%), gan lớn (26,0%) và xuất huyết (23,3%). Các triệu chứng về thần kinh ít gặp. Trong đó, các triệu chứng sốt, xuất huyết, hạch lớn, gan lớn, và lách lớn ưu thế ở nhóm bệnh tạo máu lympho hơn so với nhóm u đặc ($p<0,05$). Các triệu chứng về thần kinh như đau đầu và nôn thường gặp hơn ở nhóm u đặc ($p<0,05$).

3.3. Mối tương quan giữa các đặc điểm cận lâm sàng với nhóm bệnh lý ung thư trẻ em

Bảng 4. Đặc điểm cận lâm sàng của hai nhóm bệnh lý ung thư trẻ em

Xét nghiệm	Chung N=73		Tạo máu lympho N1=45		U đặc N2=28		p
	n	%	n	%	n	%	
Thiếu máu	44	60,3	35	77,8	9	32,1	<0,05
Bạch cầu $> 10 \times 10^9/l$	39	53,4	27	60,0	11	42,9	>0,05
Tiểu cầu $< 100 \times 10^9/l$	22	30,1	21	46,7	1	3,6	<0,05
CT Scan/MRI sọ não có u não	11	15,1	0	0	11	39,3	<0,05

CT Scan ngực có khối u trung thất	5	6,8	3	6,7	2	7,1	>0,05
CT Scan bụng có khối u trong ổ bụng	7	9,6	1	2,2	6	21,4	<0,05
CT Scan xương có tổn thương xương	5	6,8	0	0	5	17,9	<0,05

Nhận xét: Thiếu máu là biểu hiện cận lâm sàng thường gặp nhất với tỷ lệ 60,3%. Bạch cầu tăng gặp ở 53,4% bệnh nhi, và có 30,1% bệnh nhi có số lượng tiểu cầu $<100 \times 10^9/l$. ($p < 0,05$). Nhóm bệnh tạo máu lympho có tỷ lệ thiếu máu, tăng bạch cầu và giảm tiểu cầu chiếm ưu thế hơn so với nhóm u đặc, trong đó sự khác biệt về tỷ lệ thiếu máu và giảm tiểu cầu giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê. Trên CT Scan, khối u trong sọ não và tổn thương xương chỉ được ghi nhận ở nhóm u đặc, tỷ lệ lần lượt là 39,3% và 17,9%. Khối u trung thất và u trong ổ bụng được ghi nhận ở cả hai nhóm, tuy nhiên nhóm u đặc vẫn chiếm ưu thế về tỷ lệ hơn so với nhóm tạo máu lympho.

3.4. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm ung thư hệ tạo máu - lympho

Bảng 5. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm ung thư hệ tạo máu - lympho

Đặc điểm		Bạch cầu cấp dòng lympho (ALL) N = 20		U lympho không Hodgkin N = 11		p
		n	%	n	%	
Sốt		10	50,0	6	54,5	>0,05
Hạch lớn		12	60,0	8	72,7	>0,05
Gan lách lớn		10	50,0	0	0	<0,05
Xuất huyết		10	50,0	0	0	<0,05
Thiếu máu	Không thiếu máu	2	10,0	8	72,7	<0,05
	Thiếu máu nhẹ	2	10,0	0	0	
	Thiếu máu vừa	7	35,0	3	27,3	
	Thiếu máu nặng	9	45,0	0	0	
Hb	Trung bình (g/dL)	7,94 $\pm$ 2,72		12,69 $\pm$ 2,12		>0,05
Bạch cầu	$<10 \times 10^9/l$	8	40,0	5	45,5	>0,05
	$>10 \times 10^9/l$	12	60,0	6	54,5	
	Trung bình ($10^9/l$)	34,49 $\pm$ 0,51		11,32 $\pm$ 4,91		<0,05
Tiểu cầu	Trung bình ($10^9/l$)	44,50 $\pm$ 0,51		316,64 $\pm$ 127,39		>0,05

Nhận xét: Sốt, hạch lớn, và tăng bạch cầu trên $10 \times 10^9/l$ xuất hiện ở cả hai bệnh, chiếm trên 50,0% số bệnh nhân mỗi bệnh. Biểu hiện gan lách lớn và xuất huyết chỉ gặp ở bệnh ALL và đều chiếm 50,0%, nhưng không ghi nhận trường hợp nào ở u lympho không Hodgkin. Về mức độ thiếu máu, thiếu máu nặng thường gặp ở bệnh ALL (45,0%), trong khi đó bệnh nhân mắc u lympho không Hodgkin thường không thiếu máu (72,7%). Sự khác biệt về tỷ lệ gan lách lớn, xuất huyết, và mức độ thiếu máu giữa 2 bệnh có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.5. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm u đặc

Bảng 6. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm u đặc

Đặc điểm		U đặc				p
		U não N = 11		U nguyên bào thần kinh (UNBTK) N=6		
		n	%	n	%	
Yếu/liệt chi		3	27,3	0	0	>0,05
Nôn		4	36,4	0	0	>0,05
Đau bụng		1	9,1	3	50,0	>0,05
Vị trí khối u	U não	11	100,0	0	0	<0,05
	U trung thất	0	0	2	66,7	
	U ổ bụng	0	0	2	33,3	
Thiếu máu	Không thiếu máu	8	72,7	2	33,3	>0,05
	Thiếu máu nhẹ	0	0	0	0	
	Thiếu máu vừa	3	27,3	2	33,3	
	Thiếu máu nặng	0	0	2	33,3	

Nhận xét: Hai triệu chứng nôn và yếu/liệt chi thường gặp ở bệnh u não với tỷ lệ lần lượt là 36,4% và 27,3%. Cả hai bệnh đều gặp triệu chứng đau bụng, tuy nhiên đau bụng ở bệnh u não chỉ chiếm 9,1% còn bệnh UNBTK chiếm tỷ lệ khá cao 50,0%. Về mức độ thiếu máu, bệnh u não thường không thiếu máu, chiếm 72,7%, trong khi đó bệnh UNBTK thường gặp thiếu máu mức độ vừa và nặng, đồng chiếm tỷ lệ 33,3%. U trung thất và u ổ bụng chỉ gặp ở bệnh UNBTK, có sự khác biệt về vị trí khối u giữa 2 bệnh ($p < 0,05$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là $7,10 \pm 4,17$, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đinh Thị Phương Minh (2003) trên 61 bệnh nhi ung thư tại Bệnh viện Trung ương Huế với tuổi trung bình là $7,38 \pm 4,30$ [3]. Điều này có thể do sự tương đồng về cơ mẫu và đối tượng nghiên cứu. Bên cạnh đó, bệnh ALL chiếm ưu thế (27,4%), và trẻ nam nhiều hơn trẻ nữ, tỷ lệ nam/nữ là 1,2/1. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước [7],[21],[22]. Yếu tố nguy cơ hay gặp nhất là bố mẹ hút thuốc lá và/hoặc bệnh nhi tiếp xúc với khói thuốc lá thụ động (39,7%) và thấp nhất là nhóm bệnh nhi bị dị tật bẩm sinh (4,1%). Kết quả này tương đồng với

nghiên cứu của Đinh Thị Phương Minh [3]. Theo thống kê của WHO năm 2018, có đến 45,3% nam giới Việt Nam hút thuốc lá và gần 34,5 triệu người dân không hút thuốc tiếp xúc với khói thuốc thụ động [25]. Điều này giải thích lý do tiếp xúc với khói thuốc lá là yếu tố nguy cơ thường gặp nhất trong ung thư ở trẻ em.

4.2. Mối tương quan giữa đặc điểm lâm sàng với nhóm bệnh lý ung thư trẻ em

Về triệu chứng sốt và xuất huyết ở bệnh nhi ung thư, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ lần lượt là 41,1% và 23,3%, ưu thế rõ rệt ở nhóm tạo máu lympho. Kết quả này tương đồng về mặt tỷ lệ với các nghiên cứu của Prajapati Z [22]. Trong các bệnh lý ác tính ở trẻ em, do tình trạng thâm nhiễm tủy xương nên các triệu chứng như sốt, xuất huyết và thiếu máu thường được ghi nhận trong bệnh

bạch cầu cấp và UNBTK [4],[13],[16]. Nghiên cứu của chúng tôi có đến 43,8% bệnh nhi mắc bạch cầu cấp nhưng chỉ có 8,2% bệnh nhi mắc UNBTK, dẫn đến tỷ lệ sốt và xuất huyết ưu thế ở nhóm tạo máu lympho. Về hạch lớn, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ 35,6%, kết quả này tương tự với nghiên cứu của Prajapati Z (36,2%) và Đinh Thị Phương Minh (44,26%) [3],[22]. Đồng thời, kết quả cho thấy 48,9% bệnh nhi nhóm tạo máu lympho và chỉ 14,3% bệnh nhi ở nhóm u đặc có hạch lớn. Điều này phù hợp với tác giả Nguyễn Công Khanh về triệu chứng hạch lớn thường gặp trong các bệnh lý thuộc nhóm tạo máu lympho như bạch cầu cấp, u lympho Hodgkin và u lympho không Hodgkin [4]. Gan lớn và lách lớn là hai triệu chứng phổ biến ở nhóm u hệ tạo máu lympho trong nghiên cứu chúng tôi (lần lượt là 37,8% và 26,7%), và ít gặp ở nhóm u đặc (lần lượt là 7,1% và 0%). Nhóm bệnh tạo máu lympho với đặc điểm tế bào ung thư lan tràn, thâm nhập vào các cơ quan gây ra các biểu hiện như gan lớn, lách lớn và đau xương khớp, nên đây có thể là nguyên nhân tạo ra sự khác biệt trên [16]. Đau đầu, nôn, và yếu/liệt chi là các triệu chứng thần kinh điển hình theo y văn, thường gặp khi có chèn ép hoặc di căn tại thần kinh trung ương, phù hợp với bệnh lý u não trong nhóm u đặc [8],[16].

4.3. Mối tương quan giữa các đặc điểm cận lâm sàng với nhóm bệnh lý ung thư trẻ em

Trong nghiên cứu này, các phát hiện cận lâm sàng về thiếu máu, tăng bạch cầu và giảm tiểu cầu ưu thế ở nhóm bệnh tạo máu lympho hơn so với nhóm u đặc, trong đó sự khác biệt về tỷ lệ thiếu máu và giảm tiểu cầu giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê. Thiếu máu là đặc điểm cận lâm sàng thường gặp nhất ở bệnh nhi ung thư, kết quả này tương đồng với kết quả của tác giả Prajapati Z với tỷ lệ thiếu máu chiếm tới 98,2% bệnh nhi ung thư huyết học, trong đó 68,96% là thiếu máu nặng [8]. Thiếu máu trong ung thư là một triệu chứng thường gặp và được phân thành bốn nhóm chính: thiếu máu do giảm sinh tế bào máu, thiếu máu tan máu, thiếu máu đa căn nguyên, và thiếu

máu vô căn. Trong đó, thiếu máu do giảm sinh tế bào máu thường gặp nhất với cơ chế viêm/ bệnh mãn tính trong ung thư ảnh hưởng đến chức năng tạo máu của tủy xương cũng như liên quan đến tình trạng thiếu sắt [18]. Một số nghiên cứu khác cũng cho thấy tình trạng thiếu máu thiếu sắt thường gặp ở ung thư trẻ em: Hongjun (2019) ghi nhận thiếu máu thiếu sắt chiếm 62,1% ở bệnh nhi có UNBTK, Bhakhri BK (2012) ghi nhận 80,0% trường hợp thiếu máu ở bệnh nhi mắc bệnh lý lympho ác tính, trong đó thiếu sắt là một yếu tố quan trọng [12],[14]. Về số lượng bạch cầu máu ngoại vi, có 53,4% trường hợp có số lượng bạch cầu trên $10 \times 10^9/l$. Kết quả này khá phù hợp với nghiên cứu của Đinh Thị Phương Minh, với tỷ lệ bệnh nhi có bạch cầu tăng là 65,5% [3]. Số lượng bạch cầu có thể tăng trong các bệnh lý viêm/ nhiễm trùng, hoặc trong hội chứng cận u đối với một số loại u đặc, hoặc trong bối cảnh tăng sinh ác tính của bệnh lý hệ tạo máu. Theo nghiên cứu của tác giả John M.G. trên 759 bệnh nhân ung thư ngoài hệ tạo máu, nguyên nhân gây tăng bạch cầu phổ biến nhất là yếu tố tăng tạo máu (69,0%), trong khi đó những nguyên nhân khác chiếm tỷ lệ thấp hơn rõ rệt như nhiễm trùng (15%) và hội chứng cận u (10,0%) [15]. Như vậy, nhóm ung thư hệ tạo máu lympho có nhiều yếu tố thuận lợi khiến tỷ lệ bạch cầu tăng cao hơn so với nhóm u đặc. Bên cạnh đó, tỷ lệ bệnh nhi có số lượng tiểu cầu $<100 \times 10^9/l$ là 30,1%, thấp hơn so với những nghiên cứu của Đinh Thị Phương Minh (93,1%), hoặc nghiên cứu của Prajapati Z (76,0%) [3], [22]. Đối với bệnh lý ảnh hưởng đến sự tạo máu ở tủy xương như nhóm bệnh tạo máu lympho, giảm tiểu cầu là một triệu chứng phổ biến, tỷ lệ giảm tiểu cầu là 46,7% ở nghiên cứu này. Đối với nhóm u đặc, đây là triệu chứng ít gặp, một số trường hợp được ghi nhận có liên quan với hội chứng cận u [19]. Điều này giải thích cho sự khác biệt về tỷ lệ giảm tiểu cầu có ý nghĩa giữa hai nhóm bệnh trong nghiên cứu chúng tôi. Về vị trí khối u ghi nhận qua CT scan, nhóm nghiên cứu chúng tôi có tỷ lệ u não khá cao với 15,1%, do đó đây là vị trí thường được ghi nhận nhất.

Điều này thống nhất với những nghiên cứu trước đây rằng u não là loại u đặc phổ biến nhất ở trẻ em với tỷ suất khoảng 1,12- 5,14/100.000 trẻ em [10],[17]. U ở trung thất ghi nhận ở cả hai nhóm ung thư với tỷ lệ khá tương đồng, nhưng u ổ bụng và hình ảnh tổn thương xương lại ưu thế ở nhóm u đặc có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Nhóm bệnh tạo máu lympho có u nằm trên đường đi của hạch bạch huyết, thường phân bố ở vùng đầu mặt cổ, và trung thất. Nhóm u đặc với đại diện là u nguyên bào thần kinh thường nằm ở ở tuyến thượng thận (48%) và sau phúc mạc (25%), ngoài ra những loại ung thư khác trong nhóm với vị trí khu trú như u nguyên bào gan và ung thư xương đã góp phần tạo sự khác biệt về vị trí u nói chung giữa hai nhóm [23].

4.4. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm ung thư hệ tạo máu - lympho

Tỷ lệ bệnh nhi xuất huyết và gan lách lớn ở bệnh ALL đều là 50,0%. Theo nghiên cứu của Vũ Thị Bích Ngọc (2015) ở bệnh nhi mắc ALL, tỷ lệ hai triệu chứng trên lần lượt là 48,7% và 64,0% [9]. Trong khi đó, chúng tôi không ghi nhận thấy gan, lách lớn, và xuất huyết ở bệnh u lympho không Hodgkin. Điều này phù hợp với sinh lý bệnh của bệnh ALL, là tình trạng các tế bào blast lấn át tủy xương gây xuất huyết và do thâm nhiễm hệ thống lympho, nhưng trong bệnh U lympho không Hodgkin không có các tình trạng này [1],[2]. Sốt và hạch lớn là các triệu chứng gặp ở cả hai bệnh, điều này phù hợp với y văn [4],[16]. Vì vậy không có ý nghĩa thống kê giữa 2 bệnh về sốt và hạch lớn. Về thiếu máu, bệnh ALL thường gặp thiếu máu nặng (45,0%). Tuy nhiên, tỷ lệ thiếu máu nặng ở bệnh nhân ALL khá thấp ở nghiên cứu của Vũ Thị Bích Ngọc (23,1%) và Nguyễn Thị Mai Hương (20,2%) [5],[9]. Chúng tôi ghi nhận bệnh nhân u lympho không Hodgkin thường không thiếu máu (72,7%), điều này cũng khác biệt với nghiên cứu của Phạm Thị Việt Hương (37,0%) [6]. Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu và đối tượng chọn mẫu khác nhau. Cả hai bệnh đều có trên 50% bệnh nhi số lượng bạch cầu $>10 \times 10^9/l$. Kết

quả này tương đồng với nghiên cứu của Berneck B và cộng sự (2009) trên 189 bệnh nhi ALL (54,0%), và phù hợp với y văn về tình trạng sốt ở hai bệnh lý này [4],[11].

4.5. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm u đặc

Nôn, yếu/liệt chi, và khối u ở não chỉ gặp ở bệnh u não với tỷ lệ lần lượt là 36,4%, 27,3%, và 100,0%. Điều này phù hợp với đặc điểm lâm sàng của khối u ở hệ thần kinh trung ương ở trẻ em [16]. Cả hai bệnh đều gặp đau bụng, trong đó đau bụng ở bệnh u não chỉ chiếm 9,1% trong khi bệnh UNBTK chiếm tỷ lệ khá cao 50,0%. UNBTK là ung thư của hệ thần kinh giao cảm và biểu hiện lâm sàng phổ biến là khối u trong ổ bụng. Do đó, triệu chứng đau bụng chiếm ưu thế trong bệnh UNBTK, đồng thời giải thích cho việc nghiên cứu chúng tôi chỉ ghi nhận u ở trung thất và u ổ bụng ở bệnh lý này [16].

5. KẾT LUẬN

Trong số các bệnh lý ác tính trẻ em, bạch cầu cấp dòng lympho là bệnh lý thường gặp nhất. Sốt, hạch lớn và thiếu máu là những triệu chứng thường được ghi nhận. Nhóm bệnh tạo máu lympho thường gặp hơn với biểu hiện các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng toàn thân rõ rệt, trong khi nhóm bệnh u đặc phần lớn chỉ có các triệu chứng do khối u chèn ép tại chỗ gây ra. Các khối u có cùng nguồn gốc giải phẫu bệnh như bạch cầu cấp dòng lympho và u lympho không Hodgkin, u não và u nguyên bào thần kinh cho thấy có nhiều đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng khá tương đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Nhi - Trường Đại học Y Dược Huế (2020). "Bệnh bạch cầu cấp ở trẻ em", Bài giảng Nhi khoa tập 2. Nhà xuất bản Đại học Huế, 195–201.
2. Bộ môn Nhi - Trường Đại học Y Dược Huế (2020). "U lympho không Hodgkin ở trẻ em", Giáo trình Sau đại học Nhi khoa tập 4. Nhà xuất bản Đại học Huế, 385–387.

3. **Đinh Thị Phương Minh và Trần Thị Thu Lành** (2003), Nhận xét dịch tễ học lâm sàng bệnh ung thư ở trẻ em tại khoa Nhi Bệnh viện Trung ương Huế, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ đa khoa, Trường Đại học Y Dược Huế.
4. **Nguyễn Công Khanh** (2016). Nguyên lý chẩn đoán ung thư trẻ em. Sách giáo khoa nhi khoa (Textbook of pediatrics). Nhà xuất bản Y học, 1786–1792.
5. **Nguyễn Thị Mai Hương** (2017). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và so sánh một số yếu tố tiên lượng bệnh bạch cầu cấp dòng lympho nhóm nguy cơ cao ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Tạp chí nghiên cứu và thực hành nhi khoa, 2, 34–40., <<https://jprp.vn/index.php/JPRP/article/view/62>>, accessed: 26/06/2022.
6. **Phạm Thị Việt Hương** (2016), Nghiên cứu kết quả điều trị u lympho ác tính không Hodgkin ở trẻ em giai đoạn III+IV bằng phác đồ NHL – BFM 90 tại Bệnh viện K, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Phan Thị Xuân Huế** (2018), Nghiên cứu tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhi ung thư tại Bệnh viện Trung ương Huế, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế.
8. **Pierre Landrieu, Mare Tardieu.** (2014). Những triệu chứng lớn chỉ báo u ở hệ thần kinh. Vấn đề thần kinh học trẻ em. Nhà xuất bản Y học, 264–268.
9. **Vũ Thị Bích Ngọc** (2015), Lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị giai đoạn cảm ứng bệnh bạch cầu cấp dòng lympho ở trẻ em, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Nội trú, Trường Đại học Y Dược Huế.
10. **Adel Fahmideh M. và Scheurer M.E.** (2021). Pediatric Brain Tumors: Descriptive Epidemiology, Risk Factors, and Future Directions. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev, 30(5), 813–821.
11. **Bernbeck B., Wüller D., Janßen G. và cs.** (2009). Symptoms of Childhood Acute Lymphoblastic Leukemia: Red Flags to Recognize Leukemia in Daily Practice. Klin Padiatr, 221(6), 369–373.
12. **Bhakhri B.K., Vaidya P.C., Trehan A. và cộng sự.** (2012). Iron deficiency anemia in children presenting with lymphoreticular malignancies and the effect of induction therapy. Pediatr Hematol Oncol, 29(2), 148–153.
13. **Dippenaar A.** (2010). Bleeding in children with cancer. Continuing Medical Education, 28(7), 343–346.
14. **Fan H., Su Y., Duan C. và cộng sự.** (2019). Iron deficiency in children at the time of initial neuroblastoma diagnosis. Pediatr Investig, 4(1), 17–22.
15. **Granger J.M. và Kontoyiannis D.P.** (2009). Etiology and outcome of extreme leukocytosis in 758 nonhematologic cancer patients: a retrospective, single-institution study. Cancer, 115(17), 3919–3923.
16. **Hastings C. A., Torkildson J. C., và Agrawal A K.** (2021). Handbook of Pediatric Hematology and Oncology: Children's Hospital and Research Center Oakland, 3rd Edition.
17. **Johnson K.J., Cullen J., Barnholtz-Sloan J.S. và cộng sự.** (2014). Childhood brain tumor epidemiology: a brain tumor epidemiology consortium review. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev, 23(12), 2716–2736.
18. **Khasraw M., Faraj H., và Sheikha A.** (2010). Thrombocytopenia in Solid Tumors. European Journal of Clinical & Medical Oncology, 2.
19. **Krauth M.-T., Puthenparambil J., và Lechner K.** (2012). Paraneoplastic autoimmune thrombocytopenia in solid tumors. Crit Rev Oncol Hematol, 81(1), 75–81.
20. **Lam C.G., Howard S.C., Bouffet E. và cộng sự.** (2019). Science and health for all children with cancer. Science, 363(6432), 1182–1186.
21. **Lan B.N., Castor A., Wiebe T. và cộng sự.** (2019). Adherence to childhood cancer treatment: a prospective cohort study from Northern Vietnam. BMJ Open, 9(8), e026863.

22. Prajapati Z., Kokani M., và Gonsai R. (2017). Clinicoepidemiological profile of hematological malignancies in pediatric age group in Ahmedabad. *Asian Journal of Oncology*, 3, 54.

23. Sarioglu F.C., Salman M., Guleryuz H. và cộng sự. (2019). Radiological staging in neuroblastoma: computed tomography or magnetic resonance imaging?. *Pol J Radiol*, 84, e46–e53.

24. Siegel D.A., Richardson L.C., Henley S.J. và cộng sự. (2020). Pediatric cancer mortality and survival in the United States, 2001-2016. *Cancer*, 126(19), 4379–4389.

25. Smoking causes 40 000 deaths in Viet Nam each year. <<https://www.who.int/vietnam/news/detail/27-05-2018-smoking-causes-40-000-deaths-in-viet-nam-each-year>>, accessed: 26/06/2022.

26. Ward E., DeSantis C., Robbins A. và cộng sự. (2014). Childhood and adolescent cancer statistics, 2014. *CA Cancer J Clin*, 64(2), 83–103.

27. Ward Z.J., Yeh J.M., Bhakta N. và cộng sự. (2019). Estimating the total incidence of global childhood cancer: a simulation-based analysis. *Lancet Oncol*, 20(4), 483–493.