

NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH BỆNH LÝ TẠO MÁU QUA KẾT QUẢ HUYẾT TỬY ĐỒ Ở BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Trần Thị Phương Tuy, Ngô Tứ Cường, Nguyễn Văn Trảnh,
Phan Hoàng Duy, Hoàng Thị Thanh Trang, Trần Ngọc Vũ

TÓM TẮT

Huyết tửy đồ là một XN thường quy tuy đơn giản, ít tốn kém nhưng có vai trò quan trọng trong chẩn đoán, phân loại, đánh giá mức độ rối loạn tạo máu và đánh giá đáp ứng điều trị đối với bệnh lý máu cũng như bệnh lý khác.

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm chung về LS và tìm hiểu tần suất các bệnh lý tạo máu gặp ở TTHH-TM, BVTW Huế.

Đối tượng nghiên cứu: 611 kết quả huyết tửy đồ của các bệnh nhân nội trú được chỉ định chọc tửy xương tại BVTW Huế từ tháng 1/2008 đến tháng 12/2008.

Phương pháp nghiên cứu: phân tích tiến cứu.

Kết quả: Tần suất các bệnh lý tạo máu ở Trung tâm gồm bệnh lý tại tửy xương: LXMC 19,01%, RLST 9,32%, TSTAT 6,27%, GST- suy tửy 4,37%, tăng sinh dòng lympho 2,85%, hình ảnh ĐTB thực bào TBM ở tửy 2,85%, ung thư di căn tửy 1,52%, HCTBCHUA 2,85%; bệnh lý ngoài tửy như: XHGTC 6,08%, cường lách 4,18%, tăng BC phản ứng 1,52%, thalassemia 1,71%, thiếu máu HC nhỏ nhược sắc 13,49%, thiếu máu HC kích thước vừa hoặc lớn 15,02%.

ABSTRACT

STUDY OF HEMATOPOIETIC DISORDERS WITH RESULTS OF MYELOGRAMS AT HUE CENTRAL HOSPITAL

Tran Thi Phuong Tuy, Ngo Tu Cuong, Nguyen Van Tranh,
Phan Hoang Duy, Hoang Thi Thanh Trang, Tran Ngoc Vu

Myelogram was a simple and cheap test but it had an important role in diagnosis, classification, evaluation of hematopoietic disorders and some other diseases.

Objective: To assess hematopoietic disorders on the results of myelograms.

Subject: The patients who were indicated myelogram at Lab of the Haematopoietic exploration of Hue Central Hospital.

Method: Prospective study.

Results: There were 526 new cases among 611 cases which were made at Hue Central Hospital from Jan 2008 to Dec 2008. The rates of diseases were: acute leukemia 19.01%, myelodysplastic syndrome 9.32%, chronic myeloproliferative syndromes 6.27%, hypersplenism 4.18%, megaloblastic anemia 4.37%, macrophage activation syndrome 2.85%, bone marrow metastasis of cancer 1.52%, thalassemia 1.71%, hypochromic microcytic anemia 13.49%, normochromic normocytic or macrocytic anemia 15.02%.

Key words: sternum puncture, posterior iliac crest puncture, myelograms, acute leukemia..

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý về máu chiếm tỷ lệ cao đối với khoa Huyết học Lâm sàng ((hơn 86,3% tổng số bệnh nhân vào khoa HHLS năm 2009) trong đó bệnh máu ác tính chiếm 57%) và chiếm một tỷ lệ nhất định đối với các khoa LS. Chẩn đoán bệnh lý về máu dựa trên nhiều phương pháp và mặc dù sự phát triển của kiểu hình miễn dịch và phân tích di truyền phân tử và di truyền tế bào đã làm giảm tầm quan trọng của hóa học tế bào nhưng vai trò của hình thái tế bào không hề suy giảm [6]. Xét nghiệm huyết tủy đồ là XN thăm dò trực tiếp cơ quan tạo máu (tủy xương), thủ thuật đơn giản, ít tốn kém nhưng cho phép đánh giá số lượng và hình thái cấu trúc của các dòng tế bào tạo máu ở tủy-xương, từ đó có vai trò quan trọng trong chẩn đoán xác định, phân loại bệnh lý của các dòng tế bào này. Đề tài thực hiện nhằm:

1. Đánh giá đặc điểm chung về lâm sàng
2. Xác định tần suất các bệnh về máu tại Trung tâm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân nội trú được chỉ định làm huyết tủy đồ tại Phòng Thăm dò cơ quan tạo máu BVTW Huế từ tháng 1/2008 đến tháng 12/2008.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu tiến cứu.

2.3. Kỹ thuật:

- Đếm số lượng các dòng tế bào máu ngoại vi bằng máy đếm tự động Cell Dyn 3200 hãng Abbott, Hoa Kỳ
- Chọc hút dịch tủy xương bằng kim chọc tủy Rosenthal 16Gx2, Hoa Kỳ
- Sinh thiết tủy xương bằng kim sinh thiết tủy xương Westerman Jensen Needle, Hoa Kỳ .
- Nhuộm Giem sa lam máu, tủy, nhuộm HHTB, XN dấu ấn màng TB, XN NST tủy...

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số 611 ca tủy đồ trong đó 526 ca (86,09%) chẩn đoán mới và 85 ca (13,91%) đã chẩn đoán. Kết quả thu được đối với 526 ca chẩn đoán mới như sau:

3.1. Phân loại theo nhóm tuổi và giới

Bảng 3.1. Phân loại theo nhóm tuổi và giới

Nhóm tuổi	Nam	Nữ	Tổng	
			N	%
< 15	33	25	58	11,03
15- 60	149	151	300	57,03
> 60	97	71	168	31,94
Tổng số	279	247	526	100

Nam: 53,04%, nữ 46,96%. Cả 2 giới mắc bệnh cao ở tuổi 15- 60 (57,03%).

3.2. Bệnh lý tại tủy

3.2.1. Phân loại loxêmi cấp dòng tủy và loxêmi cấp dòng lympho

Bảng 3.2. Phân loại loxêmi cấp dòng tủy (LXMCDT) và loxêmi cấp dòng lympho (LXMCDL) theo Anh- Pháp- Mỹ (FAB)

Tuổi	Nam			Nữ			Tổng số (%)
	< 15	15-60	> 60	< 15	15-60	> 60	
Lympho	9	10	2	5	9	3	38
Tủy	5	19	16	2	11	9	62
Tổng số	14	29	18	7	20	12	100

Gồm 100 ca LXMC chiếm 19,01% tổng số bệnh nhân chẩn đoán mới và chiếm tỷ lệ cao nhất trong số bệnh lý tại tủy: 38,02%. Theo phân loại dưới nhóm LXMC theo FAB thì LXMCDL: L2 tỷ lệ cao nhất (65,79%), LXMCDT: M2 tỷ lệ cao nhất (59,68 %).

3.2.2. Rối loạn sinh tủy (RLST)

Gồm 49 ca (9,32%) tổng số bệnh chẩn đoán mới, chiếm 18,21% tổng số bệnh lý tại tủy. Tuổi thấp nhất là 9 tháng, cao nhất là 86 tuổi. Nhóm chiếm tỷ lệ cao nhất là thiếu máu dai dẳng: 75,52%. Không có trường hợp nào thiếu máu dai dẳng có vòng sắt.

3.2.3. Hội chứng tăng sinh tủy ác tính (theo FAB): 33 ca chiếm 6,27%, gồm:

- **Loxêmi kinh dòng tủy (LXMKDT):** 17 ca (51,52%) trong đó có 3 ca LXMKDT chuyển sang giai đoạn tăng tốc. Tỷ lệ nam/ nữ: 1,82/1.

Bệnh viện Trung ương Huế

- **Đa hồng cầu:** 11 ca (33,33%), trẻ nhất: 19 tuổi, lớn nhất: 80 tuổi. Nam/ nữ: 1,75/1.

- **Tăng TC tiên phát (TTCTP):** 4 ca (12,12%), trẻ nhất: 31 tuổi, lớn nhất: 82 tuổi.

- **Xơ tủy:** 1 ca (3,03%): 1 nữ 54 tuổi.

3.2.4. Hội chứng suy tủy và giảm sinh tủy: Tổng số 23 ca (4,37%). Tỷ lệ nam/ nữ là 1/2,28. Tuổi nhỏ nhất: 11 tháng tuổi, lớn nhất: 78 tuổi.

3.2.5. Bệnh lý tăng sinh dòng lympho: 15 ca (2,85%) trong đó:

- **Lơxêmi kinh dòng lympho (LXMKDL):** 11 ca. Trên 60 tuổi chiếm: 83,33%. Tuổi nhỏ nhất: 6 tuổi, lớn nhất: 75 tuổi. Tỷ lệ nam/ nữ: 2,33/1.

- **Tăng lymphocyt:** 4 ca, nhỏ tuổi nhất: 11 tuổi; lớn tuổi nhất là 84.

3.2.6. Thiếu máu hồng cầu to: 2 ca (0,38%) đều có tiền sử cắt dạ dày.

3.2.7. Đa u tủy xương (Kahler): 9 bệnh nhân (1,71%). Tuổi nhỏ nhất 40 tuổi, còn lại chủ yếu trên 65 tuổi. Tỷ lệ nam/ nữ (6/3) là 2/1.

3.2.8. Ung thư di căn tủy: 8 ca (1,52%), tỷ lệ nam/ nữ: 1/1,67. Tuổi nhỏ nhất 3, lớn nhất: 83 tuổi.

3.2.9. Ước chế tăng trưởng dòng bạch cầu hạt ở tủy: 2 ca (0,38%) đều là nữ.

3.2.10. Hội chứng tăng bạch cầu hạt ưa acid (HCTBCHUA): 15 ca (2,85%). Tuổi nhỏ nhất là 12, lớn nhất: 87. Tỷ lệ nam/ nữ (9/6) là 1,5/1.

3.2.11. Hình ảnh đại thực bào (DTB) thực bào tế bào máu (TBM) ở tủy: 15 ca (2,85%) chưa tìm thấy nguyên nhân; có 13 ca (2,47%) có bệnh lý rõ ràng. Nhỏ nhất: 5 tháng, lớn nhất: 74.

3.3. Bệnh lý ngoài tủy

3.3.1. Xuất huyết giảm tiểu cầu (XHGTC) ngoại vi: 32 ca (6,08%). Chủ yếu ở lứa tuổi 15 - 60 tuổi, tỷ lệ nam/ nữ (14/18) là 1/1,28.

3.3.2. Cường lách: 22 ca (4,18%). Tỷ lệ nam/ nữ (9/13) là 1/1,44. Tuổi nhỏ nhất: 10 tuổi, lớn nhất: 82 tuổi.

3.3.3. Tăng bạch cầu phản ứng: 8 ca (1,52%). Tỷ lệ nam/ nữ: 3/1, chủ yếu trên 40 tuổi.

3.3.4. Thalassemia: 9 ca (1,71%). Tuổi nhỏ nhất: 5, tuổi lớn nhất: 60.

3.3.5. Thiếu máu huyết tán: 3 ca (0,57%): 2 nữ

và 1 nam.

3.3.6. Thiếu máu nhược sắc hồng cầu nhỏ: 71 ca (13,49%).

3.3.7. Thiếu máu bình sắc hồng cầu kích thước vừa hoặc lớn: 79 ca (15,02%). Chủ yếu ở tuổi 15-60 cả 2 giới.

3.4. Huyết tủy đồ bình thường: 31 ca (5,89%) tổng số bệnh chẩn đoán mới.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Vị trí chọc: phần lớn là xương ức và gai chậu sau trên (GCST), số ít ca chọc ở gai chậu trước trên và ở đầu dưới xương chày (vài trẻ quá nhỏ). Không có ca nào có biến chứng trầm trọng hay nguy hiểm đến tính mạng trừ vài ca do quá lo lắng, căng thẳng, hoặc bị lạnh hoặc đói nhất là mùa lạnh vì vậy cần chú ý đến các yếu tố này trước khi chọc tủy.

Ưu điểm chọc ở xương ức là lớp cơ và tổ chức dưới da mỏng nên hầu như hiếm gây chảy máu sau chọc cũng như việc kiểm soát chảy máu chỗ chọc dễ dàng. Do nền xương ức rộng, nằm ngang nên lực chọc thẳng góc, mạnh, kim dễ bám, ít trượt hơn so với chọc ở GCST. Do vậy, chọc xương ức thuận lợi hơn chọc ở GCST ở bệnh nhân quá mập (có lớp mỡ và cơ mỏng dày).

Nhược điểm chọc ở xương ức là: dễ ảnh hưởng tâm lý (kể cả nam giới) vì bệnh nhân nhìn thấy người chọc ngay trước mặt mình hoặc phụ nữ trẻ thường ngại ngùng...trong khi chọc ở GCST hạn chế được khuyết điểm đó.

So giữa chọc ở đầu dưới xương chày và ở GCST ở trẻ nhỏ thì chọc đầu dưới xương chày nông dễ trúng tủy hơn, giữ người đưa trẻ dễ chọc dễ hơn.

Tóm lại, các vị trí chọc đều có ưu và khuyết điểm, bổ sung cho nhau, và việc chọn lựa vị trí chọc phụ thuộc vào tình trạng vùng chọc, tâm lý và lựa chọn của bệnh nhân.

4.2. Nhóm tuổi: Bảng 1: chiếm tỷ lệ cao nhất ở tuổi 15-60 (57,03%). Nam tương đương nữ (1,13/1). Bệnh nhân chọc tủy ở tuổi nhỏ nhất là 2 tháng, lớn nhất là 91 tuổi. Chọc tủy xương là một thủ thuật đơn giản, an toàn, nhanh chóng nhưng ở tuổi quá nhỏ hoặc quá lớn vẫn chịu hợp tác, đồng ý của người nhà lẫn bệnh nhân để làm thủ thuật cho chẩn đoán

bệnh và chữa trị, phải chăng trình độ dân trí về ý thức bệnh tật cao?

4.3. Về bệnh lý: Tổng số ca chọc tủy là 611, trong đó 85 ca (13,91%) bệnh đã được chẩn đoán, 526 ca (86,09%) bệnh chẩn đoán mới, trong đó bệnh máu ác tính chiếm 47,15%.

4.4. LXMC: Bảng 2: Nghiên cứu của chúng tôi, LXMC chiếm 19,01% tổng số bệnh chẩn đoán mới và chiếm tỷ lệ cao nhất trong số bệnh lý tại tủy (38,02%), cũng như kết quả của các tác giả khác [1], [3]. Đánh giá HTH có tầm quan trọng chủ yếu trong chẩn đoán LXMC, cùng với hạn chế của HHTB, cho phép chẩn đoán đa số trường hợp LXMCĐT và chẩn đoán tạm thời LXMCĐL [5], [6]. Tổng số LXMC là 100 ca trong đó có 4 ca LXMKĐT và 1 ca RLST chuyển thành LXMC, nam nhiều hơn nữ. Tuổi nhỏ nhất 11 tháng, lớn nhất : 86 tuổi. Phân loại theo FAB: LXMCĐT: 62% (<15t: 11,29%, >15t: 88,71%). LXMCĐL: 38% (<15t: 36,84%; >15t: 63,16%), so với nghiên cứu của Trần Quốc Dũng: <15 tuổi LXMCĐT chiếm 22,8% trong khi tỷ lệ LXMCĐL cao hơn nhiều: 77,2% [2]. Phân loại dưới nhóm của LXMCĐT theo FAB: M2 chiếm tỷ lệ cao nhất: 59,67% trong khi nghiên cứu của Trần Quốc Dũng 77,26% [2]. Phân loại dưới nhóm của LXMCĐL theo FAB: L2 chiếm tỷ lệ cao nhất: 65,79% tương đương của Trần Thị Minh Hương là 58,3% [3].

4.5. Rối loạn sinh tủy: Nghiên cứu của chúng tôi, nam nhiều hơn nữ, tương tự nghiên cứu của nhiều tác giả [2], RLST chiếm 9,32% tổng số bệnh nhân, trong đó phân loại dưới nhóm chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm RA (75,52%), trái lại nhóm RARS không có trường hợp nào, điều này so với các tác giả khác có khác biệt, có thể do đặc điểm bệnh ở mỗi vùng có khác nhau [2], [3] hay bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đến bệnh viện sớm khi bệnh còn ở giai đoạn ác tính thấp [5]. Hình thái tế bào lam tủy và máu rất quan trọng và thường đủ để thiết lập chẩn đoán RLST [6]. Thường khó chẩn đoán LXMC hoặc RLST trong những trường hợp có xơ tủy hoặc suy tủy [8].

4.6. Hội chứng tăng sinh tủy ác tính: Tổng số 33 ca (6,27%), gồm:

- LXMKĐT: 17 ca (51,52%) không có bệnh nhân dưới 15 tuổi, đa số ở lứa tuổi 20-60, trong đó có 4 ca chuyển sang giai đoạn cấp (0,23%) tương đương nghiên cứu của Trần Quốc Dũng là 0,23% [2] và 3 ca LXMKĐT chuyển sang giai đoạn tăng tốc.

- Đa HC: 11 ca (33,33%), nam mắc bệnh nhiều hơn nữ (1,75/1).

- TTCTP: 4 ca (12,12%), trẻ nhất là 31 tuổi, lớn nhất là 82 tuổi.

- Xơ tủy: ít gặp, chỉ 1 ca (3,03%): 1 nữ 54 tuổi.

4.7. Hội chứng suy tủy và giảm sinh tủy: 23 ca (4,37%). Nữ nhiều hơn nam cũng như nghiên cứu của Trần Thị Minh Hương [3].

4.8. LXMKDL: 11 ca (2,09%). Theo Walsh, LXMKDL là LXM thường gặp nhất ở người già, và 80% chẩn đoán mới ở bệnh nhân trên 50 tuổi [9], nghiên cứu của chúng tôi trên 60 tuổi: 83,33%. Nam nhiều hơn nữ (2,33/1), tương tự nghiên cứu của nhiều tác giả khác [1], [3].

4.9. Thiếu máu hồng cầu to: 2 ca (0,38%) có tiền sử cắt 2/3 dạ dày, rối loạn chủ yếu dòng HC, HC kích thước lớn, định lượng vitamin B12 giảm, hơn nửa sau thời gian điều trị thử với vitamin B12 cả 2 ca đều cải thiện tốt tình trạng thiếu máu.

4.10. Đa u tủy xương (Kahler): 9 ca (1,71%) tương đương nghiên cứu của Trần Quốc Dũng (1,4%) [2] chỉ có 1 nam 40 tuổi, 8 bệnh còn lại chủ yếu trên 65 tuổi. Với số lớn ở người già và phương pháp chẩn đoán ngày càng tốt hơn, tỷ lệ nhận biết Kahler tăng đặc biệt ở tuổi trên 60. Kahler nên nghi ngờ ở người già có đau xương kèm với thiếu máu không giải thích được, đặc biệt có HC chuỗi tiền trên tiêu bản máu [9].

4.11. Ung thư di căn tủy: 8 ca (1,52%) tương đương nghiên cứu của Trần Quốc Dũng (1,1%) [2]. Nam ít hơn nữ, trái với nghiên cứu của Trần Thị Minh Hương [3]. Di căn tế bào ung thư dễ dàng nhận thấy trên tiêu bản tủy xương vì các tế bào ung thư này thường khác hẳn giữa quần thể các tế bào trong tủy xương nhờ kích thước lớn và thường đứng thành nhóm dễ nhận thấy thậm chí bằng vật kính nhỏ. Nhiều trường hợp các XN tủy xương là phát hiện đầu tiên trong nhiều trường hợp ung thư biểu mô, khi chưa có biểu hiện rõ trên LS. Một số trường

hợp vẫn chưa tìm thấy khối u nguyên thủy sau khi phát hiện ra ung thư di căn tủy xương mặc dù đã tìm kiếm cẩn thận. Chọc hút tủy xương nên chỉ định thường quy ở bệnh nhân nghi ngờ bệnh lý ác tính hoặc thiếu máu nặng [10].

4.12. Ước chế tăng trưởng dòng BCH ở tủy: 2 ca (0,38%) đều là nữ. Bệnh lý này ít gặp, huyết đồ: giảm số lượng BC, giảm BCHTT, đặc biệt tủy xương giàu tế bào, hình thái các dòng bình thường nhưng sự trưởng thành của dòng BCHTT bị gián đoạn ở giai đoạn tiền tủy bào. Xảy ra ở 1 bệnh nhân thalassemia, và 1 bệnh nhân không có bệnh lý gì kèm theo, cả 2 ca không rõ nguyên nhân của tình trạng ước chế dòng BCHTT ở tủy xương này và sau thời gian điều trị, kiểm tra tủy lại thấy tủy bình thường, y vẫn có nêu những nguyên nhân mắc phải có thể gặp là do thuốc hoặc do virus.

4.13. Hội chứng tăng bạch cầu hạt ưa acid (HCTBCHUA): 15 ca (2,85%), số lượng BCHUA tăng cao (trên 1,5 G/L) kéo dài hơn 6 tháng hoặc có các cơ quan đích bị tổn thương do thâm nhiễm BCHUA, nguyên nhân chưa rõ, chẩn đoán đặt ra sau khi loại trừ một số bệnh NT, viêm, hoặc dị ứng, hen, chàm, KST, bệnh lý ác tính kèm theo [5], [7]. Theo Florence, HCTBCHUA có thể liên quan bất cứ lứa tuổi nào nhưng thường nhất ở tuổi trung niên, và nam/ nữ: 4-9/1 [7], trong nghiên cứu của chúng tôi: trên 60 tuổi chiếm 46,67%, nam/nữ: 1,5/1.

4.14. Hình ảnh ĐTB thực bào TBM: gồm 15 ca chưa tìm thấy nguyên nhân và 13 ca có kèm bệnh lý rõ ràng (1 LXMC, 4 RLST, 3 ULNH, 2 bệnh hệ thống, 2 GST, 1 thalassemia). Hội chứng hoạt hóa ĐTB là bệnh lý hiếm gặp, gần đây được quan tâm nhiều, tỷ lệ tử vong cao. Đây là một thực thể LS và sinh học do sự hoạt hóa một cách quá mức không đặc hiệu hệ thống thực bào - đơn nhân nguyên nhân do nhiễm trùng, rối loạn MD, thuốc, ung thư hoặc bệnh hệ thống. Hình ảnh ĐTB thực bào TBM ở tủy là điều kiện cần nhưng chưa đủ để chẩn đoán. Những tiêu chuẩn sinh học khác có thể củng cố chẩn đoán. Tuy vậy, HCHHĐTB không điển hình thường gặp hơn thể điển hình, làm chẩn đoán khó khăn [4].

4.15. XHGTC ngoại vi: 32 ca (6,08%), thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Quốc Dũng hay Trần Thị Minh Hương với tỷ lệ tương ứng là 16,9% và 18% [2], [3]. Bệnh chủ yếu ở tuổi 15-60, nam nhiều hơn nữ: 1/1,28.

4.16. Cường lách: 22 ca (4,18%). Nam ít hơn nữ. Tuổi nhỏ nhất: 10 tuổi, lớn nhất: 82 tuổi.

4.17. Thalassemia: 9 ca (1,71%). Nam nhiều hơn nữ. Tuổi nhỏ nhất: 5, lớn nhất: 60.

4.18. Tăng BC phản ứng: 8 ca (1,52%) thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Quốc Dũng (6,4%). Nam gặp nhiều hơn nữ (3/1). Nhuộm phosphatase BC kiềm (PAL) với số điểm PAL tăng cao, chúng tôi đã loại trừ được 8 ca tăng BC phản ứng giả loxêmi.

4.19. Thiếu máu: Thiếu máu huyết tán: 3 ca (0,57%). Thiếu máu nhược sắc HC nhỏ: 71 ca (13,49%). Thiếu máu bình sắc HC kích thước vừa hoặc lớn: 79 ca (15,02%). Chủ yếu ở tuổi 15-60 cả 2 giới. Nghiên cứu của chúng tôi, thiếu máu chủ yếu mức độ nhẹ, tập trung ở tuổi 15-60 ở cả 2 giới. Theo Walsh thiếu máu ở người già không nên quy cho do tuổi tác mà vì họ có bệnh, thường do nhiều nguyên nhân. Thiếu máu do thiếu sắt và do bệnh lý mãn tính là loại thường gặp nhất ở người già [9].

4.20. Huyết tủy đồ bình thường: 31 ca chiếm 5,89% tổng số bệnh nhân mới, thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Trần Quốc Dũng (8,7%) [2].

V. KẾT LUẬN

Bệnh máu và cơ quan tạo máu đa dạng, phức tạp, gặp ở mọi lứa tuổi, tần suất bệnh lý trong 526 ca chẩn đoán mới gồm:

1. Bệnh lý tại tủy: LXMC 19,01%, RLST 9,32%, HC tăng sinh tủy ác tính 6,27%, GST- suy tủy 4,37%, tăng sinh dòng lympho 2,85%, hình ảnh ĐTB thực bào TBM ở tủy 2,85%, HCTBCHUA 2,85%, ung thư di căn tủy 1,52%.

2. Bệnh lý ngoài tủy như: XHGTC 6,08%, cường lách 4,18%, thalassemia 1,71%, tăng BC phản ứng 1,52%, thiếu máu HC nhỏ nhược sắc 13,49%, thiếu máu HC kích thước vừa hoặc lớn 15,02%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. B J Bain, 1995, "Routin and specialised techniques in the diagnosis of haematological neoplasm", *J Clin Pathol* 48: p 501-508.
2. Trần Văn Bé, 2000, "Tình hình điều trị bệnh về máu tại TTTMHH thành phố Hồ Chí Minh", *Y học Việt Nam - Chuyên đề: Truyền máu Huyết học*, tr 1-4.
3. Trần Quốc Dũng, 1999, "Nhận xét kết quả tủy đồ qua 2445 trường hợp thực hiện tại TT TMHH thành phố Hồ Chí Minh", *Y học Việt Nam* số 2, tr 25-29.
4. Florence ERoufousse, 2007, "Hypereosinophilic syndromes", *Orphanet Journal of Rare Diseases* 2: 37.
5. John M. Bennett, 2009, "Diagnostic criteria to distinguish hypocellular acute myeloid leukemia from hypocellular myelodysplastic syndromes aplastic anemia: recommendations for a standardized approach", *Hematologica*, Vol 94, p 264 - 268.
6. John R. Walsh, 1981, "Hematologic Disorders in the Elderly", *the Western Journal of Medecine*, p 446 - 454.
7. Trần Thị Minh Hương, 2000, "Tình hình bệnh máu tại Viện HHTM BV Bạch Mai", *Y học Việt Nam - Chuyên đề: Truyền máu Huyết học*, tr 15-24.
8. Nguyễn Ngọc Minh, 2007, "Bài giảng Huyết học - Truyền máu sau Đại học", Nhà xuất bản Y học, tr 391-400.
9. Nguyễn Anh Trí, 2006, "Xếp loại của WHO 2001 về lơ xêmi cấp và bệnh lý ác tính dòng tủy", *Y học Thực hành*, tr 186-194.
10. RA Tasleem, ND Chowdhary, 2003, "Metastasis of Solid tumours in bone marrow: a study from Kashmir, India, *J.Clin Pathol* 56: 803.