

liver transplantation in children: Review and perspectives, *Pediatric Transplantation*, 2013; 17(1): 19-26. doi:https://doi.org/10.1111/j.1399-3046.2012.01784.x.

7. **Guérin F, Bidault V, Gonzales E, Franchi-Abella S, De Lambert G, Branchereau S**, Meso-Rex bypass for extrahepatic portal vein obstruction in

children, *The British journal of surgery*, 2013;100(12): 1606-13. doi:10.1002/bjs. 9287.

8. **Sharif K, McKiernan P, de Ville de Goyet J**, Mesoportal bypass for extrahepatic portal vein obstruction in children: close to a cure for most!, *J Pediatr Surg*, 2010;45(1):272-6. doi:10.1016/j.jpedsurg.2009.08.019.

KẾT QUẢ TRUYỀN KHỐI TIỂU CẦU Ở MỘT SỐ NHÓM BỆNH NHI TẠI VIỆN HUYẾT HỌC – TRUYỀN MÁU TRUNG ƯƠNG 2024-2025

Bạch Quốc Khánh^{1,2}, Nguyễn Thị Ngọc Ánh²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Kết quả truyền tiểu cầu ở bệnh nhi ít được nghiên cứu hơn so với bệnh nhi trưởng thành mặc dù có nhiều đặc điểm khác biệt giữa 2 nhóm đối tượng về bệnh lý và sinh trắc học. **Mục tiêu:** Mô tả kết quả truyền tiểu cầu ở bệnh nhi mắc bệnh máu gồm: giảm tiểu cầu miễn dịch nguyên phát, lơ xê mi cấp, suy tủy xương. **Đối tượng nghiên cứu:** 267 bệnh nhi gồm: 113 bệnh nhi lơ xê mi cấp, 135 bệnh nhi giảm tiểu cầu miễn dịch nguyên phát và 19 bệnh nhi suy tủy xương tại Viện Huyết học – Truyền máu Trung ương được truyền khối tiểu cầu từ tháng 3/2024 – tháng 3/2025. **Phương pháp nghiên cứu:** Cắt ngang, lựa chọn bệnh nhi, truyền khối tiểu cầu, theo dõi trước và sau truyền khối tiểu cầu 24h để đánh giá kết quả. **Kết quả:** Truyền 268 khối tiểu cầu cho 267 bệnh nhi, kết quả cho thấy 100% bệnh nhi ngừng biểu hiện xuất huyết trên lâm sàng. Số lượng tiểu cầu tăng trung bình sau truyền là 39,5 G/L. Chỉ số CCI trung bình sau 24h là 21,6, chỉ số PPR trung bình là 35,3%. Tỷ lệ bệnh nhi có CCI > 4,5 sau 24h tỷ lệ đạt là 84,6%, tỷ lệ PPR > 30% đạt 47,6%. **Kết luận:** Truyền khối tiểu cầu là biện pháp hiệu quả nhằm nâng cao số lượng tiểu cầu và giảm tình trạng xuất huyết ở các bệnh nhi mắc các bệnh lý huyết học có chỉ định. Những bệnh nhi có giá trị CCI 24h < 4,5 cần làm thêm xét nghiệm theo dõi đánh giá và tìm nguyên nhân.

Từ khóa: Truyền khối tiểu cầu, bệnh nhi, CCI, PPR, bệnh lý huyết học.

SUMMARY

RESULTS OF PLATELET TRANSFUSION IN PEDIATRIC PATIENTS WITH HEMATOLOGIC DISORDERS AT THE NATIONAL INSTITUTE OF HAEMATOLOGY - BLOOD TRANSFUSION 2024-2025

Introduction: The outcomes of platelet transfusion in pediatric patients are less studied

compared to adults, despite significant differences in disease characteristics and biometric features between the two groups. **Objective:** To describe the results of platelet transfusion in pediatric patients with hematologic disorders, including primary immune thrombocytopenia, acute leukemia, and bone marrow failure. **Subjects:** The study included 267 pediatric patients who received platelet transfusion, comprising 113 patients with acute leukemia, 135 patients with primary immune thrombocytopenia, and 19 patients with bone marrow failure at the National Institute of Haematology - Blood Transfusion from March 2024 to March 2025. **Methods:** A cross-sectional study, selecting patients for platelet transfusion and monitoring them before and 24 hours after transfusion to evaluate the outcomes. **Results:** A total of 268 platelet transfusions were administered to 267 patients. The results showed that all patients exhibited cessation of clinical hemorrhagic symptoms. The average increase in platelet count post-transfusion was 39.5 G/L. The mean Corrected Count Increment (CCI) at 24 hours was 21.6, and the mean Post-Platelet Recovery (PPR) was 35.3%. The proportion of patients with a CCI > 4.5 at 24 hours was 84.6%, while 47.6% achieved a PPR > 30%. **Conclusion:** Platelet transfusion is an effective intervention for increasing platelet count and reducing hemorrhagic complications in patients with hematologic disorders. Patients with a CCI < 4.5 at 24 hours should undergo further investigation to evaluate and identify underlying causes. **Keywords:** Platelet transfusion, pediatric patients, CCI, PPR, hematologic disorders.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiểu cầu đóng vai trò quan trọng trong tất cả các giai đoạn của quá trình đông cầm máu. Sự khiếm khuyết về số lượng cũng như chất lượng tiểu cầu thường gây ra tình trạng xuất huyết. Chảy máu do bệnh lý giảm liên quan đến tiểu cầu biểu hiện rất đa dạng như xuất huyết dưới da, chảy máu chân răng, chảy máu mũi, xuất huyết tiêu hóa, xuất huyết não... trường hợp nặng có thể gây tử vong. Truyền khối tiểu cầu là một liệu pháp điều trị rất quan trọng giúp bệnh nhi cải thiện nhanh chóng, kịp thời số lượng tiểu cầu nhằm ngăn chặn quá trình chảy máu [1],[2].

¹Viện Huyết học – Truyền máu Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Bạch Quốc Khánh

Email: khanhbq@fpt.vn

Ngày nhận bài: 7.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.5.2025

Ngày duyệt bài: 12.6.2025

Các nghiên cứu về hiệu quả truyền khối tiểu cầu trong nước và trên thế giới chủ yếu tập trung ở đối tượng bệnh nhân (BN) là người lớn, ở các nhóm bệnh máu và điều trị dự phòng trước phẫu thuật và thủ thuật. Riêng đối với đối tượng bệnh nhi, các bệnh lý huyết học đa dạng, đặc điểm sinh trắc và phương thức tiếp cận điều trị ban đầu cũng có nhiều khía cạnh khác biệt so với người lớn nên đáp ứng với điều trị cũng có nhiều điểm không tương đồng với người trưởng thành [2],[3],[4]. Vì vậy, nhằm mục đích đánh giá bước đầu kết quả truyền khối tiểu cầu (KTC) ở bệnh nhi mắc một số bệnh lý huyết học mà có chỉ định truyền tiểu cầu như giảm tiểu cầu miễn dịch nguyên phát (ITP), lơ xê mi cấp, suy tủy xương, chúng tôi tiến hành đề tài nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả truyền khối tiểu cầu ở bệnh nhi mắc các bệnh lý huyết học bao gồm suy tủy xương, giảm tiểu cầu miễn dịch nguyên phát và lơ xê mi cấp.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhi bị suy tủy xương, giảm tiểu cầu miễn dịch nguyên phát, lơ xê mi cấp điều trị Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương có chỉ định truyền khối tiểu cầu từ tháng 3/2024 đến tháng 3/2025.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang.

Tiêu chuẩn chọn đối tượng:

- Bệnh nhi dưới 16 tuổi được chẩn đoán mắc 1 trong 3 bệnh lý huyết học thuộc đề tài nghiên cứu gồm: suy tủy xương, lơ xê mi cấp, giảm tiểu cầu miễn dịch nguyên phát và có chỉ định điều trị bằng truyền tiểu cầu.

- Bệnh nhi chưa điều trị truyền chế phẩm khối tiểu cầu trong vòng 24h trước khi làm xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu tại Viện Huyết học - Truyền máu trung ương.

- Bệnh nhi được làm xét nghiệm số lượng tiểu cầu trước truyền khối tiểu cầu và sau khi truyền khối tiểu cầu 24 giờ.

- Gia đình bệnh nhi đồng ý truyền tiểu cầu và tham gia nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu:

- Chọn mẫu toàn bộ. Tất cả bệnh nhi thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được đưa vào nghiên cứu, được thăm khám lâm sàng, chỉ định xét nghiệm và ghi nhận kết quả vào bệnh án nghiên cứu

Các bước tiến hành nghiên cứu:

- Lựa chọn bệnh nhi đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu

- Ghi nhận tình trạng xuất huyết và số lượng tiểu cầu trước truyền

- Tiến hành truyền chế phẩm KTC trên lâm sàng và ghi nhận toàn trạng bệnh nhi trước, trong và sau truyền, theo dõi trong 24h.

- Làm xét nghiệm đếm số lượng tiểu cầu sau truyền 24h, ghi nhận vào bệnh án nghiên cứu, tính toán và phân tích kết quả.

Tiêu chuẩn đánh giá:

- Tiêu chuẩn phân loại mức độ xuất huyết theo WHO và NCI – CTCAE [5]

Mức độ xuất huyết	Triệu chứng
0	- Không xuất huyết
I	- Xuất huyết dưới da dạng đốm, dạng nốt, mảng (<10 cm) - Xuất huyết niêm mạc/Chảy máu mũi (kéo dài <1h, không cần can thiệp y tế)/ Rối loạn kinh nguyệt
II (Không cần truyền KTC)	- Xuất huyết dưới da dạng mảng, đám (>10 cm)/Chảy máu mũi (kéo dài >1h hoặc phải nhét bông/gạc/meche) - Xuất huyết võng mạc không ảnh hưởng đến thị lực/Rối loạn kinh nguyệt (không đúng chu kỳ, số lượng vừa). Nôn ra máu, ho ra máu, tiểu đỏ, đại tiện phân đỏ/đen - Xuất huyết ở vị trí tiêm truyền/Xuất huyết trong cơ/khớp
III (Cần truyền KTC)	- Chảy máu mũi. Xuất huyết niêm mạc (miệng, mũi, kết mạc mắt). Kinh nguyệt kéo dài. Nôn ra máu, ho ra máu, tiểu đỏ, đại tiện phân đỏ/đen. Xuất huyết ở vị trí tiêm truyền. Xuất huyết trong cơ/khớp
IV (Xuất huyết nặng, đe dọa tính mạng, có khả năng gây bất thường chức năng vĩnh viễn)	- Xuất huyết võng mạc dẫn đến ảnh hưởng đến thị lực. Xuất huyết não, màng não. Xuất huyết trong các cơ quan khác gây bất thường chức năng (cơ, khớp, thận, phổi...). Xuất huyết gây tử vong.

- Tiêu chuẩn đánh giá hiệu quả truyền tiểu cầu:
+ Lâm sàng: Bệnh nhi dừng xuất huyết trên lâm sàng hoặc không xuất hiện tình trạng xuất huyết mới.

- + Chỉ số CCI (Corrected count increment - tăng số lượng tiểu cầu điều chỉnh)

$$CCI = \frac{(SLTC \text{ sau truyền} - SLTC \text{ trước truyền}) \times \text{Diện tích da}}{SLTC \text{ truyền vào}}$$

Hiệu quả truyền tiểu cầu được đánh giá theo chỉ số CCI sau truyền 24h. Nếu CCI-24h > 4,5: Truyền tiểu cầu có hiệu quả [6],[7].

- + Chỉ số PPR (Percentage Platelet Recovery - Phần trăm phục hồi tiểu cầu)

$$PPR = \frac{(SLTC \text{ sau truyền} - SLTC \text{ trước truyền}) \times \text{Thể tích máu}}{SLTC \text{ truyền vào}}$$

Nếu PPR > 30%: Truyền tiểu cầu có hiệu quả [6]

Phương pháp toán thống kê được áp dụng: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm về giới và nhóm tuổi tại thời điểm nghiên cứu

Bảng 3.1: Đặc điểm về tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số bệnh nhi	Tỉ lệ (%)
Giới	Nam	154	57,7
	Nữ	113	42,3
Tuổi	< 5 tuổi	117	43,8
	Từ 5 tuổi đến <10 tuổi	83	31,1
	≥ 10 tuổi	67	25,1
	Tuổi trung bình (n=267)	6,2 ± 4,3	

Nhận xét: Tỉ lệ bệnh nhi nam là 57,7% cao hơn bệnh nhi nữ là 42,3%. Nhóm bệnh nhi < 5 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (43,8%), sau đó đến nhóm bệnh nhi từ 5 tuổi đến dưới 10 tuổi (31,1%) và nhóm bệnh nhi ≥10 tuổi chiếm tỉ lệ thấp nhất (25,1%). Bệnh nhi nhỏ nhất mới 3 tháng tuổi và bệnh nhi lớn nhất là 15 tuổi. Độ tuổi trung bình của các bệnh nhi trong nghiên cứu là 6,2 ± 4,3 tuổi.

3.1.2. Đặc điểm chẩn đoán bệnh lý huyết học trong nghiên cứu

Bảng 3.2: Phân nhóm bệnh lý huyết học của bệnh nhi trong nghiên cứu

Nhóm bệnh	Số bệnh nhi	Tỉ lệ (%)
ITP	135	50,6
Lơ xê mi cấp	113	42,3
Suy tủy xương	19	7,1
Tổng số	267	100

Nhận xét: Trong 267 bệnh nhi tham gia nghiên cứu, bệnh nhi giảm tiểu cầu miễn dịch nguyên phát chiếm tỉ lệ cao nhất (50,6%), sau đó đến bệnh nhi lơ xê mi cấp (42,3%) và bệnh nhi suy tủy xương chiếm tỉ lệ thấp nhất (7,1%).

3.2. Kết quả truyền khối tiểu cầu ở bệnh nhi

3.2.1. Tình trạng cải thiện triệu chứng xuất huyết trên lâm sàng.

Bảng 3.3: Tình trạng xuất huyết trước và sau truyền tiểu cầu

Mức độ xuất huyết	Trước truyền KTC	Tỉ lệ (%)	Sau truyền KTC	Tỉ lệ (%)

I	13	4,8	71 (13 BN xuất huyết độ I không tiến triển và 58 BN chuyển từ xuất huyết độ II thành độ I)	26,6
II	213	79,8	196 (155 BN xuất huyết độ II không tiến triển và 41 BN chuyển từ xuất huyết độ III sang độ II)	73,4
III	41	15,4	0 (Các BN dừng xuất huyết và chuyển thành độ II)	0
IV	0	0	0	0
Tổng	267	100	267	100

Nhận xét: Các bệnh nhi có chỉ định truyền tiểu cầu trong nghiên cứu đều có dấu hiệu xuất huyết trên lâm sàng, chủ yếu có mức độ xuất huyết độ II chiếm 79,8%. Mức độ xuất huyết độ III là 15,4%, độ II chiếm tỉ lệ thấp hơn là 4,8%, không có bệnh nhi xuất huyết độ IV nguy hiểm đến tính mạng. Sau truyền khối tiểu cầu 24h, tình trạng xuất huyết mới trên lâm sàng và tình trạng chảy máu ban đầu cải thiện, không còn BN xuất huyết ở mức độ III, xuất huyết ở mức độ I là 26,6%, còn lại là xuất huyết mức độ II chiếm 73,4%.

3.2.2. Thay đổi chỉ số số lượng tiểu cầu trước và sau truyền ở từng nhóm bệnh máu

Bảng 3.4: Thay đổi số lượng tiểu cầu trước và sau truyền tiểu cầu 24h

	SLTC trước truyền (G/L)	SLTC sau truyền (G/L)	SLTC thay đổi (G/L)	p
ITP	11,1±6,0	51,3±39,6	40,4±37,6	<0,05
Lơ xê mi cấp	19,8±10,6	58,6±30,4	38,8±28,6	<0,05
Suy tủy xương	13,0±7,2	50,3±30,1	37,3±29,3	<0,05
Chung (n=267)	14,9±9,3	54,3±35,4	39,5±33,4	<0,05

Nhận xét: Số lượng tiểu cầu trước truyền trung bình là 14,9G/L, số lượng tiểu cầu trung bình sau truyền là 54,3G/L, số lượng tiểu cầu tăng lên sau truyền 24h trung bình là 39,5G/L. Số lượng tiểu cầu sau truyền 24h tăng so với số lượng tiểu cầu trước truyền, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05

3.2.3. Chỉ số CCI sau 24h

Bảng 3.5: CCI trung bình sau 24h

	Số lượng bệnh nhi	CCI 24h	p
ITP	135	21,4 ± 19,0	0,9
Lơ xê mi cấp	113	22,1 ± 14,4	
Suy tủy xương	19	20,3 ± 14,3	
Tổng số	267	21,6 ± 16,8	

Nhận xét: CCI trung bình sau 24h là 21,6 ±

16,8, cao nhất ở nhóm bệnh lơ xê mi cấp và thấp nhất ở nhóm suy tủy xương. Sự khác biệt của chỉ số CCI 24h giữa các nhóm bệnh lý huyết học là không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,9$

Bảng 3.6: Tỷ lệ bệnh nhi đạt CCI 24h >4,5

	CCI 24h > 4,5
ITP	78,5% (106/135 bệnh nhi)
Lơ xê mi cấp	90,3% (102/113 bệnh nhi)
Suy tủy xương	94,7% (18/19 bệnh nhi)
Tổng	84,6% (226/267 bệnh nhi)
p	0,017

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhi có chỉ số CCI > 4,5 là 84,6%, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm bệnh ($p = 0,017$). Trong đó, nhóm suy tủy xương có tỷ lệ cao nhất (94,7%), tiếp theo là nhóm lơ xê mi cấp (90,3%) và nhóm giảm tiểu cầu miễn dịch (78,5%).

3.2.4. Chỉ số PPR 24h

Bảng 3.7: PPR sau 24h

	PPR sau 24h (%)			Tỷ lệ PPR 24h >30% (%)
	Số lượng bệnh nhi	Trung vị (IQR)	p	
ITP	135	21,2 (7,7-48,3)	> 0,05	41,5
Lơ xê mi cấp	113	32,1 (18,9-47,9)		53,1
Suy tủy xương	19	36,6 (6,3-54,0)		57,9
Chung	267	27,9 (11,4-49,4)		47,6

Nhận xét: PPR sau 24h của nhóm suy tủy xương có trung vị cao nhất (36,6%), sau đó đến nhóm lơ xê mi cấp (32,1%) và thấp nhất là nhóm giảm tiểu cầu miễn dịch (21,2%). Sau 24h chỉ số PPR > 30% trung bình đạt được là 47,6%, cao nhất ở nhóm bệnh suy tủy xương (57,9%), tiếp đến là nhóm lơ xê mi cấp (53,1%) và thấp nhất ở nhóm giảm tiểu cầu miễn dịch (41,5%). Sự khác biệt của chỉ số PPR 24h giữa các nhóm bệnh lý huyết học là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nhóm bệnh nhi nghiên cứu. Trong số 267 bệnh nhi tham gia vào nghiên cứu của chúng tôi từ tháng 3/2024 đến tháng 3/2025, tỷ lệ bệnh nhi nam cao hơn nữ với tỷ lệ nam/nữ là 57,7% và 42,3%, phù hợp với một số nghiên cứu trước đó ghi nhận nam giới có xu hướng mắc các bệnh huyết học cao hơn nữ giới ở nhóm tuổi nhi [5]. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 6,2 tuổi. Khi chia các bệnh nhi nghiên cứu theo từng nhóm tuổi, nhóm bệnh nhi < 5 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (43,8%), cho thấy trẻ nhỏ là nhóm dễ bị ảnh hưởng bởi

các rối loạn huyết học, đặc biệt là giảm tiểu cầu miễn dịch nguyên phát.

Về các bệnh lý huyết học trong nghiên cứu của chúng tôi thì có sự phân bố khác biệt rõ rệt, giảm tiểu cầu miễn dịch nguyên phát (ITP) chiếm tỷ lệ cao nhất (50,6%), theo sau là lơ xê mi cấp (42,3%) và suy tủy xương (7,1%). Tỷ lệ này tương ứng với dịch tễ và tần suất xuất hiện các bệnh lý huyết học này trong cộng đồng [5].

4.2. Kết quả truyền tiểu cầu. Bảng 3.3 cho thấy sự thay đổi tình trạng xuất huyết trên lâm sàng khi bệnh nhi được truyền KTC trong điều trị. Sau truyền mức độ xuất huyết cải thiện rõ rệt, không còn xuất huyết độ III, IV, chủ yếu còn lại xuất huyết độ I, II. Không phải tất cả các bệnh nhi sau truyền đều tăng số lượng tiểu cầu nhưng trên lâm sàng các bệnh nhi ngừng chảy máu và không xuất hiện biến cố xuất huyết mới. Điều này khẳng định vai trò quan trọng của truyền tiểu cầu trong kiểm soát triệu chứng xuất huyết ở bệnh nhi.

Bảng 3.4 cho thấy số lượng tiểu cầu trước truyền trung bình là 14,9G/L, số lượng tiểu cầu trung bình sau truyền là 54,3G/L, số lượng tiểu cầu tăng lên sau truyền 24h trung bình là 39,5G/L. Số lượng tiểu cầu sau truyền 24h tăng có ý nghĩa thống kê so với số lượng tiểu cầu trước truyền. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Tanya Petraszko và cộng sự [8].

Quan sát CCI sau truyền 24h thấy CCI trung bình sau 24h là $21,6 \pm 16,8$, không có sự khác biệt rõ giữa các nhóm bệnh ($p > 0,05$), tuy nhiên tỷ lệ bệnh nhi đạt CCI 24h > 4,5 lại có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), cao nhất ở nhóm suy tủy xương (94,7%) và thấp nhất ở nhóm giảm tiểu cầu miễn dịch nguyên phát (78,5%). Điều này có thể phản ánh khả năng giữ tiểu cầu tốt hơn ở nhóm bệnh này do ít có hiện tượng phá hủy tiểu cầu ngoại vi. Truyền tiểu cầu không hiệu quả ở nhóm giảm tiểu cầu miễn dịch nguyên phát có thể do các yếu tố miễn dịch trong cơ chế bệnh sinh, chưa loại trừ tình trạng kháng tiểu cầu, phá hủy tiểu cầu tự thân và tiểu cầu truyền vào, dẫn đến kết quả truyền tiểu cầu thấp. Điều này cũng tương tự nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thu Hiền tại bệnh viện Việt Tiệp 2018, Vũ Thị Lan Anh và cộng sự tại Viện Huyết học – Truyền máu trung ương năm 2019 [9], [10].

Kết quả bảng 3.7 cho thấy PPR sau 24h có trung vị và khoảng tứ phân vị cao nhất ở nhóm suy tủy xương cho thấy kết quả truyền không đồng nhất và có độ biến thiên cao. Nhóm giảm tiểu cầu miễn dịch là nhóm có mức trung vị thấp nhất, nhưng vẫn có phân tán rộng, cho thấy sự

đa dạng trong mức độ PPR dù đa phần ở mức thấp. Lơ xê mi cấp có giá trị tương đối ổn định nhất, với trung vị trung bình và mức phân tán vừa phải. Chỉ số PPR sau 24h có giá trị biến thiên rộng với 47,6% bệnh nhi đạt PPR >30%, tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm bệnh lý huyết học ($p > 0,05$). Điều này cho thấy truyền tiểu cầu giúp cải thiện chỉ số PPR một cách tương đối ổn định nhưng không đặc hiệu theo nhóm bệnh lý huyết học.

V. KẾT LUẬN

- Lâm sàng: Tình trạng xuất huyết trên lâm sàng cải thiện, tất cả các bệnh nhi đều không tiến triển xuất huyết mới và mức độ xuất huyết thuyên giảm.
- Số lượng TC: Số lượng tiểu cầu tăng lên sau truyền 24h trung bình là 39,4G/L.
- CCI 24h sau truyền: CCI trung bình sau 24h là $21,6 \pm 16,8$. Tỷ lệ bệnh nhi có chỉ số CCI 24h > 4,5 là 84,6% có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm bệnh, thấp nhất ở bệnh nhi giảm tiểu cầu miễn dịch.
- PPR 24h sau truyền: PPR trung bình sau 24h là $35,4 \pm 35,1\%$, sau 24h chỉ số PPR > 30% đạt được 47,6%.

VI. KIẾN NGHỊ

Các chỉ số phản ánh hiệu quả truyền tiểu cầu như CCI và PPR vẫn còn một tỷ lệ nhất định không đạt ngưỡng kỳ vọng, cần tối ưu hóa chỉ định và thời điểm truyền cũng như xác định tình trạng kháng tiểu cầu để có thể có chiến lược điều trị thích hợp giúp truyền tiểu cầu đạt hiệu quả cao hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jeffrey McCullough (2020). Overview of Platelet Transfusion. Seminars in Hematology, 47, 235-242.
2. Lise J. Estcourt, Janet Birchall, Shubha Allard, et al. (2017). Guidelines for the use of platelet transfusions. British Journal of Haematology, 176, 365-394.
3. Atif I. Khan, Faiz Anwer (2023). Platelet Transfusion. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-.
4. Berti et al., (2025) Impact of platelet transfusion at different doses in oncohematology pediatric inpatients and outpatients: A retrospective study. Pediatric Blood & Cancer, 72(4), e31550
5. Bộ Y tế. (2022). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý huyết học (Ban hành kèm theo Quyết định số 1832/QĐ-BYT ngày 01/7/2022)
6. Solves Alcaina (2020). Platelet transfusion: and update on challenges and outcomes. Journal of blood medicine, 19-26.
7. Reina Matsui, Takeshi Hagino, Nelson Hirokazu Tsuno, et al. (2021). Does time of CCI measurement affect the evaluation of platelet transfusion effectiveness? Transfusion and Apheresis Science, 60
8. Tanya Petraszko, Michelle Zeller, Canadian Blood Services. (2018). Platelet transfusion, alloimmunization and management of platelet refractoriness.
9. Nguyễn Thị Thu Hiền (2018), "Đặc điểm khối tiểu cầu gan tách từ một người cho và hiệu quả điều trị trên một số bệnh có giảm tiểu cầu tại bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp năm 2018", Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.
10. Vũ Thị Lan Anh, Phan Quang Hòa, Bạch Quốc Khánh và cộng sự (2019), "Đánh giá hiệu quả truyền khối tiểu cầu pool lọc bạch cầu tại viện HHTMTW 2019", Tạp chí Y học Việt Nam tập 496, trang 333-338.

KHẢO SÁT SỰ BIẾN ĐỔI CHỈ SỐ LIPID MÁU Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG MẠCH VÀNH CẤP ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Bùi Ngọc Linh¹, Đặng Đức Minh¹, Lương Thị Hải Hà¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp điều trị tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 01/2024-12/2024. Khảo sát sự biến đổi các chỉ số lipid máu ở đối tượng nghiên cứu. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu được tiến hành trên 86 bệnh nhân

hội chứng mạch vành cấp được điều trị tại BV Trung ương Thái Nguyên. Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $65,98 \pm 10,99$ tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 3,1/1. Bệnh nhân nhập viện vì đau ngực chiếm 80,2%. Bệnh nhân tới viện trước 12 giờ là 61,6%. Yếu tố nguy cơ chính của HCMVC là tăng huyết áp với 69,8%. Tỷ lệ tăng Troponin I hs là 97,7%. Qua siêu âm tim, 11,6% bệnh nhân có phân suất tống máu giảm, 38,4% có rối loạn vận động vùng. Tỷ lệ RLLM là 83,7%, trong đó RLLM kết hợp là 65,1%. Tỷ lệ rối loạn các chỉ số triglycerid, cholesterol toàn phần, HDL-C và LDL-C lần lượt là 68,1%, 52,8%, 51,4% và 40,3%. Tỷ lệ RLLM ở nhóm HCMVC không ST chênh lên là 86,7%, ở nhóm HCMVC có ST chênh lên là 82,1%. Tỷ lệ RLLM ở nhóm có tổn thương ≤01 nhánh mạch vành là 80%, ở nhóm tổn thương ≥02

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Đức Minh

Email: dangducminh@tump.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.5.2025

Ngày duyệt bài: 13.6.2025