

- Respiratory Review. 2018; 27(147), 180097.
- Farber JM.** Clinical practice guideline: diagnosis and management of childhood obstructive sleep apnea syndrome. *Pediatrics*. 2002; 110(6), 1255–1257; author reply 1255-1257.
 - Chervin RD, Ellenberg SS, Hou X, et al.** Prognosis for Spontaneous Resolution of OSA in Children. *Chest*. 2015; 148(5), 1204–1213.
 - Zhang J, Chen J, Yin Y, et al.** Therapeutic effects of different drugs on obstructive sleep apnea/hypopnea syndrome in children. *World J Pediatr*. 2017; 13(6), 537–543.
 - Kheirandish-Gozal L, Bhattacharjee R, Bandla HPR, et al.** Antiinflammatory therapy outcomes for mild OSA in children. *Chest*. 2014; 146(1), 88–95.
 - Bisgaard H, Skoner D, Boza ML, et al.** Safety and tolerability of montelukast in placebo-controlled pediatric studies and their open-label extensions. *Pediatr Pulmonol*. 2009; 44(6), 568–579.
 - Villa MP, Rizzoli A, Miano S, et al.** Efficacy of rapid maxillary expansion in children with obstructive sleep apnea syndrome: 36 months of follow-up. *Sleep Breath*. 2011; 15(2), 179–184.

KHẢO SÁT THIẾU MÁU TRƯỚC PHẪU THUẬT Ở NGƯỜI BỆNH UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG

Trần Thành Phát¹, Phan Tôn Ngọc Vũ¹, Nguyễn Thị Thanh², Nguyễn Thị Phương Dung¹, Nguyễn Thị Ngọc Đào¹, Nguyễn Huyền Thoại³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thiếu máu trước phẫu thuật có liên quan đến tăng tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật và kéo dài thời gian nằm viện, đặc biệt ở người bệnh ung thư đại trực tràng. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ và các yếu tố ảnh hưởng đến thiếu máu trước phẫu thuật ở người bệnh ung thư đại trực tràng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu quan sát trên người bệnh phẫu thuật chương trình cắt đoạn đại trực tràng do ung thư từ tháng 12 năm 2022 đến tháng 06 năm 2023 tại Bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh. **Kết quả:** Nghiên cứu bao gồm 100 người bệnh, 50 nam (50%), 50 nữ (50%) tuổi trung bình là 59,9 ± 13,4 tuổi. Tỷ lệ thiếu máu trước phẫu thuật ở người bệnh ung thư đại trực tràng là 48%. Trong đó 50% người bệnh thiếu máu mức độ nhẹ, 31% người bệnh thiếu máu mức độ trung bình và 19% người bệnh thiếu máu mức độ nặng. Có mối liên quan giữa tình trạng thiếu máu trước phẫu thuật ở người bệnh ung thư đại trực tràng với tình trạng thể chất theo ASA III (OR 2,70, KTC 95% từ 1,02 đến 7,19) và vị trí khối u ở đại tràng (OR 5,08, KTC 95% từ 1,46 đến 17,6). **Kết luận:** Tỷ lệ thiếu máu trước phẫu thuật ở người bệnh ung thư đại trực tràng vẫn còn cao. Người bệnh ung thư đại tràng và có tình trạng thể chất theo ASA III nên được quan tâm đến tình trạng thiếu máu và nên được tối ưu hóa thiếu máu trước phẫu thuật.

Từ khóa: thiếu máu trước phẫu thuật, ung thư đại trực tràng

SUMMARY

EVALUATION OF PREOPERATIVE ANEMIA IN COLORECTAL CANCER

¹Bệnh viện Đại Học Y dược TpHCM

²Trường ĐHY Khoa Phạm Ngọc Thạch TP.HCM

³Đại học Trà Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thành Phát

Email: tranthanhphat152@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024

Ngày duyệt bài: 24.9.2024

Background: Preoperative anemia was associated with a higher incidence of postoperative complications and prolonged length of stay (LOS), especially in colorectal cancer. **Objectives:** The aim of the study was to determine the prevalence and factors associated with preoperative anemia in colorectal cancer. **Method:** An observational study in the patients who underwent elective colorectal cancer surgery between December 2022 to June 2023 at University Medical Center of Ho Chi Minh City. **Results:** This study included 100 patients, 50 males (50%), 50 females (50%), median age: 59,9 ± 13,4 years. The prevalence of preoperative anemia was 48%. Among these patients, mild, moderate and severe preoperative anemia were 50%, 31% and 19% respectively. The multi-variable binary logistic regression analysis showed that ASA III (OR:2,70, CI:1,02-7,19) and colonic tumor (OR:5,08, CI:1,46-17,6) were significantly associated with preoperative anemia. **Conclusion:** The prevalence of preoperative anemia in colorectal cancer remained high. Patients with colon cancer or classified ASA III should be concerned about preoperative anemia and optimized this condition before surgery. **Keywords:** preoperative anemia, colorectal cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu máu trước phẫu thuật có liên quan đến tăng tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật và kéo dài thời gian nằm viện, đặc biệt ở người bệnh ung thư đại trực tràng.¹ Tuy nhiên, truyền các chế phẩm máu trong giai đoạn chu phẫu có thể làm tăng các biến chứng và ảnh hưởng tới tiên lượng sống còn lâu dài của người bệnh ung thư đại trực tràng.² Do đó, việc tối ưu hóa nồng độ hemoglobin (Hb) của người bệnh trước phẫu thuật là rất quan trọng nhưng tùy vào tính khẩn cấp của phẫu thuật và khả năng dung nạp với điều trị của người bệnh trước phẫu thuật thì thời gian can thiệp sẽ khác nhau. Theo chương trình chăm sóc phục hồi sớm sau phẫu thuật (ERAS),

người bệnh ung thư đại trực tràng chỉ cần đạt mục tiêu điều trị ở mức nồng độ Hb chấp nhận được trước phẫu thuật hơn là mức nồng độ Hb trở về ngưỡng bình thường.³

Người bệnh ung thư đại trực tràng có nhiều nguyên nhân dẫn đến thiếu máu trước phẫu thuật. Tỷ lệ thiếu máu trước phẫu thuật dao động tùy theo tiêu chí chẩn đoán. Nghiên cứu của Gao cho thấy 23,23% người bệnh ung thư đại trực tràng có thiếu máu tại thời điểm được chẩn đoán ung thư với tiêu chí thiếu máu là Hb < 120 g/L ở nam và Hb < 110 g/L ở nữ.⁴ Irina Ristescu chỉ ra có 52,3% người bệnh ung thư đại trực tràng thiếu máu trước phẫu thuật theo tiêu chí chẩn đoán của Tổ chức Y tế thế giới (WHO).⁵

Tuy nhiên, trong các nghiên cứu này chưa thống nhất tiêu chí chẩn đoán thiếu máu trước phẫu thuật ở người bệnh ung thư đại trực tràng nên có sự dao động khá lớn ở tỷ lệ thiếu máu. Ngoài ra, các nghiên cứu này cũng chưa nêu ra các loại thiếu máu và các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng thiếu máu trước phẫu thuật. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Khảo sát thiếu máu trước phẫu thuật ở người bệnh ung thư đại trực tràng" để trả lời câu hỏi: *Tỷ lệ thiếu máu và mức độ thiếu máu trước phẫu thuật theo tiêu chuẩn của WHO ở người bệnh ung thư đại trực tràng là bao nhiêu?*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu quan sát, có phân tích.

Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh có chỉ định phẫu thuật cắt đoạn ung thư đại trực tràng chương trình tại Bệnh viện Đại học Y được Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 12 năm 2022 đến tháng 6 năm 2023.

Tiêu chí chọn bệnh: Người bệnh từ đủ 18 tuổi, ASA I-III, có chỉ định phẫu thuật cắt đoạn ung thư đại trực tràng, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chí loại trừ: Người bệnh mắc các bệnh lý huyết học: suy tủy, bạch cầu cấp, bệnh hồng cầu hình liềm, bệnh Thalassemia, bệnh hemophilia, ung thư đại trực tràng tái phát hoặc có kèm theo một ung thư nguyên phát ở vị trí khác.

Cỡ mẫu: tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ:

$$n \geq Z^2_{1-\frac{\alpha}{2}} \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: α là khoảng tin cậy 95%, p : tỷ lệ thiếu máu trước phẫu thuật, chọn $d = 0,1$. Theo nghiên cứu Ristecu 2019, chọn $p = 52,3\%$. Do đó n tối thiểu là 96 người bệnh. Chúng tôi chọn cỡ mẫu là 100 người bệnh.

Quá trình nghiên cứu: Người bệnh lựa

chọn vào nghiên cứu được gây mê phẫu thuật theo qui trình của bệnh viện Đại học Y được Thành phố Hồ Chí Minh. Chúng tôi ghi nhận đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh tại thời điểm khám tiền mê và đặc điểm ung thư tại thời điểm sau phẫu thuật.

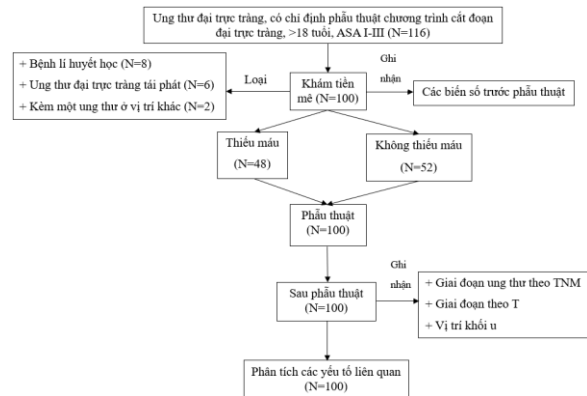
Biến số nghiên cứu

Biến số nghiên cứu chính: Thiếu máu và mức độ thiếu máu trước phẫu thuật.

Biến số kiểm soát: tuổi, giới tính, tình trạng thể chất theo ASA, suy thận mạn, tiêu phân nhầy máu, sụt cân, chán ăn, suy dinh dưỡng trước phẫu thuật, hóa trị- xạ trị trước phẫu thuật, phân loại vị trí khối u, giai đoạn ung thư theo TNM và theo T.

Phân tích và xử lý số liệu. Số liệu thu thập được thống kê và xử lý bằng phần mềm thống kê STATA 14.0. Các biến số định lượng trình bày bằng trung bình \pm độ lệch chuẩn đối với phân phối chuẩn, bằng trung vị và khoảng tứ phân vị đối với phân phối không chuẩn. Sử dụng phép kiểm định chi bình phương với ngưỡng ý nghĩa khi $p < 0,05$ để tìm mối liên quan giữa thiếu máu trước phẫu thuật với các đặc điểm dân số xã hội, bệnh lý nội khoa đi kèm, đánh giá tình trạng thể chất theo ASA, các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng. Kiểm định chính xác Fisher được sử dụng thay cho kiểm định chi bình phương khi có $>20\%$ giá trị kì vọng <5 . Sử dụng phân tích hồi quy Logistic đơn biến nhị thức với tỷ số số chênh OR và khoảng tin cậy 95% để đánh giá mối liên quan giữa từng yếu tố liên quan thiếu máu với tình trạng thiếu máu trước phẫu thuật. Sau đó, các yếu tố có giá trị $p < 0,2$ được phân tích bằng mô hình hồi quy Logistic đa biến nhị thức. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Y đức: Nghiên cứu được sự chấp thuận của hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Đại học Y Dược TP.HCM số 959/HĐĐĐ-ĐHYD.



Lưu đồ nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu có 100 người bệnh gồm 50 nam và 50 nữ. Tuổi trung bình là $59,9 \pm 13,4$ tuổi, có 44 (44%) NB trên 65 tuổi, BMI trung bình là $22,1 \pm 3,0$ kg/m², 60 (60%) có ASA II và 40 (40%) III. Bệnh kèm theo gồm tăng huyết áp 31 (31%) NB, đái tháo đường 2 19 (19%) NB và suy thận mạn có 1 (1%) NB. Tỷ lệ người bệnh suy dinh dưỡng trước phẫu thuật theo NRS là 37%. Đa số người bệnh ung thư giai đoạn III và IV theo TNM chiếm tỷ lệ 93% và 94% người bệnh ung thư giai đoạn T3 và T4. Trong đó, 70% là ung thư đại tràng và 30% là ung thư trực tràng. Tất cả người bệnh được điều trị hóa trị và xạ trị tân bổ trợ đều là ung thư trực tràng, chiếm tỷ lệ 10%.

Đặc điểm thiếu máu trước phẫu thuật

Bảng 1: Tỷ lệ và đặc điểm thiếu máu trước phẫu thuật

Đặc điểm	Tần số	%
Nồng độ Hemoglobin (g/L)	121,3±24,7 ^a	
Thiếu máu	48	48
Mức độ thiếu máu		
Nhẹ	24	50
Trung bình	15	31
Nặng	9	19
Phân loại thiếu máu theo MCV		
Hồng cầu nhỏ	27	56
Hồng cầu bình thường	21	44
Phân loại thiếu máu theo MCHC		
Nhược sắc	5	10
Đẳng sắc	43	90
Phân loại thiếu máu theo MCV và MCHC		
Hồng cầu nhỏ, nhược sắc	5	10
Hồng cầu nhỏ, đẳng sắc	22	46
Hồng cầu bình thường, đẳng sắc	21	44

^aTrung bình ± độ lệch chuẩn, MCV: Thể tích trung bình hồng cầu, MCHC: Nồng độ huyết sắc tố trung bình hồng cầu

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 48 người bệnh (48%) thiếu máu trước phẫu thuật, trong đó 9 người bệnh ung thư trực tràng và 39 người bệnh ung thư đại tràng. Đa số người bệnh thiếu máu mức độ nhẹ và trung bình (50% và 31%). Kết quả còn cho thấy có 9 người bệnh (19%) thiếu máu mức độ nặng và toàn bộ đều là ung thư đại tràng. Loại thiếu máu phổ biến nhất là thiếu máu hồng cầu nhỏ, đẳng sắc (46%) chiếm tỷ lệ cao nhất và thiếu máu hồng cầu bình thường, đẳng sắc chiếm tỷ lệ 44%. Trong số những người bệnh thiếu máu, 15 người bệnh (15%) được truyền máu trước phẫu thuật bao gồm 9 người bệnh thiếu máu mức độ nặng và 6 người bệnh thiếu máu mức độ trung bình. Chỉ có

1 người bệnh được điều trị bổ sung sắt trước phẫu thuật.

Các yếu tố ảnh hưởng đến thiếu máu trước phẫu thuật

Bảng 2: Các yếu tố ảnh hưởng đến thiếu máu trước phẫu thuật trong mô hình hồi quy đa biến.

Biến số	Thiếu máu (N=48)	OR (95% KTC)	P
	Số nb (%)		
TTTC theo ASA III	25 (52)	2,70(1,02-7,19)	0,047
Đại tràng	39 (81)	5,08(1,46-17,6)	0,011
Giai đoạn T4	38 (79)	1,27(0,38-4,23)	0,695
Tiêu phân máu	31 (65)	1,99(0,78-5,03)	0,152
Sút cân	18 (38)	2,13(0,56-8,05)	0,264
Chán ăn	25 (52)	2,18(0,74-6,47)	0,159
Điểm số NRS <3	23 (48)	1,26(0,38-4,24)	0,141

ASA: Hiệp hội Gây mê Hoa Kỳ, NRS: Công cụ sàng lọc dinh dưỡng, TTTC: tình trạng thể chất, nb: người bệnh.

Kết quả phân tích hồi quy Logistic đa biến cho thấy có mối liên quan giữa tình trạng thiếu máu trước phẫu thuật với phân độ thể chất theo ASA và vị trí khối u. Nhóm người bệnh có tình trạng thể chất theo ASA III có tỷ lệ thiếu máu trước phẫu thuật cao gấp 2,70 lần so với nhóm người bệnh có tình trạng thể chất theo ASA II với khoảng tin cậy 95% từ 1,02 đến 7,19. Bên cạnh đó, nhóm người bệnh ung thư đại tràng có tỷ lệ thiếu máu trước phẫu thuật cao gấp 5,08 lần so với nhóm người bệnh ung thư trực tràng với khoảng tin cậy 95% từ 1,46 đến 17,6.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ thiếu máu trước phẫu thuật chương trình ở người bệnh ung thư đại trực tràng theo tiêu chí chẩn đoán của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) là 48%, trong đó thiếu máu mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ 50%, thiếu máu mức độ trung bình chiếm tỷ lệ 31% và thiếu máu mức độ nặng chiếm tỷ lệ 19%. Nghiên cứu của Riscetu⁵ đã cho thấy có 52,3% người bệnh phẫu thuật ung thư đại trực tràng có thiếu máu trước phẫu thuật với tiêu chí chẩn đoán thiếu máu của WHO. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của Ristecu có tỷ lệ nhóm thiếu máu trung bình cao hơn chúng tôi, tuy nhiên hai nhóm còn lại thấp hơn chúng tôi. Điều này có thể do khác nhau ở dân số nghiên cứu và tiêu chuẩn phân loại. Nghiên cứu của Kwon⁶ cho thấy với tiêu chuẩn chẩn đoán thiếu máu theo WHO thì có đến 43,3% người bệnh ung thư đại trực tràng có thiếu máu trước phẫu thuật. So với

ngiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ thiếu máu trong nghiên cứu của Kwon thấp hơn. Sự khác biệt này không nhiều có thể do dân số nghiên cứu Việt Nam và Hàn Quốc có một vài đặc điểm dân số học và bệnh lý học giống nhau do cùng chủng tộc châu Á, ngoài ra hai nghiên cứu sử dụng chung tiêu chuẩn chẩn đoán của WHO. Bên cạnh đó, trong nghiên cứu của Kwon, đa số người bệnh ung thư ở giai đoạn muộn, điều này giống với nghiên cứu của chúng tôi. Sự tương đồng cho thấy tình trạng thiếu máu trước phẫu thuật không những phổ biến ở Việt Nam mà nó cũng phổ biến không kém ở Hàn Quốc. Trong nghiên cứu của Kwon không phân độ thiếu máu nên không thể so sánh được liệu có sự khác nhau về mức độ thiếu máu giữa hai nghiên cứu.

Chúng tôi ghi nhận 56% người bệnh ung thư đại trực tràng thiếu máu hồng cầu nhỏ, 44% người bệnh thiếu máu hồng cầu bình thường, 90% người bệnh thiếu máu đẳng sắc và 10% người bệnh thiếu máu nhược sắc. Hai loại thiếu máu nhiều nhất là thiếu máu hồng cầu nhỏ, đẳng sắc chiếm tỷ lệ 46% và thiếu máu hồng cầu bình thường, đẳng sắc chiếm tỷ lệ 44%. Kết quả này không tương đồng với kết quả của cả hai đoàn hệ nghiên cứu trong nghiên cứu của Juha⁷. Đoàn hệ thứ nhất có 73,7% người bệnh thiếu máu hồng cầu bình thường, 24,6% thiếu máu hồng cầu nhỏ và 1,7% thiếu máu hồng cầu to. Đoàn hệ thứ hai có tỷ lệ người bệnh thiếu máu hồng cầu bình thường và thiếu máu hồng cầu nhỏ lần lượt là 69% và 31%. Đa số người bệnh ung thư đại trực tràng trong cả hai đoàn hệ đều thiếu máu hồng cầu bình thường, khác với nghiên cứu chúng tôi là thiếu máu hồng cầu nhỏ chiếm ưu thế hơn. Nguyên nhân của sự khác nhau có thể do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên dân số Việt Nam có đặc điểm bệnh lý huyết học đặc trưng như Thalassemia, sốt rét mặc dù tiêu chí loại ra của chúng tôi là những người bệnh Thalassemia đã được chẩn đoán nhưng có thể bỏ sót người bệnh Thalassemia thể ẩn chưa được chẩn đoán và chưa được thực hiện điện di Hb. Nghiên cứu của Robert¹, kết quả cho thấy có 35,4% người bệnh là thiếu máu hồng cầu nhỏ, 5,7% là thiếu máu hồng cầu to và 58,9% là thiếu máu hồng cầu bình thường. Chỉ có 25,4% người bệnh được xét nghiệm tìm thiếu sắt, và trong số đó có 85,4% là thiếu sắt và 47,7% là có ferritin thấp. Đa số người bệnh trong nghiên cứu này là thiếu máu hồng cầu bình thường, điều này khác với nghiên cứu của chúng tôi. Mặc dù đặc điểm dân số nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Robert, tuy nhiên tác giả không đề cập

đến tiêu chí chẩn đoán thiếu máu và phân loại thiếu máu nên có thể điều này tạo nên sự khác biệt. Trong nghiên cứu, chúng tôi không có đủ dữ liệu về xét nghiệm sắt huyết thanh, ferritin huyết thanh nên chúng tôi không thể phân loại được người bệnh có hay không có thiếu sắt, mặc dù sử dụng giá trị MCV và MCHC có tính định hướng nhưng không chính xác.

Khi phân tích hồi quy Logistic đa biến thì chúng tôi thấy chỉ có tình trạng thể chất theo ASA III (với OR 2,70, với khoảng tin cậy 95% là 1,02-7,19, $p=0,047$) và vị trí khối u ở đại tràng (với OR 5,08, với khoảng tin cậy 95% là 1,46-17,6, $p=0,011$) có liên quan đến tình trạng thiếu máu trước phẫu thuật. So với nghiên cứu của Kwon⁶, tác giả sau khi phân tích đa biến đã kết luận có mối liên quan giữa tình trạng thiếu máu trước phẫu thuật và độ tuổi của người bệnh từ đủ 63 tuổi (OR = 1,582, KTC 1,284-1,949), nam giới (OR = 1,492, KTC 1,213-1,834), BMI ≥ 25 kg/m² (OR = 0,537, KTC 0,423-0,681), tình trạng thể chất theo ASA \geq II, vị trí ung thư tại đại tràng phải, giai đoạn ung thư theo TNM. Kết quả này khác với nghiên cứu của chúng tôi do cỡ mẫu của chúng tôi là 100 người bệnh nên số biến số đưa vào phân tích đa biến bị hạn chế so với nghiên cứu của tác giả tiến hành trên 1899 người bệnh. So với nghiên cứu của Sadahiro⁸, tác giả sau khi phân tích đa biến đã kết luận tuổi ≥ 65 tuổi (β 0,97, p 0,002), vị trí ung thư ở đại tràng phải và đại tràng ngang (β 1,34, p 0,003), kích thước khối u ≥ 6 cm (β 1,88, p 0,011) có ảnh hưởng đáng kể tới giá trị nồng độ Hb thấp ở người bệnh ung thư đại trực tràng. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi là người bệnh ung thư tại vị trí đại tràng có xu hướng Hb thấp hơn so với các vị trí còn lại. Ngoài ra, tuổi và kích thước khối u không có liên quan đến tình trạng thiếu máu ở người bệnh ung thư đại trực tràng trong nghiên cứu của chúng tôi có thể là do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi 100 người bệnh không đủ lớn để phát hiện mối liên quan này.

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên nhóm người bệnh trải qua phẫu thuật chương trình cắt ung thư đại trực tràng, đây là nhóm người bệnh có nguy cơ cao bị thiếu máu trước phẫu thuật. Tất cả người bệnh đều được nội soi đại tràng sinh thiết và thực hiện giải phẫu bệnh cho kết quả ung thư trước phẫu thuật. Nghiên cứu được thực hiện tại bệnh viện Đại học Y được Thành phố Hồ Chí Minh là một bệnh viện mô hình viện-trường, đồng thời cũng là một trong những trung tâm ngoại khoa tuyến cuối của Việt Nam và khu vực Đông Nam Á, nên các kết quả

xét nghiệm và chẩn đoán được thực hiện một cách chính xác, nên góp phần tạo nên giá trị và độ tin cậy cho nghiên cứu của chúng tôi. Đồng thời, nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu quan sát có phân tích nên hạn chế được những nhược điểm mất mẫu, sai lệch thông tin của các nghiên cứu trước đó theo mô hình hồi cứu. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi cũng có một vài hạn chế. Thứ nhất, chúng tôi không cho thấy mối liên quan giữa tình trạng thiếu máu và các yếu tố khác. Thứ hai, trong nghiên cứu của chúng tôi không tìm ra điểm cắt của độ tuổi để cho thấy tỉ lệ thiếu máu có sự khác biệt trên và dưới điểm cắt đó. Mặc dù vậy, chúng tôi hy vọng nghiên cứu này sẽ là tiền đề cho các nghiên cứu can thiệp trong tương lai để giảm thiểu tỷ lệ thiếu máu trước phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ người bệnh thiếu máu trước phẫu thuật chương trình ung thư đại trực tràng là khá lớn, do đó cần có kế hoạch can thiệp và tối ưu hóa tình trạng thiếu máu để giảm thiểu nguy cơ và biến chứng sau phẫu thuật. Bên cạnh đó, người bệnh ung thư đại tràng và có tình trạng thể chất theo ASA III nên được quan tâm đến tình trạng thiếu máu và nên được tối ưu hóa thiếu máu trước phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Roberts V, Deftereos I, Mahub B, et al. Anaemia and its impact on colorectal cancer

- patients: how can we better optimize surgical outcomes? ANZ Journal of Surgery. 2021;91(5). doi:10.1111/ans.16774
2. Acheson AG, Brookes MJ, Spahn DR. Effects of allogeneic red blood cell transfusions on clinical outcomes in patients undergoing colorectal cancer surgery: a systematic review and meta-analysis. Ann Surg. 2012;256(2):235-244. doi:10.1097/SLA.0b013e31825b35d5
3. Gustafsson UO, Scott MJ, Hubner M, et al. Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS[®]) Society Recommendations: 2018. World J Surg. 2019;43(3):659-695. doi:10.1007/s00268-018-4844-y
4. Gao F, Cheng K, Zhao F, et al. Prevalence and characteristics of anemia in patients with solid cancers at diagnosis in southwest China. Asian Pac J Cancer Prev. 2011;12(11):2825-2828.
5. Ristescu I, Pintilie G, Filip D, et al. Perioperative Anemia and Transfusion in Colorectal Cancer Patients. chr. 2019;114(2):234. doi:10.21614/chirurgia.114.2.234
6. Kwon YH, Lim HK, Kim MJ, et al. Impacts of anemia and transfusion on oncologic outcomes in patients undergoing surgery for colorectal cancer. Int J Colorectal Dis. 2020;35(7):1311-1320. doi:10.1007/s00384-020-03601-2
7. Väyrynen JP, Tuomisto A, Väyrynen SA, et al. Preoperative anemia in colorectal cancer: relationships with tumor characteristics, systemic inflammation, and survival. Sci Rep. 2018;8:1126. doi:10.1038/s41598-018-19572-y
8. Sadahiro S, Suzuki T, Tokunaga N, et al. Anemia in patients with colorectal cancer. J Gastroenterol. 1998;33(4):488-494. doi:10.1007/s005350050120

KHẢO SÁT CHỈ SỐ GÓC PHA BẰNG PHÂN TÍCH TRỞ KHÁNG ĐIỆN SINH HỌC Ở BỆNH NHÂN LỌC MÁU CHU KỲ

Hoàng Phúc Khăm¹, Nguyễn Thị Thu Hà¹, Lê Việt Thắng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát chỉ số góc pha đo bằng máy phân tích trở kháng điện sinh học và mối liên quan với một số chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, cắt ngang trên 104 bệnh nhân lọc máu chu kỳ và 35 người bình thường tương đồng về tuổi và giới tại bệnh viện Quân Y 103 từ tháng 09 năm 2023 đến tháng 06 năm 2024. Thu thập đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng đối tượng nghiên cứu, chỉ số góc pha (PhA) đo bằng máy phân tích trở kháng điện sinh

học Inbody S10. **Kết quả:** Chỉ số góc pha ở nhóm bệnh là $5,26^{\circ} \pm 0,92^{\circ}$, thấp hơn nhóm chứng là $7,25^{\circ} \pm 1,05^{\circ}$ với $p < 0,001$. Có tới 43,3% bệnh nhân giảm PhA ở nhóm bệnh so với nhóm chứng, không có bệnh nhân nào tăng PhA. Chỉ số góc pha tương quan nghịch với tuổi ($r = -0,342$, $p < 0,001$), tương quan thuận với albumin huyết tương ($r = 0,176$, $p = 0,037$), hemoglobin ($r = 0,238$, $p = 0,015$), creatinin huyết tương ($r = 0,313$, $p = 0,001$). **Kết luận:** Chỉ số góc pha giảm ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ. PhA tương quan nghịch với tuổi, tương quan thuận với albumin huyết tương, hemoglobin và creatinin huyết tương.

Từ khóa: Chỉ số góc pha (PhA), lọc máu chu kỳ, phân tích trở kháng điện sinh học.

SUMMARY

SURVEYING PHASE ANGLE BY BIOIMPEDANCE ANALYSIS ON MAINTENANCE HEMODIALYSIS PATIENTS

¹Bệnh viện Quân Y 103, Học viện Quân Y
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Phúc Khăm
Email: khamnephrologist@gmail.com
Ngày nhận bài: 9.7.2024
Ngày phản biện khoa học: 22.8.2024
Ngày duyệt bài: 26.9.2024