

MỐI LIÊN QUAN GIỮA THỂ BỆNH VỚI LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG
VÀ GIAI ĐOẠN BỆNH Ở BỆNH NHÂN ĐA U TUYẾN XƯƠNG

Hà Văn Quang^{1*}, Nguyễn Tuấn Thành², Phạm Văn Hùng³

Tóm tắt

Mục tiêu: Nghiên cứu mối liên quan giữa thể bệnh với đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và giai đoạn bệnh ở bệnh nhân (BN) đa u tủy xương (ĐUTX). **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang được thực hiện trên 98 BN được chẩn đoán ĐUTX tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 01/2016 - 12/2024. **Kết quả:** Đa số BN mắc thể bệnh IgG (53,1%), tiếp theo là IgA (28,6%), chuỗi nhẹ (12,2%) và các thể bệnh khác (6,1%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các thể bệnh về giá trị trung vị của tuổi, số lượng bạch cầu, tiểu cầu, tỷ lệ plasmocyte trong tủy xương và nhóm nồng độ hemoglobin ($p < 0,05$). Tương tự, nồng độ albumin, Beta-2 Microglobulin ($\beta 2M$) và Hệ thống phân loại Giai đoạn bệnh Quốc tế (international staging system: ISS) cũng có sự khác biệt theo thể bệnh với các giá trị $p = 0,016$; $0,039$ và $0,04$. Trong đó, tỷ lệ BN mắc IgA có albumin < 35 g/L cao nhất (85,7%), trong khi tỷ lệ BN có chuỗi nhẹ có albumin ≥ 35 g/L cao nhất (66,7%). Về giai đoạn bệnh theo phân loại của ISS, IgG phổ biến nhất ở giai đoạn II (57,7%), trong khi IgA chiếm tỷ lệ cao nhất ở giai đoạn III (50%). **Kết luận:** Thể bệnh có liên quan đến tuổi, các chỉ số tế bào máu ngoại vi và giai đoạn bệnh ISS ở BN ĐUTX.

Từ khóa: Đa u tủy xương; Thể bệnh; Hệ thống phân loại Giai đoạn bệnh Quốc tế.

ASSOCIATION BETWEEN DISEASE TYPE AND CLINICAL,
PARACLINICAL CHARACTERISTICS, AND DISEASE STAGES IN
PATIENTS WITH MULTIPLE MYELOMA

Abstract

Objectives: To examine the relationship between disease type and clinical, paraclinical characteristics, as well as disease stage, in patients diagnosed with multiple myeloma (MM).

¹Bộ môn - Trung tâm Nội Dã chiến, Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

²Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

³Phòng Kế hoạch tổng hợp, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

*Tác giả liên hệ: Hà Văn Quang (haquangss@gmail.com)

Ngày nhận bài: 04/3/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 10/4/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v50i5.1243>

Methods: A retrospective, cross-sectional descriptive study was conducted on 98 patients diagnosed with MM at Military Hospital 103 from January 2016 to December 2024. **Results:** The majority of patients had the IgG disease type (53.1%), followed by IgA (28.6%), light chain (12.2%), and other types (6.1%). Statistically significant differences were observed between disease types in median values of age, white blood cell count, platelet count, bone marrow plasmocyte ratio, and hemoglobin level group ($p < 0.05$). Similarly, variations in albumin concentration, Beta-2 Microglobulin levels, and international staging system (ISS) disease stage were also found among different disease types, with p-values of 0.016, 0.039, and 0.04, respectively. Among them, IgA had the highest proportion of patients with albumin levels below 35 g/L (85.7%), whereas light chain had the highest proportion with albumin ≥ 35 g/L (66.7%). Regarding the ISS disease stage, IgG was most commonly observed in stage ISS II (57.7%), while IgA had the highest proportion in stage ISS III (50%). **Conclusion:** Disease type is associated with age, peripheral blood cell indices, and ISS disease stage in patients with MM.

Keywords: Multiple myeloma; Types of disease; International staging system.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đa u tủy xương là bệnh lý ác tính của hệ tạo máu, đặc trưng bởi sự tăng sinh bất thường của tế bào plasma trong tủy xương, dẫn đến phá hủy xương, gây rối loạn miễn dịch do sự tiết quá mức immunoglobulin đơn dòng, làm ức chế tổng hợp immunoglobulin đa dòng, từ đó, dẫn đến tổn thương nhiều cơ quan. Các biểu hiện lâm sàng thường gặp bao gồm đau xương, gãy xương bệnh lý, suy thận, thiếu máu, chảy máu, tăng calci huyết và nhiễm trùng [1].

Đa u tủy xương có thể được phân loại dựa trên loại immunoglobulin bất thường gia tăng, bao gồm IgG, IgA, IgD, IgM, IgE, chuỗi nhẹ, hai dòng và không tiết [2].

Trong đó, IgG, IgA và chuỗi nhẹ là ba thể bệnh phổ biến nhất. Các nghiên cứu cho thấy sự khác biệt giữa các thể bệnh có liên quan đến đáp ứng điều trị cũng như tiên lượng bệnh [3, 4]. Đặc biệt, thể IgA và thể IgD có tiên lượng xấu hơn, với tỷ lệ đáp ứng điều trị thấp hơn so với các thể bệnh khác. BN mắc thể IgA hoặc IgD thường là người lớn tuổi, chủ yếu là nam giới, có xu hướng giảm số lượng tiểu cầu và nồng độ huyết sắc tố. Bên cạnh đó, BN thuộc hai thể bệnh này còn có tỷ lệ plasmocyte cao trong tủy xương, nồng độ calci, creatinine, LDH (lactate dehydrogenase) và $\beta 2M$ trong máu tăng cao, trong khi nồng độ albumin lại giảm, đa số BN được chẩn đoán ở giai đoạn muộn [4, 5].

Tại Việt Nam, đã có nhiều nghiên cứu về ĐUTX, tuy nhiên, mối liên quan giữa thể bệnh với đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và giai đoạn bệnh vẫn chưa được quan tâm nhiều. Việc xác định rõ sự khác biệt giữa các thể bệnh có ý nghĩa quan trọng trong tiên lượng và điều trị. Hiểu rõ đặc điểm của từng thể bệnh giúp các bác sĩ lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp, từ đó nâng cao hiệu quả điều trị và có thể kéo dài thời gian sống của BN. Bệnh viện Quân y 103 là một trong những cơ sở y tế tiếp nhận và điều trị nhiều BN ĐUTX mỗi năm, do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm: *Tìm hiểu mối liên quan giữa thể bệnh với các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và giai đoạn bệnh ở BN ĐUTX được chẩn đoán tại Bệnh viện Quân y 103 trong giai đoạn từ tháng 01/2016 - 12/2024.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 98 BN mới được chẩn đoán ĐUTX tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 01/2016 - 12/2024.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn:* BN \geq 18 tuổi được chẩn đoán xác định mắc ĐUTX theo tiêu chuẩn của WHO năm 2008 hoặc năm 2016.

* *Tiêu chuẩn loại trừ:* BN không có đủ thông tin trong hồ sơ bệnh án.

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang.

* *Cỡ mẫu nghiên cứu:* Toàn bộ.

* *Chỉ số nghiên cứu và cách xác định:*

Các chỉ số được thu thập từ hồ sơ bệnh án của BN bao gồm: Tuổi, giới tính, chỉ số tổng trạng ECOG, triệu chứng đau xương, số lượng bạch cầu, tiểu cầu, nồng độ hemoglobin, tỷ lệ plasmocyte trong tủy xương, nồng độ calci, albumin, β 2M, creatinine và LDH trong huyết thanh. Phân nhóm nồng độ hemoglobin theo tác giả Liu và CS (2021).

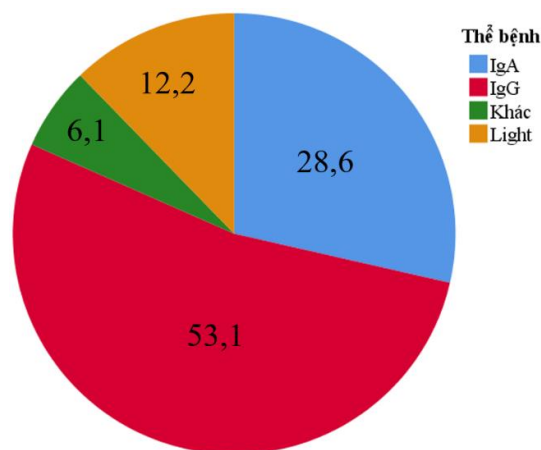
Phân loại giai đoạn bệnh theo ISS, thể bệnh theo IMWG - 2016 bao gồm: IgG, IgA, chuỗi nhẹ và các thể khác (IgD, IgE, IgM...).

* *Xử lý số liệu:* Số liệu được thu thập và phân tích bằng phần mềm SPSS 25.0. So sánh sự khác biệt giữa các nhóm về tỷ lệ bằng kiểm định Fisher và về trung vị bằng kiểm định Kruskal-Wallis. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ các quy định về y sinh trong y học của Bệnh viện Quân y 103. Số liệu nghiên cứu được Bộ môn - Trung tâm Nội Dã chiến, Bệnh viện Quân y 103 cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 1. Tỷ lệ BN ĐUTX theo thể bệnh.

Phần lớn BN ĐUTX có thể bệnh IgG (53,1%), tiếp theo là thể IgA (28,6%) và chuỗi nhẹ (12,2%). Chỉ có 6,1% BN thuộc nhóm thể bệnh khác (IgD, IgE, IgM).

Bảng 1. Mối liên quan giữa thể bệnh với một số chỉ số lâm sàng.

Chỉ tiêu nghiên cứu	IgA (n = 28)	IgG (n = 52)	Chuỗi nhẹ (n = 12)	Khác (n = 6)	P	
Tuổi	< 65	13(46,4%)	34 (65,4%)	7 (58,3%)	4 (66,7%)	0,412
	≥ 65	15 53,6%)	18 (34,6%)	5 (41,7%)	2 (33,3%)	
	Trung vị (25 - 75%)	66,5 (60,3 - 79)	62 (54 - 69,5)	62,5 (53,8 - 68,8)	65 (62,5 - 71,3)	0,042
Giới tính	Nam	10 (35,7%)	27 (51,9%)	6 (50%)	3 (50%)	0,575
	Nữ	18 (64,3%)	25 (48,1%)	6 (50%)	3 (50%)	
ECOG	< 2	15 53,6%)	34 (65,4%)	9 (76%)	3 (50%)	0,506
	≥ 2	13 (46,4%)	18 (34,6%)	3 (25%)	3 (50%)	
Đau xương	Có	19 67,9%)	33 (63,5%)	8 (66,7%)	4 (66,7%)	0,983
	Không	9 (32,1%)	19 (36,5%)	4 (33,3%)	2 (33,3%)	

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giá trị trung vị của tuổi giữa các thể bệnh ($p = 0,042$). Trong đó, BN mắc thể IgA có trung vị tuổi cao nhất là 66,5 tuổi, thể IgG có trung vị tuổi thấp nhất là 62 tuổi. Tuy nhiên, không có sự khác biệt về nhóm tuổi, giới tính, chỉ số tổng trạng ECOG và triệu chứng đau xương theo thể bệnh ($p > 0,05$).

Bảng 2. Mối liên quan giữa thể bệnh với một số chỉ số huyết học.

Chỉ tiêu nghiên cứu	IgA (n = 28)	IgG (n = 52)	Chuỗi nhẹ (n = 12)	Khác (n = 6)	p	
Hb (g/L)	< 100	26 (92,9%)	36 (69,2%)	8 (66,7%)	3 (50%)	0,024
	≥ 100	2 (7,1%)	16 (30,8%)	4 (33,3%)	3 (50%)	
	Trung vị (25 - 75%)	75,5 (64 - 87)	88,5 (69,3 - 105,8)	89,5 (71 - 104,5)	78,5 (65,6 - 103,8)	0,268
Bạch cầu (G/L)	Trung vị (25 - 75%)	6,47 (5,37 - 7,8)	7,95 (5,88 - 8,68)	4,92 (3,85 - 5,18)	5,78 (4,28 - 7,37)	0,007
Neutrophil (G/L)	Trung vị (25 - 75%)	3,48 (2,78 - 4,82)	4,2 (2,91 - 5,1)	2,47 (1,93 - 2,97)	2,89 (1,74 - 4,77)	0,034
Lymphocyte (G/L)	Trung vị (25 - 75%)	1,99 (1,46 - 2,65)	2,17 (1,71 - 2,63)	1,32 (1,15 - 1,88)	1,92 (1,59 - 2,32)	0,048
Tiểu cầu (G/L)	< 150	11 (39,3%)	11 (21,2%)	5 (41,7%)	2 (33,3%)	0,224
	≥ 150	17 (60,7%)	41 (78,8%)	7 (58,3%)	4 (66,7%)	
	Trung vị (25 - 75%)	174 (93,2 - 253,5)	232,5 (188,3 - 312,3)	217 (96 - 313)	174 (94,5 - 234,3)	0,025
Plasmocyte (%)	Trung vị (25 - 75%)	31,5 (19,3 - 48)	25,5 (14,8 - 45)	27,5 (13 - 32,8)	30,5 (20 - 42,8)	0,034

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giá trị trung vị của số lượng bạch cầu, bạch cầu hạt, bạch cầu lympho, số lượng tiểu cầu và tỷ lệ plasmocyte giữa các thể bệnh, với các giá trị p lần lượt là 0,007; 0,034; 0,048; 0,025 và 0,034. Tương tự, nồng độ hemoglobin cũng có sự khác biệt theo thể bệnh (p = 0,024).

Bảng 3. Mối liên quan giữa thể bệnh với một số chỉ số sinh hoá.

Chỉ tiêu nghiên cứu	IgA (n = 28)	IgG (n = 52)	Chuỗi nhẹ (n = 12)	Khác (n = 6)	p	
Albumin (g/L)	< 35	24 (85,7%)	39 (76,5%)	4 (33,3%)	4 (66,7%)	0,007
	≥ 35	4 (14,3%)	13 (23,5%)	8 (66,7%)	2 (33,3%)	
	Trung vị (25 - 75%)	30,7 (23,5 - 36,2)	34,2 (27,5 - 41,9)	37,6 (29,4 - 39,8)	29,7 (24,7 - 36,8)	0,016
β2M (mg/L)	≤ 3,5	5 (17,9%)	20 (38,5%)	5 (41,7%)	2 (33,3%)	0,234
	> 3,5	23 (82,1%)	32 (61,5%)	7 (58,3%)	4 (66,7%)	
	Trung vị (25 - 75%)	5,96 (3,72 - 12,96)	3,84 (3,11 - 6,11)	3,78 (2,51 - 7,76)	4,3 (2 - 7,57)	0,039

Chỉ tiêu nghiên cứu	IgA (n = 28)	IgG (n = 52)	Chuỗi nhẹ (n = 12)	Khác (n = 6)	p	
Ca ²⁺ (mmol/L)	≤ 2,67	12 (42,9%)	26 (50%)	8 (66,7%)	4 (66,7%)	0,505
	> 2,67	16 (57,1%)	26 (50%)	4 (33,3%)	2 (33,3%)	
	Trung vị (25 - 75%)	2,32 (2,19 - 2,8)	2,39 (2,21 - 2,9)	2,29 (2,23 - 2,6)	2,25 (2,12 - 2,66)	0,474
	Không tăng	16 (57,1%)	33 (63,5%)	9 (75%)	4 (66,7%)	0,778
Creatinine (μmol/L)	Tăng	12 (42,9%)	19 (36,5%)	3 (25%)	2 (33,3%)	
	Trung vị (25 - 75%)	104,9 (70,7 - 192)	99,1 (60,3 - 137,1)	98,4 (76,4 - 137,9)	82,9 (53 - 224)	0,454
LDH (U/L)	≤ 240	15 (53,6%)	38 (73,1%)	11 (91,7%)	3 (50%)	0,055
	> 240	13 (45,4%)	14 (26,9%)	1 (8,3%)	3 (50%)	
	Trung vị (25 - 75%)	200,3 (150,2 - 470,7)	191,3 (143,8 - 245)	158,2 (127,3 - 219,6)	318 (122,1 - 859,4)	0,425

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giá trị trung vị của nồng độ albumin và β2M trong huyết tương (p = 0,016 và 0,039 tương ứng). Trong đó, tỷ lệ BN mắc thể bệnh IgA có nồng độ albumin < 35 g/L cao nhất (85,7%), trong khi thể chuỗi nhẹ có tỷ lệ thấp nhất (33,3%). Không có sự khác biệt về nồng độ calci, creatinine và LDH theo thể bệnh (p > 0,05).

Bảng 4. Mối liên quan giữa thể bệnh với giai đoạn bệnh theo ISS.

Chỉ tiêu nghiên cứu	IgA (n = 28)	IgG (n = 52)	Chuỗi nhẹ (n = 12)	Khác (n = 6)	p	
Giai đoạn bệnh theo ISS	I	1 (3,6%)	8 (15,4%)	4 (33,3%)	2 (33,3%)	0,04
	II	13 (46,4%)	30 (57,7%)	3 (25%)	3 (50%)	
	III	14 (50%)	14 (26,9%)	5 (41,7%)	1 (16,7%)	

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ giai đoạn bệnh theo phân loại ISS giữa các thể bệnh (p = 0,04). Trong đó, giai đoạn I có tỷ lệ thấp nhất ở tất cả các thể bệnh, đặc biệt thể IgA chỉ chiếm 3,6%, thấp nhất trong các nhóm. Giai đoạn II chiếm tỷ lệ cao nhất ở thể IgG (57,7%), tiếp theo là thể IgA (46,4%). Giai đoạn III có tỷ lệ cao nhất ở thể IgA (50%), trong khi thể IgG chỉ chiếm 26,9%. Tỷ lệ ở thể chuỗi nhẹ là 41,7% và thể khác là 16,7%, thấp hơn so với thể IgA.

BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy IgG (53,1%) và IgA (28,6%) là hai thể bệnh phổ biến nhất ở BN ĐUTX, tiếp theo là chuỗi nhẹ (12,2%) và các thể khác (6,1%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Wang và CS (2018), trong đó, IgG (47,2%) và IgA (21,4%) là hai thể bệnh phổ biến nhất [6]. Tương tự, nghiên cứu của Bal và CS (2022) cũng ghi nhận IgG (57,4%), chuỗi nhẹ (20,6%) và IgA (19,9%) là các thể bệnh phổ biến, trong khi IgD và thể khác chỉ chiếm 0,5% [5]. Điều này do tỷ lệ tế bào plasma sản xuất IgG cao hơn so với các thể khác trong cơ thể, thời gian bán hủy của IgG dài, IgG dễ bị đột biến trong quá trình sinh ung thư, IgG thường tồn tại dưới dạng monomer nên sản xuất dễ dàng hơn. Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giá trị trung vị tuổi theo thể bệnh ($p = 0,042$). Cụ thể, BN mắc thể IgA có trung vị tuổi cao nhất (66,5 tuổi), trong khi thể IgG có trung vị thấp nhất (62 tuổi). Kết quả này khác với nghiên cứu của Bal và CS (2022), trong đó ghi nhận sự khác biệt về tuổi và giới tính theo thể bệnh ($p = 0,001$ và $0,03$) [5]. Trong nghiên cứu của Liu và CS (2021), BN mắc thể IgD có trung vị tuổi thấp hơn (56 tuổi) so với nhóm không phải IgD (62 tuổi) ($p = 0,0001$) và có sự khác biệt về giới tính ($p = 0,018$) [3]. Về triệu chứng đau xương, kết quả nghiên

cứ của chúng tôi ghi nhận 65,3% BN có triệu chứng đau xương và 37,8% có chỉ số ECOG ≥ 2 , tuy nhiên, không có sự khác biệt giữa các thể bệnh ($p > 0,05$). Điều này phù hợp với nghiên cứu của Sirohi và CS (2001), không ghi nhận sự khác biệt về tổn thương xương theo thể bệnh ($p > 0,05$) [4]. Sự khác biệt về tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi so với các nghiên cứu khác có thể do khác biệt về hệ thống tầm soát, tuổi thọ tăng, yếu tố di truyền/môi trường và sự chênh lệch trong tiếp cận y tế.

Nghiên cứu cũng cho thấy sự khác biệt đáng kể về các chỉ số huyết học và tỷ lệ tế bào plasma giữa các thể bệnh ($p < 0,05$). Cụ thể, tỷ lệ BN mắc thể IgA có nồng độ hemoglobin < 100 g/L cao nhất (92,9%), cao hơn thể IgG (69,2%) và chuỗi nhẹ (66,7%). Trung vị số lượng bạch cầu và tiểu cầu cao nhất ở thể IgG, trong khi tỷ lệ plasmocyte thấp nhất được ghi nhận ở thể này. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Bal và CS (2022), trong đó, BN thể IgD và IgA có tỷ lệ hemoglobin < 100 g/L cao nhất (48% và 41%) ($p = 0,0001$) [5]. Ngoài ra, nghiên cứu của Liu và CS (2021) cũng ghi nhận sự khác biệt về tỷ lệ plasmocyte trong tủy xương và số lượng tiểu cầu máu ngoại vi giữa các thể bệnh ($p = 0,001$). Trong đó, 41,9% BN thể IgD có tỷ lệ plasmocyte trong tủy xương $\geq 50\%$, cao hơn so với nhóm không phải IgD (20,1%). Đồng thời, 22,3% BN thể

IgD có số lượng tiểu cầu < 100 G/L, cao hơn so với nhóm không phải IgD (12,8%). Tuy nhiên, tác giả không thấy có sự khác biệt về nồng độ hemoglobin theo thể bệnh ($p = 0,063$) [3].

Phân tích mối liên quan giữa thể bệnh và một số chỉ số sinh hóa cho thấy nồng độ albumin và $\beta 2M$ có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các thể bệnh ($p < 0,05$). Cụ thể, tỷ lệ BN mắc thể IgA có nồng độ albumin < 35 g/L cao nhất (85,7%). Trung vị nồng độ albumin thấp nhất được ghi nhận ở thể khác (29,7 g/L) và thể IgA (30,7 g/L). Bên cạnh đó, trung vị nồng độ $\beta 2M$ cao nhất ở nhóm IgA (5,96 mg/L), cao hơn so với IgG (3,84 mg/L) và chuỗi nhẹ (3,78 mg/L). Tuy nhiên, nghiên cứu không ghi nhận sự khác biệt về nồng độ calci, LDH và creatinine huyết thanh giữa các thể bệnh ($p > 0,05$). Kết quả này khác với nghiên cứu của Sirohi và CS (2001), trong đó, tác giả ghi nhận sự khác biệt về nồng độ calci, LDH, creatinine, albumin và $\beta 2M$ giữa nhóm thể IgG và chuỗi nhẹ ($p < 0,05$). Ngoài ra, nghiên cứu này cũng cho thấy sự khác biệt về nồng độ albumin và $\beta 2M$ giữa thể IgA và IgG ($p = 0,009$ và $0,04$) [4]. Theo nghiên cứu của Bal và CS (2022), có sự khác biệt về nồng độ LDH và chức năng thận theo thể bệnh ($p = 0,001$) [5]. Sự khác biệt giữa các nghiên cứu có thể xuất phát từ sự khác nhau về cỡ mẫu và tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,04$) giữa các thể bệnh ĐUTX và giai đoạn bệnh theo hệ thống ISS, trong đó, thể IgG có tỷ lệ BN ở giai đoạn II cao nhất (57,7%), trong khi thể IgA có tỷ lệ BN ở giai đoạn III cao nhất (50%); thể chuỗi nhẹ có tỷ lệ BN ở giai đoạn I cao nhất (33,3%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Bal và CS (2022), trong đó, thể IgD có tỷ lệ BN ở giai đoạn III (theo hệ thống ISS) cao nhất (43%), tiếp theo là thể IgA (21%) ($p = 0,001$) [5]. Tác giả Liu và CS (2021) cũng ghi nhận thể IgD có tỷ lệ BN mắc bệnh ở giai đoạn III (theo hệ thống ISS) cao hơn nhóm không phải IgD (62,1% so với 38,1%) ($p = 0,001$) [3]. Như vậy, các nghiên cứu đều cho thấy mối liên quan giữa thể bệnh và giai đoạn bệnh theo hệ thống ISS, trong đó, thể IgA thường liên quan đến giai đoạn muộn. Điều này có thể do hệ thống ISS dựa vào nồng độ albumin và $\beta 2M$. Thể IgA thường liên quan đến giảm albumin máu do có mức Interleukin-6 và các cytokine tiền viêm cao hơn, kích thích sự phát triển của tương bào ác tính và ức chế tổng hợp albumin tại gan; gây tổn thương thận, làm mất albumin qua nước tiểu [7, 8]. Thể IgA cũng làm tăng sinh tế bào plasma ác tính, dẫn đến tăng sản xuất $\beta 2M$ (do $\beta 2M$ là thành phần của phức hợp MHC lớp I (major histocompatibility complex class I) trên bề mặt tế bào plasma. Hơn nữa, tổn

thương thận giảm đào thải β 2M, làm cho nồng độ β 2M trong máu tăng cao [9, 10].

KẾT LUẬN

Thể bệnh IgG chiếm tỷ lệ cao nhất (53,1%). Có mối liên quan giữa tuổi, số lượng bạch cầu, tiểu cầu, nồng độ hemoglobin và tỷ lệ plasmocyte với thể bệnh. Thể IgG phổ biến nhất ở giai đoạn II (57,7%), trong khi thể IgA có tỷ lệ cao nhất ở giai đoạn III (50%).

Lời cảm ơn: Nhóm tác giả xin chân thành cảm ơn Bệnh viện Quân y 103 và các BN ĐUTX đã tham gia nghiên cứu trong thời gian từ tháng 01/2016 - 12/2024.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Brigle K, Rogers B. Pathobiology and diagnosis of multiple myeloma. *Elsevier*. 2017; 225-236.
2. Wang W, Zhang C-X, Li Z-L, et al. Detection of intracellular IgD using flow cytometry could be a novel and supplementary method to diagnose IgD multiple myeloma. *BMC Cancer*. 2018; 18:1-5.
3. Liu J, Hu X, Jia Y, et al. Clinical features and survival outcomes in IgD myeloma: A study by Asia Myeloma Network (AMN). *Leukemia*. 2021; 35(6):1797-1802.
4. Sirohi B, Powles R, Kulkarni S, et al. Comparison of new patients with Bence-Jones, IgG, and IgA myeloma

receiving sequential therapy: The need to regard these immunologic subtypes as separate disease entities with specific prognostic criteria. *Bone Marrow Transplantation*. 2001; 28(1):29-37.

5. Bal S, Giri S, Godby KN, et al. Revisiting the impact of immunoglobulin isotypes in multiple myeloma. *Annals of Hematology*. 2022; 101(4):825-829.

6. Wang L, Jin F-Y, Li Y, S et al. IgA type multiple myeloma, clinical features, and prognosis. *Chinese Medical Journal*. 2018; 131(10):1249-1250.

7. Chu N-L, Zhang J-Y, Guo L, et al. Expression and clinical significance of IL-6, IL-10, TNF- α and β 2-MG in multiple myeloma patients with different results of blood separation. *Zhongguo shi yan xue ye xue za zhi*. 2020; 28(5):1625-1630.

8. Argyropoulos CP, Chen SS, Ng Y-H, et al. Rediscovering beta-2 microglobulin as a biomarker across the spectrum of kidney diseases. *Frontiers in Medicine*. 2017; 4:73.

9. Sindhu ER, Das AY, Padmanabhan M, et al. Correlation of plasma cell percentage and monoclonal gammopathies with biochemical parameters in multiple myeloma patients: A retrospective study. *Asian Pacific Journal of Cancer Care*. 2023; 8(4):685-689.

10. Torres H, Martínez R, González J. Correlation between β 2-microglobulin, globulin levels & the number of plasmatic cells in patients with multiple myeloma. *Int J Biomed Res Prac*. 2021; 1(2):1-4.