

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HUYẾT HỌC Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ DI CĂN TỦY XƯƠNG

Trần Thị Phương Túy¹, Ngô Tứ Cường¹, Hoàng Thị Thanh Trang¹,
Phan Thị Hương¹, Hồ Thị Kiều Nga¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng và huyết học ở bệnh nhân có tế bào ung thư di căn tủy xương

Đối tượng nghiên cứu: 30 bệnh nhân được chẩn đoán có tế bào ung thư di căn tủy xương tại khoa Xét nghiệm Huyết học, BVTW Huế, thời gian từ tháng 01/2011 đến tháng 12/2015.

Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu. Xét nghiệm công thức máu, nhuộm Giem sa tiêu bản máu và dịch chọc hút tủy xương. Chẩn đoán xác định khi có tế bào ung thư trên tiêu bản nhuộm dịch chọc hút tủy xương.

Kết quả: Trong 30 ca nghiên cứu được chẩn đoán xác định có tế bào ung thư di căn tủy xương từ tiêu bản nhuộm dịch chọc hút tủy xương có kết quả sau: tuổi nhỏ nhất: 1, tuổi lớn nhất: 89 (mean: $50,2 \pm 22,9$), trong đó có 4 ca trẻ em (13,3%) và 26 ca người lớn (86,7%). Tỷ lệ nam/nữ là 1,3/1. Đặc điểm lâm sàng có 100% thiếu máu, sốt chiếm 23,3%, gan to, lách to: 6,7%; hạch to: 36,7% và xuất huyết chiếm 33,3%. Vị trí ung thư tiên phát ở vú là 20%, tiền liệt tuyến: 13,3%, dạ dày: 10%, chưa tìm thấy được vị trí tiên phát 36,7%. Đặc điểm máu ngoại vi: lượng Hb trung bình là $92,0 \pm 18,4$ g/l; giảm số lượng tiểu cầu 66,7%, số lượng bạch cầu giảm 16,7%, số lượng bạch cầu tăng 30%, số lượng bạch cầu bình thường 53,3%, giảm 3 dòng tế bào máu ngoại vi: 10%; tỷ lệ nguyên hồng cầu/ bạch cầu chưa trưởng thành ra máu ngoại vi: 56,7%; tỷ lệ tế bào ung thư trong máu ngoại vi: 16,7%. Đặc điểm tủy xương: số lượng tế bào tủy xương $< 30 \times 10^9/l$: 50%; tế bào ung thư tập trung thành đám: 80%.

Kết luận: Nhìn chung, đặc điểm lâm sàng và huyết học của bệnh nhân ung thư di căn tủy xương tương tự với các đặc điểm lâm sàng và huyết học của bệnh nhân ung thư máu trong đó điểm khác biệt là phần lớn tế bào ung thư di căn tủy xương tập trung thành đám.

Từ khóa: chọc hút tủy xương, tế bào ung thư di căn tủy xương.

ABSTRACT

EVALUATE INVESTIGATING SOME CLINICAL AND HEMATOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE CANCER PATIENTS WITH BONE MARROW METASTASES

Tran Thi Phuong Tuy¹, Ngo Tu Cuong¹, Hoang Thi Thanh Trang¹,
Phan Thi Huong¹, Ho Thi Kieu Nga¹

Objective: To evaluate investigate some clinical and hematological characteristics of the cancer patients with bone marrow metastases

1. Bệnh viện TW Huế

- Ngày nhận bài (received): 15/7/2016; Ngày phản biện (revised): 25/11/2016;
- Ngày đăng bài (Accepted): 5/12/2016
- Người phản biện: Đồng Sĩ Sảng
- Người phản hồi (Corresponding author): Trần Thị Phương Túy
- Email: phuongtuy07@gmail.com ; ĐT: 0905 810 199

Methods: 30 new patients were diagnosed bone marrow metastases by myelogram at Hue Central Hospital from Jan/2011 to Dec/2015 by using retrospective study.

Results: In 30 patients were diagnosed with the cancer cells metastased in their bone marrow on the smears of bone marrow aspiration at Hue Central Hospital, the results showed that: Male/Female: 1.3/1. Age ranged from 1 to 89 years old (mean: 50.2 ± 22.9). There were 4 children (13.3%) and 26 adults (86.7%). The clinical characteristics were anemia: 100%, fever: 23.3%, hepatomegaly and splenomegaly: 6.7%; adenomegalia: 36.7%, hemorrhage 33.3%. Primary cancers in breast were 20%, prostate: 13.3%, stomach: 10%, undetermined cancers: 36.7%. The peripheric blood characteristics: mean Hb level was 92.0 ± 18.4 g/l, thrombocytopenia: 66.7%, leucopenia: 16.7%, leukocytosis: 30%, normal white blood cell count: 53.3%, pancytopenia: 10%; erythroblast – premature leucocyte: 56.7%; cancer cells in the blood: 16.7%. The bone marrow characteristics: the cell count under $30 \times 10^9/l$: 50%; the cancer cells in clump: 80%.

Conclusion: In general, clinical and hematologic characteristics of patients with cancer cells metastased in their bone marrow seemed to resemble these ones of patients with blood cancer except the cancer cells were in clumps.

Key words: bone marrow aspiration, cancer cells metastased into bone marrow.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tủy xương là nguồn gốc của các bệnh máu ác tính tiên phát và cũng là vị trí thường gặp nhất liên quan đến các u đặc không tạo máu di căn qua đường máu. Ung thư di căn tủy xương là tình trạng trong tủy xương xuất hiện các tế bào ung thư có nguồn gốc từ nơi khác đến, các tế bào này không thuộc tổ chức tạo máu của tủy xương. Các tế bào ung thư có mặt trong tủy xương phát triển lấn át sự phát triển của các tế bào tạo máu, gây ra các triệu chứng lâm sàng khác nhau [2], [6].

Nhằm làm cơ sở góp phần vào chẩn đoán sớm và giúp lựa chọn điều trị thích hợp cho bệnh nhân có tế bào ung thư di căn tủy xương, chúng tôi đã tiến hành đề tài: “Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng và huyết học của bệnh nhân có tế bào ung thư di căn tủy xương”, với 2 mục tiêu sau: 1. Khảo sát đặc điểm lâm sàng và tỷ lệ các vị trí ung thư tiên phát; 2. Khảo sát đặc điểm huyết học của máu và tủy xương của bệnh nhân.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 30 bệnh nhân, tuổi từ 1 - 89, kết quả tủy đồ có tế bào ung thư di căn tủy xương tại khoa Xét nghiệm Huyết học, Bệnh viện Trung ương

Huế, thời gian từ tháng 01/2011 đến tháng 12/2015.

- Tiêu chuẩn chọn bệnh

Chẩn đoán xác định: tìm thấy tế bào ung thư trên tiêu bản dịch chọc hút tủy xương [8].

- Tiêu chuẩn loại trừ

Các tế bào ung thư sinh ra từ tế bào tạo máu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** hồi cứu.

- **Tiến hành xét nghiệm:**

+ Công thức máu làm trên máy Sysmex 1000i.

+ Chọc hút dịch tủy xương (xương ức hoặc gai chậu sau trên).

+ Nhuộm Giem sa tiêu bản máu và dịch chọc hút tủy xương.

+ Thiếu máu được định nghĩa khi giá trị Hb $<130g/l$ ở nam và $<120g/l$ ở phụ nữ không mang thai. Giảm bạch cầu khi số lượng BC $<4 \times 10^9/l$ và giảm tiểu cầu khi số lượng tiểu cầu $<150 \times 10^9/l$ [3].

- **Xử lý số liệu:** bằng phần mềm thống kê y học SPSS 16.0

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 1/2011 đến tháng 12/2015, 30 bệnh nhân được chẩn đoán có tế bào ung thư di căn tủy xương, có các kết quả sau:

Bảng 1: Đặc điểm chung

Đặc điểm		n	%
Giới	Nam	17	56,7
	Nữ	13	43,3
Tuổi	Nhỏ nhất	1	
	Lớn nhất	89	
	Tuổi trung bình $\pm$ SD	50,2 $\pm$ 22,9	
Phân nhóm tuổi	Trẻ em (<15 tuổi)	4	13,3
	Người lớn	26	86,7
	≤ 40	7	23,3
	> 40	23	76,7

Tỷ lệ nam/nữ: 1,3/1. Tuổi > 40 chiếm 76,7%. Người lớn 86,7%.

Bảng 2: Triệu chứng lâm sàng lúc vào viện

	n	%
Thiếu máu	30	100
Sốt	7	23,3
Gan to	2	6,7
Lách to	2	6,7
Hạch to	11	36,7
Xuất huyết	10	33,3

100% bệnh nhân bị thiếu máu. Triệu chứng xuất huyết chiếm 33,3%.

Bảng 3: Vị trí ung thư tiên phát

Vị trí ung thư tiên phát	n	%
Vú	6	20
Tiền liệt tuyến	4	13,3
Dạ dày	3	10
Phổi	2	6,7
Buồng trứng	1	3,3
Trực tràng	1	3,3
Xương	1	3,3
U nguyên bào thần kinh	1	3,3
Chưa xác định	11	36,7
Tổng cộng	30	100

Vị trí ung thư tiên phát ở vú chiếm tỷ lệ cao nhất là 20%, tiếp đến là tiền liệt tuyến: 13,3%. Chưa xác định được vị trí tiên phát chiếm 36,7%.

Bảng 4: Đặc điểm máu ngoại vi

Đặc điểm	n	%
Lượng hemoglobin (g/l)	≤ 80	20
	> 80	80
	Min	55
	Max	123
	TB ± SD	92 ± 18,4
Số lượng bạch cầu (x 10 ⁹ /l)	< 4	16,7
	4 - 10	53,3
	> 10	30
	Min	0,5
	Max	48
	SLTB ± SD	11,6 ± 11,7
Số lượng tiểu cầu (x 10 ⁹ /l)	< 150	66,7
	≥ 150	33,3
	Min	2
	Max	369
	SLTB ± SD	119,6 ± 99,3
Số lượng bạch cầu hạt trung tính (x 10 ⁹ /l)	< 2 x 10 ⁹ /l	30
	2 - 7,5 x 10 ⁹ /l	56,7
	> 7,5 x 10 ⁹ /l	13,3
	Min	0,1
	Max	36,8
	SLTB ± SD	8,2 ± 9,2
Giảm 3 dòng tế bào máu		10
Nguyên hồng cầu/Bạch cầu chưa trưởng thành ra máu ngoại vi		56,7
Tế bào ung thư trong máu ngoại vi		16,7

Số lượng bạch cầu và số lượng bạch cầu hạt trung tính bình thường chiếm tỷ lệ cao: 53,3% và 56,7% (tương ứng). Số lượng tiểu cầu giảm chiếm 66,7%.

Bảng 5: Đặc điểm tủy xương

Đặc điểm	n	%
Số lượng tế bào tủy xương (x 10 ⁹ /l)	< 30	50
	30 - 100	40
	> 100	10
	Min	9,5
	Max	135
	SLTB ± SD	43,6 ± 28
Sự phân bố tế bào ung thư trong tủy xương	Đám	80
	Đám và rải rác	13,3
	Rải rác	6,7

Số lượng tế bào tủy giảm chiếm 50%. Tế bào ung thư di căn tủy xương chủ yếu đứng đám chiếm 80%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Tuổi: Nghiên cứu này có tuổi nhỏ nhất: 01, tuổi lớn nhất: 89, trong đó có 4 ca trẻ em (13,3%) và 26 ca người lớn (86,7%) tương tự với nghiên cứu của Chauhan K. trong 16 ca có 01 ca trẻ em (6,3%) và 15 ca người lớn (93,7%). Tuổi càng cao tỷ lệ mắc bệnh càng tăng, nghiên cứu này có tuổi > 40 chiếm 76,7% (23 ca), tuổi trung bình là 50,2 tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Xuân có tuổi > 40 chiếm 80% (16/20 ca) và tuổi trung bình là 53,4 [1], [3].

Giới: Bệnh xảy ra cả 2 giới, nam tỷ lệ cao hơn nữ (17 ca/13 ca) nghiên cứu này tỷ lệ nam/nữ là 1,3/1 cũng như nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Xuân là 1,8/1; đối với nghiên cứu của Chauhan K. tỷ lệ này đến 2,2/1 [1], [3].

4.2. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng lúc vào viện

Triệu chứng khởi đầu của các bệnh nhân ung thư di căn vào tủy xương là thiếu máu, sốt, gan, lách, hạch to là những triệu chứng không đặc hiệu gặp ở nhiều bệnh trong đó có bệnh ung thư và phù hợp với một số nghiên cứu.

Thiếu máu thường chiếm tỷ lệ cao, là biểu hiện lâm sàng thường gặp nhất ở các bệnh nhân u đặc di căn tủy xương; trong nghiên cứu này 100% bệnh nhân thiếu máu, cũng như nghiên cứu của Brahmbhatt B. là 100% hay nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Xuân tỷ lệ thiếu máu là 80%, trong đó thiếu máu nặng của nghiên cứu này ($Hb < 80g/l$) chiếm tỷ lệ 20% (bảng 4) và nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Xuân là 15% [1], [2], [6].

Trong nghiên cứu này, triệu chứng sốt chiếm 23,3%, gan to, lách to 6,7% ; nghiên cứu của Kaur G. có tỷ lệ sốt và gan, lách to cao hơn 44% và 11,1% (tương ứng) [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng xuất huyết chiếm 33,5%. Nghiên cứu của Medhi S.R. xuất huyết chiếm 16,1%, theo Medhi S.R. mối liên quan giữa triệu chứng lâm sàng đặc biệt mức độ giảm tiểu cầu với độ lan rộng di căn tủy xương giúp tiên lượng thời gian sống còn của bệnh nhân [6].

4.3. Vị trí ung thư tiên phát

Vị trí ung thư tiên phát phù hợp với một số nghiên cứu, nghiên cứu này vị trí ung thư tiên phát ở vú chiếm tỷ lệ cao nhất là 20%, tiếp đến là tiền liệt tuyến: 13,3%, đến dạ dày: 10%; thứ tự kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Singh G. vị trí ung thư tiên phát ở vú chiếm tỷ lệ khá cao là 53%, tiếp đến là tiền liệt tuyến: 18%, phổi : 8%, đến dạ dày: 6% hay đối với nghiên cứu của Jonsson U. thì vị trí ung thư tiên phát ở tiền liệt tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất là 29,6%, tiếp đến là vú: 12,3%, đến phổi: 8,5% [4], [8].

Tủy xương là vị trí thường gặp và quan trọng của di căn đối với các u đặc [6]. Mặc dù bất kỳ khối u nào di căn bằng đường máu đều có thể thâm nhiễm tủy xương nhưng các vị trí ung thư tiên phát ở vú, tiền liệt tuyến, dạ dày, phổi... di căn tủy xương thường gặp hơn ở người lớn và u nguyên bào thần kinh và u cơ vân ... thường gặp hơn ở trẻ em, điều này cũng được nhận định ở các kết quả nghiên cứu [2], [3], [5], [6].

Nghiên cứu này có 4 ca trẻ em trong đó 1 ca xác định được vị trí tiên phát là u nguyên bào thần kinh (3,3%), còn lại 3 ca chưa xác định được.

Chưa xác định được vị trí tiên phát trong nghiên cứu của Jonsson U. chiếm 25,4%, nghiên cứu này có 36,7% trường hợp chưa tìm thấy được vị trí tiên phát, cần tìm hiểu nghiên cứu các kỹ thuật mới: hóa mô tế bào, ứng dụng kỹ thuật sinh học phân tử, kỹ thuật miễn dịch, dấu ấn tế bào, MRI, PET/CT ... trong chẩn đoán nhằm phát hiện vị trí ung thư nguyên phát để có biện pháp điều trị phù hợp cũng như tiên lượng cho bệnh nhân [4].

4.4. Đặc điểm máu ngoại vi

Trong nghiên cứu này : số lượng Hb trung bình là $92 \pm 18,4$; số lượng tiểu cầu giảm chiếm 66,7% tương tự nghiên cứu của tỷ lệ Brahmbhatt B. là 60%, nghiên cứu của Chauhan K. số lượng tiểu cầu giảm có tỷ lệ thấp hơn: 37,5% [2], [3].

Số lượng bạch cầu giảm của nghiên cứu này là 16,7%, số lượng bạch cầu tăng là 30%, số lượng bạch cầu bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất là 53,3%;

nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Xuân là 10%, 55% và 35% tương ứng; trong khi nghiên cứu của Chauhan K. không có trường hợp nào giảm bạch cầu, tỷ lệ số lượng bạch cầu tăng là 25% và số lượng bạch cầu bình thường chiếm 75% [1], [3].

Trong nghiên cứu này tỷ lệ giảm 3 dòng tế bào máu ngoại vi là 10%, nghiên cứu của Kaur G. và Medhi S.R. là 11,1% và 19,3% (tương ứng), trong khi nghiên cứu của Chauhan K. thì không có ca nào giảm cả 3 dòng [3], [5], [6].

Trong nghiên cứu này tỷ lệ nguyên hồng cầu/ bạch cầu chưa trưởng thành ra máu ngoại vi chiếm 56,7%, tương đương với nghiên cứu của Chauhan K. tỷ lệ này là: 43,8% trong khi nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Xuân hay của Kaur G. tỷ lệ này thấp hơn: 20% và 22,2% (tương ứng) [1], [3], [5].

Một trong những nguyên nhân gây nguyên hồng cầu/bạch cầu chưa trưởng thành ra máu ngoại vi là sự phá vỡ cơ học cấu trúc tủy xương bình thường bởi các bệnh lý thâm nhiễm nhất là ung thư di căn. Các nguyên hồng cầu ra máu có thể ở gặp ở các giai đoạn. Không phải mọi ung thư di căn tủy xương đều liên quan với nguyên hồng cầu ra máu ngoại vi, một số u (tiền liệt tuyến, vú, phổi...) cho thấy xu hướng này nhiều hơn các u khác, lý do còn chưa rõ ràng. Trong sự phá vỡ cấu trúc tủy xương yếu tố cơ học là ít quan trọng hơn nồng độ cao của những sản phẩm hóa học do chuyển hóa của u tác động lên sự di động của tế bào theo cách hóa hướng động âm tính. Khi nguyên hồng cầu trong máu được tìm thấy ở bệnh nhân ung thư di căn chứng tỏ sự thâm nhiễm đến tủy xương của bệnh lý tiên phát [9]. Theo Kaur G., điều này thường liên quan với mức độ xơ tủy và tế bào u “đuôi” các tế bào tủy ra ngoài do tương tác của chúng với cytokin tạo máu hơn là với sự lan rộng của thâm nhiễm ác tính [5].

Các tế bào ác tính thâm nhiễm tủy xương giải phóng các cytokin phá hủy và ức chế và các yếu tố tăng sinh xơ dẫn đến sự giảm khoảng tủy làm các tế bào gốc vạn năng di chuyển đến gan và lách gây tạo máu ngoại tủy bù trừ. Phần đệm nâng đỡ của các cơ quan này ở điều kiện không tối ưu làm giải phóng

các yếu tố chưa trưởng thành ra máu ngoại vi [3].

Sự hiện diện các nguyên hồng cầu/ bạch cầu chưa trưởng thành ra máu ngoại vi như là chỉ điểm có giá trị của sự hiện diện một số bệnh tiềm ẩn của cơ quan tạo máu hoặc là dấu hiệu báo hiệu thâm dò sâu hơn sự hiện diện của bệnh lý ác tính [3].

Máy phân tích tế bào máu tự động báo được sự hiện diện của nguyên hồng cầu và bạch cầu chưa trưởng thành ra máu, vì vậy không nên bỏ qua dấu hiệu đó ở các bệnh nhân có u ác tính không tạo máu [3].

Trong nghiên cứu này tỷ lệ tế bào ung thư trong máu ngoại vi là 16,7%, nghiên cứu của Chauhan K. có tế bào ác tính trong máu ngoại vi là 6,3% hay nghiên cứu của Kaur G. không có ca nào có tế bào ung thư trong máu ngoại vi, ngược lại nghiên cứu của Pool E.H. tỷ lệ này rất cao 42,5% [3], [5], [7]. Tế bào ung thư thường lớn 2 - 10 lần kích thước của tế bào mô nơ, với hạt nhân bắt màu ưa bazơ đậm, tròn hoặc dài, màng tế bào thường không đều gọi ý tế bào bắt đầu phân hủy, thường khó khăn khi nhận định một tế bào riêng lẻ, đặc biệt là không bao giờ có hơn 1 hoặc 2 tế bào trong một vi trường [7].

4.5. Đặc điểm tủy xương

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Xuân số bệnh nhân có số lượng tế bào tủy xương dưới $30 \times 10^9/l$ chiếm 35%, nghiên cứu của chúng tôi số bệnh nhân có số lượng tế bào tủy xương dưới $30 \times 10^9/l$ chiếm 50%, tuy nhiên nhờ tế bào ung thư đứng đám tỷ lệ cao (80%) nên phát hiện được trên tiêu bản chọc hút, vẫn còn tỷ lệ 6,7% tế bào ung thư phân bố rải rác nên trong đánh giá tủy đồ hoặc sinh thiết tủy xương thậm chí cả 2 bên, cần thực hiện thật kỹ càng để tránh bỏ sót chẩn đoán; tủy giàu tế bào cũng không loại trừ di căn [1], [3], [6].

Chọc hút và sinh thiết tủy xương tương đối nhạy, mang lại kết quả cao trong việc thăm dò di căn tủy xương của các khối u, đặc biệt nhạy hơn khi sinh thiết 2 bên và vì vậy, nên cùng thực hiện 2 xét nghiệm này vì chúng hỗ trợ nhau. Trong khi xét nghiệm dịch hút tủy xương cho phép đánh giá hình thái tế bào tốt thì sinh thiết tủy xương cho phép

đánh giá tối ưu tính giàu tế bào, bảo tồn được cấu trúc của cụm tế bào u (như tạo hoa hồng hay cấu trúc tuyến), đánh giá tình trạng xơ tủy và bệnh lý thâm nhiễm. Các thủ thuật chẩn đoán tiến bộ hơn như xạ hình xương và MRI nhạy hơn để đánh giá mức độ lan rộng của di căn tủy xương nhưng chỉ có ở những trung tâm y khoa tiến bộ và đắt tiền. Trong khi xét nghiệm tủy xương (chọc hút và sinh thiết) là thủ thuật đơn giản, thuận tiện, nhạy và rẻ tiền, vẫn là chọn lựa tốt nhất dùng để tìm kiếm di căn tủy xương và theo dõi tiên lượng các u đặc [2], [3], [5], [6], [8].

Nói chung tiêu chuẩn nhận biết tế bào u là tế bào lạ, khác hẳn các tế bào tạo máu bình thường, trên tiêu bản chúng có xu hướng thành cụm (có thể nhận thấy ở độ phóng đại nhỏ) với kích cỡ thay đổi nói chung thường lớn hơn tế bào bình thường (ngoại trừ mẫu tiểu cầu), bờ tế bào thường kém xác định, nhân lớn, tăng sắc và hạt nhân rõ. Nghiên cứu tế bào u rải rác có thể giúp đánh giá vị trí tiên phát của u nhưng đôi khi hình thái tế bào cũng không giúp nhận định chính xác vị trí tiên phát mà cùng với triệu chứng lâm sàng và dấu hiệu của mô bệnh học của khối u sẽ giúp chẩn đoán cuối cùng [4], [6].

Gần đây, người ta quan tâm đến sinh học của các

di căn tủy xương, rằng các tế bào đệm tủy xương sản sinh ra các cytokin đẩy mạnh sự tăng trưởng hay sống còn của tế bào u [5].

5. KẾT LUẬN

Trong 30 ca nghiên cứu được chẩn đoán xác định có tế bào ung thư di căn tủy xương từ tiêu bản nhuộm dịch chọc hút tủy xương có kết quả sau: tuổi nhỏ nhất: 1, tuổi lớn nhất: 89 (mean: $50,2 \pm 22,9$), trong đó có 4 ca trẻ em (13,3%) và 26 ca người lớn (86,7%). Tỷ lệ nam/nữ: 1,3/1. Đặc điểm lâm sàng: 100% thiếu máu, sốt: 23,3%, gan to, lách to 6,7%; hạch to: 36,7%; xuất huyết chiếm 33,3%. Vị trí ung thư tiên phát ở vú là 20%, tiền liệt tuyến: 13,3%, dạ dày: 10%, chưa tìm thấy được vị trí tiên phát 36,7%. Đặc điểm máu ngoại vi: giảm số lượng tiểu cầu: 66,7%, số lượng bạch cầu giảm: 16,7%, số lượng bạch cầu tăng 30%, số lượng bạch cầu bình thường 53,3%, giảm 3 dòng tế bào máu ngoại vi: 10%; tỷ lệ nguyên hồng cầu/ bạch cầu chưa trưởng thành ra máu ngoại vi: 56,7%; tỷ lệ tế bào ung thư trong máu ngoại vi: 16,7%. Đặc điểm tủy xương: số lượng tế bào tủy xương $< 30 \times 10^9/l$: 50%; tế bào ung thư đứng đám: 80%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Bích Xuân (2008), “« Một số đặc điểm tế bào máu và tủy xương của bệnh nhân bị ung thư di căn tủy xương »», *Y học Việt Nam*, 344, tr. 135- 141.
2. Brahmabhatt B. (2014), “Bone marrow involvement by Metastasis of solid Tumors”, *Gujarat Medical Journal*, 69(2), pp. 54- 57.
3. Chauhan K. (2016), “Bone marrow metastasis in nonhematologic malignancies: Data from a cancer hospital”, *Clinical Investigation Cancer Journal*, 5(2), pp. 103- 109.
4. Jonsson U. (1951), “Tumor metastases in bone marrow”, *Blood*, 6, pp. 16- 25.
5. Gagandeep K. (2011), “Metastasis Bone Marrow Tumors: Study of Nine Cases and Review of the Literature”, *Blood Disorders Transfusion*, 2, pp. 24- 26.
6. Medhi S.R. (2011), “Metastasis of solid tumors in bone marrow: A study from Northern India”, *Indian J Hematolol Blood Transfus*, 27 (2), pp. 93 - 95.
7. Pool E.H. (1934), “Cancer cells in the blood stream”, *Am J Cancer*, 21, pp. 99- 102.
8. Singh G. (1977), “Bone marrow examination for metastatic tumor. Aspirate and Biopsy”, *Cancer*, 40, pp. 2317- 2321.
9. Tavassoli M. (1975), “Erythroblastemia”, *West J Med*, 122, pp. 194- 198.