








BỆNH SUY TỬY

<p>Bệnh suy tủy là bệnh gì?</p>	<p>Tủy xương là nơi tạo ra các tế bào máu cho cơ thể, bao gồm <i>hồng cầu, bạch cầu và tiểu cầu</i>.</p> <p>Suy tủy là một tình trạng bệnh lý mà tủy xương bị suy giảm chức năng dẫn đến số lượng tế bào máu của người bệnh giảm hơn bình thường làm người bệnh dễ mệt mỏi, xanh xao, sốt, chảy máu...</p> <p>Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi, cao nhất là 15-25 tuổi, kế đến là 65-69 tuổi. Ở nước ta, bệnh suy tủy chiếm suất độ thứ ba trong các bệnh lý về máu và hệ tạo máu, sau bạch cầu cấp và xuất huyết giảm tiểu cầu.</p> <p>Nguyên nhân:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Bẩm sinh: thiếu máu Fanconi, Dyskeratosis Congenitale, Shwachmann Diamond,... * Mắc phải: do một số loại thuốc, hóa chất, siêu vi, bệnh tự miễn, thai kỳ,... Tuy nhiên, khoảng 70% các trường hợp không rõ nguyên nhân, được gọi là vô căn. 			
<p>Mức độ bệnh</p>	<p>Theo tiêu chuẩn của Camitta và Bacigalupo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suy tủy nặng: khi máu có 2 trong 3 tiêu chuẩn: số lượng bạch cầu Neutrophil $<0,5 \times 10^9/L$, Tiểu cầu $<20 \times 10^9/L$, Hồng cầu lưới $<20 \times 10^9/L$ (Hoặc chỉ số hồng cầu lưới $<1\%$). - Suy tủy rất nặng: tương tự suy tủy nặng nhưng số lượng bạch cầu Neutrophil $<0,2 \times 10^9/L$. - Suy tủy trung bình: khi không đủ tiêu chuẩn nặng hay rất nặng. 			
<p>Biểu hiện của bệnh</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Triệu chứng khởi đầu là xanh xao dần, chóng mặt, kèm triệu chứng cơ năng khác của thiếu máu nặng mạn tính: mệt, đánh trống ngực, khó thở, chóng mặt ù tai. - Trong giai đoạn sớm hầu hết bệnh nhân đều không có triệu chứng nào khác, gan lách hạch không có dấu hiệu bất thường. 	<p>Sau đó có xuất huyết do tiểu cầu giảm: xuất huyết dưới da, niêm mạc gây chảy máu mũi, nướu răng, xuất huyết kết mạc mắt, vớng mạc, xuất huyết não, xuất huyết tiêu hóa, rong kinh, rong huyết...</p> 	<p>Có triệu chứng sốt do dễ bị nhiễm trùng, nhiễm nấm do giảm bạch cầu hạt.</p> 	
<p>Bệnh nguy hiểm không?</p>	<p>Bệnh nhân có thể tử vong do:</p> <ul style="list-style-type: none"> Xuất huyết nặng, kéo dài, xuất huyết não. Nhiễm trùng nặng, sốc nhiễm trùng. Tai biến truyền máu kéo dài: truyền máu kém hiệu quả do dị miễn dịch, ứ sắt, bệnh nhiễm do lây qua đường truyền máu,... Một số trường hợp, 10-20% diễn tiến thành loạn sinh tủy, tiểu huyết sắc tố kịch phát về đêm, bạch cầu cấp dòng tủy,... 			
<p>Tiên lượng</p>	<p>Tiên lượng nói chung là nặng; nếu không được điều trị thích hợp, thời gian sống bình quân 3-6 tháng; chỉ khoảng 20% sống được hơn 1 năm. Yếu tố tiên lượng không phụ thuộc vào nguyên nhân suy tủy mà phụ thuộc vào mức độ suy tủy.</p>			

	Thường quy		Chẩn đoán bệnh	Tìm nguyên nhân bệnh	Hỗ trợ điều trị đặc hiệu
Xét nghiệm	<input type="checkbox"/> Huyết đồ, phết máu ngoại biên, hồng cầu lưới → Tính chỉ số hồng cầu lưới: Reticulin Index (%) = (%HCL bn x Hct bn)/45% <input type="checkbox"/> ALT, AST, GGT, Bilirubin, Creatinine, Urea, Glycemia, LDH, Ion đồ <input type="checkbox"/> Ferritin, B12, Folate <input type="checkbox"/> HbsAg, AntiHCV, HIV <input type="checkbox"/> Tổng phân tích nước tiểu		<input type="checkbox"/> Tuỷ đồ <input type="checkbox"/> Sinh thiết tuỷ <input type="checkbox"/> Dấu ấn PNH (Máu)	<input type="checkbox"/> ANA, AntidsDNA, LE cell <input type="checkbox"/> Coombs' test <input type="checkbox"/> CMV IgM/IgG, EBV IgM/IgG, Parvo virus, HHV-6	<input type="checkbox"/> Định lượng nồng độ Cyclosporin, ion Mg (Nếu điều trị Cyclosporin) <input type="checkbox"/> HLA (Nếu điều trị ghép)
Điều trị	Điều trị nguyên nhân	Cách ly bệnh nhân ra khỏi môi trường độc hại nghi ngờ là nguyên nhân chính gây bệnh (hóa chất, tia xạ,...). Ngưng những thuốc bệnh nhân đang dùng nghi ngờ có thể gây suy tủy và thay bằng loại khác nếu thật sự cần thiết.			
	Điều trị hỗ trợ	Truyền chế phẩm máu  <ul style="list-style-type: none"> Được chỉ định truyền hồng cầu lắng (HCL) → duy trì Hb # 80g/L. Ở người già hoặc có vấn đề tim phổi, duy trì Hb # 90-100g/L. 	 <ul style="list-style-type: none"> Truyền tiểu cầu đậm đặc (TCĐĐ) khi TC <10 k/uL hoặc khi TC >10 k/uL nhưng có tình trạng chảy máu. Có chảy máu niêm mạc → duy trì TC ≥ 50 K/uL. 		
	Điều trị nhiễm trùng	  Khi có sốt hoặc có dấu hiệu nhiễm trùng → nhập viện → được thăm khám lâm sàng tìm nguyên nhân, được cấy máu và các bệnh phẩm khác như đàm, phân, nước tiểu,.. tùy theo nơi biểu hiện hoặc định hướng nhiễm trùng, → được dùng kháng sinh phổ rộng điều trị theo kinh nghiệm.			
	Điều trị đặc hiệu	Việc quyết định điều trị đặc hiệu dựa vào mức độ của bệnh, tuổi và có người cho tuỷ phù hợp HLA hay không. <ul style="list-style-type: none"> Nếu suy tủy trung bình, không có nhu cầu truyền HCL hoặc TCĐĐ → chỉ cần theo dõi định kỳ. Nếu suy tủy nặng hoặc suy tủy trung bình nhưng cần truyền máu → bắt đầu điều trị đặc hiệu ngay. ≤ 40 tuổi → Ưu tiên dị ghép tuỷ xương. >40 tuổi → Ưu tiên dùng thuốc ức chế miễn dịch: Antithymocyte globulin (ATG), cyclosporine (CSA). 			
Tiến trình điều trị	<ul style="list-style-type: none"> Ở người lớn, sau 6 tháng điều trị ATG + CSA, nếu đánh giá BN không đáp ứng sẽ có chỉ định dùng ATG đợt 2 tương tự. Nếu ATG đợt 2 thất bại sau 6 tháng → Chuyển điều trị ghép từ người cho ngoài huyết thống phù hợp HLA. Ở trẻ em, sau 6 tháng điều trị ATG + CSA, nếu đánh giá BN không đáp ứng → Chuyển điều trị ghép từ người cho ngoài huyết thống phù hợp HLA. 				
Dinh dưỡng	Ăn uống đầy đủ các chất dinh dưỡng. Ăn chín, uống sôi phòng ngừa nhiễm trùng. Rau quả, trái cây tươi phải rửa sạch, gọt vỏ kĩ trước khi ăn. * Lưu ý khi dùng thuốc ức chế miễn dịch: chế độ ăn ít muối, ít đường vì thuốc CSA có thể gây tăng huyết áp, tăng đường huyết.				
Lời dặn khác	***Một số lưu ý khi sử dụng CSA: Các tác dụng phụ có thể gặp: nổi mụn bọc, mụn mủ; viêm, loét dạ dày hoặc xuất huyết tiêu hóa; thận giữ nước, tăng huyết áp; teo cơ, loãng xương; tăng đường huyết; dễ bị nhiễm trùng và nhiễm trùng sẽ diễn tiến nặng. Trong quá trình điều trị, khi có bất kì bất thường nào, báo ngay cho bác sĩ điều trị.				