

- knowledge regarding implantable port catheter care. Japan Journal of Nursing Science. 2012; 9(1):1-8.
7. **Hoa NT.** Improving the Knowledge of Port-A-Cath Care For Nurses. 2019.
 8. **El-Metwaly RM, Abd-El Salam SN.** Effect of Educational Program on Nurses knowledge & Practice towards Patients with Implantable Port Catheter.
 9. **Tsai Sing-Ling Chai S-K, Hsieh L-F, Lin S, Taur F-M, Sung W-H, Doong J-L.** The use of virtual reality computer simulation in learning Port-A cath injection. Advances in Health Sciences Education. 2008;13:71-87.
 10. **Khalil N, Youssef W, Shalaby L, Moustafa Z.** Oncology critical Care nurse's knowledge about insertion, care and complications of venous Port catheters in Egypt. Adv Practice Nurs. 2017;2(2): 137-42.

KHẢO SÁT TÌNH TRẠNG DỰ TRỮ SẮT HUYẾT TƯƠNG Ở BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN GIAI ĐOẠN CUỐI TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Bùi Văn Tuấn¹, Nguyễn Thị Thuỳ Dung¹,
Nguyễn Minh Hiếu¹, Lê Việt Thắng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tình trạng dự trữ sắt huyết tương và đánh giá mối liên quan với tình trạng lọc máu chu kỳ ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối (BTM GĐC) ở Bệnh viện Quân y 103. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 157 bệnh nhân BTM GĐC điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 từ 01/2022–12/2023. Các chỉ số sắt huyết tương, ferritin, độ bão hòa transferrin (TSAT) và tình trạng dự trữ sắt được đánh giá. Xác định tình trạng dự trữ sắt huyết tương dựa vào 2 chỉ số: nồng độ ferritin huyết tương và TSAT. **Kết quả:** Tình trạng thiếu sắt là phổ biến với 61,2% (39,5% thiếu sắt tuyệt đối; 21,7% thiếu sắt chức năng). Tỷ lệ thiếu sắt tuyệt đối ở nhóm lọc máu cao hơn nhóm chưa lọc máu (47,0% so với 19,0%, $p = 0,003$; OR = 3,76; 95% CI: 1,60–8,83). Tỷ lệ thiếu sắt chức năng ở nhóm lọc máu thấp hơn so với nhóm chưa lọc máu (15,7% so với 38,1%), OR = 0,30 (95% CI: 0,13–0,68; $p = 0,004$). Khi gộp cả hai dạng, tỷ lệ thiếu sắt tổng ở nhóm lọc máu cao gấp 2,52 lần so với nhóm chưa lọc máu (OR = 2,52, 95% CI: 1,22–5,21; $p = 0,012$). **Kết luận:** Thiếu sắt là tình trạng phổ biến ở bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối. Lọc máu chu kỳ có mối liên quan chặt chẽ với giảm dự trữ sắt huyết tương. Việc đánh giá định kỳ ferritin và độ bão hòa transferrin (TSAT) là cần thiết để tối ưu hóa điều trị thiếu máu bằng erythropoietin và bổ sung sắt hợp lý cho người bệnh ESRD. **Từ khóa:** ESRD, lọc máu chu kỳ, ferritin, TSAT, thiếu sắt.

SUMMARY

SURVEY OF IRON STORES IN PATIENTS WITH END-STAGE RENAL DISEASE AT MILITARY HOSPITAL 103

Objective: Survey of plasma iron reserves and the relationship with hemodialysis status in patients

¹Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Văn Tuấn

Email: btuan.nt12@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2025

Ngày duyệt bài: 25.12.2025

with end-stage chronic kidney disease (ESRD) at 103 Military Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 157 ESRD patients treated at Military Hospital 103 from January 2022 to December 2023. Serum iron, ferritin, transferrin saturation (TSAT), and iron storage status were measured and compared between hemodialysis and non-hemodialysis groups. Determination of plasma iron reserve status is based on two indices: plasma ferritin concentration and TSAT. **Results:** Iron deficiency was common, accounting for 61.2% of patients (39.5% absolute iron deficiency; 21.7% functional iron deficiency). The prevalence of absolute iron deficiency was significantly higher in the hemodialysis group than in the non-hemodialysis group (47.0% vs. 19.0%, $p = 0.003$; OR = 3.76; 95% CI: 1.60–8.83). Conversely, functional iron deficiency was less frequent among hemodialysis patients compared with non-hemodialysis patients (15.7% vs. 38.1%, OR = 0.30; 95% CI: 0.13–0.68; $p = 0.004$). When combining both types, the overall iron deficiency rate in the hemodialysis group was 2.52 times higher than that of the non-hemodialysis group (OR = 2.52; 95% CI: 1.22–5.21; $p = 0.012$). **Conclusion:** Iron deficiency is highly prevalent among patients with ESRD. Maintenance hemodialysis is strongly associated with reduced iron stores. Regular monitoring of ferritin and transferrin saturation (TSAT) is essential to optimize anemia management using erythropoietin and appropriate iron supplementation in ESRD patients.

Keywords: ESRD, maintenance hemodialysis, ferritin, TSAT, iron deficiency.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu máu là biến chứng thường gặp ở bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối (End Stage Renal Disease - ESRD), làm gia tăng biến chứng tim mạch, giảm chất lượng cuộc sống và tăng tỷ lệ tử vong [1]. Nguyên nhân thiếu máu trong bệnh thận mạn tính do nhiều yếu tố, trong đó giảm sản xuất erythropoietin (EPO) do thận bị tổn thương và rối loạn chuyển hoá sắt là hai cơ chế chính ảnh hưởng đến tình trạng thiếu máu

và hiệu quả điều trị [2]. Các nghiên cứu trên thế giới đã ghi nhận các rối loạn tình trạng dự trữ sắt ở bệnh nhân ESRD như giảm nồng độ ferritin và độ bão hòa transferrin (TSAT), cùng với vai trò của các yếu tố điều hòa như hepcidin, viêm mạn tính và suy dinh dưỡng. Các yếu tố này làm tăng giữ sắt trong đại thực bào, giảm hấp thu sắt và giảm khả năng gắn sắt toàn phần[3]. Dự trữ sắt đóng vai trò quan trọng trong quá trình tạo hồng cầu và đáp ứng điều trị thiếu máu. Trên lâm sàng, rối loạn chuyển hoá sắt biểu hiện dưới ba dạng: thiếu sắt tuyệt đối, thiếu sắt chức năng và thừa sắt. Các trạng thái này đều làm giảm hiệu quả của điều trị thiếu máu bằng EPO, làm tăng tỷ lệ và mức độ thiếu máu ở bệnh nhân bệnh thận mạn tính [4]. Nghiên cứu này của chúng tôi nhằm: *Khảo sát tình trạng dự trữ sắt huyết tương ở bệnh nhân ESRD và đánh giá mối liên quan giữa tình trạng dự trữ sắt huyết tương với tình trạng lọc máu chu kỳ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên 157 bệnh nhân ESRD đang điều trị tại Khoa Thận và Lọc máu, Bệnh viện Quân y 103.

* **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối có mức lọc cầu thận (MLCT) < 15 ml/phút/1,73m², có hoặc chưa lọc máu chu kỳ; Tuổi ≥18; Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

* **Tiêu chuẩn loại trừ:** Đã truyền máu hoặc bổ sung sắt tĩnh mạch trong vòng 3 tháng trước nghiên cứu; Mất máu cấp tính hoặc đang chảy máu trong thời gian nghiên cứu; Mắc bệnh cấp tính (viêm gan virus B/C, viêm phổi, nhồi máu cơ tim, suy tim cấp, đột quỵ não cấp); Có can thiệp phẫu thuật trong vòng 3 tháng; Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

* **Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến hành từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2023 tại Khoa Thận và Lọc máu, Bệnh viện Quân y 103.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

* **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

* **Các biến số nghiên cứu:** nồng độ sắt huyết tương, ferritin, TSAT, tình trạng dự trữ sắt huyết tương (thiếu sắt tuyệt đối, thiếu sắt chức năng, đủ sắt, thừa sắt), và phương pháp điều trị (lọc máu chu kỳ hoặc chưa lọc máu).

Định nghĩa thiếu sắt: Theo khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị bệnh thận mạn và một số bệnh lý thận của Hội tiết niệu thận học Việt Nam năm 2023 [5].

* **Xử lý số liệu:** Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi p < 0,05.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu: Bài báo này sử dụng dữ liệu thứ cấp được trích xuất từ nghiên cứu gốc đã được Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Quân y 103 phê duyệt theo Quyết định số 59/CNChT HĐĐĐ ngày 26/9/2022. Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện Quân y 103 cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung bệnh nhân nghiên cứu (n=157)

Đặc điểm		Kết quả
Tuổi trung bình (Tuổi), (X±SD)		48,83±15,83
Giới tính	Nam (%)	52,9
	Nữ (%)	47,1
BMI trung bình (kg/m²), (X±SD)		20,58±2,23
Phương pháp điều trị	Lọc máu, n (%)	115 (73,2)
	Chưa lọc máu, n(%)	42 (26,8)

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 48,83 ± 15,83. Phân bố giới tính tương đối đồng đều với tỷ lệ nam và nữ lần lượt là 52,9% và 47,1%. BMI trung bình là 20,58 ± 2,23. Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu đang được điều trị thay thế thận bằng lọc máu chu kỳ với 115 bệnh nhân chiếm 73,2%.

3.2. Tình trạng dự trữ sắt huyết tương ở bệnh nhân ESRD

Bảng 2. Đặc điểm nồng độ sắt và ferritin huyết tương (n=157)

Chỉ tiêu	Phân loại	Số BN	Tỷ lệ (%)
Sắt (μmol/L)	Giảm	16	10,2
	Bình thường	135	86,0
	Tăng	6	3,8
	Trung vị (TPV)	10,03 (7,73-13,02)	
Ferritin (ng/mL)	Giảm	62	39,5
	Bình thường	63	40,1
	Tăng	32	20,4
	Trung vị (TPV)	204,94 (99,77-435,09)	

TPV: Tứ phân vị

Nhận xét: 10,2% bệnh nhân có giảm sắt huyết tương, với giá trị trung vị 10,03 μmol/L. Tỷ lệ giảm ferritin là 39,5%, giá trị trung vị của ferritin là 204,94 (99,77 – 435,09).

Bảng 3. Đặc điểm độ bão hòa transferrin (TSAT) (n=157)

Đặc điểm TSAT (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)
<20%	67	42,7

20%-50%	57	36,3
>50%	33	21,0
Trung vị (TPV)	24,65 (14,2 – 45,49)	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có TSAT thấp (<20%) chiếm tỷ lệ cao nhất với 42,7%, tiếp theo mức trung bình (20%-50%) và mức cao (>50%) lần lượt là 36,3% và 21,0%. Giá trị trung vị của TSAT là 24,65%.

Bảng 4. Tình trạng dự trữ sắt huyết tương (n=157)

Tình trạng dự trữ sắt	Số BN	Tỷ lệ (%)
-----------------------	-------	-----------

Bảng 5. Đặc điểm nồng độ sắt và ferritin theo nhóm (n=157)

Chỉ số	Nhóm LM, n (%) (n=115)	Nhóm CLM, n (%) (n=42)	p	
Sắt (µmol/L)	Giảm	13 (11,3)	3 (7,1)	>0,05 ^b
	Bình thường	96 (83,5)	39 (92,9)	
	Tăng	6 (5,2)	0 (0)	
	Trung vị (TPV)	9,86 (7,58 – 12,64)	10,85 (8,24 – 13,68)	
Ferritin (ng/mL)	Giảm	54 (47,0)	8 (19,0)	<0,01 ^c
	Bình thường	39 (33,9)	24 (57,1)	
	Tăng	22 (19,1)	10 (23,8)	
	Trung vị (TPV)	204,94 (97,86 – 386,87)	210,9 (110,42 – 500,34)	

^aMann-Whitney U test; ^bFisher's exact test; ^cChi-square test; LM: Lọc máu; CLM: Chưa lọc máu.

Nhận xét: Tỷ lệ giảm ferritin ở nhóm lọc máu cao hơn rõ rệt so với nhóm chưa lọc máu (47,0% so với 19,0%, p < 0,01), trong khi nồng độ sắt huyết tương không khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm (p>0,05).

Bảng 6. Đặc điểm độ bão hòa transferrin (TSAT) theo nhóm (n=157)

Đặc điểm TSAT	Nhóm LM, n(%) (n=115)	Nhóm CLM, n(%) (n=42)	p
<20%	45 (39,1)	22 (52,4)	>0,05 ^a
20%-50%	46 (40,0)	11 (26,2)	
>50%	24 (20,9)	9 (21,4)	
Trung vị (TPV)	27,87 (15,04-44,76)	19,18 (12,56-49,56)	>0,05 ^b

^a Chi-square test; ^b Mann-Whitney U test

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở TSAT giữa hai nhóm bệnh nhân (p > 0,05).

Bảng 7. Tình trạng dự trữ sắt huyết tương theo nhóm (n=157)

Tình trạng dự trữ sắt	Nhóm LM, n (%) (n=115)	Nhóm CLM, n (%) (n=42)	p
Thiếu sắt tuyệt đối	54 (47,0)	8 (19,0)	<0,005 ^a
Thiếu sắt chức năng	18 (15,7)	16 (38,1)	
Đủ sắt	24 (20,9)	11 (26,2)	
Thừa sắt	19 (16,5)	7 (16,7)	

^a Chi-square test

Nhận xét: Tỷ lệ thiếu sắt tuyệt đối của nhóm BN lọc máu cao hơn rõ rệt so với nhóm BN

Thiếu sắt tuyệt đối	62	39,5
Thiếu sắt chức năng	34	21,7
Đủ sắt	35	22,3
Thừa sắt	26	16,6

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân thiếu sắt tuyệt đối với 62 bệnh nhân chiếm 39,5%, tiếp theo là thiếu sắt chức năng và thừa sắt lần lượt là 21,7% và 16,6%. 35 bệnh nhân không có rối loạn dự trữ sắt, chiếm 22,3%.

3.3. Mối liên quan tình trạng dự trữ sắt huyết tương với lọc máu chu kỳ

chưa lọc máu (47,0% so với 19,0%, p<0,05). Thiếu sắt chức năng phổ biến hơn ở nhóm chưa lọc máu (38,1% so với 15,7%).

Bảng 8. Mối liên quan giữa lọc máu chu kỳ và tình trạng dự trữ sắt huyết tương

Tình trạng sắt	OR thô	95% CI	P-Value
Thiếu sắt tuyệt đối	3,76	1,60-8,83	0,003
Thiếu sắt chức năng	0,30	0,13-0,68	0,004
Thiếu sắt tổng	2,52	1,22-5,21	0,012

OR: Odds Ratio; CI: Confidence Interval.

Nhận xét: Tỷ lệ thiếu sắt tuyệt đối ở nhóm lọc máu là 47,0%, cao hơn nhóm chưa lọc máu 19,0%, OR = 3,76 (95% CI: 1,60–8,83; p = 0,003). Tỷ lệ thiếu sắt chức năng ở nhóm lọc máu thấp hơn so với nhóm chưa lọc máu (15,7% so với 38,1%), OR = 0,30 (95% CI: 0,13–0,68; p = 0,004). Khi gộp cả hai dạng, tỷ lệ thiếu sắt tổng ở nhóm lọc máu cao gấp 2,52 lần so với nhóm chưa lọc máu (OR = 2,52, 95% CI: 1,22–5,21; p = 0,012).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là 48,83 ± 15,83, phần lớn thuộc nhóm trung niên và cao tuổi. Cấu trúc giới tính tương đối cân bằng, với nam chiếm 52,9% và nữ chiếm 47,1%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Phan Thế Cường và cộng sự (2016) về nồng độ erythropoietin, ferritin và transferrin huyết thanh ở bệnh nhân suy thận mạn tính giai đoạn cuối, trong đó độ tuổi trung bình là 44,9 ± 15,9 tuổi,

tỷ lệ nam 52,4% và nữ 47,6% [6].

Chỉ số BMI trung bình là $20,58 \pm 2,23$, phản ánh đa số bệnh nhân có tình trạng dinh dưỡng bình thường. Tỷ lệ bệnh nhân đang lọc máu chu kỳ chiếm 73,2%, phản ánh đặc thù điều trị thay thế thận cho bệnh nhân ESRD tại Bệnh viện Quân y 103

4.2. Tình trạng dự trữ sắt huyết tương ở bệnh nhân ESRD. Kết quả nghiên cứu cho thấy 42,7% bệnh nhân có TSAT thấp <20%, phản ánh khả năng vận chuyển sắt giảm. Tỷ lệ giảm sắt huyết tương là 10,2%, giảm ferritin là 39,5%, và thiếu sắt tổng (bao gồm thiếu sắt tuyệt đối và thiếu sắt chức năng) chiếm 61,2%. Những số liệu này cho thấy thiếu sắt là tình trạng phổ biến ở bệnh nhân ESRD. Cơ chế của tình trạng này có thể được lý giải do giảm hấp thu sắt đường tiêu hóa, mất máu mạn tính trong quá trình lọc máu và tình trạng viêm mạn tính làm tăng nồng độ hepcidin, dẫn đến giảm phóng thích sắt từ các mô dự trữ và giảm gắn sắt vào transferrin [7]. Tỷ lệ thiếu sắt trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Phan Thế Cường và cộng sự (2016) báo cáo tỷ lệ thiếu sắt 60%, trong đó thiếu sắt tuyệt đối chiếm 31,4% và thiếu sắt chức năng 28,6% [6]. Kết quả này cho thấy rối loạn chuyển hoá sắt vẫn là vấn đề thường gặp ở bệnh nhân ESRD, cần được theo dõi và điều chỉnh thường xuyên trong điều trị thiếu máu.

4.3. Mối liên quan giữa tình trạng dự trữ sắt huyết tương với lọc máu chu kỳ. Kết quả nghiên cứu cho thấy tình trạng dự trữ sắt huyết tương có sự khác biệt rõ rệt giữa nhóm lọc máu chu kỳ và nhóm chưa lọc máu. Cụ thể, tỷ lệ thiếu sắt tuyệt đối ở nhóm lọc máu cao gấp gần 4 lần so với nhóm chưa lọc máu (47,0% so với 19,0%, OR = 3,76; 95% CI: 1,60–8,83; p = 0,003), trong khi thiếu sắt chức năng phổ biến hơn ở nhóm chưa lọc máu (38,1% so với 15,7%, OR = 0,30; 95% CI: 0,13–0,68; p = 0,004). Khi gộp cả hai dạng, tỷ lệ thiếu sắt tổng ở nhóm lọc máu cao gấp 2,52 lần so với nhóm chưa lọc máu (OR = 2,52, 95% CI: 1,22–5,21; p = 0,012).

Những kết quả này cho thấy lọc máu chu kỳ là yếu tố liên quan chặt chẽ đến giảm dự trữ sắt huyết tương, chủ yếu theo cơ chế thiếu sắt tuyệt đối. Cơ chế được giải thích do mất sắt mạn tính trong quá trình lọc máu, bao gồm máu còn sót lại trong bộ dây và quả lọc, lấy máu định kỳ để xét nghiệm và rò rỉ vi thể tại vị trí chọc kim. Bên cạnh đó, viêm mạn tính và tăng nồng độ hepcidin ở bệnh nhân lọc máu cũng ức chế phóng thích sắt từ đại thực bào và tế bào gan,

làm giảm lượng sắt sẵn có cho tủy xương [7]. Ở nhóm chưa lọc máu, thiếu sắt chức năng chiếm ưu thế, có thể do viêm mạn tính làm tăng hepcidin nhưng chưa có mất sắt thực thể, dẫn đến sắt bị khóa trong mô dự trữ và giảm TSAT, mặc dù ferritin có thể bình thường hoặc tăng nhẹ. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu Phan Thế Cường (2016) cũng ghi nhận tỷ lệ ferritin giảm cao hơn ở nhóm lọc máu.

Những kết quả này cho thấy rằng lọc máu chu kỳ là yếu tố nguy cơ làm giảm dự trữ sắt huyết tương. Do đó, việc đánh giá định kỳ ferritin và TSAT là cần thiết để phát hiện sớm thiếu sắt, điều chỉnh liều thuốc sắt và tối ưu hóa đáp ứng điều trị thiếu máu bằng EPO ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ. Đồng thời, nhóm chưa lọc máu cũng cần được theo dõi sát thiếu sắt chức năng, nhằm phát hiện sớm tình trạng viêm hoặc suy dinh dưỡng kéo dài ảnh hưởng đến quá trình tạo máu.

V. KẾT LUẬN

Thiếu sắt là tình trạng phổ biến ở bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối. Lọc máu chu kỳ có mối liên quan chặt chẽ với giảm dự trữ sắt huyết tương. Việc đánh giá định kỳ ferritin và TSAT là cần thiết để tối ưu hóa điều trị thiếu máu bằng EPO và bổ sung sắt hợp lý cho người bệnh ESRD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Portolés J., Martín L., Broseta J., et al.** Anemia in Chronic Kidney Disease: From Pathophysiology and Current Treatments, to Future Agents. *Front Med (Lausanne)*. 2021; 8: 642296.
2. **Fishbane S. and Spinowitz B.** Update on Anemia in ESRD and Earlier Stages of CKD: Core Curriculum 2018. *American Journal of Kidney Diseases*. 2018; 71(3): 423-435.
3. **Collins J., Wessling-Resnick M. and Knutson M.** Heparin regulation of iron transport. *J Nutr*. 2008; 138(11): 2284-8.
4. **Trường Đại học Y Hà Nội.** Bệnh học nội khoa Thận-Tiết niệu, Tập 2, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. 2021:137 - 148.
5. **Hội tiết niệu Thận học Việt Nam.** Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị bệnh thận mạn và một số bệnh lý thận, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. 2023: 13-113.
6. **Phan Thế Cường.** Nghiên cứu nồng độ erythropoietin, ferritin và transferrin huyết thanh ở bệnh nhân suy thận mạn tính có chỉ định lọc máu chu kỳ, Luận án Tiến sĩ Y học. Học viện Quân y. Hà Nội. 2016.
7. **Ganz T., & Nemeth, E.** (2016). Iron Balance and the Role of Heparin in Chronic Kidney Disease. *Seminars in Nephrology*. 2016; 36(2), 87–93.

ĐÁP ỨNG HOÁ XẠ TRỊ ĐỒNG THỜI TIỀN PHẪU TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ THỰC QUẢN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Xuân Hoà^{1,2,3}, Đào Văn Minh⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư thực quản 1/3 giữa - dưới tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức được hoá xạ trị tiền phẫu và đánh giá đáp ứng điều trị của nhóm bệnh nhân trên. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu 40 bệnh nhân ung thư biểu mô thực quản 1/3 giữa- dưới được hoá xạ trị tiền phẫu sau đó là phẫu thuật nội soi ngực bụng cắt thực quản. **Kết quả:** Tuổi trung bình 55,8; tỷ lệ nam là 97,5%; triệu chứng chủ yếu là nuốt nghẹn 90%, đau ngực là 40%; chiều dài trung bình khối u 4,82±1,1cm; giai đoạn bệnh trước mổ IIb, III, IVa lần lượt là 5%, 85%, 10%; thời gian nghỉ trung bình sau hoàn thành hoá xạ trị đến khi phẫu thuật là 40,2±12,5 ngày; đáp ứng hoàn toàn trên lâm sàng 57,5%; đáp ứng hoàn toàn trên cận lâm sàng 32,5%; đáp ứng hoàn toàn trên giải phẫu bệnh (ypT0N0M0) là 37,5%. Không có mối liên quan giữa tỷ lệ đáp ứng và tuổi, chiều dài khối u, giai đoạn u với $p>0,05$; khoảng thời gian nghỉ sau hoá xạ trị và tỷ lệ đáp ứng là liên quan có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. **Từ khóa:** Hóa xạ trị đồng thời tiền phẫu, ung thư thực quản, đáp ứng hoàn toàn.

SUMMARY

RESPONDING OF PREOPERATIVE RADIATION CHEMOTHERAPY IN THE TREATMENT OF ESOPHAGEAL CANCER AT VIET DUC FRIENDSHIP HOSPITAL

Objectives: Description of some clinical and paraclinical characteristics of patients with lower third esophageal cancer at Viet Duc Friendship Hospital who underwent preoperative radiotherapy and evaluation of treatment outcomes in this patient group. **Objective and methods:** A retrospective descriptive study of 40 patients with lower third esophageal squamous cell carcinoma who received preoperative radiotherapy followed by thoracoabdominal esophagectomy. **Results:** The average age was 55.8; male ratio was 97.5%; main symptoms were dysphagia 90%, chest pain 40%; average tumor length 4.82±1.1 cm; preoperative disease stage IIb, III, IVa were 5%, 85%, 10% respectively; average post-radiotherapy recovery time to surgery was 40.2 ± 12.5 days; complete clinical response 57.5%; complete paraclinical response 32.5%; complete

pathological response (ypT0N0M0) 37.5%. There was no correlation between response rate and age, tumor length, tumor stage with $p>0.05$; the duration of post-radiotherapy recovery and response rate showed statistically significant correlation with $p<0.05$.

Keywords: Concomitant preoperative radiation therapy, esophageal cancer, pathologic complete response.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản (UTTQ) là bệnh lý ác tính thường gặp của hệ tiêu hoá. Điều trị UTTQ là đa mô thức trong đó phẫu thuật, hoá trị, xạ trị là 3 phương pháp điều trị chủ yếu. Đối với bệnh nhân giai đoạn sớm, phẫu thuật là phương pháp điều trị chính. tuy nhiên, đa số UTTQ phát hiện ở giai đoạn tiến triển, phẫu thuật đơn thuần thường đi kèm với tỷ lệ tái phát hoặc di căn cao với khả năng sống sót thấp, tỷ lệ sống sót sau 5 năm dao động 15% đến 39%.¹ Nhiều nghiên cứu gần đây thấy rằng hoá xạ trị tiền phẫu so với phẫu thuật đơn thuần giúp giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ tại vùng, kéo dài thời gian sống thêm toàn bộ. Tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức đã ứng dụng hoá xạ trị tiền phẫu sau đó là phẫu thuật nội soi cắt thực quản từ những năm 2017 tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào về nhóm bệnh nhân này, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu sau: *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư thực quản tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức được hoá xạ trị tiền phẫu và đánh giá kết quả điều trị của nhóm bệnh nhân trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 40 bệnh nhân ung thư biểu mô thực quản 2/3 dưới được hoá xạ trị tiền phẫu sau đó được phẫu thuật nội soi ngực bụng cắt thực quản tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1 năm 2017 đến tháng 7 năm 2022.

❖ **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Ung thư biểu mô thực quản ngực 2/3 dưới, được hoá xạ trị tiền phẫu và được cắt thực quản bằng nội soi ngực bụng. Hồ sơ bệnh án đủ các thông tin cần thiết trong nghiên cứu. Được theo dõi sau mổ để đánh giá kết quả.

❖ **Tiêu chuẩn loại trừ:** Ung thư biểu mô thực quản 2 vị trí trở lên. Ung thư biểu mô thực quản kèm theo 1 hoặc nhiều ung thư ở cơ quan khác

2.2. Phương pháp nghiên cứu

❖ **Thiết kế nghiên cứu:** Hồi cứu, mô tả cắt

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc Gia Hà Nội

³Trường Đại học Y Hà Nội

⁴Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hoà

Email: drhoanguyenxuan@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025

Ngày duyệt bài: 19.12.2025