

- Modified Surgical Design with 162 Cases in China. *Aesthetic Plast Surg.* 2014;38(3):503-509. doi:10.1007/s00266-014-0297-3
6. **Diab MMM, Abd-Elaziz K, Allen RC.** Combined levator and frontalis muscle advancement flaps for recurrent severe congenital ptosis. *Eye Lond Engl.* 2023;37(6): 1100-1106. doi:10.1038/s41433-022-02071-w
 7. **Zhang L, Zhai W, Yang L, Sun C, Pan Y, Zhao H.** Comparative evaluation of conventional and modified frontalis muscle flap advancement techniques in the treatment of severe congenital ptosis: A retrospective cohort study. *PLOS ONE.* 2021; 16(2): e0246183. doi:10.1371/journal.pone.0246183
 8. **Vasquez LM, Alonso, Tirso, and Medel R.** Direct Frontalis Flap with and without Levator Pulley for Correction of Severe Ptosis with Poor Levator Function in the Same Patient. *Orbit.* 2012;31(2): 102-106. doi:10.3109/01676830.2011.638094
 9. **Ramirez OM, Peña G.** Frontalis muscle advancement: a dynamic structure for the treatment of severe congenital eyelid ptosis. *Plast Reconstr Surg.* 2004;113(6):1841-1849; discussion 1850-1851. doi:10.1097/01.prs.0000117664.07831.48
 10. **Cruz AAV, Akaishi APMS.** Frontalis-Orbicularis Muscle Advancement for Correction of Upper Eyelid Ptosis: A Systematic Literature Review. *Ophthal Plast Reconstr Surg.* 2018;34(6):510-515. doi:10.1097/IOP.0000000000001145

GIÁ TRỊ CỦA THANG ĐIỂM KHORANA TRONG DỰ BÁO HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH SÂU CHI DƯỚI Ở BỆNH NHÂN HÓA TRỊ LIỆU UNG THƯ

Đào Thị Thanh Bình¹, Châu Minh Thông²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới (HKTMSCD) là biến chứng nặng nề ở bệnh nhân ung thư, vừa làm tăng tử vong vừa ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị. Thang điểm Khorana, dựa trên các yếu tố lâm sàng đơn giản, được khuyến cáo để sàng lọc nguy cơ nhưng hiệu quả thay đổi giữa các quần thể, đặc biệt tại châu Á. Hiện chưa có dữ liệu tại Việt Nam về đánh giá giá trị tiên đoán của thang điểm Khorana ở bệnh nhân ung thư đang hóa trị. **Mục tiêu:** Đánh giá giá trị của thang điểm Khorana trong dự báo huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới (HKTMSCD) ở bệnh nhân ung thư hóa trị lần đầu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu trên 198 bệnh nhân ≥ 18 tuổi, mới chẩn đoán ung thư và hóa trị ≥ 4 chu kỳ tại Bệnh viện Ung Bướu TP.HCM (08/2024–09/2025). Bệnh nhân được theo dõi 6 tháng. Giá trị tiên đoán của thang điểm Khorana được phân tích bằng AUC, độ nhạy, độ đặc hiệu. **Kết quả:** Tuổi trung vị 56, nữ chiếm 61,6%. Tỷ lệ HKTMSCD 5,1%. Thang điểm Khorana có AUC = 0,714 (KTC 95%: 0,588–0,839), độ nhạy 20%, độ đặc hiệu 92,6% ở ngưỡng cắt ≥ 3 . Các yếu tố nguy cơ độc lập gồm: tuổi ≥ 60 (OR 8,03), sử dụng thuốc hóa trị nhóm ức chế men Topoisomerase (OR 103,23) và nhóm ức chế phân chia tế bào (OR 14,23). **Kết luận:** Thang điểm Khorana cho thấy khả năng dự báo HKTMSCD mức độ khá ở bệnh nhân ung thư tại Việt Nam được hóa trị lần đầu, với độ đặc hiệu cao nhưng độ nhạy còn hạn chế, hữu ích trong việc loại trừ nhóm nguy cơ thấp.

Tuổi ≥ 60 và phác đồ hóa trị có chứa thuốc ức chế topoisomerase hoặc ức chế phân chia tế bào làm tăng nguy cơ độc lập. Cần có các nghiên cứu đa trung tâm quy mô lớn hơn để hiệu chỉnh ngưỡng cắt và xây dựng mô hình tiên lượng phù hợp cho Việt Nam.

Từ khóa: Thang điểm Khorana, huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới, ung thư, hóa trị.

SUMMARY

PREDICTIVE VALUE OF THE KHORANA SCORE FOR LOWER EXTREMITY DEEP VEIN THROMBOSIS IN CANCER PATIENTS UNDERGOING CHEMOTHERAPY

Background: Lower extremity deep vein thrombosis (LEDVT) is a serious complication in cancer patients, increasing mortality and compromising treatment outcomes. The Khorana score, based on simple clinical factors, is recommended for risk stratification but its performance varies across populations, particularly in Asia. Currently, no data are available in Vietnam regarding the predictive value of the Khorana score in cancer patients undergoing chemotherapy. **Objective:** To evaluate the predictive value of the Khorana score for lower extremity deep vein thrombosis in Vietnamese cancer patients receiving first-line chemotherapy. **Methods:** We conducted a prospective cohort study including 198 newly diagnosed cancer patients aged ≥ 18 years who received at least four cycles of first-line chemotherapy at Ho Chi Minh City Oncology Hospital from August 2024 to September 2025. Patients were followed for 6 months after the first chemotherapy. Baseline demographic, clinical, and laboratory data were collected. Predictive performance of the score was assessed by using receiver operating characteristic (ROC) curves, sensitivity, specificity, and logistic regression analysis. Data analysis was performed using SPSS 20. **Results:** A total of 198 cancer patients receiving chemotherapy were included, with a

¹Trường Đại học Công nghệ Thành phố Hồ Chí Minh, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Nhân dân 115

Chịu trách nhiệm chính: Đào Thị Thanh Bình

Email: binh.daothanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

median age of 56 years; 61.6% were female. The incidence of LEDVT was 5.1%. The KRS yielded an AUC of 0.714 (95% CI: 0.588–0.839), with sensitivity of 20% and specificity of 92.6% at the cutoff ≥ 3 . Independent predictors of LEDVT included age ≥ 60 years (OR 8.03, 95% CI 1.41–45.53), use of topoisomerase inhibitors (OR 103.23, 95% CI 6.06–1756.56), and mitotic inhibitors (OR 14.23, 95% CI 1.68–120.39). **Conclusion:** The Khorana score showed fair predictive ability for LEDVT in Vietnamese cancer patients receiving first-line chemotherapy, with high specificity but limited sensitivity, useful for excluding low-risk patients. Age ≥ 60 and chemotherapy regimens containing topoisomerase or cell division inhibitors were independent predictors. Larger multicenter studies are needed to refine cutoff values and adapt prognostic models for Vietnam.

Keywords: Khorana score, venous thromboembolism, cancer, chemotherapy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới (HKTMSCD) là một trong những biến chứng thường gặp và nghiêm trọng ở bệnh nhân ung thư, đặc biệt trong quá trình điều trị hóa chất. Tình trạng tăng đông ở bệnh nhân ung thư không chỉ liên quan đến cơ chế bệnh sinh của khối u mà còn chịu ảnh hưởng bởi thuốc hóa trị, vị trí khối u và các yếu tố nguy cơ cá thể khác. HKTMSCD không chỉ làm tăng tỷ lệ tử vong mà còn làm gián đoạn quá trình điều trị ung thư, làm giảm chất lượng sống và tăng gánh nặng chi phí y tế. Thang điểm Khorana¹ được xây dựng dựa trên các yếu tố lâm sàng đơn giản (loại ung thư, huyết học cơ bản, BMI) và đã được khuyến cáo bởi NCCN² như một công cụ sàng lọc nguy cơ huyết khối thuyên tắc tĩnh mạch. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng hiệu quả của thang điểm thay đổi theo từng quần thể, đặc biệt ở châu Á nơi đặc điểm dịch tễ ung thư và thể trạng bệnh nhân khác biệt so với phương Tây^{3,4}. Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào đánh giá tính ứng dụng của thang điểm này. Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm xác định giá trị của thang điểm Khorana trong dự báo HKTMSCD ở bệnh nhân ung thư đang hóa trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân ≥ 18 tuổi, mới chẩn đoán ung thư, hóa trị lần đầu tại Bệnh viện Ung Bướu TP.HCM (08/2024–09/2025), theo dõi ít nhất 6 tháng sau hóa trị lần đầu.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: (1) chưa có HKTMSCD trước khi bắt đầu hóa trị chu kỳ một, xác định bằng siêu âm doppler mạch máu; (2) hoàn thành ≥ 4 chu kỳ hóa trị.

Thiết kế nghiên cứu: đoàn hệ tiến cứu.

Thu thập số liệu: Sử dụng phiếu thu thập đã chuẩn hóa, bao gồm đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, xét nghiệm và kết quả siêu âm doppler mạch máu, tính điểm Khorana¹ và giai đoạn ung thư⁵:

Đặc điểm bệnh nhân	Điểm
Vị trí ung thư nguyên phát	
Nguy cơ rất cao (dạ dày, tụy)	2
Nguy cơ cao (phổi, lympho, phụ khoa, bàng quang, tinh hoàn)	1
Số lượng tiểu cầu trước hóa trị $\geq 350 \times 10^9/L$	1
Hemoglobin trước hóa trị $< 100 \text{ g/L}$ hoặc đang sử dụng các yếu tố kích thích tăng trưởng hồng cầu	1
Số lượng bạch cầu trước hóa trị $\geq 11 \times 10^9/L$	1
BMI $\geq 35 \text{ kg/m}^2$	1

Giai đoạn 0. Ung thư tại chỗ (ung thư không phá vỡ màng đáy, do đó không xâm nhập tại chỗ, không lan rộng tại vùng hoặc di căn xa)

Giai đoạn I. Bướu nguyên phát có thể tích nhỏ không kèm hạch cũng như không có di căn xa

Giai đoạn II. Bướu ăn lan tại chỗ nhiều hơn kèm theo sự xâm nhập hạch ở mức tối thiểu

Giai đoạn III. Bướu tràn ngập cơ quan bị bệnh và/hoặc kèm theo hạch quan trọng

Giai đoạn IV. Bướu không thể mổ được nữa vì ăn lan quá rộng, có kèm theo hay không hạch vùng quan trọng hoặc có di căn xa có thể phát hiện được

Phân tầng nguy cơ (theo Khorana)¹: nguy cơ thấp (0 điểm), nguy cơ trung bình (1–2 điểm), nguy cơ cao (≥ 3 điểm).

Định nghĩa biến cố chính: HKTMSCD được chẩn đoán bằng siêu âm doppler mạch máu.

Phân tích thống kê: dùng phần mềm SPSS 20.0; sử dụng điểm cắt của thang điểm Khorana theo nghiên cứu gốc¹ là 3, tính diện tích dưới đường cong AUC, độ nhạy, độ đặc hiệu; phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến. Giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

Đạo đức nghiên cứu: được Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Ung Bướu chấp thuận (số 756/BVUB-HĐĐĐ – ngày 28/08/2024).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dân số nghiên cứu: Nghiên cứu gồm 198 bệnh nhân ung thư được hóa trị lần đầu, trong đó nữ chiếm 61,6%. Tuổi trung vị là 56 (19–78 tuổi). Chỉ số BMI trung bình $22,2 \pm 3,1 \text{ kg/m}^2$, với 38,4% bệnh nhân thừa cân/béo phì (BMI ≥ 25). Các loại ung thư thường gặp nhất gồm: ung thư vú (36,9%), lymphoma không Hodgkin (13,2%), đại-trực tràng (16,7%) và buồng trứng (6,6%). Có 64,1% bệnh nhân ở giai đoạn III–IV. Đa số dùng đa trị liệu (96%), chủ

yếu là thuốc alkyl hóa (92,6%), kháng sinh kháng bướu (41,1%), ức chế phân chia tế bào (35,8%) và ức chế chuyển hóa (29,5%).

Phân tầng nguy cơ theo thang điểm Khorana: nhóm nguy cơ trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất (56,1%), tiếp theo là nguy cơ thấp (35,9%) và nguy cơ cao (8,1%).

Đặc điểm bệnh nhân huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới: Trong thời gian theo dõi 6 tháng, phát hiện 10 trường hợp HKTMSD (5,1%). Trong đó, ung thư buồng trứng chiếm tỷ

lệ cao nhất (40%), tiếp theo là ung thư tử cung (30%), còn lại là đại-trực tràng và vú (mỗi loại 10%). Phần lớn được phát hiện ở giai đoạn 3 (60%), còn lại ở giai đoạn 4 của ung thư (40%). Trung vị số chu kỳ điều trị là 3,5 (1–7 chu kỳ), số ngày điều trị trung vị là 74,5 ngày với khoảng giá trị từ 14 ngày đến 120 ngày.

Giá trị tiên đoán của thang điểm Khorana: Chỉ số AUC đạt 0,714 (KTC 95%: 0,588–0,839; $p = 0,023$).

Bảng 1. Điểm cắt của thang điểm Khorana bằng 3 cùng các giá trị chẩn đoán tương ứng

Ngưỡng cắt của thang điểm Khorana	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Giá trị tiên đoán âm (%)	Giá trị tiên đoán dương (%)	LR (+)	LR (-)
3	20%	92.55%	95.96%	12.16%	2.68	0.86

Chúng tôi lấy giá trị thang điểm Khorana với điểm cắt =3 theo tác giả Muñoz Martín³ do số liệu của chúng tôi chưa đủ lớn để xác định điểm cắt mới.

Các yếu tố nguy cơ độc lập

Bảng 2. Hồi quy đơn biến và đa biến trong dự đoán HKTMSD ở bệnh nhân hóa trị liệu ung thư

Đặc điểm	OR đơn biến (95% CI)	P	OR đa biến (95% CI)	P
Tuổi ≥ 60	6.2 (1.27–29.8)	0.024*	8.03 (1.41–45.53)	0.019*
Nữ	1.48 (0.37–5.9)	0.80	–	–
BMI ≥ 25	1.09 (0.22–5.37)	0.91	–	–
Ung thư giai đoạn IV	1.45 (0.39–5.36)	0.57	–	–
Dùng nhóm alkyl hóa	2.5 (0.49–12.8)	0.26	–	–
Dùng nhóm alkaloid	–	1.00	–	–
Dùng nhóm ức chế Topoisomerase	11.5 (1.83–73.3)	0.009*	103.23 (6.06–1756.56)	0.001*
Dùng nhóm ức chế phân chia tế bào	4.8 (1.21–19.5)	0.025*	14.23 (1.68–120.39)	0.015*
Vị trí ung thư (1 điểm vs 0)	5.4 (1.35–21.68)	0.017*	–	–
Vị trí ung thư (2 điểm vs 0)	–	1.00	–	–
Bạch cầu $\geq 11 \times 10^9/L$	2.45 (0.59–10.04)	0.21	–	–
Hb $< 10 g/dL$	2.52 (0.49–12.8)	0.27	–	–
Tiểu cầu $\geq 350 \times 10^9/L$	1.05 (0.28–3.84)	0.94	–	–
Khorana score (liên tục)	1.67 (0.95–2.95)	0.077	–	–
Khorana score ≥ 3	3.11 (0.6–16.06)	0.176	–	–

Phân tích hồi quy đa biến cho thấy ba yếu tố nguy cơ độc lập liên quan đến HKTMSD

- Tuổi ≥ 60 (OR 8,03; KTC 95%: 1,41–45,53; $p = 0,019$).
- Sử dụng nhóm ức chế men Topoisomerase (OR 103,23; KTC 95%: 6,06–1756,56; $p = 0,001$).
- Sử dụng thuốc ức chế phân chia tế bào (OR 14,23; KTC 95%: 1,68–120,39; $p = 0,015$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu bao gồm 198 bệnh nhân, có tuổi trung vị 56 (19–78), phần lớn bệnh nhân vẫn còn trong độ tuổi lao động. Điều này phản ánh gánh nặng lâm sàng và xã hội của ung thư tại Việt Nam, tương đồng với một số nghiên cứu châu Á^{3,4} nơi bệnh nhân ung thư thường được

chẩn đoán ở độ tuổi trung niên trẻ hơn so với phương Tây. Nữ giới chiếm 61,6%, cao hơn nam, chủ yếu do tỷ lệ ung thư vú cao nhất trong mẫu (36,9%). Đây là điểm đặc thù của nghiên cứu, khác với một số nghiên cứu quốc tế nơi ung thư phổi hoặc tiêu hóa chiếm ưu thế.

Một số nghiên cứu trước đây về huyết khối thuyên tắc tĩnh mạch ở bệnh nhân ung thư hóa trị (CASSINI⁶, AVERT⁷) tập trung theo dõi biến cố trong 3–6 tháng đầu, thời điểm được xem là “cửa sổ nguy cơ cao nhất”. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới (HKTMSD) ở bệnh nhân ung thư được hóa trị lần đầu là 5,1% trong vòng 6 tháng theo dõi. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Abdel-Razeq⁸ (6,6%) và nghiên cứu đoàn hệ với số lượng lớn bệnh nhân tại Nhật Bản do

Akasaka-Kihara³ thực hiện (5,3%). Tuy nhiên, tỷ lệ này thấp hơn nhiều so với báo cáo của Muñoz Martín⁵ tại châu Âu (18,2%) và cao hơn nghiên cứu tại Hàn Quốc⁴ (1,77%). Sự khác biệt này có thể liên quan đến đặc điểm dịch tễ, loại ung thư thường gặp, cũng như chế độ điều trị ở từng quốc gia. Đáng chú ý, ung thư phụ khoa (buồng trứng và tử cung) chiếm tỷ lệ cao nhất trong các trường hợp HKTMSCD (70%), mặc dù số ca trong nghiên cứu còn hạn chế. Điều này phù hợp với ý kiến, khi các loại ung thư ổ bụng-chậu, đặc biệt là buồng trứng và tử cung, được xếp vào nhóm nguy cơ cao đối với huyết khối tĩnh mạch do vừa liên quan đến bản chất khối u, vừa do phẫu thuật và hóa trị có thể thúc đẩy tình trạng tăng đông.¹ Trong khi đó, ung thư đại-trực tràng và ung thư vú ít gặp hơn, phù hợp với vị trí xếp loại nguy cơ trung bình hoặc thấp trong mô hình Khorana.

Chúng tôi chọn những bệnh nhân có thời gian hóa trị tối thiểu 4 chu kỳ để đảm bảo đủ thời gian theo dõi nguy cơ huyết khối, loại trừ sai số do ngừng sớm, và tăng độ tin cậy của phân tích giá trị tiên đoán của thang điểm Khorana. Về thời điểm xuất hiện biến cố, trung vị số chu kỳ hóa trị ở bệnh nhân HKTMSCD là 3,5, với khoảng thời gian từ 14 đến 120 ngày kể từ khi khởi trị. Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước, trong đó nguy cơ HKTMSCD cao nhất trong 3–6 tháng đầu sau khi bắt đầu hóa trị (CASSINI trial, 2019)⁶. Thời điểm này gợi ý rằng cần theo dõi chặt chẽ và cân nhắc dự phòng huyết khối, tập trung trong giai đoạn sớm của quá trình điều trị hóa chất, đặc biệt ở nhóm nguy cơ cao.

Về giá trị tiên đoán của thang điểm Khorana, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy AUC đạt 0,714 – mức độ khá, tương tự kết quả tại Nhật (0,679).³ Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu quốc tế. Khorana và cộng sự¹ trong nghiên cứu ban đầu báo cáo AUC khoảng 0,68; trong khi các nghiên cứu tiếp theo ghi nhận giá trị dao động từ 0,6 đến 0,7 ở nhiều quần thể bệnh nhân ung thư khác nhau. Điều này cho thấy khả năng phân tầng nguy cơ của thang điểm tương đối có tính nhất quán, mặc dù chưa đạt mức lý tưởng để sàng lọc toàn diện. Nghiên cứu của chúng tôi khi chọn thang điểm Khorana ở ngưỡng cắt ≥ 3 , ghi nhận độ nhạy thấp (20%) nhưng độ đặc hiệu cao (92,6%). NPV đạt 95,9% nhưng chủ yếu phản ánh tỷ lệ HKTMSCD thấp trong quần thể nghiên cứu hơn là khả năng loại trừ mạnh của công cụ, do LR⁻ gần 1. Trong khi đó, PPV chỉ 12,2%; song nguy cơ tuyệt đối ở nhóm điểm ≥ 3 cao gấp 2,5 lần so với dân số chung. Một điểm khác biệt quan trọng là cấu trúc loại ung thư trong mẫu nghiên cứu. Tại

Nhật, ung thư tụy và dạ dày chiếm tỷ lệ cao, vốn là nhóm nguy cơ cao theo thang điểm Khorana; trong khi ở Việt Nam, ung thư vú chiếm ưu thế (36,9%) và được xếp nhóm nguy cơ thấp trong mô hình gốc. Điều này có thể góp phần làm giảm độ nhạy chung của thang điểm khi áp dụng tại Việt Nam. Bên cạnh đó, đặc điểm nhân khẩu học và yếu tố di truyền (tỷ lệ mang đột biến yếu tố V Leiden hay Prothrombin G20210A thấp ở người châu Á) cũng được cho là góp phần làm giảm nguy cơ huyết khối so với quần thể phương Tây⁹. Điều này gợi ý rằng thang điểm chủ yếu hữu ích trong việc loại trừ bệnh nhân nguy cơ thấp, giúp bác sĩ an tâm không cần chỉ định dự phòng thường quy, từ đó giảm gánh nặng chi phí và biến chứng chảy máu. Do độ nhạy thấp, mô hình chưa đủ mạnh để phát hiện đầy đủ nhóm bệnh nhân nguy cơ cao thực sự có thể hưởng lợi từ dự phòng. Với số biến cố thấp trong nghiên cứu, các ước lượng cần được xác nhận thêm với các nghiên cứu đa trung tâm, cỡ mẫu lớn hơn trong tương lai. Kết quả này phù hợp với nhận định của Akasaka-Kihara³ khi cho rằng thang điểm Khorana ở quần thể châu Á có độ nhạy hạn chế và có thể cần được hiệu chỉnh lại ngưỡng cắt để nâng cao giá trị sàng lọc.

Ngoài giá trị chẩn đoán, chúng tôi ghi nhận một số yếu tố nguy cơ độc lập làm tăng khả năng HKTMSCD, gồm: tuổi ≥ 60 , sử dụng thuốc nhóm ức chế topoisomerase và thuốc ức chế phân chia tế bào. Đây là những yếu tố đặc thù trong thực hành điều trị ung thư tại Việt Nam, gợi ý rằng Khorana score có thể được cải thiện bằng cách tích hợp thêm yếu tố liên quan đến phác đồ hóa trị. Nghiên cứu của Akasaka-Kihara³ cũng cho thấy các bệnh đi kèm như tăng huyết áp, đái tháo đường, suy thận mạn và các chỉ số viêm (CRP) ảnh hưởng đến tiên lượng. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, dữ liệu này chưa được thu thập đầy đủ, đây là một hạn chế cần được khắc phục ở các nghiên cứu tiếp theo.

Một điểm đáng chú ý là thành phần BMI trong Khorana score ít có ý nghĩa trong bối cảnh Việt Nam. Không có bệnh nhân nào có BMI ≥ 35 , trong khi 38,4% có BMI ≥ 25 . Điều này tương đồng với báo cáo của Akasaka-Kihara³ khi sử dụng ngưỡng ≥ 25 kg/m² cho quần thể Nhật Bản. Do đó, việc giữ nguyên tiêu chí BMI ≥ 35 trong thang điểm Khorana có thể làm giảm khả năng áp dụng tại các quốc gia châu Á, bao gồm Việt Nam.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số điểm mạnh: thiết kế đoàn hệ tiền cứu, siêu âm mạch máu được chuẩn hóa để chẩn đoán HKTMSCD, và là nghiên cứu đầu tiên tại Việt Nam đánh giá

giá trị thang điểm Khorana. Tuy nhiên, cũng tồn tại một số hạn chế: cỡ mẫu nhỏ, nghiên cứu đơn trung tâm, thời gian theo dõi ngắn (6 tháng), chưa đánh giá tử vong và biến cố chảy máu, cũng như chưa so sánh trực tiếp với các thang điểm khác (Vienna, ONKOTEV, COMPASS-CAT).

V. KẾT LUẬN

Thang điểm Khorana có khả năng phân tầng nguy cơ HKTMSD ở bệnh nhân ung thư được hóa trị lần đầu tại Việt Nam, với độ đặc hiệu cao nhưng độ nhạy còn hạn chế. Thang điểm hữu ích trong việc loại trừ nhóm bệnh nhân nguy cơ thấp, song chưa đủ mạnh để sàng lọc và phát hiện toàn diện nhóm nguy cơ cao. Tuổi ≥ 60 và các phác đồ chứa thuốc ức chế topoisomerase hoặc ức chế phân chia tế bào là những yếu tố nguy cơ độc lập. Cần các nghiên cứu đa trung tâm, quy mô lớn hơn để xác định ngưỡng cắt tối ưu và xây dựng mô hình tiên lượng phù hợp cho thực tiễn Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Khorana AA, Rubens D, Francis CW. Screening high-risk cancer patients for VTE: A prospective observational study. *Thromb Res*. 2014;134(6):1205-1207. doi:10.1016/j.thromres.2014.09.016
2. JNCCN. Accessed September 27, 2025. <https://jnccn.org/>
3. Akasaka-Kihara F, Sueta D, Ishii M, et al. Validation of the Khorana Venous Thromboembolism Risk Score in Japanese Cancer Patients. *JACC Asia*. 2021;1(2):259-270. doi:10.1016/j.jacasi.2021.07.006
4. Ha H, Ko YH, Kim K, et al. Application of the Khorana score for cancer-associated thrombosis prediction in patients of East Asian ethnicity undergoing ambulatory chemotherapy. *Thromb J*. 2023;21(1):63. doi:10.1186/s12959-023-00505-3
5. Multivariable clinical-genetic risk model for predicting venous thromboembolic events in patients with cancer | *British Journal of Cancer*. Accessed September 27, 2025. <https://www.nature.com/articles/s41416-018-0027-8>
6. Khorana AA, Soff GA, Kakkar AK, et al. Rivaroxaban for Thromboprophylaxis in High-Risk Ambulatory Patients with Cancer. *N Engl J Med*. Published online February 21, 2019. doi:10.1056/NEJMoa1814630
7. Carrier M, Abou-Nassar K, Mallick R, et al. Apixaban to Prevent Venous Thromboembolism in Patients with Cancer. *N Engl J Med*. 2019;380(8):711-719. doi:10.1056/NEJMoa1814468
8. Abdel-Razeq H, Mansour A, Abdullelah H, et al. Thromboembolic events in cancer patients on active treatment with cisplatin-based chemotherapy: another look! *Thromb J*. 2018;16(1):2. doi:10.1186/s12959-018-0161-9
9. Lyman GH, Bohlik K, Khorana AA, et al. Venous thromboembolism prophylaxis and treatment in patients with cancer: american society of clinical oncology clinical practice guideline update 2014. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 2015;33(6):654-656. doi:10.1200/JCO.2014.59.7351

KHẢO SÁT CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐIỀU TRỊ GIẢM NHẸ TẠI KHOA NGOẠI TỔNG HỢP – BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Nguyễn Huy Toàn¹, Hồ Duy Tuấn Anh¹, Phạm Quốc Hoàng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát chất lượng cuộc sống (CLCS) của bệnh nhân ung thư được điều trị giảm nhẹ tại Khoa Ngoại Tổng hợp và xác định một số yếu tố liên quan đến CLCS. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 105 bệnh nhân ung thư điều trị giảm nhẹ (10/2024–05/2025). CLCS đo bằng EORTC QLQ-C30 (v3). Phân tích đơn biến (t-test/ANOVA/chi-square) và mô hình hồi quy tuyến tính tổng quát Gamma-log để xác định yếu tố liên quan độc lập. **Kết quả:** Tuổi trung bình 68,0 $\pm$ 12,4; nam ~74%. 80% giai đoạn III–IV; PS2

chiếm 45,7%. Điểm trung bình: lĩnh vực triệu chứng 35,3 $\pm$ 15,1; chức năng 51,8 $\pm$ 25,1; tài chính 54,3 $\pm$ 31,6; tổng quát 40,2 $\pm$ 23,4; CLCS chung 46,6 $\pm$ 9,4. Phân tích đa biến cho thấy: đang kết hôn (+20,2% CLCS; $p<0,001$), thời gian mắc <6 tháng (+9,4%; $p=0,032$) và 6–12 tháng (+20,8%; $p=0,005$), PS ≤ 2 (+19,8%; $p<0,001$) liên quan độc lập với CLCS cao hơn; điều trị đặc hiệu hiện tại/liền tiếp liên quan giảm CLCS (–7,8%; $p=0,011$). **Kết luận:** CLCS của bệnh nhân ung thư điều trị giảm nhẹ ở mức thấp, đặc biệt ở khía cạnh thể chất/hoạt động. Hỗ trợ xã hội (hôn nhân), thể trạng tốt và thời gian mắc ngắn liên quan CLCS tốt hơn. Cần tích hợp chăm sóc giảm nhẹ sớm, hỗ trợ gia đình – xã hội và tối ưu kiểm soát triệu chứng.

Từ khóa: EORTC QLQ-C30; chăm sóc giảm nhẹ; chất lượng cuộc sống; ung thư giai đoạn muộn.

SUMMARY

SURVEY OF QUALITY OF LIFE AND

¹Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An
 Chịu trách nhiệm chính: Hồ Duy Tuấn Anh
 Email: hotuananh725@gmail.com
 Ngày nhận bài: 18.9.2025
 Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025
 Ngày duyệt bài: 27.11.2025