

MỘT SỐ CHỈ SỐ TẾ BÀO MÁU NGOẠI VI Ở BỆNH NHÂN ĐỒNG MẮC UNG THƯ TẠNG VÀ BỆNH MÁU ẮC TÍNH

Trần Thị Kiều My^{1,2}, Nguyễn Thị Ánh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm một số chỉ số tế bào máu ngoại vi ở bệnh nhân đồng mắc ung thư tạng và bệnh máu ác tính tại Viện Huyết học – Truyền máu Trung Ương giai đoạn 2020-2023. **Phương pháp và đối tượng nghiên cứu:** Quan sát, hồi cứu, 63 bệnh nhân được chẩn đoán đồng mắc ung thư tạng và bệnh máu ác tính tại Viện Huyết học – Truyền máu Trung Ương giai đoạn 2020-2023. **Kết quả nghiên cứu:** Tại thời điểm nghiên cứu có 63 bệnh nhân chẩn đoán đồng mắc ung thư tạng và bệnh máu ác tính, tuổi trung vị là 50 tuổi. Trong số ung thư tạng, ung thư tuyến giáp là loại hay gặp nhất với 27%; bệnh máu ác tính đồng mắc có tỉ lệ cao nhất là lơ xê mi cấp với 63,5%. Trung vị khoảng cách thời gian phát hiện hai loại bệnh lý ung thư là 42 tháng. 95,2% bệnh nhân có rối loạn ít nhất một dòng tế bào máu, số bệnh nhân rối loạn ở cả ba dòng chiếm tỉ lệ cao với 55,6%. Trong đó, rối loạn dòng bạch cầu chiếm tỉ lệ cao nhất với 84,1%, số lượng bạch cầu có xu hướng tăng, với trung vị 17 G/l, chỉ có 19% số bệnh nhân có giảm bạch cầu. 77,8% bệnh nhân có thiếu máu, đặc điểm thiếu máu chủ yếu là thiếu máu bình sắc (68,3%). 74,6% có bất thường dòng tiểu cầu, trong đó giảm số lượng tiểu cầu chiếm 57,2% và 17,4% bệnh nhân tăng tiểu cầu. **Kết luận:** Ở các bệnh nhân ung thư tạng khi có các thay đổi bất thường các dòng tế bào máu, đặc biệt là tăng bạch cầu không liên quan nhiễm trùng, giảm hoặc tăng tiểu cầu cần chú ý tầm soát bệnh máu ác tính.

Từ khóa: bệnh máu ác tính, ung thư tạng, chỉ số tế bào máu ngoại vi.

SUMMARY

FEATURES OF SOME PERIPHERAL BLOOD CELL INDICES IN PATIENTS WITH CO-OCCURRING SOLID TUMOR AND HEMATOLOGIC MALIGNANCIES

Objectives: Describe some peripheral blood cell indices in patients with co-occurring solid tumor and hematologic malignancies at the National Institute of Hematology and Blood Transfusion in 2020-2023. **Methods and materials:** Observation, retrospective, 63 patients were diagnosed with co-occurring solid tumor and hematologic malignancies cancer at the National Institute of Hematology and Blood Transfusion in 2020-2023. **Results:** At the time of analysis, 63 patients were identified with concomitant

solid tumors and hematologic malignancies, with a median age of 50 years. Among solid tumors, thyroid carcinoma was the most frequently observed (27%). Acute leukemia accounted for the majority (63.5%) of hematologic malignancies. The median interval between the diagnoses of the two malignancies was 42 months. Hematologic abnormalities affecting at least one cell lineage were present in 95.2% of cases, with pancytopenia noted in 55.6%. Leukocyte abnormalities were most prevalent (84.1%), with a trend toward leukocytosis (median white blood cell count: 17 G/l); leukopenia was observed in only 19% of patients. Anemia was found in 77.8% of patients, predominantly normochromic (68.3%). Platelet abnormalities were observed in 74.6%, with thrombocytopenia in 57.2% and thrombocytosis in 17.4% of cases. **Conclusion:** In patients diagnosed with solid tumors, the emergence of hematologic abnormalities—particularly persistent leukocytosis unrelated to infection, or significant deviations in platelet counts (either thrombocytopenia or thrombocytosis)—should raise clinical suspicion and warrant evaluation for potential coexisting hematologic malignancies.

Keywords: hematologic malignancy, solid tumor, peripheral blood cell indices.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong hai thập kỉ qua, ung thư là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ hai ở hầu hết các nước trên thế giới. Năm 2018, theo thống kê của GLOBOCAN, tại Việt Nam số ca mới mắc là 164.671 (0,17% dân số), và số ca tử vong là 114.871 (0,12% dân số)¹. Trong đó ung thư tạng chiếm tỉ lệ hàng đầu. Tuy nhiên rất ít công bố về bệnh nhân đồng mắc ung thư tạng và bệnh máu ác tính. Biến đổi về các xét nghiệm tế bào máu ngoại vi vừa có thể là triệu chứng của bệnh máu ác tính vừa có thể là hậu quả của quá trình điều trị ung thư nguyên phát trước đó. Do đó, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu “Một số chỉ số tế bào máu ngoại vi ở bệnh nhân đồng mắc ung thư tạng và bệnh máu ác tính” với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm một số chỉ số tế bào máu ngoại vi ở bệnh nhân đồng mắc ung thư tạng và bệnh máu ác tính tại Viện Huyết học – Truyền máu Trung Ương giai đoạn 2020 – 2023.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Gồm 63 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán đồng mắc ung thư tạng và bệnh máu ác tính tại Viện Huyết học – Truyền máu Trung Ương từ tháng 1/2020 đến hết tháng 12/2023.

¹Viện Huyết học Truyền máu Trung Ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Kiều My

Email: trankieumy@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 15.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.5.2025

Ngày duyệt bài: 20.6.2025

- BN được chẩn đoán xác định ung thư tạng ở các bệnh viện chuyên khoa và chuyển tới Viện Huyết học – Truyền máu Trung Ương, đồng thời đủ tiêu chuẩn chẩn đoán một trong các bệnh máu ác tính (bao gồm các bệnh: lơ xê mi cấp, lơ xê mi kinh dòng bạch cầu hạt, lơ xê mi kinh dòng lympho, u lympho, các bệnh tăng sinh tủy, đa u tủy xương).

2.2. Vật liệu nghiên cứu

- 2ml máu ngoại vi chống đông EDTA K3 của BN để làm xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi. Mẫu được lấy tại thời điểm bệnh nhân được chẩn đoán mắc bệnh máu ác tính.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang, hồi cứu
- Phương pháp chọn mẫu: toàn bộ
- Kỹ thuật xét nghiệm: Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi thực hiện trên máy đếm tế bào theo nguyên lý laser.

- Tiêu chuẩn đánh giá:

+ Khoảng tham chiếu dựa vào khoảng tham chiếu của tác giả Phạm Quang Vinh "Huyết học – Truyền máu cơ bản (năm 2018), NXB Y học"²

- **Xử lý số liệu phần mềm:** Số liệu được biểu diễn dưới dạng trung bình $\pm$ SD, trung vị (IQR) hoặc số lượng (tỷ lệ %). Số liệu xử lý trên phần mềm SPSS 20.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung. Trong 63 BN nghiên cứu, có 25 (39,7%) nam và 38 (60,3%) nữ. Tuổi trung vị của nhóm Bn là 60 (nhỏ tuổi nhất: 19 và lớn tuổi nhất: 86).

3.2. Đặc điểm loại ung thư tạng và bệnh máu ác tính

Bảng 1. Tỷ lệ chẩn đoán bệnh máu ác tính (n=63)

Loại bệnh máu ác tính	Số BN	Tỷ lệ %
Lơ xê mi cấp	40	63,5
Đa u tủy xương	3	4,75
Lơ xê mi kinh dòng BCH	6	9,5
Lơ xê mi kinh dòng lympho	3	4,75
Tăng tiểu cầu tiên phát	6	9,5
U lympho	5	8
Tổng	63	100

Nhận xét: Bệnh máu ác tính hay gặp nhất là lơ xê mi cấp với 63,5%, tăng tiểu cầu tiên phát và lơ xê mi dòng bạch cầu hạt đứng hàng hai chiếm 9,5%, các bệnh ung thư máu khác chiếm tỉ lệ tương tự nhau.

Bảng 3.2. Loại ung thư tạng và khoảng thời gian chẩn đoán bệnh máu ác tính

Loại ung thư tạng	Số BN (%)	Trung vị (tháng)	Khoảng tứ phân vị	Min-Max
-------------------	-----------	------------------	-------------------	---------

K giáp	17 (27%)	42	25-56	10-153
K vú	11(17,5%)	61	36-89	10-127
K phần phụ	6 (9,5%)	71,5	20-127	7-241
K đầu mắt cổ	5 (7,9%)	41	30-50	28-174
K phổi	3 (4,8%)	49	48-55,5	47-62
K thực quản	3(4,8%)	19	13-74	7-129
K dạ dày	5(7,9%)	60	19-62	2-79
K đại tràng	5(7,9%)	3	3-4	2-132
K trực tràng	3(4,8%)	12	7,5-26	3-40
K tiết niệu	2 (3,2%)	78	17-139	17-139
K khác	3(4,8%)	27	18,5-30,5	10-34
Tổng	63 (100%)	42	19-64	2-241

Nhận xét: K giáp gặp nhiều nhất với tỉ lệ 27%, tiếp đó là K vú với 17,5%. Thời gian trung vị kể từ khi phát hiện ung thư tạng đến khi phát hiện bệnh máu ác tính của nhóm nghiên cứu là 42 tháng, dao động từ 2 đến 241 tháng.

3.3. Đặc điểm một số chỉ số tế bào máu ngoại vi

Bảng 3.3: Đặc điểm rối loạn tế bào máu ngoại vi

Chỉ số	Số BN (n=63)	Tỷ lệ (%)
Bất thường tế bào máu	60	95,2
Không bất thường	3	4,8
Rối loạn dòng bạch cầu	53	84,1
Rối loạn dòng hồng cầu	49	77,8
Rối loạn dòng tiểu cầu	47	74,6
Rối loạn đơn độc 1 dòng	6	9,5
Rối loạn 2 dòng	19	30,2
Rối loạn cả 3 dòng	35	55,6

Nhận xét: Có đến 95,2% BN có rối loạn ít nhất một dòng tế bào máu, trong đó 55,6% số bệnh nhân rối loạn ở cả ba dòng tế bào máu. Tỷ lệ rối loạn dòng bạch cầu cao nhất với 84,1%.

Bảng 3.4: Đặc điểm thiếu máu và chỉ số hồng cầu (n=63)

Lượng huyết sắc tố (g/l)	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Không thiếu máu (Hb $\geq$ 120)	14	22,2
Thiếu máu		
Hb < 120	49	77,8
Hb 90 - < 120	17	27
Hb 60 - < 90	27	42,9
Hb 30 - < 60	5	7,9
Hb < 30	0	0
Tổng	63	100
Nồng độ Hb (X$\pm$SD)	94 $\pm$ 27,3	
Kích thước trung bình hồng cầu (MCV) (fl)	Số BN (N=63)	Tỷ lệ (%)
< 80	4	6,3
80-100	43	68,3
> 100	16	25,4
X $\pm$ SD	93,6 $\pm$ 9,9	

Lượng huyết sắc tố trung bình hồng cầu (MCH) (pg)		
< 28	21	33,3
28-32	23	36,5
> 32	19	30,2
X±SD	30±3,7	
Nồng độ HST trung bình hồng cầu (MCHC) (g/l)		
< 320	26	41,3
≥ 320	37	58,7
X±SD	320,4±17,9	
Dải phân bố hồng cầu (RDW) (%)		
11-14	5	7,9
> 14	58	92,1
X±SD	18,1±4,1	

Nhận xét: 77,8% bệnh nhân được chẩn đoán thiếu máu (Hb < 120 g/l), lượng BN thiếu máu mức độ trung bình (Hb 30-60 g/l) chiếm tỷ lệ cao với 42,9%, không có BN nào thiếu máu mức độ rất nặng (Hb < 30 g/l). Thiếu máu bình sắc chiếm tỷ lệ 68,3%. Dải phân bố kích thước hồng cầu không đồng đều (RDW > 14) chiếm đến 92,1%.

Bảng 3.5: Đặc điểm số lượng và kích thước tiểu cầu

Số lượng tiểu cầu (G/l)	Số BN	Tỷ lệ (%)	X±SD (G/l)	Khoảng dao động (G/l)
< 150	36	57,2	38,2±30,4	2-148
150 - < 450	16	25,4	276,7±76,4	174-442
450 - <1000	5	7,9	668,2±173,5	502-900
≥ 1000	6	9,5	1664,5±827	1094-3296
Tổng	63	100	303,7±538,6	2-3296
Trung vị	69			
Kích thước tiểu cầu MPV(fl)			Số BN	Tỷ lệ (%)
< 8			29	46
8-11			31	49,2
> 11			3	4,8
Tổng			63	100
X±SD			8,3±1,4	

Nhận xét: 57,2% BN giảm số lượng tiểu cầu, mức thấp nhất là 2 G/l. 9,5% có số lượng tiểu cầu tăng cao >1000 G/l, cao nhất là 3296 G/l. MPV của nhóm BN nghiên cứu là 8,3±1,4 fl nằm trong giới hạn bình thường. 4,8% BN có MPV tăng.

Bảng 3.6: Đặc điểm dòng bạch cầu

Số lượng bạch cầu (G/l)	Số BN	Tỷ lệ (%)
< 4	12	19
4-10	10	15,9
> 10	41	65,1
Tổng	63	100
Trung vị	17	
Khoảng dao động (G/l)	0,67 – 367,3	

Số lượng BCĐTT (G/l)	Số BN	Tỷ lệ (%)
< 1,5	16	25,4
1,5-7	25	39,7
> 7	22	34,9
Tổng	63	100
Trung vị	4,2	
Khoảng dao động	0,09 – 113,6	

Nhận xét: Số BN có số lượng bạch cầu tăng chiếm tỉ lệ cao nhất với 65,1%, trung vị số lượng bạch cầu là 17 G/l. Khoảng dao động số lượng bạch cầu là 0,67 – 367,3 G/l.

Lượng BN có số lượng BCĐTT lớn hơn 7 G/l chiếm 34,9%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm ung thư tạng và bệnh máu ác tính của đối tượng nghiên cứu: Với sự ra đời của các phương pháp điều trị hóa trị hỗ trợ và tân bổ trợ đối với các loại ung thư tạng đã làm cải thiện thời gian sống còn ở nhiều loại ung thư như: ung thư vú, ung thư đầu mặt cổ, ung thư tuyến giáp, ung thư vú,... tuy nhiên điều đó cũng làm tăng nguy cơ phơi nhiễm với tác nhân hóa xạ trị ở những bệnh nhân này và tăng nguy cơ tiến triển thành bệnh máu ác tính. Bệnh máu ác tính thường tiến triển trong vòng 10 năm sau khi tiếp xúc với các tác nhân hóa xạ trị, nguy cơ cao nhất là trong vòng 5 năm và được quan sát nhiều ở các BN trẻ tuổi, được điều trị bằng các tác nhân alkyl hóa hoặc các chất ức chế topoisomerase II. Bảng 3.1 cho thấy bệnh máu ác tính hay gặp nhất là bệnh lý lơ xê mi cấp chiếm đến 63,5%, tăng tiểu cầu tiên phát và lơ xê mi kinh dòng bạch cầu hạt đứng hàng hai chiếm 9,5%, các loại còn lại chiếm tỉ lệ tương tự nhau. Theo bảng 3.2, ung thư tuyến giáp gặp nhiều nhất với 27%, sau đó là ung thư vú với 17,5%. Sự phân bố này khác biệt với mô hình bệnh lý ung thư nói chung tại Việt Nam theo thống kê của GLOBOCAN 2018 với ung thư gan, phổi hay gặp nhất ở nam và ung thư vú, trực tràng, phổi hay gặp nhất ở nữ³.

Theo kết quả của chúng tôi, thời gian trung vị giữa chẩn đoán ung thư tạng đặc và bệnh máu ác tính là 42 tháng với khoảng dao động từ 2-241 tháng. Theo nghiên cứu từ dữ liệu ung thư của Hoa Kỳ từ năm 2000 đến năm 2013, trên 700.612 số người lớn mắc ung thư, trong đó có 1.619 trường hợp mắc bệnh máu ác tính thứ phát sau đó, cho thấy nguy cơ mắc bệnh máu ác tính thứ phát tăng đáng kể từ 1,5 đến trên 10 lần sau khi điều trị bằng hóa xạ trị với 22/23 loại ung thư. Trong đó thời gian tiến triển từ ung thư tạng đến bệnh máu ác tính kéo dài khoảng 3,8 năm (tương đương 45,6 tháng), và có xu hướng

cao hơn ở bệnh nhân mắc ung thư vú và ung thư phổi tế bào nhỏ. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng, bệnh máu ác tính thứ phát sau ung thư tạng liên quan rất chặt chẽ đến thời gian điều trị cũng như tác nhân hóa xạ trị phổi nhiễm trong quá trình điều trị ung thư tạng ban đầu⁴.

4.2. Đặc điểm một số chỉ số tế bào máu ngoại vi của đối tượng nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có đến 95,2% BN rối loạn ở ít nhất một dòng tế bào, tỉ lệ bệnh nhân rối loạn ở cả 3 dòng chiếm tỉ lệ cao với 55,6%. Chỉ có 3 BN không có thay đổi chỉ số tế bào máu đều được chẩn đoán u lympho. Tỷ lệ rối loạn dòng bạch cầu cao nhất với 84,1%. Đối với các ung thư tạng đơn thuần, tăng bạch cầu, thiếu máu và tăng tiểu cầu là các rối loạn hay gặp, được cho là các yếu tố tiên lượng xấu với kết quả điều trị ung thư, với tỉ lệ tương ứng từ 4,0% đến 25,6%, 3,3% đến 29,2% và 2,1% đến 9,7%⁵.

Thiếu máu chiếm tỉ lệ khá cao ở nhóm đối tượng nghiên cứu với 77,8% BN, số BN thiếu máu mức độ nặng chiếm 7,9% và vừa chiếm 42,9%. Nghiên cứu của Qui và cộng sự (2010)⁵ trên nhóm BN ung thư tạng đơn thuần cho thấy tỷ lệ thiếu máu dao động từ 3,3% đến 29,2%. Sự khác biệt do đặc trưng thiếu máu của bệnh lý ung thư hệ tạo máu. Về mặt cơ chế, thiếu máu trong bệnh lý ung thư nói chung thường được gây ra bởi tình trạng viêm mạn tính, liên quan đến sự gia tăng của các cytokine viêm; còn thiếu máu trong bệnh máu ác tính nói riêng, chủ yếu do sự tăng sinh của dòng tế bào ác tính. Trong nghiên cứu của chúng tôi, cho thấy tỉ lệ BN có RDW > 14 chiếm đến 92,1%. Rất nhiều nghiên cứu đều chỉ ra rằng, chỉ số RDW cao, ảnh hưởng xấu đến tiên lượng và kết quả điều trị của BN⁶.

Bảng 3.5 cho thấy số BN giảm tiểu cầu chiếm tỉ lệ cao nhất với 57,2%. Số BN tăng tiểu cầu chiếm 17,4%, và có đến 9,5% BN có số lượng tiểu cầu cao > 1000 G/l (tương ứng với các bệnh nhân được chẩn đoán tăng tiểu cầu tiên phát). Các tác nhân hóa trị liệu gây thúc đẩy tổng hợp cytokine và yếu tố phiên mã như IL1 β và IL-6 làm giảm sinh và ức chế khả năng biệt hóa của nguyên mẫu tiểu cầu trong tủy xương. Bên cạnh đó, cơ chế tăng tiểu cầu trong ung thư được đề cập đến do một số khối u tăng tiết quá mức kích thích tiết TPO. Tăng tiểu cầu làm mở rộng quá trình bệnh lý của ung thư nhờ khả năng tạo ra lưới tiểu cầu bảo vệ tế bào ung thư khỏi bị phá hủy bởi tế bào T/NK, và hỗ trợ tế bào ác tính di căn⁷. Bailey và cộng sự (2016)⁸ đã tổng hợp nhiều nghiên cứu cho thấy tăng tiểu cầu là yếu tố dự đoán sớm ung thư ở tất cả các loại ung thư ngoại trừ ung thư vú, và đây cũng

là một chỉ số dự báo tiên lượng xấu do: đáp ứng kém với hóa chất, rút ngắn thời gian sống còn và tăng tiến triển của bệnh. Nghiên cứu của chúng tôi thấy 4,8% bệnh nhân có tăng MPV. Detopoulou Paraskevi và cộng sự (2023)⁹ đã tổng kết 83 nghiên cứu với 21.034 bệnh nhân ung thư khác nhau, cho thấy sự gia tăng MPV có liên quan đến giảm thời gian sống còn.

Bảng 3.6 cho thấy dòng bạch cầu có xu hướng tăng, với trung vị 17 G/l. Bạch cầu tăng vừa là hậu quả của bệnh lý ung thư tạng, vừa là biểu hiện của sự tăng sinh bất thường dòng bạch cầu trong bệnh lý lơ xê mi cấp, lơ xê mi kinh và tăng sinh tủy. Tăng bạch cầu trong bệnh cảnh ung thư tạng, được coi là một hội chứng cận u quan trọng do có sự gia tăng của các cytokines kích thích sinh bạch cầu như KITLG, G-CSF, GM-CSF và M-CSF, các IL-1, IL-6. Tình trạng tăng bạch cầu ở bệnh nhân ung thư cũng thường liên quan đến tiên lượng xấu và làm giảm tỉ lệ sống còn ở những bệnh nhân này¹⁰.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 63 bệnh nhân đồng mắc ung thư tạng và bệnh máu ác tính chúng tôi rút ra kết luận sau: lơ xê mi cấp là loại bệnh máu ác tính hay gặp nhất. Thời gian chẩn đoán bệnh máu ác tính sau ung thư tạng trung vị là 42 tháng. Hầu hết nhóm bệnh nhân có rối loạn ít nhất một dòng tế bào máu, trong đó tăng bạch cầu và giảm tiểu cầu chiếm ưu thế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **F B, J F, I S, RI S, La T, A J.** Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians. 2018;68(6). doi:10.3322/caac.21492
2. **Phạm Quang Vinh.** Huyết Học - Truyền Máu Cơ Bản. NXB Y Học; 2018.
3. **Phạm T, Bui L, Kim G, Hoang D, Tran T, Hoang M.** Cancers in Vietnam—Burden and Control Efforts: A Narrative Scoping Review. Cancer Control. 2019;26(1):1073274819863802. doi:10.1177/1073274819863802
4. **Morton LM, Dores GM, Schonfeld SJ, et al.** Association of Chemotherapy for Solid Tumors With Development of Therapy-Related Myelodysplastic Syndrome or Acute Myeloid Leukemia in the Modern Era. JAMA Oncology. 2019;5(3): 318-325. doi:10.1001/jamaoncol. 2018.5625
5. **Qiu M zhen, Xu R hua, Ruan D yun, et al.** Incidence of anemia, leukocytosis, and thrombocytosis in patients with solid tumors in China. Tumor Biol. 2010;31(6):633-641. doi:10.1007/s13277-010-0079-8
6. **Montagnana M, Danese E.** Red cell distribution width and cancer. Annals of Translational Medicine. 2016;4(20):399-399. doi:10.21037/atm. 2016.10.50

7. van Es N, Sturk A, Middeldorp S, Nieuwland R. Effects of Cancer on Platelets. *Seminars in Oncology*. 2014;41(3):311-318. doi:10.1053/j.seminoncol.2014.04.015
8. Bailey SER, Ukoumunne OC, Shephard E, Hamilton W. How useful is thrombocytosis in predicting an underlying cancer in primary care? a systematic review. *Family Practice*. 2017;34(1):4-10. doi:10.1093/fampra/cmz100
9. Detopoulou P, Panoutsopoulos GI, Mantoglou M, et al. Relation of Mean Platelet Volume (MPV) with Cancer: A Systematic Review with a Focus on Disease Outcome on Twelve Types of Cancer. *Curr Oncol*. 2023;30(3):3391-3420. doi:10.3390/curroncol30030258
10. Tavakkoli M, Wilkins CR, Mones JV, Mauro MJ. A Novel Paradigm Between Leukocytosis, G-CSF Secretion, Neutrophil-to-Lymphocyte Ratio, Myeloid-Derived Suppressor Cells, and Prognosis in Non-small Cell Lung Cancer. *Front Oncol*. 2019;9:295. doi:10.3389/fonc.2019.00295

ĐẶC ĐIỂM THIẾU DƯỠNG Ở BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN TÍNH GIAI ĐOẠN CUỐI

Nguyễn Thị Mai Ly¹, Nguyễn Thị Thanh¹, Nguyễn Thị Hiền Hạnh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhằm đánh giá tình trạng thiếu dưỡng và mối liên quan với thời gian lọc máu ở bệnh nhân (BN) bệnh thận mạn tính (BTMT) giai đoạn cuối. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, so sánh trên ba nhóm: Nhóm lọc máu (LM) gồm 100 BN BTMT đang LM chu kỳ, nhóm chưa lọc máu (chưa LM) gồm 20 BN BTMT có chỉ định LM và nhóm khỏe mạnh (KM) gồm 50 người. **Kết quả:** Tỷ lệ thiếu máu ở BN BTMT là 99%. Có xu hướng giảm dần các chỉ số hồng cầu và tăng mức độ thiếu máu ở BN đã LM. Mức độ thiếu máu có xu hướng tăng dần theo thời gian lọc máu. Nồng độ albumin huyết tương giảm theo tuổi, và thấp nhất ở nhóm tuổi >60 tuổi ($p=0.001$). **Kết luận:** Thiếu máu xảy ra thường xuyên ở BN BTMT giai đoạn cuối, và có xu hướng nặng hơn khi thời gian LM kéo dài. Cần chú trọng vấn đề dinh dưỡng cho BN BTMT, nhất là đối tượng có LM. **Từ khóa:** Thiếu dưỡng, lọc máu chu kỳ, bệnh thận mạn tính, thiếu máu, BTMT

SUMMARY

THE MALNUTRITION OF THE PATIENTS WITH END-STATE CHRONIC KIDNEY PATIENTS

Objectives: To evaluate the status of malnutrition in patients with end-stage chronic kidney disease (CKD) and its association with dialysis duration. **Methods:** A descriptive cross-sectional study comparing three groups: the dialysis group (100 CKD patients undergoing maintenance hemodialysis, the pre-dialysis group (20 CKD patients indicated for dialysis but not yet undergoing treatment), and the healthy control group (50 individuals). **Results:** The anemia rate in end-stage chronic kidney disease (CKD) patients was 99%. There was a decreasing trend in red blood cell indices and an increasing severity of anemia in patients undergoing

hemodialysis. The degree of anemia showed a tendency to worsen over time with dialysis. Plasma albumin levels decreased with age, with the lowest levels observed in the >60-year-old group ($p=0.001$). **Conclusion:** Anemia is a frequent condition in end-stage CKD patients and tends to worsen with prolonged dialysis. Emphasis should be placed on nutritional management for CKD patients, particularly those undergoing hemodialysis.

Keywords: Malnutrition, hemodialysis, chronic kidney disease, anemia, BTMT

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn tính (BTMT) đã và đang là một gánh nặng sức khỏe lớn trên toàn cầu. Tỷ lệ mắc BTMT ở người lớn trên thế giới ước tính 10.4% ở nam và 11.8% ở nữ [1]. Tỷ lệ mắc BTMT và tỷ lệ BTMT giai đoạn cuối tăng nhanh trên thế giới, là gánh nặng kinh tế gia tăng cho cộng đồng và kinh tế xã hội [1, 2]. Tỷ lệ mắc bệnh ở các nước có thu nhập bình quân thấp và trung bình (khoảng 10.6% - 12.5%) cao hơn so với nước có thu nhập bình quân cao (khoảng 9.6% - 11.1%) [1]. Ước tính toàn cầu có 225.7 triệu nam và 271.8 triệu nữ giới trưởng thành mắc BTMT các giai đoạn [1]. BTMT gây ra khoảng 5 đến 10 triệu ca tử vong hằng năm, và là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ 19 trên toàn cầu [1]. BN BTMT nếu không điều trị có nguy cơ tử vong sau vài tuần do tích tụ độc tố. Nếu được điều trị nhưng không sử dụng phương pháp thay thế thận, thời gian sống trung bình từ 6-24 tháng. Trong khi đó, điều trị thay thế bằng lọc máu (LM)/lọc màng bụng hay ghép thận kéo dài đáng kể tiên lượng bệnh và tăng cao tỷ lệ sống của bệnh nhân [2]. Tỷ lệ sống của bệnh nhân ghép sau một, ba, năm và mười năm lần lượt là 91,27%, 86,46%, 81,17% và 78,15% [2]. Chức năng thận và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân là tiêu chí hàng đầu trong đánh giá

¹Bệnh viện Quân Y 103, Học viện Quân Y
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Mai Ly
Email: dr.nguyenmaily@gmail.com
Ngày nhận bài: 15.4.2025
Ngày phản biện khoa học: 22.5.2025
Ngày duyệt bài: 19.6.2025