

Nghiên cứu gốc

KHẢO SÁT THIẾU MÁU TRƯỚC PHẪU THUẬT TRÊN NGƯỜI BỆNH UNG THƯ ĐƯỜNG TIÊU HOÁ

Trương Văn Anh^{1*}, Nguyễn Thị Hoàng Phước¹, Ngô Thị Oanh¹

1. Khoa GMHS, Bệnh viện Thống Nhất, Việt Nam

* Tác giả liên hệ: BS. CKII. Trương Văn Anh; vananhgmhs@gmail.com ☎ 0914222829

TÓM TẮT: Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ thiếu máu trước phẫu thuật trên người bệnh ung thư đường tiêu hóa và tỷ lệ người bệnh ung thư đường tiêu hóa được điều trị thiếu máu trước phẫu thuật. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu tiến cứu cắt ngang mô tả có phân tích trên người bệnh ung thư đường tiêu hóa có chỉ định phẫu thuật chương trình tại bệnh viện Thống Nhất từ tháng 1 đến tháng 10 năm 2024. Kết quả: Tỷ lệ thiếu máu trước phẫu thuật là 49,2%, trong đó có 72,4% là người cao tuổi (≥ 60 tuổi). Trong 58 trường hợp thiếu máu, có 20,7% được điều trị bổ sung sắt trước phẫu thuật, và 15,5% phải truyền máu trước phẫu thuật. Kết luận: Tỷ lệ thiếu máu trước phẫu thuật ở người bệnh ung thư đường tiêu hóa cao. Trong đó, tỷ lệ được điều trị bổ sung sắt trước phẫu thuật còn thấp. Đánh giá thường quy và điều trị sớm để điều chỉnh nồng độ huyết sắc tố tối ưu theo từng người bệnh phẫu thuật.

Từ khóa: Thiếu máu trước phẫu thuật, ung thư đường tiêu hóa

INCIDENCE OF PREOPERATIVE ANEMIA IN PATIENT WITH GASTROINTESTINAL CANCER

Truong Van Anh, Nguyen Thi Hoang Phuoc, Ngo Thi Oanh

ABSTRACT: Objective: To evaluate the prevalence of preoperative anemia in patients with gastrointestinal cancer and assess the rate of anemia treatment prior to surgery. Subjects and Methods: A prospective cross-sectional descriptive study with analytical components was conducted on patients with gastrointestinal cancer scheduled for elective surgery at Thong Nhat Hospital from January to October 2024. Results: Preoperative anemia was observed in 49.2% of patients, with 72.4% of these cases occurring in elderly individuals (≥ 60 years old). Among the 58 patients diagnosed with anemia, 20.7% received preoperative iron supplementation, while 15.5% required blood transfusions before surgery. Conclusion: The prevalence of preoperative anemia in patients with gastrointestinal cancer is high, yet the rate of preoperative iron supplementation remains low. Routine screening and early intervention are essential to optimize hemoglobin levels prior to surgery and improve clinical outcomes.

Keywords: Preoperative anemia, gastrointestinal cancer

1. GIỚI THIỆU

Thiếu máu trước phẫu thuật không được điều trị và mất máu cấp trong phẫu thuật có thể làm tăng nguy cơ chu phẫu [1]. Thiếu máu có liên quan đến việc tăng khả năng truyền máu, tăng tỷ lệ biến chứng và tử vong sau phẫu thuật. Cách tiếp cận tối ưu để chẩn đoán và quản lý thiếu máu chu phẫu chưa được thiết lập đầy đủ. Việc xác định sớm và điều trị hiệu quả thiếu máu có khả năng cải thiện kết quả lâm sàng ở bệnh nhân phẫu thuật [2]. Sự hiện diện của tình trạng thiếu máu mức độ nặng, vừa và thậm chí nhẹ trước phẫu thuật là một yếu tố nguy cơ độc lập gây ra nhiều biến chứng và kéo dài thời gian nằm viện sau phẫu thuật ung thư đường tiêu hóa [3],[4].

Thiếu máu là tình trạng thường gặp của bệnh nhân ung thư. Tỷ lệ thiếu máu có sự khác biệt trong từng loại ung thư đường tiêu hóa, dao động từ 30-75%. Thiếu máu trước phẫu thuật ở người bệnh ung thư đường tiêu hóa thường bị bỏ qua và không được điều trị đầy đủ. Cần đánh giá tình trạng thiếu máu trước phẫu thuật và tình trạng điều trị trước phẫu thuật, có kế hoạch quản lý thiếu máu và can thiệp phù hợp, nhằm cải thiện kết cục lâm sàng cho người bệnh. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để trả lời câu hỏi: "Tỷ lệ thiếu máu trước phẫu thuật trên người bệnh ung thư đường tiêu hóa là bao nhiêu?"

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu tiến cứu cắt ngang mô tả. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Nghiên cứu thực hiện tại bệnh viện Thống Nhất-Bộ Y tế trong thời gian từ tháng 1 đến tháng 10 năm 2024.

Đối tượng nghiên cứu:

Tất cả người bệnh ung thư đường tiêu hóa có chỉ định phẫu thuật chương trình bao gồm ung thư thực quản, ung thư dạ dày, ung thư đại tràng, ung thư trực tràng

Cỡ mẫu, chọn mẫu:

Cỡ mẫu nghiên cứu được tính dựa trên công thức ước lượng tỷ lệ:

Theo Shander A [2] tỷ lệ thiếu máu trước phẫu thuật là 39,1%, với $d = 10\%$ là sai số biên, sai lầm loại $1 \alpha = 5\%$, thay vào

công thức ta có $n = 92$. Dự trừ 10% mất mẫu, cỡ mẫu tối thiểu là 101 trường hợp.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: người bệnh được chẩn đoán xác định ung thư đường tiêu hóa hoặc nghi ngờ ung thư đường tiêu hóa có chỉ định phẫu thuật chương trình, bao gồm ung thư thực quản, ung thư dạ dày, ung thư đại tràng, ung thư trực tràng.

Tiêu chuẩn loại trừ: người bệnh mắc các bệnh về máu gây thiếu máu, suy tủy, tân huyết. Người bệnh có kết quả giải phẫu bệnh không phải ung thư.

Biến số/chỉ số/nội dung/chủ đề nghiên cứu:

Biến kết cục: Thiếu máu khi $Hb < 13 \text{ g/dl}$ ở nam giới và $Hb < 12 \text{ g/dl}$ ở nữ giới không mang thai [5].

Phân độ thiếu máu [6]: Thiếu máu nhẹ: $Hb 90 - 120 \text{ g/l}$, thiếu máu vừa: $Hb 60 - < 90 \text{ g/l}$, thiếu máu nặng: $Hb 30 - < 60 \text{ g/l}$.

Biến số kiểm soát: tuổi, MCV (thể tích trung bình của hồng cầu), MCH (nồng độ hemoglobin trung bình của hồng cầu), albumin trước phẫu thuật, vị trí khối u, bổ sung sắt trước phẫu thuật, truyền máu trước phẫu thuật, bệnh nội khoa đi kèm, trạng thể chất theo ASA, tình trạng dinh dưỡng theo BMI.

Xử lý và phân tích số liệu:

Xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS

Đạo đức nghiên cứu:

Quyết định phê duyệt đề tài số 233/QĐ-BVTN ngày 26/02/2024, quyết định nghiệm thu đề tài số 1739/QĐ-BVTN ngày 02/12/2024 của Giám đốc Bệnh viện Thống Nhất.

3. KẾT QUẢ

Nghiên cứu từ tháng 1 đến tháng 10 năm 2024 tại bệnh viện Thống Nhất trên 118 người bệnh ung thư đường tiêu hóa chúng tôi thu được kết quả như (bảng 1).

Tỷ lệ thiếu máu trước phẫu thuật trên người bệnh ung thư đường tiêu hóa 49,2%.

Trong 58 trường hợp thiếu máu: hồng cầu to chiếm tỷ lệ 2%, hồng cầu bình thường 33%, và hồng cầu nhỏ chiếm tỷ lệ 65%, tỷ lệ hồng cầu nhược sắc 95%, còn lại 5% đẳng sắc.

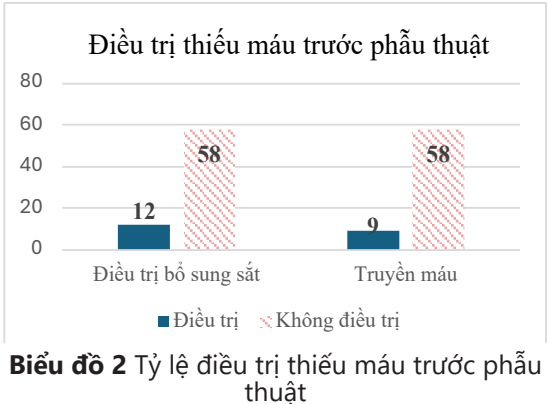
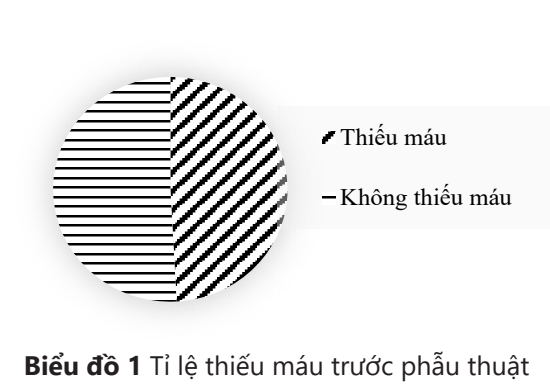
Trong 58 trường hợp thiếu máu được ghi nhận có 20,7 % người bệnh được bổ

sung sắt trước phẫu thuật, 15,5 % người bệnh được truyền máu trước phẫu thuật, và 8,6 % người bệnh được điều trị bằng cả 2 phương pháp trên.

Bảng 1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (n = 118)	Tỉ lệ (%)
Tuổi (năm)	64,19 ± 12,7 *	
Giới		
Nam	82	30,5
Nữ	36	69,5
Tình trạng dinh dưỡng theo BMI		
Thiếu cân	4	3,4
Bình thường	94	79,7
Thừa cân	16	13,6
Béo phì	4	3,4
Phân độ ASA		
ASA I	1	0,8
ASA II	86	72,9
ASA III	31	26,3
Mức độ thiếu máu		
Nhẹ	47	39,8
Vừa	6	5,1
Nặng	5	4,2
Albumin trước phẫu thuật (g/l)	37,3 ± 4,25	
Hb (g/dl)	12,17 ± 2,39	
MCV (fL)	82,49 ± 11,43	
MCH (pg)	27,67 ± 3,83	
MCHC	33,24 ± 1,75	

*Trung bình ± độ lệch chuẩn



Bảng 2. Đặc điểm người bệnh và thiếu máu trước phẫu thuật

Đặc điểm	Thiếu máu, n (%)		P
	Có (n=58)	Không (n=60)	
Tuổi	66,31 ± 12,53 *	62,13 ± 12,62 *	0,074 ^β
Nhóm tuổi			0,291 **
Người trưởng thành	16 (27,6)	22 (36,7)	
Người cao tuổi (≥ 60)	42 (72,4)	38 (63,3)	
Giới			0,085 **
Nam	36 (62,1)	46 (76,7)	
Nữ	22 (37,9)	14 (23,3)	
Tình trạng dinh dưỡng theo BMI			0,349 ***
Thiếu cân (< 18,5 kg/m ²)	3 (5,2)	1 (1,7)	
Bình thường (18,5 – 24,9 kg/m ²)	48 (82,8)	46 (76,7)	
Thừa cân (25 – 29,9 kg/m ²)	5 (8,6)	11 (18,3)	
Béo phì (≥ 30 kg/m ²)	2 (3,4)	2 (3,3)	
Phân độ ASA			0,000 ***
ASA I	0	1 (1,7)	
ASA II	34 (58,6)	52 (86,7)	
ASA III	24 (41,4)	7 (11,7)	
Albumin trước phẫu thuật (g/l)	35,98 ± 3,8	38,6 ± 4,3	0,01 ^α
MCV (fL)	78,35 ± 12,75	86,49 ± 8,31	0,000 ^β
MCH (pg)	25,87 ± 4,4	29,4 ± 2	0,000 ^β
MCHC	32,68 ± 2	33,79 ± 1,27	0,01 ^α
Bệnh lý nội khoa đi kèm			
Tăng huyết áp	37 (63,8)	28 (46,7)	0,062 **
Suy tim	2 (3,4)	2 (3,3)	1,000 ***
COPD	6 (10,3)	5 (8,3)	0,707 **
Đái tháo đường	21 (36,2)	18 (30)	0,474 **
Xơ gan	1 (1,7)	1 (1,7)	1,000 ***
Suy thận	8 (13,8)	2 (3,3)	0,051 ***

Đặc điểm	Thiếu máu, n (%)		P
	Có (n=58)	Không (n=60)	
Vị trí khối u			0,238 ***
Thực quản	1 (1,7)	1 (1,7)	
Dạ dày	10 (17,2)	15 (25)	
Đại tràng	39 (67,2)	30 (50)	
Trực tràng	8 (13,8)	14 (23,3)	
*Trung bình ± độ lệch chuẩn	**Chi bình phương	***Fisher	

α T test, phương sai không đồng nhất

β T test, phương sai đồng nhất

Trong nhóm thiếu máu, tỷ lệ người bệnh có ASA II cao hơn người bệnh ASA I và III, tương tự như nhóm không thiếu máu, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($P<0,05$). Thể tích trung bình của hồng cầu (MCH) trong nhóm thiếu máu nhỏ hơn trong nhóm không thiếu máu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P<0,05$). Albumin trước phẫu thuật trong nhóm thiếu máu thấp hơn trong nhóm không thiếu máu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P<0,05$) (**Bảng 2**).

Ung thư thường gặp nhất trong cả 2 nhóm là ung thư đại tràng. Mối quan hệ giữa các yếu tố liên quan đến ung thư và tình trạng thiếu máu không có ý nghĩa thống kê.

4. BÀN LUẬN VÀ KẾT LUẬN

Theo Shander A [2] và cộng sự, tỷ lệ thiếu máu trước phẫu thuật khoảng 39,1% tùy theo định nghĩa thiếu máu theo mức hemoglobin của từng nghiên cứu. Kết quả khác biệt so với nghiên cứu của chúng tôi có thể do nghiên cứu của chúng tôi trên đối tượng ung thư đường tiêu hoá còn của Shander A thực hiện trên tất cả các loại phẫu thuật. Xác định sớm và điều trị hiệu quả tình trạng thiếu máu có khả năng làm giảm các biến chứng liên quan đến phẫu thuật và cải thiện kết quả lâm sàng.

Nghiên cứu của Ngô Thị Linh [7] và cộng sự trên 125 người bệnh, đánh giá tình trạng dinh dưỡng và biến chứng của người bệnh ung thư đường tiêu hoá có tỷ lệ thiếu máu trước phẫu thuật 27,2%, tuổi trung bình $60,3 \pm 14,0$. Nghiên cứu của

chúng tôi có tỷ lệ thiếu máu trước phẫu thuật 49,2% cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Ngô Thị Linh, tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cao hơn $64,19 \pm 12,7$. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phẫu thuật đại tràng chiếm tỷ lệ 67,2%, nghiên cứu của Ngô Thị Linh tỷ lệ phẫu thuật đại tràng và dạ dày gần tương đương nhau: 32% và 32,8%. Sự khác biệt này có thể do đặc điểm bệnh tật của từng bệnh viện.

Nghiên cứu của Ristescu I [3] và cộng sự trên đối tượng người bệnh ung thư đại tràng có kết quả thiếu máu trước phẫu thuật 52,3%, độ tuổi trung bình $65,6 \pm 11,1$. Kết quả nghiên cứu của tác giả Ristescu I tương đồng về độ tuổi trung bình so với nghiên cứu của chúng tôi, nhưng tỷ lệ thiếu máu trước phẫu thuật cao hơn nghiên cứu của chúng tôi có thể do đối tượng nghiên cứu khác nhau. Tỷ lệ truyền máu trước phẫu thuật là 2,3% thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi là 15,5%.

Nghiên cứu của Leichtle SW [4] và cộng sự trên đối tượng ung thư đại trực tràng cho thấy: thiếu máu nặng 1,3%, thiếu máu vừa 7,4% và thiếu máu nhẹ 38,7%. Không thiếu máu 52,6% tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Nguyên nhân thiếu máu có thể do các yếu tố mất máu đường tiêu hóa tiềm ẩn hoặc rõ ràng, suy tủy xương, thiếu sắt và tác dụng phụ của liệu pháp tân bổ trợ.

Tác giả Bùi Thị Duyên [8] và cộng sự đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh trước và sau phẫu thuật tiêu hóa tại Bệnh viện Quân y 175. Nghiên cứu mô tả

cắt ngang thực hiện trên 98 người bệnh phẫu thuật đường tiêu hóa, tỷ lệ người bệnh bị thiếu máu trước phẫu thuật là 48%. Đối tượng nghiên cứu của tác giả Bùi Thị Duyên bao gồm cả những trường hợp phẫu thuật cấp cứu, tuy vậy kết quả cũng gần tương đồng với kết quả của chúng tôi.

Hạn chế của nghiên cứu của chúng tôi là thực hiện trong thời gian tương đối ngắn, chưa khảo sát được ảnh hưởng của thiếu máu trước phẫu thuật và biến chứng, tử vong sau phẫu thuật.

Sự hiện diện của tình trạng thiếu máu trước phẫu thuật hiện được công nhận là một yếu tố nguy cơ độc lập đối với biến chứng và tử vong sau phẫu thuật. Tình trạng thiếu máu nên được chẩn đoán nguyên nhân chính xác và điều trị nội khoa phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Partridge J, Harari D, Gossage J, Dhesi J. Anaemia in the older surgical patient: a review of prevalence, causes, implications and management. *J R Soc Med*. 2013 Jul;106(7):269-77. doi: 10.1177/0141076813479580. Epub 2013 Jun 6. PMID: 23759887; PMCID: PMC3704065.

[2] Shander A, Corwin HL, Meier J, Auerbach M, Bisbe E, Blitz J, Erhard J, Faraoni D, Farmer SL, Frank SM, Girelli D, Hall T, Hardy JF, Hofmann A, Lee CK, Leung TW, Ozawa S, Sathar J, Spahn DR, Torres R, Warner MA, Muñoz M. Recommendations From the International Consensus Conference on Anemia Management in Surgical Patients (ICCAMS). *Ann Surg*. 2023 Apr 1;277(4):581-590. doi: 10.1097/SLA.0000000000005721. Epub 2022 Sep 21. PMID: 36134567; PMCID: PMC9994846.

[3] Ristescu I, Pintilie G, Filip D, Jitca M, Fecheta R, Florescu I, Scripcariu V, Filipescu D, Grigoras I. Perioperative Anemia and Transfusion in Colorectal Cancer Patients. *Chirurgia (Bucur)*. 2019 Mar-Apr;114(2):234-242. doi: 10.21614/chirurgia.114.2.234. PMID: 31060656.

[4] Leichtle SW, Mouawad NJ, Lampman R, Singal B, Cleary RK. Does preoperative anemia adversely affect colon and rectal surgery outcomes? *J Am Coll Surg*. 2011 Feb;212(2):187-94. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2010.09.013. PMID: 21276532.

[5] World Health Organization. Haemoglobin concentration for the diagnosis of anaemia and assessment of severity. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/85839/WHO_NMH_NHD_MNM_11.1_eng.pdf?sequence=22. 2021.

[6] Bộ y tế. Quyết định số 1832/QĐ-BYT. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý huyết học. 2022:10.

[7] Ngô Thị Linh, Phạm Văn Phú, Tình trạng dinh dưỡng và biến chứng của bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức; *Tạp chí Y học Cộng đồng*, 2020, 4(57): 83-89.

[8] Bùi Thị Duyên, Nguyễn Quang Dũng. Tình trạng dinh dưỡng trước và sau phẫu thuật của người bệnh phẫu thuật đường tiêu hóa tại Bệnh viện Quân Y 175 năm 2020. *Tạp chí dinh dưỡng và thực phẩm*, 2021, 17(2): 13-44.