

triển khoa học và công nghệ Quốc gia (NAFOSTED) trong đề tài mã số 108.02-2019.324.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, et al.** Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024;74(3): 229-63.
2. **Yang WJ, Zhao HP, Yu Y, Wang JH, Guo L, Liu JY, et al.** Updates on global epidemiology, risk and prognostic factors of gastric cancer. *World J Gastroenterol.* 2023;29(16):2452-68.
3. **Li Y, Feng A, Zheng S, Chen C, Lyu J.** Recent Estimates and Predictions of 5-Year Survival in Patients with Gastric Cancer: A Model-Based Period Analysis. *Cancer Control.* 2022;29: 10732748221099227.
4. **Võ DL, Nguyễn HB.** Đặc điểm và kết quả điều trị ung thư dạ dày ở người trẻ tuổi. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2024;537(1B).
5. **Howard R, Kanetsky PA, Egan KM.** Exploring the prognostic value of the neutrophil-to-lymphocyte ratio in cancer. *Scientific Reports.* 2019;9(1):19673.
6. **Nguyen MLT, Pham C, Le QV, Nham PLT, Tran DH, Le TS, et al.** The diagnostic and prognostic value of neutrophil-to-lymphocyte ratio and platelet-to-lymphocyte ratio on gastric cancer patients. *Medicine (Baltimore).* 2023;102(31): e34357.
7. **Mansour-Ghanaei F, Joukar F, Baghaee M, Sepehrmanesh M, Hojati A.** Only serum pepsinogen I and pepsinogen I/II ratio are specific and sensitive biomarkers for screening of gastric cancer. *Biomol Concepts.* 2019;10(1):82-90.
8. **Karra S, Gurushankari B, Rajalekshmy MR, Elamurugan TP, Mahalakshmy T, Kate V, et al.** Diagnostic Utility of NLR, PLR and MLR in Early Diagnosis of Gastric Cancer: an Analytical Cross-Sectional Study. *J Gastrointest Cancer.* 2023; 54(4):1322-30.

RỐI LOẠN ĐÔNG MÁU Ở BỆNH NHÂN ĐỒNG MẮC UNG THƯ TẠNG VÀ BỆNH MÁU ÁC TÍNH

Trần Thị Kiều My^{1,2}, Nguyễn Thị Ánh¹, Nguyễn Khánh Hà¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm rối loạn đông máu 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:** mô tả, 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:** Lơ-xê-mi cấp là nhóm bệnh máu ác tính chiếm tỷ lệ cao nhất với 40/63 bệnh nhân (63,5%). Ung thư tuyến giáp là loại ung thư tạng phổ biến nhất, ghi nhận ở hầu hết các nhóm bệnh máu ác tính với 17 trường hợp (27,0%). Tại thời điểm chẩn đoán, 98,4% có rối loạn ít nhất 1 chỉ số xét nghiệm đông máu. Các rối loạn đông máu thường gặp bao gồm cả tăng đông, giảm đông và DIC. 87,3% bệnh nhân tăng D-Dimer (trung vị 1442 µg/ml), 50,8% bệnh nhân tăng fibrinogen, xuất hiện ở 5/6 nhóm bệnh máu ác tính. 57,2% giảm tiểu cầu (trung vị 69 G/l). Tình trạng đông máu rải rác nội mạc (DIC) được ghi nhận ở 10 bệnh nhân (15,9%), tất cả đều thuộc nhóm lơ-xê-mi cấp. **Kết luận:** Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh máu ác tính sau ung thư tạng có tỷ lệ rối loạn đông máu cao biểu hiện cả xu hướng tăng đông và giảm đông.

Tình trạng DIC tập trung ở nhóm lơ-xê-mi cấp gợi ý rằng cần tầm soát các bệnh máu ác tính khi xuất hiện tình trạng rối loạn đông máu trên nhóm bệnh ung thư tạng. **Từ khóa:** bệnh máu ác tính, ung thư tạng, chỉ số đông máu.

SUMMARY

SOME COAGULATION INDICES IN PATIENTS WITH CO-OCCURRING SOLID TUMORS AND HEMATOLOGIC MALIGNANCIES

Objectives: To characterize some coagulation indices in patients with co-occurring solid tumors and hematologic malignancies at the National Institute of Hematology and Blood Transfusion in 2020-2023. **Methods and materials:** cross-sectional description, retrospective, 63 patients diagnosed with co-occurring solid tumors and hematologic malignancies at the National Institute of Hematology and Blood Transfusion in 2020-2023. **Results:** Acute leukemia was the most common hematologic malignancy, found in 40 out of 63 patients (63.5%). Thyroid cancer was the most frequent solid tumor, reported in 17 cases (27.0%) across nearly all hematologic cancer groups. At diagnosis, 98.4% of patients had abnormalities in at least one coagulation indices. Coagulopathy included hypercoagulability, hypocoagulability, and disseminated intravascular coagulation (DIC). Elevated D-dimer levels were observed in 87.3% of patients (median: 1442 µg/ml), and 50.8% had increased fibrinogen levels, which were present across 5 out of 6 malignant hematologic disease groups. Thrombocytopenia was observed in 57.2% of patients. DIC was recorded in 10 patients (15.9%), all of whom were diagnosed with acute leukemia. **Conclusion:**

¹Viện Huyết học Truyền máu Trung Ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Kiều My

Email: trankiemy@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 15.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.5.2025

Ngày duyệt bài: 20.6.2025

Patients with co-occurring solid tumors and hematologic malignancies had a high rate of coagulopathy, showing both hyper- and hypocoagulable states. DIC occurred exclusively in acute leukemia, highlighting the need to screen for hematologic cancers when coagulation abnormalities are found in solid tumor patients.

Keywords: hematologic malignancy, solid tumor, coagulation index.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn đông máu là một biến chứng thường gặp ở bệnh nhân ung thư, biểu hiện dưới dạng huyết khối, xuất huyết hoặc đông máu nội mạch rải rác (DIC). Khoảng 15% bệnh nhân ung thư có các bất thường đông máu có ý nghĩa lâm sàng, bao gồm huyết khối và xuất huyết. Đặc biệt, DIC được ghi nhận ở khoảng 6,8% bệnh nhân ung thư, với tỷ lệ tử vong dao động từ 20% đến 50%¹.

Mặc dù các biến cố huyết khối được mô tả nhiều hơn ở bệnh nhân ung thư, song tình trạng xuất huyết và DIC cũng đóng vai trò quan trọng, đặc biệt ở bệnh nhân mắc bệnh máu ác tính, và có thể dẫn đến tử vong nếu không được phát hiện và xử trí kịp thời. Các bất thường trong xét nghiệm đông máu (như fibrinogen, PT, APTT, D-dimer...) là khá phổ biến ở bệnh nhân ung thư, ngay cả khi không có biểu hiện huyết khối hoặc xuất huyết rõ rệt. Tuy nhiên, hiện nay vẫn còn rất ít nghiên cứu tại Việt Nam mô tả đặc điểm các rối loạn đông máu ở nhóm bệnh nhân đồng mắc ung thư tạng và bệnh máu ác tính – một nhóm có nguy cơ biến chứng đông máu cao và diễn biến lâm sàng phức tạp. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài: "Rối loạn đông máu ở bệnh nhân đồng mắc ung thư tạng và bệnh máu ác tính" với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm rối loạn đông máu 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

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

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

Bảng 3.1. Phân bố loại ung thư tạng và bệnh máu ác tính (n=63)

Bệnh máu ác tính Ung thư tạng	Đa u tủy xương	Lơ xê mi cấp	LXM kinh dòng BCH	LXM kinh dòng lympho	Tăng tiểu cầu tiên phát	U lympho	Số BN (%)
K giáp	1(1,6)	10(15,9)	3(4,8)	1(1,6)	1(1,6)	1(1,6)	17(27,0)
K vú	1(1,6)	10(15,9)	0	0	0	0	11(17,5)
K phần phụ	1(1,6)	4(6,3)	0	0	1(1,6)	0	6(9,5)
K dạ dày	0	3(4,8)	0	0	1(1,6)	1(1,6)	5(7,9)
K đại tràng	0	0	1(1,6)	2(3,2)	1(1,6)	1(1,6)	5(7,9)
K đầu mặt cổ	0	4(6,3)	1(1,6)	0	0	0	5(7,9)
K phổi	0	0	0	0	2(3,2)	1(1,6)	3(4,8)

nhân (BN) được chẩn đoán xác định và điều trị ung thư tạng ở viện chuyên khoa sau đó được chuyển tới Viện Huyết học – Truyền máu Trung ương do có các chỉ số huyết học bất thường từ tháng 1/2020 đến hết tháng 12/2023. Tại Viện Huyết học – Truyền máu Trung Ương, BN đồng thời đủ tiêu chuẩn chẩn đoán một trong các bệnh máu ác tính: lơ xê mi cấp, lơ xê mi kinh dòng bạch cầu hạt (LXM kinh dòng BCH), lơ xê mi kinh dòng lympho (LXM kinh dòng lympho), u lympho, các bệnh tăng sinh tủy, đa u tủy xương.

2.2. Vật liệu nghiên cứu. 2ml máu ngoại vi của BN để làm xét nghiệm đông máu với chất chống đông Natri citrat 3,2%. 2ml máu chống đông bằng EDTA K3 để đếm số lượng tiểu cầu. Mẫu được lấy tại thời điểm BN được chẩn đoán mắc bệnh máu ác tính.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả, hồi cứu.
- Phương pháp chọn mẫu: toàn bộ.
- Kỹ thuật xét nghiệm: đếm số lượng tiểu cầu, định lượng Fibrinogen, Prothrombin (PT), rAPTT, định lượng D-Dimer (thực hiện theo nguyên lý miễn dịch đo độ đục), D dimer hóa phát quang (khi kết quả nguyên lý trên > 7650 µg/ml)
- Tiêu chuẩn đánh giá: Khoảng tham chiếu dựa vào tiêu chuẩn xét nghiệm tại khoa Đông máu – Viện Huyết học Truyền máu – Trung Ương.
- Số lượng tiểu cầu: + Giảm: < 150 G/l; + Tăng: > 450 G/l
- Prothrombin Time (PT): Giảm khi PT < 70%
- rAPTT (bệnh/chứng): + Giảm: < 0,8; + Tăng: > 1,2
- Nồng độ fibrinogen (g/l): + Giảm: < 2 g/L; + Tăng: > 4 g/L
- Nồng độ D-Dimer: + Bình thường: < 500 µg/ml
- Thang điểm DIC theo Hội huyết học Quốc tế (ISTH)²
- **Xử lý số liệu phần mềm:** Số liệu được biểu diễn dưới dạng trung vị (IQR) hoặc số lượng (tỷ lệ %). Khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. Xử lý thống kê trên phần mềm SPSS 20.

K thực quản	0	2(3,2)	1(1,6)	0	0	0	3(4,8)
K trực tràng	0	2(3,2)	0	0	0	1(1,6)	3(4,8)
K tiết niệu	0	2(3,2)	0	0	0	0	2(3,2)
K khác	0	3(4,8)	0	0	0	0	3(4,8)
Số BN (%)	3(4,8)	40(63,5)	6(9,5)	3(4,8)	6(9,5)	5(1,6)	Tổng=63 (100)

Nhận xét: Lơ xê mi cấp là nhóm bệnh máu ác tính chiếm tỷ lệ cao nhất, với tổng số 40/63 BN (63,5%). Trong số các BN lơ xê mi cấp, gặp nhiều nhất là đã mắc ung thư tuyến giáp và ung thư vú (đều tỷ lệ 15,9%). Ung thư tuyến giáp là loại ung thư tạng phổ biến nhất, gặp ở hầu hết các nhóm bệnh máu ác tính (17 ca, 27,0%). Ung thư vú đứng thứ hai với 17,5% tổng số BN, chủ yếu gặp trong nhóm lơ xê mi cấp.

3.2. Đặc điểm rối loạn đông máu tại thời điểm chẩn đoán bệnh máu ác tính

Bảng 3.2. Phân nhóm các rối loạn đông máu (n=63)

Chỉ số đông máu	n	Tỷ lệ (%)
Không rối loạn	1	1,6
Có rối loạn	62	98,4
Rối loạn 1 chỉ số	28	45,2
Rối loạn 2 chỉ số	17	27,4
Rối loạn 3 chỉ số	12	19,4
Rối loạn 4 chỉ số	5	8,0
DIC	10	15,9

Nhận xét: 98,4% BN có rối loạn ít nhất 1 chỉ số đông máu. 15,9% bệnh nhân có DIC

Bảng 3.3. Đặc điểm rối loạn đông máu theo bệnh máu ác tính (n=63)

Loại bệnh máu ác tính	Fibrinogen		PT (Giảm)	rAPTT		D-Dimer (Tăng)	DIC
	Tăng	Giảm		Tăng	Giảm		
Đa u tủy xương n=3 (%)	1(33,3)	0	1(33,3)	1(33,3)	1(33,3)	3(100)	0
Lơ xê mi cấp n=40 (%)	20(50)	5(12,5)	11(27,5)	14(35)	1(2,5)	38(95)	10(25)
LXM kinh dòng BCH n=6 (%)	1(16,7)	0	0	3(50)	0	3(50)	0
LXM kinh dòng lympho n=3 (%)	0	0	0	0	1(33,3)	3(100)	0
Tăng tiểu cầu tiên phát n=6 (%)	1(16,7)	0	0	5(83,3)	0	5(83,3)	0
U lympho n=5 (%)	4(80)	0	0	0	0	3(60)	0
Số BN	27	5	12	23	3	55	10
Tỷ lệ	43%	7,9%	19%	36,5%	4,8%	87,3%	15,9%

Nhận xét: Lơ-xê-mi cấp là nhóm duy nhất ghi nhận rối loạn ở tất cả các chỉ số đông máu. 5/6 nhóm bệnh máu ác tính ghi nhận tình trạng tăng nồng độ fibrinogen. 87,3% bệnh nhân tăng D-Dimer. Ngoài ra, 10 bệnh nhân được chẩn đoán DIC đều thuộc nhóm lơ-xê-mi cấp.

Bảng 3.4. Các chỉ số đông máu của nhóm nghiên cứu (n=63)

Chỉ số	Trung vị	Min-Max	Bình thường n(%)	Rối loạn n(%)		Tổng
				Giảm	Tăng	
Số lượng tiểu cầu (G/l)	69	2-3296	16(25,4)	47(74,6)		63(100%)
				36(57,2)	11(17,4)	
Fibrinogen (g/l)	3,8	1,1-7,1	31(49,2)	32(50,8)		
				5(7,9)	27(42,9)	
PT (%)	83	42-111	51(81)	12(19)		
				12(19)	0	
rAPTT	1,09	0,7-2,17	37(58,7)	26(41,3)		
				3(4,8)	23(36,5)	
D-Dimer (µg/ml)	1442	40-25302	8(12,7)	55(87,3)		
					55(87,3)	

Nhận xét: Tại thời điểm chẩn đoán bệnh máu ác tính bất thường các chỉ số đông máu gặp nhiều nhất là giảm tiểu cầu (57,2%, trung vị 69 G/l), tăng D-Dimer (87,3%, trung vị 1442 µg/ml), tiếp đến là tăng fibrinogen (50,8%, cao nhất là 7,1g/l).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm loại ung thư tạng và bệnh máu ác tính. Theo bảng 3.1, ung thư

tuyến giáp là hay gặp nhất trên nhóm bệnh nghiên cứu với 27%, ung thư vú chiếm hàng hai 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 2022 với ung thư vú, gan, phổi là 3 loại ung thư hay gặp nhất³. Trong nghiên cứu này, 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.

GLOBOCAN Việt Nam đã thống kê hơn 30 loại ung thư phổ biến, tuy nhiên cho đến nay vẫn chưa có nghiên cứu lớn nào công bố về đặc điểm dịch tễ học ở nhóm BN đồng mắc hai loại ung thư, đặc biệt là ung thư tạng kết hợp với bệnh máu ác tính. Điều này đặt ra một khoảng trống lớn trong y văn, đòi hỏi sự quan tâm sâu rộng hơn về mặt nghiên cứu và thực hành lâm sàng đối với nhóm BN đặc biệt này.

Nghiên cứu của Guru và cộng sự (2019)⁴ ghi nhận xu hướng gia tăng tỷ lệ mắc bệnh máu ác tính thứ phát sau điều trị ung thư tạng, đặc biệt ở các BN tiếp xúc với hóa trị và xạ trị, như trong ung thư vú, ung thư mô mềm, ung thư xương, ung thư tinh hoàn và ung thư buồng trứng. Các tác nhân gây độc tế bào có thể ảnh hưởng đến dòng tế bào tạo máu và tạo điều kiện thuận lợi cho các đột biến dẫn đến ác tính hóa. Do đó, mặc dù tỷ lệ đồng mắc rất thấp nhưng việc theo dõi sát các chỉ số huyết học ở BN đã điều trị ung thư tạng là cần thiết, nhằm phát hiện sớm các dấu hiệu của bệnh máu ác tính.

4.2. Đặc điểm rối loạn đông máu. Ở nhóm BN đồng mắc ung thư tạng và bệnh máu ác tính, các rối loạn đông máu có xu hướng biểu hiện phức tạp và rõ rệt hơn. Sự hiện diện đồng thời của hai loại bệnh lý này làm gia tăng gánh nặng lên hệ thống đông – cầm máu, với sự kết hợp giữa cơ chế tăng đông thường thấy trong ung thư tạng và các rối loạn đông máu đặc trưng của các bệnh máu ác tính như lơ xê mi cấp, u lympho hay đa u tủy xương. Ở BN ung thư nói chung có sự suy giảm của các chất ức chế đông máu, sự hiện diện của các kháng thể kháng phospholipid, tăng bộc lộ yếu tố mô và tình trạng kháng C protein hoạt hóa mặc phải góp phần vào tình trạng tăng đông của bệnh⁵.

Bảng 3.2 cho thấy hầu hết BN (98,4%) có ít nhất một chỉ số đông máu bị rối loạn, và có đến 7,9% BN rối loạn cả bốn chỉ số (Fibrinogen, PT, rAPTT và D-Dimer). Rối loạn đông máu hay gặp nhất ở nhóm nghiên cứu là: tăng Fibrinogen, giảm PT, rAPTT kéo dài và tăng D-Dimer biểu hiện cả xu hướng tăng đông và giảm đông.

42,9% BN biểu hiện tăng fibrinogen, gặp ở 5/6 nhóm bệnh máu ác tính (bảng 3.3). Tác động của fibrinogen với ung thư nói chung đã được nghiên cứu rộng rãi qua các báo cáo, cho thấy nồng độ fibrinogen huyết tương tăng cao đóng vai trò là yếu tố tiên lượng xấu cho tiến triển của bệnh. Các bằng chứng ngày càng nhấn mạnh vai trò tác động của fibrinogen trong việc thúc đẩy quá trình hình thành khối u, bao gồm

gây viêm, di căn và tăng sinh sinh mạch⁶. Không chỉ là yếu tố tiên lượng độc lập ở ung thư tạng, với BN lơ xê mi cấp, nồng độ fibrinogen tăng làm tăng đáng kể tỷ lệ tử vong ở BN.

19% BN có PT giảm, phản ánh tiêu hao yếu tố đông máu ngoại sinh, thường gặp trong DIC – biến chứng nghiêm trọng có thể gặp trong lơ xê mi cấp. Cơ chế được cho là do sự hoạt hóa quá mức hệ thống đông máu bởi các tế bào non ác tính. Các tế bào này có khả năng tiết ra yếu tố mô và các chất hoạt hóa plasminogen, vừa kích hoạt con đường đông máu ngoại sinh, vừa thúc đẩy tiêu sợi huyết, dẫn đến tiêu hao các yếu tố đông máu và kéo dài thời gian đông máu⁷. Kết quả là BN có nguy cơ gặp phải các biến chứng xuất huyết nặng, thậm chí đe dọa tính mạng nếu không được chẩn đoán và can thiệp kịp thời.

Bảng 3.4 cho thấy mức D-Dimer của nhóm nghiên cứu có trung vị 1442 µg/ml, BN cao nhất tới 25302 µg/ml. Tỷ lệ tăng D-Dimer 87,3%, cho thấy tình trạng hoạt hóa tiêu fibrin rõ rệt và khả năng tăng đông trong nhóm BN nghiên cứu. Nồng độ D-Dimer tăng cho thấy sự hoạt hóa mạnh của hệ thống tiêu fibrin, gợi ý tình trạng huyết khối hoặc tiêu sợi huyết thứ phát đang diễn ra.

So sánh với các nghiên cứu trước, Singh R và cộng sự⁸ ghi nhận ở 90% BN ung thư tạng đơn thuần có giảm PT, và 58% có rAPTT kéo dài, so với nhóm chứng khỏe mạnh. Nghiên cứu khác trên 123 BN ung thư vú cho thấy D-Dimer trung vị chỉ 205 µg/ml, Fibrinogen là 3,1 g/l, và PT là 77%⁹. Điều này cho thấy rối loạn đông máu cũng phổ biến ở BN ung thư tạng, nhưng khi phối hợp với bệnh máu ác tính, các rối loạn trở nên rõ rệt hơn cả về tỷ lệ và mức độ. Sự phối hợp này có thể làm trầm trọng thêm tình trạng mất cân bằng đông cầm máu, dẫn đến nguy cơ huyết khối và xuất huyết đồng thời.

Tình trạng đông máu nội mạc rải rác là một hội chứng được đặc trưng bởi sự hoạt hóa quá mức hệ thống đông máu, dẫn tới xuất hiện huyết khối vi mạch gây suy các cơ quan, hậu quả cuối cùng là cạn kiệt các yếu tố đông máu và dẫn tới xuất huyết trên lâm sàng. Trong nghiên cứu này, áp dụng theo tiêu chuẩn chẩn đoán DIC của ISTH, ghi nhận có 10 BN (15,9%) có DIC. Tỷ lệ mắc DIC ở BN ung thư tạng được báo cáo trong một nghiên cứu lâm sàng là 7%. Có thể thấy tỉ lệ mắc DIC ở nhóm bệnh nghiên cứu cao hơn nhóm BN ung thư tạng đơn thuần, do có sự phối hợp giữa hai loại ung thư cùng lúc. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng phần lớn BN ung thư có DIC cấp tính tử vong trong vòng 1–4 tuần nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời¹⁰. Do đó, việc tầm soát và đánh giá sớm DIC thông qua các chỉ

số đông máu cơ bản tính điểm theo thang điểm ISTH là cần thiết, đặc biệt ở nhóm BN nguy cơ cao khi đông mắc hai loại ung thư.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy 98,4% BN đồng mắc ung thư tạng và bệnh máu ác tính có rối loạn ít nhất 1 chỉ số xét nghiệm đông máu. Tình trạng DIC gặp ở 15,9% BN, cao hơn tỉ lệ DIC gặp ở BN ung thư tạng đơn thuần, và toàn bộ ở nhóm lơ xê mi cấp, gợi ý rằng đây là nhóm bệnh có nguy cơ cao gặp rối loạn đông máu nặng. Kết quả này nhấn mạnh vai trò của việc theo dõi sát các chỉ số đông máu, đặc biệt là PT và D-Dimer, ngay từ thời điểm chẩn đoán nhằm sớm phát hiện và can thiệp kịp thời các biến chứng như DIC ở nhóm BN đặc biệt này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Goad KE, Gralnick HR.** COAGULATION DISORDERS IN CANCER. Hematology/Oncology Clinics of North America. 1996;10(2):457-484. doi:10.1016/S0889-8588(05)70347-6
2. **Levi M, Toh CH, Thachil J, Watson HG.** Guidelines for the diagnosis and management of disseminated intravascular coagulation. British Committee for Standards in Haematology. Br J Haematol. 2009;145(1): 24-33. doi:10.1111/j.1365-2141.2009.07600.x
3. **Tình hình bệnh ung thư tại Việt Nam theo GLOBOCAN 2022.** Published online 2022.
4. **Guru Murthy GS, Abedin S.** Myeloid malignancies after treatment for solid tumours. Best Practice & Research Clinical Haematology. 2019; 32(1): 40-46. doi:10.1016/j.beha.2019. 02.012
5. **Zhu YW, Feng TB, Zhou XJ, et al.** Routine Hemostasis and Hemogram Parameters: Valuable Assessments for Coagulation Disorder and Chemotherapy in Cancer Patients. Chinese Medical Journal. 2016;129(15):1772. doi:10.4103/0366-6999.186637
6. **Wu X, Yu X, Chen C, et al.** Fibrinogen and tumors. Front Oncol. 2024;14:1393599. doi:10.3389/fonc.2024.1393599
7. **Falanga A, Marchetti M, Vignoli A.** Coagulation and cancer: biological and clinical aspects. Journal of Thrombosis and Haemostasis. 2013;11(2):223-233. doi:10.1111/jth.12075
8. **Singh R, Halder NR, Halder B, Singh B.** Coagulation Profile of Cancer Patients in a Tertiary Care Hospital Located in North Bihar. International Journal of Pharmaceutical and Clinical Research.
9. **Tas F, Kilic L, Duranyildiz D.** Coagulation tests show significant differences in patients with breast cancer. Tumor Biol. 2014;35(6):5985-5992. doi:10.1007/s13277-014-1793-4
10. **Sallah S, Wan JY, Nguyen NP, Hanrahan LR, Sigounas G.** Disseminated intravascular coagulation in solid tumors: clinical and pathologic study. Thromb Haemost. 2001;86(3):828-833.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU CAN THIỆP QUA DA XUYỀN GAN ĐIỀU TRỊ HẸP ĐƯỜNG MẬT LÀNH TÍNH BẰNG LASER BỐC HƠI THULIUM TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Thái Bình^{1,2}, Phan Nhân Hiễn¹, Đinh Văn Thư¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hẹp đường mật (HĐM) được định nghĩa là sự chít hẹp từng đoạn của hệ thống ống mật trong hoặc ngoài gan, dẫn đến cản trở sự lưu thông dịch mật, gây giãn đoạn trên vị trí hẹp, có thể dẫn đến viêm đường mật, sỏi mật, teo nhu mô gan... Điều trị HĐM đặc biệt là hẹp khít còn nhiều thách thức, ứng dụng Laser Thulium điều trị hẹp niệu quản, hẹp niệu đạo do phì đại tiền liệt tuyến... đã được áp dụng phổ biến. Do đó nghiên cứu (NC) này được thực hiện nhằm đánh giá kết quả của can thiệp trong điều trị HĐM lành tính bằng laser Thulium. **Phương pháp:** NC hồi cứu trên 26 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội bằng

phương pháp can thiệp qua da bằng laser Thulium. **Kết quả:** Tuổi trung bình 48,92 ± 12,89 tuổi, nữ gấp 2,25 nam. Đau bụng hạ sườn phải, sốt, vàng da tương ứng gặp ở 100%, 38,5% và 11,5% số BN. 100% có sỏi đường mật. HĐM nhiều nhất ở vị trí ống gan phải và ống gan trái với tỷ lệ lần lượt là 34,6% và 42,3%. HĐM phân thùy sau, phân thùy trước và nhánh hạ phân thùy III đều chiếm tỷ lệ < 10%. ĐM gan và TM cửa thường nằm vị trí sau, dưới và sau-dưới chiếm lần lượt là 57,69%, 15,38% và 19,23% so với đường mật tại vị trí hẹp; nằm trước và trên hiếm gặp với tỷ lệ 3,85%. Tỷ lệ thành công về kỹ thuật là 100%. Biến chứng nhẹ gặp trong 2/26 BN (7,7%) là các TH chảy máu đường mật nhẹ không cần can thiệp, phẫu thuật, không có biến chứng nặng, tử vong. Đường kính đoạn hẹp trung bình trước và sau can thiệp là 1,6 ± 1,3 mm và 7,5 ± 2,4 mm, khác biệt rất có ý nghĩa thống kê. Trong thời gian theo dõi (trung bình 11,7 tháng), 77% BN không xuất hiện triệu chứng. Tái hẹp nặng gặp ở 2 BN (7,7%) phải phẫu thuật, can thiệp lại, tái phát sỏi gặp ở 4 BN (15,4%). **Kết luận:** Can thiệp điều trị HĐM lành tính bằng laser bốc hơi có kết quả bước đầu tốt với tỷ lệ biến chứng thấp, tỷ lệ thành công cao

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thái Bình

Email: nguyenthainhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.5.2025

Ngày duyệt bài: 19.6.2025