DOI: 10.38103/jcmhch.18.2.15

Nghiên cứu

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN U LYMPHO NGUYÊN PHÁT TRUNG THẤT TẠI VIỆN HUYẾT HỌC -TRUYỀN MÁU TRUNG ƯƠNG GIAI ĐOẠN 2020 - 2025

Nguyễn Ngọc Dũng[1], Phạm Thị Nguyệt[1]
[1]Khoa Tế bào - Tổ chức học, Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương, Hà Nội, Việt Nam

TÓM TẮT

Mục tiêu: *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân u lympho nguyên phát trung thất (ULPNPTT) tại Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương giai đoạn 2020 - 2025.*

Đối tượng, phương pháp: *Nghiên cứu hồi cứu mô tả trên 40 bệnh nhân được chẩn đoán mới ULPNPTT từ tháng 01/2020 đến hết tháng 06/2025.*

Kết quả: *Tỷ lệ nam/nữ là 1:1,4. Nhóm tuổi thường gặp nhất là 16 - 30 tuổi (60%). Trong các thể bệnh, u lympho tế bào B lớn nguyên phát trung thất (PMBCL) chiếm tỷ lệ cao nhất (50%). Phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán trong vòng một tháng kể từ khi xuất hiện triệu chứng, chủ yếu do các biểu hiện chèn ép trung thất. Vị trí khối u thường gặp nhất là trung thất trước và trung thất trước trên (75%). Tỷ lệ bệnh nhân có khối u kích thước lớn (> 10 cm) là 35%. Tràn dịch màng phổi và tràn dịch màng tim là các biến chứng thường gặp, với tỷ lệ lần lượt là 67,5% và 32,5%. Có 90% bệnh nhân tăng LDH và 50% tăng β2 - microglobulin. Đa số bệnh nhân không có bất thường về máu ngoại vi và tủy xương, khoảng 35% trường hợp có thiếu máu nhẹ. Các thể bệnh được phân biệt dựa trên đặc điểm hóa mô miễn dịch đặc trưng.*

Kết luận: *U lympho nguyên phát trung thất chủ yếu gặp ở người trẻ và thường biểu hiện bằng hội chứng chèn ép trung thất. PMBCL là thể bệnh thường gặp nhất. Việc chẩn đoán và phân loại bệnh dựa chủ yếu vào mô bệnh học kết hợp hóa mô miễn dịch.*

Từ khóa: *U lympho nguyên phát trung thất, u lympho tế bào B lớn nguyên phát trung thất, đặc điểm lâm sàng, đặc điểm cận lâm sàng.*

ABSTRACT

CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH PRIMARY MEDIASTINAL LYMPHOMA TREATED AT THE NATIONAL INSTITUTE OF HEMATOLOGY AND BLOOD TRANSFUSION FROM 2020 TO 2025

Nguyen Ngoc Dung[1], Pham Thi Nguyet[1]

Objective: *To investigate the clinical and paraclinical characteristics of patients with PML treated at National Institute of Hematology and Blood Transfusion between 2020 and 2025.*

Methods: *We conducted a retrospective descriptive study of 40 newly diagnosed PML patients from January 2020 to June 2025.*

Results: *The male-to-female ratio was 1:1.4, and 60% of patients were aged 16 - 30 years. Primary mediastinal large B-cell lymphoma (PMBCL) was the most frequent subtype (50%). Most patients were diagnosed within one month of symptom onset, commonly presenting with mediastinal compression. Tumors were mainly located in the anterior and*

Ngày nhận bài: 06/02/2026. **Ngày chỉnh sửa:** 02/3/2026. **Chấp thuận đăng:** 16/3/2026
Tác giả liên hệ: Nguyễn Ngọc Dũng. Email: bsdungnihbt0874@gmail.com. ĐT: 0983081874

anterosuperior mediastinum (75%), and 35% had bulky disease (> 10 cm). Pleural and pericardial effusions occurred in 67.5% and 32.5% of cases, respectively. Elevated LDH and β2 - microglobulin levels were observed in 90% and 50% of patients. Peripheral blood and bone marrow involvement were uncommon, mild anemia was present in 35%. Immunohistochemistry was essential for subtype differentiation.

Conclusions: *Primary mediastinal lymphoma mainly occurs in young individuals and commonly presents with symptoms of mediastinal compression. Primary mediastinal large B-cell lymphoma (PMBCL) is the most frequently observed subtype. Diagnosis and classification rely primarily on histopathological examination combined with immunohistochemistry.*

Keywords: *Primary mediastinal lymphoma, PMBCL, clinical features, laboratory findings.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U lympho nguyên phát trung thất (ULPNPTT) là một nhóm bệnh lý ác tính xuất phát từ tổ chức lympho, khởi phát từ tổ chức lympho tại trung thất mà không có tổn thương ngoài trung thất tại thời điểm chẩn đoán. Đây là một nhóm bệnh lý hiếm gặp nhưng có ý nghĩa quan trọng trong lâm sàng do vị trí đặc biệt của khối u dễ gây chèn ép các cấu trúc quan trọng như khí quản, tim, mạch máu lớn và thực quản, dẫn đến các triệu chứng nguy hiểm như hội chứng chèn ép tĩnh mạch chủ trên, khó thở, đau ngực và rối loạn tuần hoàn [1]. Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương với vai trò là cơ sở chuyên khoa đầu ngành về huyết học, mặc dù đã có nhiều tiến bộ nhưng chẩn đoán, điều trị và tiên lượng của ULPNPTT vẫn còn nhiều thách thức, đặc biệt ở những thể bệnh có nguy cơ cao hoặc đáp ứng kém với điều trị chuẩn. Hơn nữa, do tỷ lệ mắc bệnh không cao, nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của ULNPTT vẫn còn nhiều hạn chế, nhất là trong bối cảnh tại Việt Nam. Xuất phát từ thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này mục tiêu chính: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân u lympho nguyên phát trung thất tại Viện Huyết học – Truyền máu Trung ương giai đoạn 2020 - 2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh: Tất cả các bệnh nhân được được chẩn đoán mới u lympho nguyên phát trung thất tại viện Huyết học và truyền máu Trung Ương giai đoạn từ tháng 1/2020 đến hết tháng 6/2025 và chưa nhận điều trị trước đó: U lympho nguyên phát trung thất là bệnh lý u lympho xuất phát từ các cấu trúc lympho ở trung thất, biểu hiện chủ yếu bằng khối u trung thất và không có tổn thương ngoài trung thất tại thời điểm chẩn đoán. Chẩn đoán u lympho nguyên phát trung thất cần kết hợp giữa lâm sàng, mô bệnh học (mô bệnh học u, tủy xương) và hình ảnh học (PET/CT, siêu âm…) [1].

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân được chẩn đoán ULPNPTT nhưng có bệnh lí ác tính khác kèm theo hoặc bệnh nhân không có đầy đủ thông tin hồ sơ, bệnh án nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu. Chọn mẫu toàn bộ. Cỡ mẫu thực tế là 40.

Biến số nghiên cứu: đặc điểm chung (tuổi, giới, chẩn đoán thể bệnh), đặc điểm lâm sàng (triệu chứng khởi phát, thời điểm chẩn đoán, biến chứng khối u), đặc điểm cận lâm sàng (vị trí, kích thước khối u, LDH, β2 - microglobulin, đặc điểm tế bào máu và tủy xương, hóa mô miễn dịch…).

Nguồn số liệu, hình ảnh, xét nghiệm được lấy tại phần mềm lưu trữ số liệu của viện Huyết học - truyền máu trung ương, khoa Tế bào - Tổ chức học.

2.3. Phân tích và xử lý số liệu

Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Biến định lượng được tính giá trị trung bình, trung vị, độ lệch chuẩn, giá trị min, max. Biến định tính được tính tỷ lệ %. So sánh các tỷ lệ và tìm mối quan hệ: Sử dụng test $\chi 2$ các so sánh có ý nghĩa thống kê khi $p < 0.05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

PTCL: u lympho tế bào T ngoại vi, B - LBL: lymphoblastic lymphoma B cell, T - LBL: lymphoblastic lymphoma T cell, CHL: u lympho Hodgkin thể cổ điển. Tỉ lệ bệnh nhân nữ (57,5%) nhiều hơn nam (42,5%). Tỉ lệ nam/ nữ là 1/1,4. Phần lớn bệnh nhân ở độ tuổi từ 16 - 30 tuổi. Nhóm bệnh nhân chẩn đoán PMBCL chiếm tỉ lệ cao nhất (50%), tiếp đến là CHL (27,5%) và T - LBL (10%) (Bảng 1).

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		n	%
Giới	Nam Nữ	17 23	57,5 42,5
Độ tuổi	<16 tuổi	2	5
	16 - 30 tuổi	24	60
	30 - 40 tuổi	8	20
	40 - 50 tuổi	2	5
	> 50 tuổi	4	10
Thể bệnh	PMBCL	20	50
	PTCL	2	5
	B - LBL	1	2,5
	T - LBL	4	10
	CHL	11	27,5
	Khác	2	5

Phần lớn bệnh nhân có thời gian được chẩn đoán trong vòng một tháng kể từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên (70%) (Bảng 2). Hầu hết bệnh nhân khởi phát bằng các triệu chứng chèn ép (87,5%), hay gặp nhất là triệu chứng ho (52,5%), đau tức ngực (57,5%) hay khó thở (40%) (Bảng 3).

Bảng 2: Thời gian từ khi có triệu chứng đầu tiên đến khi được chẩn đoán

Thời gian	Số BN (n)	%
≤ 1 tháng	28	70
2 - 3 tháng	9	22,5
3 - 6 tháng	2	5
7 - 12 tháng	1	2,5
Tổng	40	100

Bảng 3: Triệu chứng cơ năng đầu tiên tại thời điểm khởi phát

		Số BN (n)	%
Vị trí khối u	Trung thất trên	1	2,5
	Trung thất trước	18	45
	Trung thất trước trên	12	30
	Trung thất giữa	5	12,5
	Trung thất sau	2	5
	Khối to choán toàn bộ trung thất	2	5
Kích thước khối u	< 5 cm	7	17,5
	5 - 10 cm	19	47,5
	> 10 cm	14	35

Biến chứng khối u hay gặp nhất là tràn dịch màng phổi (67,5%), ít gặp hơn là tràn dịch màng tim (32,5%) và xẹp phổi (27,5%) (Bảng 5). Phần lớn bệnh nhân có tăng LDH (90%). Tỉ lệ bệnh nhân có β2 - microglobulin tăng là 50% (Bảng 6).

Bảng 5: Phân loại biến chứng khối u

Biến chứng	n	%
Tràn dịch màng phổi	27	67,5
Tràn dịch màng tim	13	32,5
Huyết khối	6	15
Xẹp phổi	11	27,5

Bảng 6: Xét nghiệm LDH và β2 - microglobulin tại thời điểm chẩn đoán

		Số BN	%	Mean ± 2SD
LDH	Tăng	36	90	696,38 ± 173,32
	Bình thường	4	10	
β2-microglobulin	Tăng	20	50	2,15 ± 1,99
	Bình thường	20	50	

37,5% bệnh nhân có thiếu máu mức độ nhẹ và vừa. 100% bệnh nhân có số lượng tiểu cầu bình thường. Tỉ lệ bệnh nhân có tăng bạch cầu đoạn trung tính là 22,5% (Bảng 7). Phần lớn (70%) bệnh nhân có mật độ tế bào tủy bình thường. 15% bệnh nhân có mật độ tế bào tủy tăng, 15% có mật độ tế bào tủy giảm (Bảng 8).

Bảng 7: Đặc điểm xét nghiệm tế bào máu ngoại vi tại thời điểm chẩn đoán

		Số BN	%	Mean ± 2SD
Thiếu máu	> 120 g/l	25	62,5	125,55 ± 43,87
	90 - 120 g/l	14	35	
	60 - 90 g/l	1	2,5	
	< 60 g/l	0	0	
Tiểu cầu	> 150 G/L	40	100	335,275 ± 201,45
	< 150 G/L	0	0	
BCĐTT	> 7,0 G/L	9	22,5	5,96 ± 2,53
	1,5 - 7,0 G/L	31	77,5	
	< 1,5 G/L	0	0	

Bảng 8: Đặc điểm tủy xương

Tình trạng tủy	Số BN	%
Tăng sinh	6	15
Giảm sinh	6	15
Bình thường	28	70
Biến đổi dòng lympho	4	10
Bất thường khác	4	10

Các nhóm thể bệnh u lympho nguyên phát trung thất có đặc điểm hóa mô miễn dịch đặc trưng giúp chẩn đoán và phân biệt thể bệnh (Bảng 9).

Bảng 9: Đặc điểm hóa mô miễn dịch các thể bệnh

Biểu hiện Marker	PMBCL (n=20)	CHL (n=11)	PTCL (n=2)	B-LBL (n=1)	T-LBL (n=4)
CD20	20/20	1/11	0/2	1/1	0/4
CD30	14/18	11/11	0/2	-	0/4
PAX5	6/6	9/9	-	-	0/2
LCA	15/15	0/11	2/2	1/1	4/4
CD15	0/8	9/11	-	-	-
CD3	0/20	3/11	2/2	0/1	4/4
CD5	0/15	0/2	2/2	0/1	2/2
TdT	0/4	0/1	0/2	1/1	4/4

Biểu hiện Marker	PMBCL (n=20)	CHL (n=11)	PTCL (n=2)	B-LBL (n=1)	T-LBL (n=4)
CD34	-	-	-	-	0/1
CD10	1/20	0/3	0/2	0/1	2/3
CD79a	14/14	0/1	0/2	0/1	0/3
ALK	0/6	0/8	0/1	0/1	0/3
Ki - 67 > 40	20/20	4/4	2/2	1/1	4/4
CD23	7/11	-	-	-	0/1
BCL2	19/20	3/3	0/1	1/1	2/2
BCL6	15/19	1/2	0/2	0/0	3/3
C-Myc	2/18	-	-	-	-
MUM1	18/19	3/3	-	-	-
CD43	1/1	-	-	-	-
EBV	0/7	0/4	-	-	-

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân nam/ nữ là 1:1,4, tương ứng nam chiếm 42,5% và nữ chiếm 57,5%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi khá đa dạng về tuổi, bệnh nhân trẻ nhất ghi nhận là 14 tuổi, lớn tuổi nhất là 76 tuổi. Tuy nhiên, độ tuổi hay gặp nhất là 16 - 30 tuổi (chiếm 60%), tiếp đến là độ tuổi 30 - 40 tuổi (chiếm 20%). Kết quả của chúng tôi có thể khác một số nghiên cứu khác trên thế giới về tỉ lệ nam/ nữ nhưng đều chỉ ra rằng, phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán bệnh đều ở độ tuổi 20-40 tuổi. Nhóm tuổi trên 50 thường ít gặp. Về phân loại bệnh nhân theo chẩn đoán, bảng 1 cho thấy: nhóm bệnh nhân được chẩn đoán là U lympho tế bào B lớn nguyên phát trung thất (PMBCL) chiếm tỉ lệ cao nhất (50%), tiếp đến là nhóm U lympho Hodgkin thể cổ điển (CHL) chiếm 27,5% và nhóm T-lymphoblastic lymphoma (T-LBL) chiếm 10%. Nghiên cứu ghi nhận một trường hợp chẩn đoán u lympho vùng xám trung thất. Như vậy, tỉ lệ u lympho không Hodgkin là 70% và Hodgkin là 27,5%. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của các tác giả Shiho Yamakoshi, Aggarwal R và Maru, khi các tác giả ghi nhận tỉ lệ bệnh nhân nhóm NHL trội hơn so với CHL, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) [1, 2].

4.2. Đặc điểm lâm sàng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến khi được chẩn đoán u lympho nguyên phát trung thất dao động từ dưới 1 tháng đến 12 tháng. Phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán trong vòng 1 tháng kể từ khi khởi phát triệu chứng (70%). Có 22,5% bệnh nhân được chẩn đoán trong khoảng 2 - 3 tháng, trong khi chỉ có 7,5% bệnh nhân được chẩn đoán muộn hơn (sau 3 tháng). Tuy nhiên, vẫn còn một tỷ lệ nhỏ (7,5%) bệnh nhân được chẩn đoán muộn hơn 3 tháng. Các ca bệnh này được chẩn đoán là CHL (2 ca) và u lympho tế bào áo namh (MCL) (1 ca). Nguyên nhân có thể do bản thân thể bệnh tiến triển chậm và các triệu chứng ban đầu không đặc hiệu, dễ nhầm lẫn với các bệnh lý hô hấp thông thường, hoặc do bệnh nhân chủ quan, chưa đi khám sớm. Việc chẩn đoán muộn có thể ảnh hưởng đến giai đoạn phát hiện bệnh và tiên lượng điều trị. Bảng 3 cho thấy hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi khởi phát bằng các triệu chứng cơ năng (87,5%), trong đấy hay gặp nhất là triệu chứng ho (52,5%), đau tức ngực (57,5%) hay khó thở (40%). Triệu chứng B gặp ở 35% các bệnh nhân và chỉ có 10% các bệnh nhân không có triệu

chứng. Điều này cũng hoàn toàn phù hợp với đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân có khối u trung thất nói chung hay bệnh nhân u lympho tại trung thất nói riêng. Tác giả Mohammad Vaziri và cộng sự trong nghiên cứu trên 105 bệnh nhân có khối u trung thất từ năm 1999 đến năm 2003 tại ba bệnh viện lớn ở Tehran có mô tả các triệu chứng thường gặp của bệnh nhân là: Khó thở (41%), ho (40%), đau (28%), sụt cân (20%), sốt (14%), tràn dịch màng phổi (12%) và chỉ có khoảng 12% bệnh nhân không triệu chứng [3]. Triệu chứng của bệnh nhân có u khối u trung thất nói chung nếu xét theo cơ chế bệnh sinh thì gồm 2 nhóm triệu chứng chính: Triệu chứng cận u, hay còn gọi là hội chứng B, bao gồm sốt, sụt cân, ra mồ hôi trộm và nhóm triệu chứng chèn ép [4]. Nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu đến viện với các triệu chứng chèn ép mức độ trung bình như đau ngực, khó thở… cho thấy các bệnh nhân này tiếp cận với chẩn đoán y khoa không còn ở giai đoạn sớm của bệnh. Do vậy, chúng ta thấy vai trò quan trọng của việc thăm khám sức khỏe định kì, kết hợp với các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh (XQuang, siêu âm, CT..) để có thể phát hiện sớm những tổn thương ở trung thất.

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Các khối u hay gặp nhất là ở vị trí trung thất trước và trung thất trước trên (75%), ít gặp ở trung thất sau (5%) (bảng 4). Gặp 2 trường hợp có khối u trung thất to choán chỗ toàn bộ trung thất. Hầu hết các nghiên cứu về khối u trung thất đều ghi nhận trung thất trước là vị trí thường gặp nhất của khối u [4]. Nếu xét riêng các nghiên cứu về U lympho nguyên phát trung thất, chúng tôi thấy hầu hết các khối u gặp ở trung thất trước. Điều này có thể được giải thích bởi đặc điểm giải phẫu và thành phần mô học của trung thất trước, nơi tập trung nhiều cấu trúc có nguồn gốc từ mô lympho và nội tiết như tuyến ức, hạch bạch huyết, mô mỡ và các tàn dư phôi thai. Đây đều là những mô có khả năng phát sinh nhiều loại khối u khác nhau, đặc biệt là u tuyến ức, u lympho và u tế bào mầm. Ngược lại, trung thất sau chủ yếu chứa các cấu trúc thần kinh và cột sống, do đó các khối u tại vị trí này thường là u thần kinh và có tần suất thấp hơn rõ rệt so với trung thất trước.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kích thước khối u được sử dụng là đường kính lớn nhất của khối u. Theo đó, chúng tôi chia kích thước khối u thành 3 mức: kích thước nhỏ (< 5cm), kích thước trung bình (5 - 10cm) và kích thước lớn (> 10cm). Theo đó, nhóm khối u có kích thước 5-10 cm chiếm tỉ lệ cao nhất là 47,5%. Ít gặp nhất là nhóm khối u kích thước nhỏ hơn 5cm (17,5%). Nhóm khối u kích thước lớn trên 10 cm chiếm 35%, chủ yếu gặp ở nhóm trung thất trước (bảng 4). Trong các trường hợp u lympho, tổn thương trung thất giữa thường biểu hiện dưới dạng hạch to đơn thuần hoặc chùm hạch, ít khi tạo thành khối u lớn choán chỗ như ở trung thất trước. Điều này phần nào lý giải các trường hợp khối u trung thất kích thước lớn chiếm toàn bộ trung thất được ghi nhận trong nghiên cứu [4, 5].

Biến chứng khối u phổ biến nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là tràn dịch màng phổi, chiếm 67,5% số trường hợp. Tràn dịch màng tim gặp ở 32,5% bệnh nhân, thể hiện khả năng xâm lấn hoặc chèn ép của khối u lên màng tim, tĩnh mạch chủ trên hoặc hệ bạch huyết trung thất. Biến chứng này có ý nghĩa lâm sàng quan trọng vì có thể gây chèn ép tim cấp, ảnh hưởng trực tiếp đến huyết động của người bệnh, đòi hỏi phải được phát hiện và xử trí kịp thời. Xẹp phổi được ghi nhận ở 27,5% trường hợp, chủ yếu do khối u chèn ép hoặc xâm lấn vào phế quản chính, làm giảm thông khí phổi. Biến chứng này thường góp phần làm nặng thêm các triệu chứng hô hấp như khó thở, ho khan hoặc đau ngực, đồng thời gây khó khăn trong chẩn đoán hình ảnh vì có thể che lấp ranh giới khối u. Ngoài ra, huyết khối tĩnh mạch được phát hiện ở 15% bệnh nhân. So sánh với các nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy xu hướng chung tương đồng nhưng tỉ lệ cụ thể có thể khác nhau tùy vào mẫu bệnh, giai đoạn bệnh khi nhập viện và phương pháp chẩn đoán. Điều này cũng cho thấy bệnh cảnh lâm sàng đa dạng của bệnh lí u lympho [3, 6].

Khi đánh giá về thay đổi giá trị xét nghiệm sinh hóa ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy nồng độ LDH tăng ở 90% bệnh nhân, với giá trị trung bình là 696,98 ± 173,32 U/L (bảng 3.6). Tỉ lệ tăng LDH rất cao phản ánh đặc điểm hoạt động mạnh của khối u và tình trạng tăng chuyển hóa tế bào ác tính. Đối với β2 - microglobulin, tỷ lệ bệnh nhân tăng chiếm 50%, với giá trị trung bình là 2,15 ± 1,99 mg/L. Một số nghiên cứu đã khẳng định β2 - microglobulin là yếu tố tiên lượng độc lập đối với bệnh nhân u lympho ác tính, đặc biệt

khi kết hợp với LDH trong các thang điểm tiên lượng như IPI (International Prognostic Index) [7]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của tác giả Vũ Đức Bình và cộng sự trên 800 bệnh nhân u lympho không Hodgkin cho thấy có 42,3% bệnh nhân có LDH tăng và 59,5% bệnh nhân tăng β2 - microglobulin [8]. Tỉ lệ bệnh nhân có LDH và β2 - microglobulin tăng trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu thể hiện tình trạng tiến triển và tiên lượng kém hơn của nhóm bệnh nhân u lympho nguyên phát trung thất.

Kết quả nghiên cứu cho thấy giá trị huyết sắc tố trung bình của nhóm bệnh nhân u lympho nguyên phát trung thất là 125,55 ± 43,87 g/L, trong đó có 37,5% bệnh nhân có biểu hiện thiếu máu ở các mức độ khác nhau. Hầu hết bệnh nhân chỉ thiếu máu nhẹ, không có trường hợp thiếu máu nặng (< 60 g/L) (bảng 7). Tỷ lệ này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Thủy và cộng sự (2019) trên nhóm bệnh nhân u lympho không Hodgkin, ghi nhận khoảng 40% bệnh nhân có thiếu máu nhẹ đến vừa [9]. Về bạch cầu đoạn trung tính, giá trị trung bình là 4,70 G/L (dao động 1,86 - 18,69 G/L). Có 22,5% bệnh nhân tăng bạch cầu, chủ yếu ở mức nhẹ. Hiện tượng này có thể liên quan đến tình trạng phản ứng viêm hoặc stress sinh lý trong quá trình tiến triển của khối u, hơn là biểu hiện của xâm lấn tủy. Về số lượng tiểu cầu, tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều có số lượng tiểu cầu trong giới hạn bình thường (trung bình = 335,28 ± 201,45 G/L), không ghi nhận trường hợp giảm tiểu cầu. Như vậy, các kết quả trên cho thấy bệnh nhân u lympho nguyên phát trung thất thường có ít thay đổi về tế bào máu ngoại vi, chủ yếu biểu hiện thiếu máu nhẹ. Điều này phản ánh đặc điểm bệnh khu trú tại trung thất, ít ảnh hưởng đến tủy xương, phù hợp với mô tả lâm sàng điển hình của thể bệnh này trong y văn [10].

Theo bảng 8, phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có tủy đồ bình thường (70%), chỉ có 15% trường hợp mật độ tế bào tủy tăng, 15% mật độ tế bào tủy giảm và 10% có biến đổi dòng lympho. Các trường hợp có giảm sinh tủy hoặc biến đổi dòng lympho trong nghiên cứu này có thể phản ánh ảnh hưởng thứ phát của quá trình viêm, phản ứng miễn dịch, hoặc do điều trị hỗ trợ trước chẩn đoán (như corticosteroid, hóa chất không đặc hiệu) hơn là biểu hiện của xâm lấn tủy thực sự. Điều này cho thấy tất cả các trường hợp bệnh khu trú tại trung thất, không có xâm lấn tủy xương - phù hợp với đặc điểm bệnh học của u lympho nguyên phát trung thất. Điều này tương tự nhận xét của Armitage (2017) rằng những thay đổi nhẹ trong tủy xương ở bệnh nhân PMBCL thường mang tính phản ứng, không có ý nghĩa tiên lượng xấu [11].

Kết quả hóa mô miễn dịch trong bảng 9 cho thấy sự khác biệt rõ rệt giữa các thể bệnh lympho ác tính. Hầu hết các trường hợp PMBCL biểu hiện CD20 (+), CD79a (+) và PAX5 (+), khẳng định nguồn gốc tế bào B. Đồng thời, tỷ lệ CD30 dương tính cao (77,8%) cho thấy có sự chồng lấn về mặt hình thái và miễn dịch với u lympho Hodgkin dạng xơ nốt. Đặc biệt, chỉ số Ki-67 > 40% ở 100% trường hợp chứng tỏ đặc tính tăng sinh mạnh của u. Các trường hợp CHL có đặc trưng là CD30 (+) và CD15 (+) gần như tuyệt đối, trong khi CD20 và PAX5 chỉ dương tính yếu hoặc khu trú. Các trường hợp PTCL có CD3 (+), CD5 (+) và LCA (+), trong khi CD20, CD79a âm tính, xác nhận nguồn gốc tế bào T. Các trường hợp B - LBL và T-LBL có biểu hiện biểu hiện dấu ấn đặc trưng cho dòng B và T. Ngoài ra, CD10 (+) và Ki-67 cao cũng hỗ trợ chẩn đoán giai đoạn non của tế bào u. Một điều đáng lưu ý ở đây là biểu hiện của CD23 trong nhóm PMBCL. Tỉ lệ dương tính là 7/11 (63,64%). Nhiều nghiên cứu đã ghi nhận rằng CD23 dương tính ở tỷ lệ cao trong PMBCL, dao động từ 60–85%, trong khi rất hiếm gặp ở DLBCL, NOS (dưới 10%). Kiểu nhuộm CD23 trong PMBCL thường mạnh, khu trú ở màng tế bào hoặc dạng lưới trong mô đệm, phản ánh nguồn gốc tế bào u từ tế bào B vùng tủy tuyến ức (thymic medullary B cells) - nhóm tế bào vốn có đặc tính biểu hiện CD23 sinh lý. Trong thực hành, việc CD23 dương tính mạnh kết hợp với CD30 dương tính nhẹ, CD10 âm tính, MUM1 dương tính và BCL6 ± sẽ hướng chẩn đoán nhiều hơn về PMBCL. Như vậy sự khác biệt về biểu hiện CD23 có giá trị đáng kể trong chẩn đoán phân biệt PMBCL với DLBCL, NOS, đặc biệt khi khối u khu trú trung thất - vị trí mà hai thể bệnh này thường chồng lấn về mô học [1,11].

Sự khác biệt trong biểu hiện các marker khẳng định giá trị của hóa mô miễn dịch trong phân loại và chẩn đoán phân biệt các thể lympho ác tính [10].

V. KẾT LUẬN

ULPNPTT chủ yếu gặp ở người trẻ, biểu hiện lâm sàng nổi bật là hội chứng chèn ép trung thất. PMBCL là thể bệnh thường gặp nhất. Biến chứng khối u hay gặp nhất là tràn dịch màng phổi, màng tim và xẹp phổi. Sinh máu tủy xương hầu như không có ảnh hưởng. Hóa mô miễn dịch đóng vai trò quan trọng trong phân loại thể bệnh.

Xung đột lợi ích

Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích nào liên quan đến việc thực hiện, xuất bản bài báo này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aggarwal R., Rao S., Dhawan S. và cộng sự. (2017). Primary mediastinal lymphomas, their morphological features and comparative evaluation. Lung India Off Organ Indian Chest Soc, 34(1), 19-24.
2. Yamakoshi S., Fujii T., Homma S. và cộng sự. (2009). Primary mediastinal lymphoma: a clinicopathological review of 29 cases. CHEST, 136(4), 19S.
3. Hoppe B.S., Advani R., Milgrom S.A. và cộng sự. (2021). Primary Mediastinal B Cell Lymphoma in the Positron-Emission Tomography Era Executive Summary of the American Radium Society Appropriate Use Criteria. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 111(1), 36-44.
4. Duwe B.V., Sterman D.H., và Musani A.I. (2005). Tumors of the Mediastinum. Chest, 128(4), 2893-2909.
5. Cheng J. Ann Arbor staging system (historical) | Radiology Reference Article | Radiopaedia.org. Radiopaedia, <https://radiopaedia.org/articles/ann-arbor-staging-system-historical >, accessed: 02/03/2025.
6. Nguyễn Thị Thu Hương, Đỗ Huyền Nga và cộng sự. (2025). Venous thromboembolism risk in newly diagnosed lymphoma patients: a real-world prospective observational study from Vietnam National Cancer Hospital. BMC Cancer, 25, 1301.
7. Maru P., Brahmbhatt B., Vanik S. và cộng sự. (2024). Tertiary care center experience: An overview of primary mediastinal lymphomas. Indian J Pathol Microbiol, 67(3), 569.
8. Vũ Đức Bình và Nguyễn Lan Phương (2025). Đặc điểm bệnh nhân u lympho không hodgkin ở người lớn tại viện huyết học - truyền máu trung ương giai đoạn 2019-2023. Tạp Chí Học Việt Nam, 2.
9. Nguyễn Thị Thu Thủy, Phan Gia Huy, Trần Văn Thuấn và cộng sự. Phân tích đặc điểm bệnh nhân của người bệnh u lympho không hodgkin tại một số bệnh viện Việt Nam. Tạp chí Y học Việt Nam, 479 (2), 198-202.
10. Alaggio R., Amador C., Anagnostopoulos I. và cộng sự. (2022). The 5th edition of the World Health Organization Classification of Haematolymphoid Tumours: Lymphoid Neoplasms. Leukemia, 36(7), 1720 - 1748.
11. Savage K.J. (2022). Primary mediastinal large B-cell lymphoma. Blood, 140(9), 955 - 970.