

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG THUYỀN TẮC HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH Ở NGƯỜI BỆNH UNG THƯ CAO TUỔI TẠI KHOA LÃO - CHĂM SÓC GIẢM NHẸ BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Ngọc Hoàng Mỹ Tiên^{1,2}, Trịnh Thị Bích Hà^{1,2}, Nguyễn Thị Phương Lan³

¹Bộ môn Lão khoa, Khoa Y, Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Khoa Lão - Chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

³Bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của TTHKTM ở NCT mắc ung thư, tại khoa Lão - Chăm sóc giảm nhẹ, bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

Đối tượng, phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu, tiến hành trên 1167 hồ sơ bệnh án NCT (≥ 60 tuổi) bệnh ung thư, điều trị nội trú tại khoa Lão - Chăm sóc giảm nhẹ từ ngày 01/01/2016 đến 31/12/2020, bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. Chúng tôi thu thập các đặc điểm dân số, bệnh lý, lâm sàng và cận lâm sàng của TTHKTM của NCT bị ung thư.

Kết quả: Tỷ lệ TTHKTM chung của NCT mắc ung thư là 12,9% (151), trong đó huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới (HKTMSCD) là 3,8% (44), thuyên tắc phổi (TTP) là 3,9% (46). Nhiễm trùng, tăng huyết áp, bệnh thận mạn, đái tháo đường típ 2 là các bệnh đồng mắc thường gặp nhất. Ung thư gan, phổi, đại trực tràng là 3 loại ung thư có tỉ lệ cao nhất. Trong HKTMSCD, phù chân (61,4%), đau chân (59,1%) là 2 triệu chứng hay gặp nhất với HKTMSCD ở chân trái chiếm ưu thế (56,8%). Trong khi đó, khó thở, nhịp tim nhanh chiếm tỷ lệ 80,4% và 71,7% cao nhất trong TTP.

Kết luận: Tỷ lệ TTHKTM khá cao nên trong thực hành lâm sàng thầy thuốc cần quan tâm đến vấn đề này để có chiến lược phòng ngừa trong thời gian nằm viện và có chỉ định cận lâm sàng phù hợp. Tuy nhiên, các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng khá nghèo nàn, không điển hình, không nhạy và đặc hiệu nên trong thực hành cần đánh giá nguy cơ TTHKTM và các bằng điểm để có chiến lược xử trí thích hợp.

Từ khóa: Người cao tuổi, ung thư, thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch.

ABSTRACT

CHARACTERISTICS OF VENOUS THROMBOEMBOLISM AMONG OLDER ADULTS WITH CANCER AT GERIATRICS AND PALLIATIVE CARE DEPARTMENT, UNIVERSITY MEDICAL CENTER AT HO CHI MINH CITY

Nguyen Ngoc Hoanh My Tien^{1,2}, Trinh Thi Bich Ha^{1,2}, Nguyen Thi Phuong Lan³

Objective: This study aimed to assess the prevalence and clinical, paraclinical features of VTE in older adults with diagnosis of cancer at Geriatrics and Palliative care department in University Medical Center at Ho Chi Minh city.

Methods: A retrospective study was conducted in 1,167 medical records of older inpatients (≥ 60 years old) with diagnosis of cancer, at Geriatrics and Palliative care department in UMC, from 01/01/2016 to 31/12/2020. Data on demographic, social, clinical aspects, treatments and adverse effects were collected.

Results: The prevalence of older adults having cancers was 12.9% (151), with 3,8% (44) of deep VTE of the lower extremities and 3,9% (46) of pulmonary embolism. Infection, hypertension, chronic kidney disease and diabetes type

Ngày nhận bài: 13/02/2023. Ngày chỉnh sửa: 02/8/2023. Chấp thuận đăng: 31/8/2023

Tác giả liên hệ: Nguyễn Ngọc Hoàng Mỹ Tiên, Email: tien.nnhm@umc.edu.vn. SĐT: 0979982642

Đặc điểm lâm sàng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch...

2 were the most common comorbidities. Liver, lung and colorectal cancers were the most popular cancer. Among deep VTE of the lower extremity clinical symptoms, leg swelling (61.3%) and footsore (59%) were the most common, while the prevalence of deep VTE of left leg was higher (56.8%). In addition, dyspnea (80.4%) and tachycardia (71.7%) are the most popular symptoms of pulmonary embolism.

Conclusions: The prevalence of VTE was high in clinical practice. Therefore, doctors should pay attention in order to have strategies for prevention during hospital stay. However, clinical, paraclinical features of VTE were atypical and nonspecific. In practice, doctors should evaluate the risk factors of VTE and choose suitable scoring measurement to have appropriate strategies.

Keywords: Cancer, elderly, venous thromboembolism.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Người cao tuổi (NCT) (≥ 60 tuổi) trên thế giới tăng từ 382 triệu năm 1980 lên 962 triệu năm 2017, dự đoán đạt 2,1 tỷ vào năm 2050. Việt Nam là quốc gia có tốc độ già hóa nhanh. Chỉ số già hóa của Việt Nam là 16,6 năm 1979, tăng lên 48,8 năm 2019 và dự đoán đạt 96,7 vào năm 2034. Tại Đông Nam Á, chỉ số già hóa của Việt Nam đứng thứ 3, cao hơn nhiều nước trong khu vực [1].

Quá trình lão hóa làm suy giảm hằng định nội môi, phá vỡ cân bằng nội tại dẫn đến tăng nguy cơ mắc bệnh lý, trong đó thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch (TTHKTM). Tỷ lệ mới mắc của TTHKTM trong dân số chung xấp xỉ 0,1% và tăng theo tuổi, ở người ≥ 75 tuổi cao gấp 7-10 lần so với người < 55 tuổi; 60% trường hợp TTHKTM xảy ra ở người ≥ 70 tuổi [1,2].

Tuổi cao tăng nguy cơ mắc ung thư. 60% ung thư mới chẩn đoán ở người ≥ 65 tuổi và 70% tử vong do ung thư xảy ra ở NCT. Theo tổ chức Y tế thế giới (WHO) năm 2019 ung thư là nguyên nhân tử vong hàng đầu hoặc hàng thứ hai ở những người ≤ 70 tuổi ở 112 trong 183 quốc gia. Tại Việt Nam, năm 2020 có 182.563 người được chẩn đoán ung thư và 122.690 trường hợp tử vong do ung thư [1]. Ước tính đến năm 2050, có 6,9 triệu ca ung thư mới mắc ở người từ 80 tuổi trở lên (chiếm 21,5% trên toàn cầu trong mọi độ tuổi) [2].

Ung thư và tuổi cao là yếu tố nguy cơ độc lập của TTHKTM. Ung thư làm tăng nguy cơ xuất hiện TTHKTM lên 5 - 7 lần. Cơ chế hình thành huyết khối ở ung thư rất phức tạp, do nhiều yếu tố góp phần ngày càng được nghiên cứu và giải thích rõ ràng hơn. Sự hiện diện của bệnh lý TTHKTM ở bệnh nhân ung thư làm giảm chất lượng cuộc sống, giảm tiên lượng sống, tăng tử vong 2 - 6 lần và tăng

chi phí y tế điều trị. Tỷ lệ tử vong ở NCT ung thư có TTHKTM cao hơn nhiều so với bệnh nhân không có TTHKTM. TTHKTM là nguyên nhân tử vong đứng hàng thứ hai ở bệnh nhân ung thư [3].

Tại Việt Nam, sự già hóa dân số làm số lượng NCT mắc ung thư gia tăng, vì vậy các bác sĩ lão khoa, chăm sóc giảm nhẹ, tim mạch và ung thư cần có những thông tin cụ thể về tỷ lệ NCT ung thư mắc bệnh lý TTHKTM cũng như các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh lý TTHKTM ở những NCT ung thư. Chính vì những thực tiễn trên, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát tỷ lệ, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của TTHKTM ở NCT mắc ung thư, tại khoa Lão - Chăm sóc giảm nhẹ, bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả NCT (≥ 60 tuổi) mắc ung thư điều trị nội trú tại Khoa Lão - Chăm sóc giảm nhẹ (CSGN), bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh (BV ĐHYD TPHCM) từ 01/01/2016 - 31/12/2020.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Tất cả hồ sơ bệnh án (HSBA) của NCT (≥ 60 tuổi) mắc ung thư nhập viện điều trị nội trú tại khoa Lão - Chăm sóc giảm nhẹ - BV ĐHYD TP HCM từ 01/01/2016 đến 31/12/2020. Chẩn đoán ung thư dựa vào kết quả mô học. HKTMSCD chẩn đoán dựa vào siêu âm Duplex được thực hiện bởi bác sĩ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh, quan sát thấy huyết khối lấp đầy lòng tĩnh mạch, làm tĩnh mạch ấn không xẹp hoặc chỉ xẹp một phần và hoặc có hiện tượng khuyết màu, phổ Doppler không thay đổi theo nhịp hô hấp. TTP chẩn đoán khi thấy hình ảnh huyết khối động mạch phổi trên CTscan động mạch phổi.

Đặc điểm lâm sàng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch...

Tiêu chuẩn loại trừ: HSBA không đầy đủ thông tin phục vụ cho nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả, cắt ngang, hồi cứu.

Phương pháp thu thập số liệu: Chúng tôi đã thu thập toàn bộ HSBA của NCT mắc ung thư điều trị nội trú tại Khoa Lão - Chăm sóc giảm nhẹ - BV ĐHYD TP HCM 01/01/2016 đến 31/12/2020 có đầy đủ thông tin nghiên cứu theo bộ câu hỏi đã soạn sẵn.

Các biến số: Thông tin của NB gồm: tuổi, giới, bệnh đồng mắc, bệnh ung thư, thông tin lâm sàng và các đặc điểm cận lâm sàng của TTHKTM, gồm cả huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới (HKTMSCD) và thuyên tắc phổi (TTP), theo bộ câu hỏi thu thập dữ liệu soạn sẵn.

2.3. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu

Nhập liệu bằng phần mềm Epi Data 3.1. Phân tích theo phần mềm Stata 13.0. Các biến định tính sẽ được trình bày dưới dạng tần suất (n) và tỷ lệ (%). Các biến định lượng sẽ trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (nếu số liệu có phân phối chuẩn) hoặc trung vị và khoảng tứ vị (25 - 75%) (nếu số liệu không có phân phối chuẩn).

2.4. Y đức: Nghiên cứu được thông qua hội đồng y đức của ĐHYD TP HCM: 140/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 22/02/2021 và của ĐHYD TP HCM.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu từ 01/01/2016 đến 31/12/2020, chúng tôi thu thập được 1170 HSBA của NCT bệnh ung thư. Trong đó, 1.016 NB không có kết quả siêu âm mạch máu chi dưới hay chụp cắt lớp động mạch phổi, 3 trường hợp thiếu dữ liệu trong HSBA. Chúng tôi thu thập được 151 NB ung thư cao tuổi, có TTHKTM kết quả như sau: Mẫu nghiên cứu có tuổi trung bình là 71 ± 8 . Tỷ lệ nam nữ gần tương đương. Tỷ lệ TTHKTM chung là 12,9%, với HKTM cửa chiếm tỉ lệ cao nhất. Bệnh nền tăng huyết áp, nhiễm trùng và vị trí ung thư nguyên phát từ gan và phổi là cao nhất (Bảng 1).

Bảng 1: Đặc điểm đối tượng nghiên cứu (n = 1167)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ %
Sinh thiết		
60 - 69	583	49,9
70 - 79	337	28,8
≥ 80	247	21,1

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ %
Giới tính		
Nữ	481	42,2
Nam	686	58,7
Các loại TTHKTM (n = 151, 12,94%)		
HKTM dưới đòn, nhĩ phải	14	1,3
HKTM lách, thận	13	1,1
HKTM chủ	7	0,6
HKTM cửa	73	6,3
TTP và HKTMSCD	16	1,4
HKTMSCD	44	3,8
TTP	46	3,9
Các bệnh đồng mắc		
Suy tim	23	1,9
Rung nhĩ	46	3,9
Xuất huyết tiêu hóa trong vòng 3 tháng	54	4,6
Đột quy cũ	69	5,9
Bệnh tim thiếu máu cục bộ	116	9,9
Đái tháo đường típ 2	216	18,5
Bệnh thận mạn	301	25,8
Tăng huyết áp	402	34,4
Nhiễm trùng	464	39,7
Vị trí ung thư nguyên phát		
Gan	587	50,3
Phổi	170	14,6
Đại trực tràng	70	6
Thực quản, dạ dày	53	4,6
Tụy	46	4
Đường mật	46	4
Tử cung, buồng trứng	31	2,7
Lympho	31	2,7
Tiền liệt tuyến	31	2,7
Thận	17	1,5
Vú	15	1,3
Khác	70	5,9

Đặc điểm lâm sàng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch...

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của HKTMSCD (n = 44)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ %
Đặc điểm lâm sàng		
Phù chân	27	61,4
Phù chân bên trái	9	20,4
Phù chân bên phải	8	18,1
Phù chân 2 bên	10	22,7
Đau chân	26	59
Đau hông	10	22,7
Viêm mô tế bào	0	0
Đặc điểm cận lâm sàng		
Siêu âm Doppler		
Chân bị huyết khối		
Chân trái	25	56,8
Chân phải	8	18,2
Cả 2 chân	11	25
Vị trí huyết khối		
Đoạn gần	22	50
Đoạn xa	2	4,6
Đoạn gần + đoạn xa	20	45,4
Tính chất huyết khối		
Đồng nhất	43	97,7
Di động	0	0
Tắc hoàn toàn	43	97,7

Về HKTMSCD, triệu chứng phù chân, đau chân hay gặp nhất. Khi siêu âm, huyết khối chân trái với tính chất đồng nhất và tắc hoàn toàn là hay gặp nhất. Nghiên cứu không ghi nhận huyết khối di động trên siêu âm (Bảng 2).

Bảng 3: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của TTP (n = 46)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ %
Đặc điểm lâm sàng		
Sốc	0	0
Ngất	0	0
Tụt huyết áp	1	2,2
Ho ra máu	5	10,9
Khò khè	21	45,7
Đau ngực	26	56,5
Thở nhanh	31	67,4
Ran ở phổi	32	69,6
Nhịp tim nhanh	33	71,7
Khó thở	37	80,4
Đặc điểm cận lâm sàng		
Xquang ngực thẳng (n = 46)		
Bình thường	10	22,7
Dấu hiệu Westermarck	0	0
Dấu Hampton	1	2,2
Dấu hiệu Fleischner	0	0
Tràn dịch màng phổi - thâm nhiễm phổi	23	52,2
Xơ hóa, vôi hóa	12	27,2
Siêu âm tim (n = 46)		
Bình thường	20	43,5
Giãn thất phải	4	8,7
Vách liên thất phẳng, vận động nghịch thường	0	0
Hở van 3 lá với V max > 2,6m/s	4	8,7

Đặc điểm lâm sàng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch...

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ %
Siêu âm tim (n = 46)		
Huyết khối trong buồng thất phải	0	0
Khác (vôi hóa vòng van 2 lá, hở van 2 lá, hở van động mạch chủ)	17	39,1
Chụp cắt lớp lồng ngực điện toán đa lát cắt (n = 46)		
Huyết khối động mạch phổi 2 bên	13	28,3
Huyết khối động mạch phổi 1 bên	33	71,7
Huyết khối động mạch phổi thùy	37	80,4
Huyết khối động mạch phổi trung tâm	0	0
Huyết khối động mạch phổi trung tâm + thùy	9	19,6

Về đặc điểm cận lâm sàng siêu âm tim, có 23 NCT TTP được chỉ định. Kết quả, triệu chứng trên siêu âm doppler tim không đặc hiệu, tỷ lệ bình thường và các hình ảnh khác chiếm cao nhất. Về đặc điểm cận lâm sàng điện tâm đồ, nghiên cứu hồi cứu HSBA không có dữ liệu, vì vậy không phân tích đặc điểm điện tâm đồ (Bảng 3).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Tuổi trung bình của nghiên cứu $71,2 \pm 8,7$, dao động từ 60 - 99 tuổi, khác nghiên cứu của tác giả Aleem A 2012 tuổi trung bình 52, dao động từ 18 - 80 tuổi, nghiên cứu của Wang H. và cộng sự 2019, tuổi trung bình $66,6 \pm 12,6$ [4]. Tỷ lệ nam cao hơn nữ (58,7% so với 41,2%) cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Marks MA 2014 (53,1% so với 46,9%) và Wang H và cộng sự 2019 [4, 5].

Tỷ lệ TTHKTM nghiên cứu chúng tôi là 12,9% (151/1167), trong đó HKTM của chiếm đa số (lý do là mẫu nc chúng tôi ung thư gan chiếm một nửa), kể đến HKTMSCD chiếm 3,7%, TTP chiếm 3,9%, vừa TTP và HKTMSCD chiếm 1,37%. Kết quả cao hơn nghiên cứu của tác giả Aleem A 2012 (6,7%) và

Marks MA 2014 (2,5%), Wang H và cộng sự 2019 (1,51%) đều trên NCT ung thư nội trú [4, 5, 6]. Sự khác biệt do mẫu nghiên cứu khác, vị trí ung thư nguyên phát, giai đoạn ung thư khác nhau sẽ có tỷ lệ TTHKTM khác nhau. Bên cạnh đó, nghiên cứu chúng tôi ghi nhận cả HKTM cửa, lách, thận.

Về HKTMSCD, tỷ lệ là 3,8%, tương tự nghiên cứu của tác giả Aleem A 2012 (3,1%), thấp hơn nghiên cứu tương tự về NCT ung thư của tác giả Đặng Văn Phước 2010 (21%) [6, 7]. Điều này được giải thích do tất cả NCT tại BV ĐHYD TP HCM đều được đánh giá nguy cơ TTHKTM, xuất huyết và lên kế hoạch phòng TTHKTM nên làm giảm tỷ lệ TTHKTM. Tuy nhiên, trong thực tế, chỉ những trường hợp có triệu chứng lâm sàng cảnh báo, mới được chỉ định cận lâm sàng xác chẩn TTHKTM. Điều này cần nhạy cảm triệu chứng cảnh báo trên lâm sàng để không bỏ sót chẩn đoán trên đối tượng nguy cơ cao.

Tỷ lệ TTP trong dân số nghiên cứu là 3,9% tương tự trong phân tích gộp của Meyer HJ và cộng sự từ 12 nghiên cứu năm 2021 xác định tỷ lệ TTP trên NCT ung thư trên thế giới là 3,4% (KTC 95%: 3,2 - 3,6%) [8]. Nghiên cứu chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Wang H và cộng sự 2019 có tỉ lệ TTP là 0,22% [4].

Nhiễm trùng chiếm 39,7% (như viêm phổi, nhiễm trùng tiểu, nhiễm trùng ổ bụng, nhiễm trùng da, vết loét) là một yếu tố nguy cơ quan trọng của TTHKTM [3], nên cần chú ý trong phòng ngừa TTHKTM cho NB cao tuổi bệnh ung thư.

Nghiên cứu chúng tôi có tỷ lệ vị trí ung thư gan, phổi và đại trực tràng lần lượt: 50,3%, 14,6% và 6,0% là 3 loại thường gặp nhất. Tương tự năm 2014, nghiên cứu của Marks MA trên NCT mắc ung thư thì ung thư phổi, đại trực tràng, gan và dạ dày tăng nguy cơ mắc TTHKTM [5]. Khác với nghiên cứu của chúng tôi, tác giả Aleem A có nghiên cứu năm 2012 thấy 3 vị trí ung thư thường gặp là vú, non-Hodgkin's lymphoma và phổi [6]. Gần nhất 2021, phân tích gộp của Meyer HJ và cộng sự từ 12 nghiên cứu trên NCT ung thư bị TTP có ung thư tiền liệt tuyến, gan mật, tuy là 3 loại thường gặp nhất [8]. Sự thay đổi về tỷ lệ và nguy cơ có sự khác biệt giữa các nghiên cứu, về vị trí ung thư nguyên phát trong dân số nghiên cứu chúng tôi có sự tương đồng với các nghiên cứu trên thế giới.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của HKTMSCD

Phù chân cao nhất (61,4%), kế là đau chân (59,1%), thấp hơn nghiên cứu của tác giả Đỗ Minh Hiền (81,1% và 91,1%) do tác giả nghiên cứu trên người trưởng thành mắc ung thư nên ghi nhận triệu chứng dễ hơn NCT [9]. Tỷ lệ các triệu chứng của HKTMSCD trong nghiên cứu chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu MASTER trên những bệnh nhân HKTMSCD có ung thư thì triệu chứng thường gặp nhất là phù chân chiếm 80%, đau chân chiếm 75% [10]. Trong nghiên cứu của Wang H và cộng sự ở những bệnh nhân ung thư có HKTMSCD thì triệu chứng phù chân chiếm 65,27%, tương đương với nghiên cứu chúng tôi [4]. Triệu chứng lâm sàng HKTMSCD ở bệnh nhân ung thư cao tuổi nghèo nàn, không nhạy, không đặc hiệu và không điển hình nên thầy thuốc lâm sàng cần dự phòng và chú ý triệu chứng cảnh báo phù chân, đau chân.

Tỷ lệ NCT mắc ung thư bị HKTMSCD ở chân trái chiếm ưu thế (56,8%) tương tự nghiên cứu của tác giả Đỗ Minh Hiền (61%), nghiên cứu INCIMEDI (60%) [7, 9].

Tỷ lệ huyết khối ở đoạn gần chiếm 50%, đoạn gần và đoạn xa chiếm 45,4%, tỷ lệ huyết khối chỉ ở đoạn xa thấp nhất: 4,6%, tương đồng với nghiên cứu của Đỗ Minh Hiền, nghiên cứu INCIMEDI của tác giả Đặng Vạn Phước [7, 9]. Huyết khối ở NCT ung thư thường ở vị trí đoạn gần, thuộc vị trí nguy cơ cao dễ tiến triển đến TTP, nên cần được chẩn đoán sớm và có chỉ định điều trị phù hợp.

Hầu hết huyết khối trong nghiên cứu là đông nhất (97,7%) và tắc hoàn toàn (97,7%), khác với nghiên cứu của tác giả Đỗ Minh Hiền (18,9% và 81,1%) [9]. Có thể do đối tượng nghiên cứu là NCT, mắc ung thư, tỷ lệ giai đoạn 4, đã di căn chiếm tỷ lệ cao nên ảnh hưởng đến tính chất huyết khối trong nghiên cứu của chúng tôi.

4.3. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của TTP

Khó thở, nhịp tim nhanh là triệu chứng thường gặp tương tự nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Tuyết Mai (65,7% và 62,9%), Nguyễn Văn Tân (87,5% và 62,5%), Mok KH (72,3% và 12,8%), Wang H và cộng sự 2019 [4, 11, 12, 14].

Các triệu chứng lâm sàng ở NCT mắc ung thư có TTP tại khoa Lão - BV ĐHYD TP HCM tương đồng với những nghiên cứu trong và ngoài nước.

Tuy nhiên, các triệu chứng này đa dạng, không điển hình, không nhạy, không đặc hiệu và có thể gặp trong nhiều bệnh lý khác. Hiện tại vẫn không có thể lâm sàng nào giúp khẳng định hay loại trừ TTP, đây là một thách thức trong thực hành lâm sàng [2]. Khó thở là dấu hiệu cảnh báo TTP trên lâm sàng bác sĩ cần chú ý.

X-quang ngực thẳng với dấu hiệu tràn dịch màng phổi - thâm nhiễm phổi chiếm cao nhất (52,3%), tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Tuyết Mai, khác nghiên cứu của Nguyễn Văn Tân [11, 12]. Nhìn chung, các dấu hiệu trên X-quang ngực thẳng ở những NCT mắc ung thư có TTP trong nghiên cứu không điển hình, không đặc hiệu. Nghiên cứu của tác giả Lê Thượng Vũ cũng cho thấy X quang ngực có khả năng xác định bệnh TTP thấp đến trung bình. X-quang ngực không giúp loại trừ TTP. X-quang ngực giúp định hướng các bước chẩn đoán và điều trị tiếp theo [13].

Trong 46 bệnh nhân TTP, chỉ có 23 bệnh nhân được chỉ định siêu âm doppler tim, đa số ghi nhận kết quả bình thường: 43,4%, khác với nghiên cứu của Nguyễn Thị Tuyết Mai, Nguyễn Văn Tân [11, 12]. Sự khác biệt có thể do số lượng NCT ở nghiên cứu chúng tôi đa số là bệnh ung thư giai đoạn cuối nên được chỉ định siêu âm Doppler tim còn hạn chế. TTP trong nghiên cứu chúng tôi hầu hết là mức độ nhẹ, 80,4% TTP là huyết khối động mạch thùy nên chưa ghi nhận các đặc điểm điển hình trên siêu âm tim.

Tỷ lệ huyết khối ĐMP một bên trên chụp cắt lớp điện toán lồng ngực đa lát cắt chiếm 71,7%, huyết khối ĐMP hai bên chiếm 28,3% khác với nghiên cứu của Nguyễn Thị Tuyết Mai (58,6% so với 41,4%), cũng khác nghiên cứu của Mok KH [11, 14]. Tác giả Nguyễn Thị Tuyết Mai ghi nhận: huyết khối ĐMP 2 bên chiếm ưu thế so với 1 bên (58,6% so với 41,4%) [11]. Trong nghiên cứu của Mok KH và cộng sự cũng ghi nhận huyết khối ĐMP 2 bên chiếm ưu thế (56,3%) [14]. Sự khác biệt này có thể đây là đặc điểm ở những NCT mắc ung thư so với đối tượng người trưởng thành.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu chúng tôi thực hiện trên 1167 NCT ung thư điều trị tại khoa Lão - CSGN, bệnh viện ĐHYD TPHCM ghi nhận 12,9% có TTHKTM. Trong thực hành lâm sàng thầy thuốc cần quan tâm để có chiến lược phòng ngừa và xác chẩn sớm. Triệu

Đặc điểm lâm sàng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch...

chứng TTHKTM ở NCT ung thư nghèo nàn, không điển hình, cần chú trọng các dấu hiệu cảnh báo TTHKTM. Phù chân, đau chân là triệu chứng cảnh báo trong TTHKTMCD, khó thở, nhịp tim nhanh là triệu chứng cảnh báo trong TTP.

Lời cảm ơn

Trân trọng cảm ơn Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh đã tài trợ kinh phí cho chúng tôi hoàn thành công trình nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ban chỉ đạo tổng điều tra dân số và nhà ở Trung Ương. Kết quả tổng điều tra dân số và nhà ở thời điểm 0 giờ ngày 01 tháng 4 năm 2019. Nhà xuất bản Thống Kê (12/2019).
2. Pilleron S, SotoPerez-de-Celis E, Vignat J, et al. Estimated global cancer incidence in the oldest adults in 2018 and projections to 2050. International journal of cancer. 2021;148(3):601-8.
3. Abdol Razak NB, Jones G, Bhandari M, et al. Cancer-associated thrombosis: an overview of mechanisms, risk factors, and treatment. Cancers. 2018;10(10):380.
4. Wang H, Xu X, Pu C, et al. Clinical characteristics and prognosis of cancer patients with venous thromboembolism. Journal of cancer research and therapeutics. 2019;15(2):344.
5. Marks MA, Engels EA. Venous Thromboembolism and Cancer Risk among Elderly Adults in the United States Venous Thromboembolism and Cancer Risk. Cancer epidemiology, biomarkers & prevention. 2014; 23(5):774-83.
6. Aleem A, Diab AR, Alsaleh K, et al. Frequency, clinical pattern and outcome of thrombosis in cancer patients in Saudi Arabia. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2012;13(4): 1311-5.
7. Đặng Vạn Phước, Phạm Gia Khải, Nguyễn Lâm Việt và cộng sự. Huyết khối tĩnh mạch sâu: Chẩn đoán bằng siêu âm Duplex trên bệnh nhân nội khoa nằm viện. Tạp chí Tim mạch học Việt Nam. 2010;56:24 - 36.
8. Meyer HJ, Wienke A, Surov A. Incidental pulmonary embolism in oncologic patients a systematic review and meta-analysis. Supportive Care in Cancer. 2021;29(3):1293-302.
9. Đỗ Minh Hiền. Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư có huyết khối tĩnh mạch sâu các chi và kết quả điều trị, Luận văn thạc sĩ y học. Đại học Y Hà Nội. 2019.
10. Imberti D, Agnelli G, Ageno W, et al. Clinical characteristics and management of cancer - associated acute venous thromboembolism: findings from the MASTER Registry. Haematologica. 2008;93(2):273-8.
11. Nguyễn Thị Tuyết Mai, Trần Thị Xuân Anh, Bùi Thế Dũng và cộng sự. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng và kết quả điều trị thuyên tắc phổi do huyết khối tại bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh. 2019;23 (2):208 - 213.
12. Nguyễn Văn Tân, Nguyễn Đức Thành, Nguyễn Ngọc Phương Dung. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân cao tuổi thuyên tắc phổi tại bệnh viện Thống Nhất. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh. 2018;22 (1):224-230.
13. Lê Thượng Vũ. Giá trị của X-quang ngực trong chẩn đoán thuyên tắc phổi. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh. 2011;14(4):444-450.
14. Mok KH, Wong SW, Wong YM, et al. Clinical characteristics, risk factors and outcomes of South - East Asian patients with acute pulmonary embolism. International Journal of Cardiology. 2017;249:431-443.