

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi là một trong những nghiên cứu đầu tiên tại Việt Nam đánh giá vai trò của ICD và đặc điểm của rối loạn nhịp thất trên nhóm bệnh nhân thiếu máu cục bộ cơ tim. Nghiên cứu trên 57 bệnh nhân bệnh tim thiếu máu cục bộ được cấy ICD cho thấy rối loạn nhịp thất nguy hiểm xảy ra ở 14% trường hợp, chủ yếu trong năm đầu sau cấy máy, với thời điểm trung vị là 10,5 tháng. Các cơn loạn nhịp chủ yếu là nhịp nhanh thất đơn dạng, có tần số cao (173 lần/phút), được xử trí hiệu quả bằng ATP hoặc sốc điện. Hai yếu tố nổi bật liên quan đến nguy cơ loạn nhịp là giới nam và sử dụng ARNI là yếu tố bảo vệ. Việc kết hợp ICD với điều trị nội khoa theo khuyến cáo, đặc biệt là ARNI, góp phần giảm biến cố loạn nhịp tim ở bệnh nhân suy tim do bệnh tim thiếu máu cục bộ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Al-Khatib SM, Stevenson WG, Ackerman MJ, et al.** 2017 AHA/ACC/HRS guideline for management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. *Heart Rhythm*. Oct 2018; 15(10): e73-e189. doi:10.1016/j.hrthm.2017. 10.036
2. **Frodi DM, Diederichsen SZ, Xing LY, et al.** Incidence and risk factors for first and recurrent ICD shock therapy in patients with an implantable cardioverter defibrillator. *J Interv Card Electrophysiol*. Jan 2025;68(1):125-139. doi:10.1007/s10840-024-01873-0
3. **Bae MH, Cho Y, Hwang J, et al.** Clinical Impact of Implantable Cardioverter-Defibrillator Therapy and Mortality Prediction Model for Effective Primary Prevention in Korean Patients. *J Korean Med Sci*. Mar 9 2020;35(9):e49. doi:10.3346/jkms.2020.35.e49
4. **Coats AJ.** MADIT II, the Multi-center Autonomic Defibrillator Implantation Trial II stopped early for mortality reduction, has ICD therapy earned its evidence-based credentials? *Int J Cardiol*. Jan 2002;82(1):1-5.
5. **Watanabe T, Hirooka K, Furukawa Y, et al.** Continuous ST-Monitoring Function of Implantable Cardioverter Defibrillator Detects Silent Ischemia in Patients With Coronary Artery Disease. *J Am Heart Assoc*. Jun 30 2018; 7(13)doi:10.1161/jaha.118.009332
6. **Boveda S, Chahbia TE, Jacob S, et al.** Duration of hospital admission, need of on-demand analgesia and other peri-procedural and short-term outcomes in sub-cutaneous vs. transvenous implantable cardioverter-defibrillators. *Int J Cardiol*. May 1 2018;258:133-137. doi:10.1016/j.ijcard.2017.11.104
7. **Evertz R, van der Heijden T, Beukema R, et al.** Comparison and predictors of implantable cardioverter-defibrillator therapy for primary and secondary prevention. *Neth Heart J*. Sep 2023; 31(9): 348-356. doi:10.1007/s12471-023-01785-0
8. **Liu XH, Wang GL, Xu Q, Zhang L, Liu HJ.** Effect of sacubitril/valsartan on the occurrence of cardiac arrhythmias and the risk of sudden cardiac death in heart failure: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Front Cardiovasc Med*. 2022;9: 943377. doi:10.3389/fcvm.2022. 943377

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GIẢM TIỂU CẦU MIỄN DỊCH NGUYÊN PHÁT MẠN TÍNH Ở TRẺ EM BẰNG PHƯƠNG PHÁP CẮT LÁCH TẠI VIỆN HUYẾT HỌC TRUYỀN MÁU TRUNG ƯƠNG GIAI ĐOẠN 2020-2023

Bạch Quốc Khánh^{1,2}, Trần Hoài Thu²

TÓM TẮT

Vấn đề nghiên cứu: Kết quả điều trị Giảm tiểu cầu miễn dịch mạn tính ở trẻ em bằng phương pháp cắt lách tại Viện Huyết học – Truyền máu Trung ương giai đoạn 2020-2023. **Mục tiêu:** Nhận xét kết quả điều trị Giảm tiểu cầu miễn dịch nguyên phát mạn tính ở trẻ em bằng phương pháp cắt lách tại Viện Huyết học – Truyền máu trung ương giai đoạn 2020 – 2023. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả loạt

ca bệnh, hồi cứu, theo dõi dọc trên 26 bệnh nhi, từ 5 đến 16 tuổi, chẩn đoán Giảm tiểu cầu miễn dịch nguyên phát mạn tính, đã phẫu thuật cắt lách. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng sau cắt lách 1 tuần là 88,5%, sau 1 tháng là 80,8%, sau 6 tháng là 73,1% và sau 1 năm là 69,2%. Trong đó tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn sau 1 năm là 57,7% mà không cần phối hợp thêm các điều trị khác. Có 2 trường hợp gặp nhiễm khuẩn nặng sau cắt lách (7,7%). Không phát hiện trường hợp nào có huyết khối sau cắt lách. **Kết luận:** Cắt lách là phương pháp điều trị có hiệu quả với bệnh nhi Giảm tiểu cầu miễn dịch nguyên phát mạn tính, với tỷ lệ đáp ứng sau 1 năm là 69,2%. Biến chứng nhiễm khuẩn gặp với tỷ lệ thấp (7,7%). **Từ khóa:** Giảm tiểu cầu miễn dịch nguyên phát, mạn tính, trẻ em, cắt lách.

SUMMARY

OUTCOMES OF SPLENECTOMY IN THE

¹*Viện Huyết học – Truyền máu Trung ương*

²*Trường Đại Học Y Hà Nội*

Chịu trách nhiệm chính: Bạch Quốc Khánh

Email: khanhbq@fpt.vn

Ngày nhận bài: 10.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.5.2025

Ngày duyệt bài: 13.6.2025

TREATMENT OF CHRONIC PRIMARY IMMUNE THROMBOCYTOPENIA IN CHILDREN AT THE NATIONAL INSTITUTE OF HEMATOLOGY AND BLOOD TRANSFUSION, 2020–2023

Background: Splenectomy Outcomes in Pediatric Chronic ITP: 2020–2023, National Institute of Hematology and Blood Transfusion. **Objectives:** Evaluation of splenectomy effectiveness in pediatric chronic primary immune thrombocytopenia at the National Institute of Hematology and Blood Transfusion (2020–2023). **Subjects and methods:** A retrospective descriptive study with longitudinal follow-up was conducted on 26 pediatric patients, aged 5 to 16 years, diagnosed with primary chronic immune thrombocytopenia, who underwent splenectomy as a treatment modality. **Results:** Response rates were 88.5% at 1 week, 80.8% at 1 month, 73.1% at 6 months, and 69.2% at 1 year, with a 57.7% complete response at 1 year without additional therapy. Severe infections occurred in 2 cases (0,07%), with no thrombosis reported. **Conclusions:** Splenectomy is an effective treatment for pediatric chronic immune thrombocytopenia, with a one-year response rate of 69.2%. Infectious complications occur at a low rate (7,7%).

Keywords: Immune thrombocytopenic purpura, chronic, children, splenectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giảm tiểu cầu miễn dịch nguyên phát (Immune Thrombocytopenic Purpura – ITP) là một bệnh lý huyết học thường gặp ở trẻ em, đặc trưng bởi tình trạng giảm số lượng tiểu cầu do tự kháng thể chống lại tiểu cầu, dẫn đến tăng nguy cơ chảy máu.[1]. Mặc dù phần lớn các trường hợp ITP ở trẻ em có tiên lượng tốt và đáp ứng với điều trị nội khoa, một tỷ lệ nhỏ tiến triển thành thể mạn tính và cần can thiệp chuyên sâu hơn. Cắt lách đã được chứng minh là phương pháp điều trị hiệu quả cho các trường hợp Giảm tiểu cầu miễn dịch mạn tính, đặc biệt trong trường hợp không đáp ứng với điều trị nội khoa [2],[3],[4]. Tuy nhiên, việc áp dụng cắt lách ở trẻ em cần được cân nhắc thận trọng do các nguy cơ biến chứng, đặc biệt là nhiễm khuẩn sau phẫu thuật.[5],[6],[7]. Do đó, việc đánh giá hiệu quả và an toàn của cắt lách ở trẻ em chẩn đoán Giảm tiểu cầu miễn dịch mạn tính là cần thiết để đưa ra chỉ định hợp lý và cá thể hóa điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 26 bệnh nhi, 5–16 tuổi, chẩn đoán Giảm tiểu cầu miễn dịch mạn tính (>12 tháng), đã cắt lách.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu, theo dõi dọc. Thời gian từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 12 năm 2023.

Tiêu chuẩn chọn đối tượng: bệnh nhi từ 5 đến 16 tuổi, chẩn đoán Giảm tiểu cầu miễn dịch mạn tính (>12 tháng), đã được phẫu thuật cắt lách để điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ: Thiếu dữ liệu theo dõi ≥ 6 tháng sau mổ.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ.

Tiêu chuẩn đánh giá: Đánh giá đáp ứng điều trị theo hướng dẫn của hội Huyết học Mỹ (ASH 2019) [3].

Phương pháp toán thống kê được áp dụng: mô tả tỷ lệ, trung bình $\pm$ SD.

Vấn đề đạo đức: Được Hội đồng Đạo đức của Viện phê duyệt.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng. Chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu trên 26 bệnh nhi chẩn đoán Giảm tiểu cầu miễn dịch mạn tính, điều trị cắt lách. Các bệnh nhi có các đặc điểm lâm sàng sau:

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số trường hợp (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	5-10 tuổi	21
	11-16 tuổi	5
Giới	Nam	7
	Nữ	19
Mức độ xuất huyết trước cắt lách	Độ I	10
	Độ II	13
	Độ III	2
	Độ IV	1
Thời gian điều trị trước cắt lách	<2 năm	5
	2-3 năm	17
	>3 năm	4
Số nhóm thuốc điều trị trước cắt lách	2 nhóm thuốc	17
	3 nhóm thuốc	5
	4 nhóm thuốc	4

Nhận xét: - Có 80,8% bệnh nhi trong độ tuổi từ 5 đến 10 tuổi.

- Giới nữ chiếm ưu thế với tỷ lệ nữ/ nam là 2,7:1.

- Hầu hết bệnh nhi xuất huyết ở mức độ I và II. Cụ thể có 50% bệnh nhi xuất huyết ở mức độ I và 38,5% bệnh nhi xuất huyết ở mức độ II. Chỉ có hai trường hợp xuất huyết độ III và một trường hợp xuất huyết độ IV.

- Có 65,2% các bệnh nhi trải qua thời gian điều trị nội khoa từ 2 đến 3 năm trước khi phẫu thuật cắt lách. Một tỷ lệ nhỏ (15,4%) bệnh nhi có thời gian điều trị nội khoa kéo dài trên 3 năm.

- Phần lớn (76,9%) bệnh nhi điều trị nội khoa từ 2 đến 3 nhóm thuốc trước cắt lách. Khoảng 15,4% bệnh nhi đã điều trị 4 nhóm thuốc trước cắt lách, bao gồm corticoid, IVIG,

các thuốc ức chế miễn dịch khác và thuốc kích vận thụ thể TPO.

Bảng 3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo chỉ định cắt lách

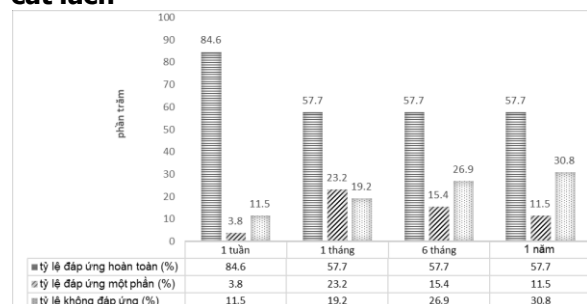
Chỉ định cắt lách	Số trường hợp (n)	Tỷ lệ (%)
Không đáp ứng điều trị nội khoa	17	92,5
Biến chứng nặng sau dùng corticoid kéo dài	1	3,8
Cấp cứu	1	3,8

Nhận xét:

- Chỉ định cắt lách do không đáp ứng với điều trị nội khoa chiếm tỷ lệ cao nhất (92,5%).

- Có 1 trường hợp cắt lách cấp cứu và 1 trường hợp cắt lách do xuất hiện biến chứng nặng của dùng corticoid kéo dài.

3.2. Kết quả điều trị Giảm tiểu cầu miễn dịch mạn tính ở trẻ em bằng phương pháp cắt lách



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ đáp ứng sau cắt lách ở bệnh nhi Giảm tiểu cầu miễn dịch mạn tính

Nhận xét: - Tỷ lệ đáp ứng (bao gồm đáp ứng một phần và hoàn toàn) ở các thời điểm 1 tuần, 1 tháng, 6 tháng và 1 năm lần lượt là 88,5%, 80,8%, 73,1% và 69,2%.

- Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn ổn định ở mức 57,7% từ 1 tháng đến 1 năm sau phẫu thuật.

Bảng 3.3. Biến chứng sau cắt lách điều trị Giảm tiểu cầu miễn dịch mạn tính ở trẻ em

	Số trường hợp (n)	Tỷ lệ (%)
Nhiễm trùng nặng	2	7,7%
Huyết khối	0	0%

Nhận xét: - Trong quá trình theo dõi 1 năm, không ghi nhận trường hợp nhiễm khuẩn nguy hiểm chết người (OPSI - Overwhelming Post-Splenectomy Infection), tuy nhiên 2 bệnh nhi (7,7%) xuất hiện nhiễm khuẩn hô hấp tái phát cần nhập viện, điều trị kháng sinh và IVIG.

- Không ghi nhận trường hợp nào có huyết khối.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu 26 bệnh nhi chẩn đoán Giảm tiểu cầu miễn dịch

mạn tính trải qua phẫu thuật cắt lách để điều trị. Các đặc điểm chung được thống kê theo bảng 3.1. Tất cả các bệnh nhi trong nghiên cứu đều được xét cắt lách từ 5 tuổi trở đi để hạn chế nguy cơ nhiễm khuẩn xa theo đúng hướng dẫn của Bộ y tế và Hội huyết học Mỹ (ASH)[3],[8]. Trong đó, 80,8% bệnh nhi thuộc độ tuổi từ 5 đến 10 tuổi. Đặc điểm về tuổi của đối tượng nghiên cứu tương đồng với nghiên cứu của Wang tại Trung Quốc [9] với độ tuổi trung bình là 10 tuổi, tuổi nhỏ nhất là 5 và lớn nhất là 15. Tuy nhiên, so với các nghiên cứu gần đây hơn như một nghiên cứu đa trung tâm tại Pháp của Nathalie Aladjidi [4], độ tuổi cắt lách trung bình là 12 tuổi, cho thấy xu hướng cắt lách sớm hơn tại Việt Nam, do sự tiếp cận với các thuốc mới còn hạn chế. Tỷ lệ nữ/ nam là 2,7:1. Nguyên nhân của sự chênh lệch này là do ở độ tuổi nhỏ thì tỷ lệ nam và nữ là ngang bằng nhau nhưng ở trẻ lớn thì tỷ lệ nữ sẽ cao hơn nam. Mức độ xuất huyết trước cắt lách của đối tượng nghiên cứu tương đồng với các nghiên cứu khác, chủ yếu là độ I và II [9],[4]. Điều này cho thấy phần lớn các bệnh nhi có chỉ định cắt lách không phải vì xuất huyết trầm trọng mà vì các xuất huyết nhẹ hoặc trung bình nhưng dai dẳng. Đặc biệt, có 1 trường hợp xuất huyết não phải mổ cắt lách cấp cứu. Xuất huyết não là một trong số các biến chứng nặng của bệnh, gặp với tỷ lệ thấp, dưới 1% nhưng là nguyên nhân gây tử vong cao nên chỉ định cắt lách cấp cứu đã được đưa ra [10]. Mục tiêu của điều trị ITP là phòng ngừa các xuất huyết nặng, nguy hiểm đến tính mạng. Cắt lách là phương pháp điều trị được đưa ra khi điều trị nội khoa không đạt được mục tiêu trên. Tuy nhiên, cắt lách là phương thức điều trị không thể đảo ngược được. Vì vậy phải cân nhắc kỹ giữa lợi ích và nguy cơ. Theo hướng dẫn chẩn đoán của Bộ y tế khuyến cáo nên chỉ định cắt lách cho trẻ đã được chẩn đoán ITP trên 2 năm và điều trị nội khoa không đáp ứng hoặc có nguy cơ chảy máu nặng, đe dọa tính mạng [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 80,8% bệnh nhi có thời gian điều trị trước cắt lách trên 2 năm, chỉ có 5 trường hợp (19,2%) bệnh nhi điều trị nội khoa dưới 2 năm. Trong số 5 trường hợp cắt lách có thời gian điều trị nội khoa dưới 5 năm, có 2 trường hợp vừa không đáp ứng với điều trị nội khoa, vừa xuất hiện những biến chứng nặng của việc dùng corticoid kéo dài. Như vậy, chỉ định cắt lách nên được cân nhắc kỹ, ngoài tiêu chí không đáp ứng với điều trị nội khoa, nên xem xét cắt lách khi bệnh nhi xuất hiện nhiều tác dụng phụ thuốc mà không có lựa chọn thay thế. Việc trì hoãn cắt lách muộn trong khi không có lựa chọn

thay thế sẽ làm tích lũy tác dụng phụ của thuốc đang dùng. Tất cả các bệnh nhi trong nghiên cứu đều được dùng các thuốc điều trị hàng hai nhưng không đáp ứng nên phải chuyển sang cắt lách. Trong đó có 4/26 trường hợp dùng 4 nhóm thuốc bao gồm corticoid, IVIG, các thuốc ức chế miễn dịch khác và thuốc kích vận thụ thể TPO trước cắt lách. Không giống như ITP ở người lớn, cắt lách được xem xét khi bệnh nhân không đáp ứng với điều trị hàng một như IVIG và corticoid. Ở trẻ em chẩn đoán ITP cắt lách được cân nhắc rất kỹ, khi bệnh nhi không đáp ứng với cả điều trị hàng một và điều trị hàng hai như các thuốc ức chế miễn dịch hoặc thuốc kích vận thụ thể TPO. Theo khuyến cáo của ASH 2019, bệnh nhi chẩn đoán ITP không có chảy máu đe dọa tính mạng, không đáp ứng điều trị nội khoa, thì điều trị bằng thuốc kích vận thụ thể TPO được gợi ý trước khi cắt lách [3].

4.2. Kết quả đáp ứng sau cắt lách. 26 bệnh nhi ITP mạn tính được điều trị bằng phương pháp cắt lách với thời gian theo dõi sau cắt lách là 1 năm, bất kỳ thời điểm nào bệnh nhi mất đáp ứng hoặc phải chuyển sang điều trị phối hợp khác sẽ dừng theo dõi. Tỷ lệ đáp ứng (bao gồm đáp ứng một phần và hoàn toàn) sau 1 tuần đạt 88,5%, sau 1 tháng 80,8%, 6 tháng 73,1% và 1 năm 69,2%. Có 88,5% bệnh nhi có đáp ứng sớm ở thời điểm 1 tuần sau phẫu thuật. Một số nghiên cứu cho thấy rằng số lượng tiểu cầu sau cắt lách 1 tuần là một yếu tố dự báo đáp ứng lâu dài [9]. Sau 1 tháng, tỷ lệ đáp ứng giảm còn 80,8%, thấp hơn trong một số nghiên cứu như nghiên cứu của Wang tỷ lệ đáp ứng sau cắt lách 1 tháng là 89,2% hay nghiên cứu của Kim là 94,5% [9]. Sự giảm tỷ lệ đáp ứng giảm từ 88,5% ở thời điểm 1 tuần sau cắt lách xuống còn 80,8% ở thời điểm 1 tháng sau cắt lách, có thể được lý giải bởi hiện tượng tăng tiểu cầu phản ứng sau khi lách bị cắt bỏ, vì lách là nơi phá hủy tiểu cầu. Các nghiên cứu cho thấy tiểu cầu thường tăng cao nhất vào khoảng 1–2 tuần sau mổ, rồi dần giảm về mức ổn định sau đó. Nghiên cứu của tác giả Avila trên 134 trẻ em giảm tiểu cầu miễn dịch được chỉ định cắt lách cho thấy đỉnh trung vị của tiểu cầu sau mổ là khoảng 549 G/L vào ngày thứ 7, trong khi đến 30–60 ngày chỉ còn 337 G/. Hiện tượng này làm cho đa số trẻ có số tiểu cầu “đáp ứng” (CR/PR) cao ở 1 tuần sau mổ, nhưng sau 1 tháng, một số trường hợp tiểu cầu giảm trở lại nên tỉ lệ đáp ứng chung thấp hơn. Tỷ lệ đáp ứng xa sau mổ 6 tháng và 1 năm là 73,1% và 69,2% thấp hơn một số nghiên cứu. Nghiên cứu của Avila, tỷ lệ đáp ứng sau 6 tháng là 78% và sau 1 năm là

73%, nghiên cứu của Kim ghi nhận tỷ lệ đáp ứng sau mổ 6 tháng và 1 năm duy trì từ 70-80%. Tuy nhiên, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn duy trì ổn định ở mức 57,7% từ 1 tháng đến 1 năm sau phẫu thuật mà không cần phối hợp thêm điều trị khác cho thấy hiệu quả bền vững. Sự ổn định về tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự các nghiên cứu của Kim. Trong khi ở người lớn, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn có xu hướng giảm dần theo thời gian. Vì ở trẻ em tỷ lệ tự hồi phục bệnh cao hơn, ít có nguy cơ bệnh tự miễn hoặc bệnh hệ thống kèm theo hơn [3]. Kết quả này khẳng định vai trò của cắt lách như một lựa chọn hiệu quả trong việc duy trì đáp ứng lâu dài cho các bệnh nhi Giảm tiểu cầu miễn dịch mạn tính. Bên cạnh hiệu quả huyết học, các biến chứng liên quan đến phẫu thuật và hậu phẫu cũng được ghi nhận để đánh giá tính an toàn của cắt lách. Trong quá trình theo dõi 1 năm, chúng tôi không ghi nhận trường hợp nhiễm khuẩn nguy hiểm chết người (OPSI-Overwhelming Post-Splenectomy Infection), 2 bệnh nhi (7,7%) xuất hiện nhiễm khuẩn hô hấp tái diễn nhiều lần cần nhập viện, điều trị kháng sinh và IVIG. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Kühne (tỷ lệ nhiễm khuẩn huyết là 7/134 bệnh nhi) [10]. Điều này có thể lý giải do tất cả bệnh nhi trong nghiên cứu đều được phẫu thuật cắt lách sau 5 tuổi và tiêm phòng vắc xin trước cắt lách. Đồng thời, chúng tôi cũng không ghi nhận thường hợp huyết khối tĩnh mạch nào, kết quả này tương tự nghiên cứu của Isshiki. Điều này cho thấy biến chứng huyết khối rất hiếm xảy ra sau cắt lách trên đối tượng bệnh nhi chẩn đoán ITP.

V. KẾT LUẬN

Cắt lách là phương pháp điều trị có hiệu quả với bệnh nhi Giảm tiểu cầu miễn dịch nguyên phát mạn tính, với tỷ lệ đáp ứng sau 1 năm là 69,2%, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 57,7%. Biến chứng nhiễm khuẩn gặp với tỷ lệ thấp (7,7%). Cần theo dõi lâu dài để đánh giá biến chứng muộn sau cắt lách.

VI. LỜI CẢM ƠN

Nghiên cứu được thực hiện tại Viện Huyết học – Truyền máu Trung ương. Chúng tôi xin cảm ơn các đồng nghiệp và bệnh nhi đã tham gia nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bennett CM, Tarantino M.** Chronic immune thrombocytopenia in children: epidemiology and clinical presentation. *Hematol Oncol Clin North Am.* 2009;23(6):1223-1238.
2. **Provan D, Arnold DM, Bussel JB, et al.**

- Updated international consensus report on the investigation and management of primary immune thrombocytopenia. *Blood Adv.* 2019;3(22):3780-3817.
3. **Neunert C, Terrell DR, Arnold DM.** American Society of Hematology 2019 guidelines for immune thrombocytopenia. *Blood Adv.* 2019;3(23):3829-3866.
 4. **Aladjidi N, Santiago R, Pondarré C, et al.** Revisiting splenectomy in childhood chronic immune thrombocytopenia at the era of new therapies: The French experience. *Blood.* 2011;118:2227.
 5. **Vianelli N, Palandri F, Polverelli N, et al.** Splenectomy as a curative treatment for immune thrombocytopenia: a retrospective analysis of 233 patients with a minimum follow up of 10 years. *Haematologica.* 2013;98(6): 875-880. doi:10.3324/haematol.2012.075648.
 6. **Gupta AK, Vazquez OA.** Overwhelming Post-Splenectomy Infection Syndrome: Variability in Timing With Similar Presentation. *Cureus.* 2020;12(8):e9914. Published 2020 Aug 21. doi:10.7759/cureus.9914.
 7. **Barmparas G, Lamb AW, Lee D, et al.** Postoperative infection risk after splenectomy: A prospective cohort study. *Int J Surg.* 2015;17:10-14. doi:10.1016/j.ijsu.2015.03.007.
 8. **Bộ Y tế.** Giảm tiểu cầu miễn dịch nguyên phát, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh huyết học; 2022.
 9. **Wang T, Xu M, Ji L, Yang R.** Splenectomy for chronic idiopathic thrombocytopenic purpura in children: a single center study in China. *Acta Haematol.* 2006;115(1-2): 39-45. doi:10.1159/000089464.
 10. **Kühne T.** Diagnosis and management of immune thrombocytopenia in childhood. *Hamostaseologie.* 2017; 37(1): 36-44. doi:10.5482/HAMO-16-06-0017.

NHU CẦU CHĂM SÓC Ở NGƯỜI BỆNH UNG THƯ VÚ SAU PHẪU THUẬT ĐOẠN NHỮ

Nguyễn Thị Thiên Nga^{1,2}, Hà Thị Như Xuân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định nhu cầu chăm sóc ở người bệnh ung thư vú sau phẫu thuật đoạn nhũ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 227 người bệnh ung thư vú sau phẫu thuật đoạn nhũ, điều trị tại Khoa Tuyến vú – Trung tâm Ung Bướu, Bệnh viện Chợ Rẫy, từ tháng 09/2024 đến tháng 04/2025. Dữ liệu được thu thập thông qua phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi gồm 34 mục, đánh giá 5 khía cạnh: thể chất, tâm lý, hỗ trợ, thông tin y tế và tình dục. Phân tích mô tả được sử dụng để tính điểm trung vị và khoảng tứ phân vị cho từng lĩnh vực nhu cầu. **Kết quả nghiên cứu:** Nhu cầu chăm sóc được ghi nhận cao ở hầu hết các lĩnh vực. Trung vị điểm nhu cầu chăm sóc về thông tin y tế là 86,4; tâm lý là 77,5; hỗ trợ là 75,0; thể chất là 75,0. Nhu cầu về tình dục có trung vị thấp nhất là 33,3. Tổng điểm trung vị cho 5 khía cạnh là 69,2, phản ánh mức độ nhu cầu hỗ trợ đa dạng sau phẫu thuật. **Kết luận:** Người bệnh ung thư vú sau phẫu thuật đoạn nhũ có nhu cầu chăm sóc cao, đặc biệt trong các khía cạnh thông tin y tế và hỗ trợ tâm lý. Việc đánh giá đầy đủ các nhu cầu này giúp định hướng xây dựng kế hoạch chăm sóc phù hợp và nâng cao chất lượng điều dưỡng.

Từ khóa: ung thư vú, đoạn nhũ, nhu cầu chăm sóc, thông tin y tế, hỗ trợ tâm lý

SUMMARY

SUPPORTIVE CARE NEEDS AMONG BREAST CANCER PATIENTS AFTER MASTECTOMY AT CHO RAY HOSPITAL

Objective: To determine supportive care needs among breast cancer patients after mastectomy. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 227 breast cancer patients post-mastectomy, treated at the Breast Department – Oncology Center, Cho Ray Hospital, from September 2024 to April 2025. Data were collected through face-to-face interviews using a 34-item questionnaire covering five domains: physical, psychological, support, medical information, and sexuality. Descriptive analysis was used to calculate the median and interquartile range for each domain. **Results:** Supportive care needs were high in most domains. The median score for medical information needs was 86,4; psychological 77,5; support 75,0; and physical 75,0. Sexual needs had the lowest median score at 33,3. The overall median score across all five domains was 69,2, indicating diverse support needs following surgery. **Conclusion:** Breast cancer patients post-mastectomy reported high supportive care needs, especially in medical information and psychological support. Comprehensive assessment of these needs is essential for developing appropriate nursing care plans and improving care quality.

Keywords: breast cancer, mastectomy, care needs, medical information, psychological support.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là bệnh lý ác tính phổ biến nhất ở nữ giới và đang trở thành gánh nặng sức khỏe toàn cầu. Theo thống kê của GLOBOCAN năm 2020, trên thế giới có hơn 2,2 triệu trường hợp mới

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chợ Rẫy Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Hà Thị Như Xuân

Email: xuanha@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2025

Ngày duyệt bài: 12.6.2025