

|             |           |             |
|-------------|-----------|-------------|
| <50         | 0         | 0%          |
| <b>Tổng</b> | <b>30</b> | <b>100%</b> |

**Nhận xét:** Chỉ có 2/30 bệnh nhân (6,7%) có số lượng tiểu cầu là 75 – 100 G/l, không có trường hợp nào hạ tiểu cầu dưới 75 G/l. Với mức độ hạ tiểu cầu này thì các bệnh nhân không cần giảm liều hóa chất vào chu kỳ tiếp theo.

### 3.7. Độc tính trên thận

**Bảng 6: Suy giảm mức lọc cầu thận (ml/p/1.73m<sup>2</sup> da)**

| Mức lọc cầu thận | Số ca bệnh | Tỷ lệ phần trăm |
|------------------|------------|-----------------|
| ≥60              | 26         | 86.7%           |
| 50-59            | 4          | 13.3%           |
| <b>Tổng</b>      | <b>30</b>  | <b>100%</b>     |

**Nhận xét:** Có 4/30 bệnh nhân (13.3%) giảm mức lọc cầu thận dưới 60ml/p/1.73m<sup>2</sup> da, do đó số bệnh nhân cần giảm liều hóa chất vì thay đổi chức năng thận vào chu kỳ tiếp theo ít và có thể chấp nhận được.

## IV. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy, qua 3 đợt hóa chất hỗ trợ trước đa phần các bệnh nhân đáp ứng một

phần hoặc ổn định, các bệnh nhân giảm các triệu chứng cơ năng cải thiện chất lượng cuộc sống.

Các tác dụng phụ của thuốc hóa chất an toàn và có thể chấp nhận được trong quá trình điều trị.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Globocan cancer obserbatory** 2022.
2. **Haddad, R., A. O'Neill, G. Rabinowits, et al.** 2013. "Induction chemotherapy followed by concurrent chemoradiotherapy (sequential chemoradiotherapy) versus concurrent chemoradiotherapy alone in locally advanced head and neck cancer (PARADIGM): a randomised phase 3 trial." *Lancet Oncol* 14(3):257-264.
3. **Cohen, E. E., T. G. Karrison, M. Kocherginsky, et al.** 2014. "Phase III randomized trial of induction chemotherapy in patients with N2 or N3 locally advanced head and neck cancer." *J Clin Oncol* 32(25):2735-2743.
4. **Vermorken, J. B., E. Remenar, C. van Herpen, et al.** 2007. "Cisplatin, fluorouracil, and docetaxel in unresectable head and neck cancer." *N Engl J Med* 357(17):1695-1704.
5. **Posner, M. R., D. M. Hershock, C. R. Blajman, et al.** 2007. "Cisplatin and fluorouracil alone or with docetaxel in head and neck cancer." *N Engl J Med* 357(17):1705-1715.

## NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ MỘT SỐ CHỈ SỐ XÉT NGHIỆM Ở NGƯỜI BỆNH MẮC THALASSEMIA ĐẾN KHÁM VÀ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN NHI HẢI DƯƠNG NĂM 2024

Ngô Thị Thảo<sup>1</sup>, Đào Đức Chiến<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả kết quả một số chỉ số xét nghiệm ở người bệnh mắc Thalassemia đến khám và điều trị tại Bệnh viện Nhi Hải Dương năm 2024. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang trên 51 người bệnh đã được chẩn đoán xác định mắc bệnh Thalassemia đến khám và điều trị tại Bệnh viện Nhi Hải Dương từ tháng 1/2024 - 6/2024. **Kết quả:** nữ: 52,9% là, nam: 47,1%; độ tuổi trung bình: 9,27±3,61; 88,2% người bệnh β-thalassemia, 11,8% α-thalassemia; Đặc điểm huyết học: các chỉ số hồng cầu (HC) giảm, 98,04% thiếu máu, gặp 4 mức độ: 58% thiếu máu nặng, 6% nhẹ, chủ yếu là HC nhỏ, nhược sắc; . Đặc điểm hóa sinh: 15,7% tăng sắt huyết thanh, 94,1% tăng ferritin, trong đó 44,28% có ferritin tăng cao (>1000 ng/ml); 96,08% có nồng độ bilirubin gián tiếp tăng. **Kết luận:** người bệnh chủ yếu thể β-thalassemia, hầu hết bệnh nhân có thiếu

máu các mức độ nặng và rất nặng, đều là thiếu máu HC nhỏ, nhược sắc, với Fe và Ferritin tăng, có dấu hiệu của tan máu rõ rệt. **Từ khóa:** Thalassemia, thiếu máu HC nhỏ, nhược sắc, Ferritin.

### SUMMARY

#### RESEARCH ON THE RESULTS OF SOME LABORATORY INDICATORS IN THALASSEMIA PATIENTS WHO COME FOR EXAMINATION AND TREATMENT AT HAI DUONG CHILDREN'S HOSPITAL IN 2024

**Objective:** Description of the results of some test indicators in patients with thalassemia who came for examination and treatment at Hai Duong Children's Hospital in 2024. **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study on 51 patients who were diagnosed with thalassemia who came for examination and treatment at Hai Duong Children's Hospital from Jan to June, 2024. **Results:** 52.9% were female, 47.1% were male; the average age was 9.27±3.61; 88.2% of were β-thalassemia, 11.8% were α-thalassemia; Hemaological characteristics: Most of the red blood cell indices were reduced, 98.04% had anemia with 4 levels, 58% had severe anemia, 6% had mild anemia, mostly microcytic, hypochromic.

<sup>1</sup>Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Thảo

Email: thaohh79@hmtu.edu

Ngày nhận bài: 24.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.5.2025

Ngày duyệt bài: 3.7.2025

Characteristics of biochemical: 15.7% of increased serum iron, 94.1% of increased ferritin, of which 44.28% had high ferritin ( $>1000$  ng/ml); 96.08% had increased indirect bilirubin. **Conclusion:** Thalassemia patients at Hai Duong Children's Hospital mainly had  $\beta$ -thalassemia, most of the patients had severe and very severe anemia, all were microcytic, hypochromic anemia, with increased Fe and Ferritin, with obvious signs of hemolysis. **Keywords:** Thalassemia, microcytic anemia, hypochromic, Ferritin.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Thalassemia là bệnh di truyền trên hồng cầu hay gặp nhất, do gen lặn trên nhiễm sắc thể thường do giảm hoặc mất tổng hợp của một loại chuỗi globin [1]. Bệnh chủ yếu phát hiện ở trẻ em do nhận một hoặc cả 2 gen  $\alpha$  hay  $\beta$  globin từ bố hoặc mẹ. Năm 2019, ước tính có khoảng 7% dân số thế giới mang gen Thalassemia và có tính địa dư rõ rệt, hay gặp ở vùng nhiệt đới, cận nhiệt đới khu vực các nước Địa Trung Hải, Châu Á, Đông Nam Á. Việt Nam ước tính khoảng 13% dân số mang gen [2]. Globin là thành phần cấu tạo chính của hemoglobin nên bất thường làm hồng cầu bị phá hủy nhanh, gây tan máu, thiếu máu. Hiện tượng tan máu làm cho các cơ quan sản xuất, tiêu hủy HC phải tăng làm việc, gây tăng biến dạng xương, lách to. Đồng thời HC vỡ, tạo các sản phẩm, chủ yếu là sắt, gây ứ sắt, nhiễm sắt tại các mô, cơ quan làm suy tim, xơ gan, chậm phát triển... thậm chí có thể gây tử vong. Các biến chứng này gây thiệt hại về tinh thần và kinh tế cho người bệnh, gia đình và xã hội. Chẩn đoán sớm giúp điều trị bệnh hiệu quả giúp phòng bệnh, tư vấn di truyền, hạn chế người mắc bệnh. Các dấu hiệu lâm sàng khó phát hiện nên chẩn đoán bệnh chủ yếu dựa vào các xét nghiệm. Xét nghiệm có ý nghĩa mà có thể tiến hành ở phần lớn các cơ sở y tế như tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, huyết đồ, chuyển hoá sắt, bilirubin hoặc tốt nhất là điện di huyết sắc tố và sinh học phân tử phát hiện đột biến. Tại Hải Dương, bệnh viện Nhi Hải Dương là nơi khám, tư vấn, chẩn đoán, điều trị bệnh Thalassemia cho trẻ em. Để giúp nhân viên y tế để có thêm kiến thức về các xét nghiệm hỗ trợ trong chẩn đoán, điều trị và đặc biệt tư vấn di truyền phòng bệnh này tại Hải Dương, chúng tôi đã tiến hành này.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** 51 người bệnh đến khám và điều trị tại Bệnh viện Nhi Hải Dương được chẩn đoán xác định bệnh Thalassemia từ tháng 1- 6/2024.

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Người bệnh được chẩn đoán xác định mắc bệnh Thalassemia và

đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Có truyền máu, điều trị thải sắt trong vòng 3 tháng gần nhất, cư trú ngoài tỉnh Hải Dương và/hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** từ tháng 1-6/2024 tại Bệnh viện Nhi Hải Dương.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu:

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Cỡ mẫu: Toàn bộ; Phương pháp chọn mẫu thuận tiện thoả mãn tiêu chuẩn lựa chọn.

**Các kỹ thuật xét nghiệm:** Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi và huyết đồ bằng máy đếm laser Celltac ES và ADVIA 2120i; Xét nghiệm sắt huyết thanh, Ferritin, Bilirubin bằng máy hóa sinh Beckman Coulter/ Sysmex BX 4000; Điện di huyết sắc tố bằng máy điện di mao quản Sebia Hydrasyl 2.

**Phương pháp thu thập số liệu:** Phiếu thu thập số liệu.

**Phương pháp phân tích số liệu:** Phân tích bằng phần mềm thống kê Microsoft Excel 365 cho các thông số như: Số lượng (n), tỷ lệ (%).

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

**3.1.1. Đặc điểm phân loại bệnh.** Chủ yếu là  $\beta$ -Thala chiếm 88,2%,  $\alpha$ -Thalas chiếm tỷ lệ 11,8%.

#### 3.1.2. Phân bố theo tuổi

**Bảng 1. Phân bố người bệnh theo nhóm tuổi và thể bệnh**

| Nhóm tuổi     | Số lượng (n)    | Tỷ lệ (%) | Thể bệnh         |      |                 |      |
|---------------|-----------------|-----------|------------------|------|-----------------|------|
|               |                 |           | $\alpha$ -thalas |      | $\beta$ -thalas |      |
|               |                 |           | n                | %    | n               | %    |
| <5            | 7               | 13,7      | 4                | 7,8  | 3               | 5,9  |
| 5-10          | 25              | 49,0      | 0                | 0    | 25              | 49,0 |
| >10-15        | 19              | 37,3      | 2                | 4    | 17              | 33,3 |
| Tổng          | 51              | 100       | 6                | 11,8 | 45              | 88,2 |
| Mean $\pm$ SD | 9,27 $\pm$ 3,61 |           |                  |      |                 |      |

**Nhận xét:** Độ tuổi trung bình là 9,27 $\pm$ 3,61, cao nhất ở nhóm tuổi từ 5-10 tuổi (49,0%), ít tuổi nhất là 1 tuổi và lớn tuổi nhất là 15 tuổi.

#### 3.1.3. Phân bố theo giới tính

**Bảng 2. Phân bố người bệnh theo giới tính**

| Giới | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|------|--------------|-----------|
| Nam  | 24           | 47,1      |
| Nữ   | 27           | 52,9      |
| Tổng | 51           | 100       |

**Nhận xét:** Tỷ lệ mắc bệnh ở nữ (52,9%) cao hơn tỷ lệ mắc bệnh ở nam (47,1%).

#### 3.1.4. Đặc điểm nơi cư trú

**Bảng 3. Phân bố người bệnh theo nơi cư trú và thể bệnh**

| Khu vực cư trú      | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) | Thể bệnh         |      |                 |       |
|---------------------|--------------|-----------|------------------|------|-----------------|-------|
|                     |              |           | $\alpha$ -thalas |      | $\beta$ -thalas |       |
|                     |              |           | n                | %    | n               | %     |
| Thành phố Hải Dương | 10           | 19,6      | 1                | 1,96 | 9               | 17,64 |
| Tứ Kỳ               | 6            | 11,8      | 0                | 0    | 6               | 11,8  |
| Thanh Miện          | 6            | 11,8      | 1                | 2    | 5               | 9,8   |
| Thành phố Chí Linh  | 5            | 9,8       | 0                | 0    | 5               | 9,8   |
| Nam Sách            | 4            | 7,8       | 2                | 3,9  | 2               | 3,9   |
| Gia Lộc             | 4            | 7,8       | 1                | 1,95 | 3               | 5,85  |
| Kinh Môn            | 3            | 5,9       | 0                | 0    | 3               | 5,9   |

|            |    |     |   |      |    |      |
|------------|----|-----|---|------|----|------|
| Kim Thành  | 3  | 5,9 | 1 | 2    | 2  | 3,9  |
| Ninh Giang | 3  | 5,9 | 0 | 0    | 3  | 5,9  |
| Thanh Hà   | 3  | 5,9 | 0 | 0    | 3  | 5,9  |
| Bình Giang | 2  | 3,9 | 0 | 0    | 2  | 3,9  |
| Cầm Giàng  | 2  | 3,9 | 0 | 0    | 2  | 3,9  |
| Tổng       | 51 | 100 | 6 | 11,8 | 45 | 88,2 |

**Nhận xét:** Chủ yếu tại TP Hải Dương, đến huyện Tứ Kỳ, Thanh Miện lần lượt chiếm tỷ lệ 11,8%, 2 huyện Bình Giang và Cầm Giàng chiếm tỷ lệ thấp nhất 3,9%.

### 3.2. Đặc điểm xét nghiệm huyết học

**Bảng 3. Đặc điểm các chỉ số dòng hồng cầu**

| Chỉ số<br>(Mean ± SD, min-max)       |             |      | Tổng |      | α-thalas |       | β-thalas |       |
|--------------------------------------|-------------|------|------|------|----------|-------|----------|-------|
|                                      |             |      | n    | %    | n        | %     | n        | %     |
| RBC<br>(3,24 ± 0,80: 1,83-5,97 T/L)  | Bình thường |      | 10   | 19,6 | 3        | 5,88  | 7        | 13,72 |
|                                      | Bất thường  | Giảm | 40   | 78,4 | 3        | 5,88  | 37       | 72,52 |
|                                      |             | Tăng | 1    | 2,0  | 0        | 0     | 1        | 2,0   |
| HCT<br>(0,23 ± 0,05: 0,16-0,356 l/L) | Bình thường |      | 0    | 0    | 0        | 0     | 0        | 0     |
|                                      | Bất thường  | Giảm | 51   | 100  | 6        | 11,8  | 45       | 88,2  |
|                                      |             | Tăng | 0    | 0    | 0        | 0     | 0        | 0     |
| HGB<br>(71,27 ± 16,07: 45-131g/L)    | Bình thường |      | 1    | 2,0  | 0        | 0     | 1        | 2,0   |
|                                      | Bất thường  | Giảm | 50   | 98,0 | 6        | 11,76 | 44       | 86,24 |
|                                      |             | Tăng | 0    | 0    | 0        | 0     | 0        | 0     |
| MCV<br>(75,39 ± 8,9: 58,1-91,9 fL)   | Bình thường |      | 17   | 33,3 | 3        | 5,9   | 14       | 27,4  |
|                                      | Bất thường  | Giảm | 34   | 66,7 | 3        | 5,9   | 31       | 60,8  |
|                                      |             | Tăng | 0    | 0    | 0        | 0     | 0        | 0     |
| MCH<br>(22,34 ± 3,49: 16,5-30,9 g/L) | Bình thường |      | 4    | 7,8  | 0        | 0     | 4        | 7,8   |
|                                      | Bất thường  | Giảm | 47   | 92,2 | 6        | 11,8  | 41       | 80,4  |
|                                      |             | Tăng | 0    | 0    | 0        | 0     | 0        | 0     |
| MCHC<br>(294,92±23,02: 239-350 g/L)  | Bình thường |      | 4    | 7,8  | 0        | 0     | 4        | 7,8   |
|                                      | Bất thường  | Giảm | 47   | 92,2 | 6        | 11,8  | 41       | 80,4  |
|                                      |             | Tăng | 0    | 0    | 0        | 0     | 0        | 0     |
| RDW<br>(23,98 ± 5,97: 13-37,1%)      | Bình thường |      | 7    | 13,7 | 0        | 0     | 7        | 13,7  |
|                                      | Bất thường  | Giảm | 0    | 0    | 0        | 0     | 0        | 0     |
|                                      |             | Tăng | 44   | 86,3 | 6        | 11,8  | 38       | 74,5  |
| Tổng                                 |             |      | 51   | 100  | 6        | 11,8  | 45       | 88,2  |

**Nhận xét:** 78,4% số lượng HC giảm; 100% hematocrit giảm, 98% có Hb giảm, 66,7% có MCV giảm, 92,2% có MCH giảm, 92,2% có MCHC giảm, 86,3% có RDW tăng.

**Bảng 4. Nhận xét mức độ thiếu máu của người bệnh**

| Thể bệnh       | Mức độ thiếu máu |     |     |     |      |     |          |     | Tổng |     |
|----------------|------------------|-----|-----|-----|------|-----|----------|-----|------|-----|
|                | Nhẹ              |     | Vừa |     | Nặng |     | Rất nặng |     | (n)  | (%) |
|                | (n)              | (%) | (n) | (%) | (n)  | (%) | (n)      | (%) |      |     |
| $\alpha$ -thal | 0                | 0   | 2   | 4   | 4    | 8   | 0        | 0   | 6    | 12  |
| $\beta$ -thal  | 3                | 6   | 4   | 8   | 25   | 50  | 12       | 24  | 44   | 88  |
| Tổng           | 3                | 6   | 6   | 12  | 29   | 58  | 12       | 24  | 50   | 100 |

**Nhận xét:** 98,04% có thiếu máu chia thành 4 mức độ: nặng (58%) trong đó  $\beta$ -Thalassemia

chiếm 50%; rất nặng (24%); vừa (12%);

**Bảng 5. Đặc điểm hồng cầu nhỏ, nhược sắc**

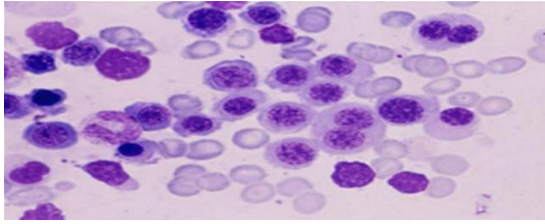
| Hồng cầu nhỏ, nhược sắc | Không xuất hiện | Xuất hiện |
|-------------------------|-----------------|-----------|
| Số lượng (n)            | 13              | 37        |
| Tỷ lệ (%)               | 27,45           | 72,55     |

**Nhận xét:** 37/51 bệnh nhi có hồng cầu nhỏ, nhược sắc trên lam nhuộm giem-sa.

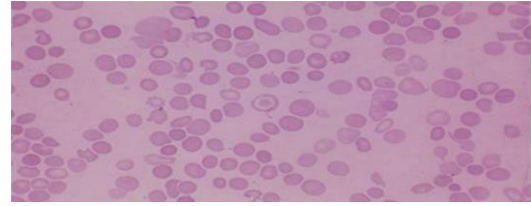
**Bảng 6. Đặc điểm xuất hiện hồng cầu non ra máu ngoại vi**

| Hồng cầu non | Không xuất hiện | Xuất hiện |
|--------------|-----------------|-----------|
| Số lượng (n) | 12              | 39        |
| Tỷ lệ (%)    | 23,53           | 76,47     |

**Nhận xét:** Trên tiêu bản nhuộm giem-sa của đa số bệnh nhi đều xuất hiện hình ảnh hồng cầu non ra máu ngoại vi (76,47%)



**Hình 3.1. Dòng hồng cầu non trên tiêu bản nhuộm giem-sa**



**Hình 3.2. Hình ảnh HC to nhỏ không đồng đều tiêu bản nhuộm giem-sa**

**3.3. Đặc điểm các chỉ số hóa sinh**

**Bảng 7. Kết quả xét nghiệm của các chỉ số hóa sinh**

| Chỉ số<br>(Mean ± SD, min-max)                        |             |      | Tổng |       | α-thalas |      | β-thalas |       |
|-------------------------------------------------------|-------------|------|------|-------|----------|------|----------|-------|
|                                                       |             |      | n    | %     | n        | %    | n        | %     |
| Sắt huyết thanh<br>(23,70±10,74: 1,6-45,8 μmol/L)     | Bình thường |      | 36   | 70,6  | 2        | 3,92 | 34       | 66,68 |
|                                                       | Bất thường  | Giảm | 7    | 13,7  | 4        | 7,83 | 3        | 5,87  |
|                                                       |             | Tăng | 8    | 15,7  | 1        | 1,97 | 2        | 3,93  |
| Ferritin<br>(1154,34±866,0: 12-027,2ng/mL)            | Bình thường |      | 3    | 5,9   | 1        | 1,97 | 2        | 3,93  |
|                                                       | Bất thường  | Giảm | 0    | 0     | 0        | 0    | 0        | 0     |
|                                                       |             | Tăng | 48   | 94,1  | 5        | 9,8  | 43       | 84,3  |
| Billiubin gián tiếp<br>(45,94±60,87: 3,2-447,3μmol/L) | Bình thường |      | 2    | 3,92  | 1        | 1,96 | 1        | 1,96  |
|                                                       | Bất thường  | Tăng | 49   | 96,08 | 5        | 9,8  | 44       | 86,28 |

**Nhận xét:** 13,7% nồng độ Fe giảm và 15,7% có Fe tăng; 94,1% người bệnh có ferritin tăng, trong đó 44,27% ferritin tăng >1000ng/mL; 96,08% có billiubin gián tiếp tăng.

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

**Đặc điểm thể bệnh:** Tỷ lệ thể  $\alpha$ -Thalas chiếm 11,8%, tương tự kết quả nghiên cứu của Phan Hùng Việt [7] là 16,2%. Tỷ lệ thể bệnh  $\beta$ -Thalas là 88,2% khác biệt so với tác giả Phạm Quang Vinh [9] là 11,5%. Đối với các tác giả trên ngoài 2 thể bệnh  $\alpha$  và  $\beta$ -Thalas còn xuất hiện thêm thể phối hợp  $\beta$ -Thalas và HbE. Tuy nhiên đây là 1 nghiên cứu chỉ tại Hải Dương với cỡ mẫu nhỏ chưa mang tính chất đại diện nên cần có nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá đầy đủ. Một số nghiên cứu ở Việt Nam cho thấy người mang gen bệnh trên toàn quốc là 13,8% và khác nhau ở các dân tộc,  $\alpha$  và  $\beta$ -Thalas cao nhất ở khu vực Bắc Bộ và Bắc Trung Bộ; gen  $\alpha$ -Thalas và HbE cao nhất ở Tây Nguyên, Nam Trung Bộ.  $\beta$ -Thalas cao ở dân tộc: Giáy, Sán Chay, Sán Dìu, Tày...

**Đặc điểm tuổi:** Tuổi nhập viện trung bình là 9,27 $\pm$ 3,61 tuổi. Nhóm tuổi từ 5-10 tuổi cao nhất 49%, tỷ lệ thấp nhất là < 5 tuổi với 5,9%. Thalas thể nặng và thể trung gian thường xuất hiện sau 6 tháng tuổi, càng nặng khi trẻ càng lớn do ứ đọng sắt ngày càng tăng. Kết quả này phù hợp với ý văn và tác giả Phan Hùng Việt [8] tuổi trung bình nhập viện 8,0 $\pm$ 0,7 tuổi, gặp nhiều nhất là từ 6-10 tuổi (40,5%);

**Đặc điểm giới tính:** Thalassemia là bệnh di truyền gen lặn trên NST thường, không liên quan đến NST giới tính, gen  $\beta$  ở nhiễm sắc thể 11,  $\alpha$  ở nhiễm sắc thể 16 nên không có sự khác biệt đối với nam và nữ. Trong nghiên cứu này nam và nữ là tương đương nhau, phù hợp với nghiên cứu của Phan Hùng Việt [7].

**Đặc điểm nơi cư trú:** Bệnh Thalassemia là bệnh di truyền theo định luật Mendel, gen được truyền từ cả bố và mẹ nên bệnh dễ mang tính chất khu vực do kết hôn. Ngoài ra, do người dân chưa ý thức được tầm quan trọng của việc khám sàng lọc trước hôn nhân nên tỷ lệ những người mang gen bệnh gặp nhau không được phát hiện sớm đã làm gia tăng tỷ lệ mắc. Tại Hải Dương cho thấy: tỷ lệ cao nhất ở người bệnh khu vực TP Hải Dương (19,6%), tiếp đến là huyện Tứ Kỳ, Thanh Miện (11,8%), đến Chí Linh chiếm tỷ lệ 9,8%; Nam Sách, Gia Lộc chiếm 7,8%; 4 huyện Kinh Môn, Kim Thành, Ninh Giang, Thanh Hà đều chiếm 5,9%; 2 huyện Bình Giang và Cẩm Giàng chiếm thấp nhất 3,9%.

##### 4.2. Kết quả một số chỉ số xét nghiệm máu

**4.2.1. Xét nghiệm huyết học.** Bảng 4 cho thấy RBC trung bình là 3,24 $\pm$ 0,8 T/L thấp hơn giá trị người bình thường, 10 người có kết quả RBC bình thường trong đó 3 người thuộc thể bệnh  $\alpha$ -Thalas (5,88%), 7 người  $\beta$ -Thalassemia (13,72%), 40 người có RBC giảm (78,4%) trong đó 3 người  $\alpha$ -Thalas (5,88%) và 37 người  $\beta$ -Thalas (72,52%); 1 người có RBC tăng thuộc thể  $\beta$ -Thalas (2%). Nồng độ Hct trung bình là 0,23 $\pm$ 0,05 l/l thấp hơn giá trị của người bình

thường trong đó: 6 người thuộc thể bệnh  $\alpha$  (11,8%) và 45 người thuộc thể bệnh  $\beta$ -Thalas (88,2%). Kết quả này phù hợp kết quả của Phạm Ngọc Linh [1], Phan Hùng Việt [8] và các tác giả khác. Hb trung bình là  $71,27 \pm 16,07$  g/L thấp hơn giá trị người bình thường, có 1 người có Hb bình thường thuộc thể bệnh  $\beta$  (2%), 50 người có Hb giảm, trong đó có 6 người thể bệnh  $\alpha$  (11,76%) và 44 người  $\beta$ -Thalas (86,24%). Nghiên cứu của Phan Hùng Việt [8] cho toàn bộ người bệnh đều có Hb giảm. MCV trung bình là  $75,39 \pm 8,90$  fl thấp hơn giá trị người bình thường, trong đó 17 người bình thường, 3 người thuộc thể bệnh  $\alpha$  (5,9%) và 14 người  $\beta$ -Thalassemia (27,4%); 34 người giảm với 3 người  $\alpha$  (5,9%) và 31 người  $\beta$ -Thalas (60,8%). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Phạm Ngọc Linh [1]. MCH nhân trung bình là  $22,34 \pm 3,49$  pg thấp hơn người bình thường: 4 người bình thường đều là thể  $\beta$  (7,8%) và 47 người giảm với 6 người  $\alpha$  (11,8%) và 41 người  $\beta$ -Thalassemia (80,4%), không có người bệnh nào có MCH tăng. MCHC trung bình là  $294,92 \pm 23,02$  g/L thấp hơn giá trị người bình thường: 4 người bình thường thuộc  $\beta$  (7,8%) và 47 người có bất thường trong đó 6 người  $\alpha$  (11,8%) và 41 người  $\beta$  (80,4%), không có người bệnh nào tăng. RDW trung bình là  $23,98 \pm 5,97\%$  cao hơn người bình thường: có 7 người bình thường đều thuộc thể bệnh  $\beta$  (13,7%) và 44 người tăng với 6 người  $\alpha$  (11,8%) và 38 người  $\beta$ -Thalas (74,5%). Không có bệnh nhân nào có kết quả RDW giảm. Kết quả trong nghiên cứu tương tự kết quả của tác giả Phạm Ngọc Linh [2].

Như vậy, bệnh Thalassemia luôn diễn ra tình trạng tan máu, đời sống HC ngắn, hoạt động tăng sinh HC ở tủy có thể gặp 6 lần bình thường nhưng không hiệu quả. Hơn nữa do thiếu hoặc bị đột biến chuỗi globin, tạo HbA1 không đủ, bị thiếu Hb - HC nhược sắc, hồng cầu nhỏ. Xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi là xét nghiệm đầu tiên được thực hiện ở người bệnh với các chỉ số của dòng HC là: thiếu máu, Hb giảm, hồng cầu nhỏ, nhược sắc, kích thước HC to, nhỏ không đồng đều là những thông tin hữu ích, có tính chất định hướng cho bác sĩ có thể sàng lọc được bệnh. Kết quả nghiên cứu này ở bảng 3.6 thấy 37 bệnh nhi có xuất hiện hình ảnh thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc chiếm 72,55% số bệnh nhi. Kết quả trong nghiên cứu tương tự kết quả của tác giả Phạm Ngọc Linh [2]. Ngoài ra còn xuất hiện HC non ở máu ngoại vi với 39 trường hợp (76,47%) cũng phù hợp khi người bệnh tan máu, tủy xương đáp ứng sẽ tăng sinh HC, đẩy cả HC non ra thực hiện chức năng.

Phân theo mức độ thiếu máu của người bệnh: mức độ nặng chiếm tỷ lệ cao nhất (58%), tiếp theo là rất nặng (24%), vừa (12%), ít nhất là thiếu máu nhẹ (6%). Theo nghiên cứu của Phan Hùng Việt [4] thì thiếu máu mức độ vừa chiếm tỷ lệ cao nhất: 59,5% và Nguyễn Thị Thu Hà [5] là 71,8%.

**4.2.2. Đặc điểm các chỉ số hóa sinh.** Nồng độ sắt huyết thanh trung bình là  $23,7 \pm 10,74$   $\mu\text{mol/L}$ : 36 người sắt huyết thanh bình thường (70,6%) trong đó 2 người  $\alpha$  (3,92%) và 34 người  $\beta$ -Thalas (66,68%). 8 người có sắt tăng thể  $\beta$ -Thalas (15,7%), 7 người có sắt giảm với 4 người  $\alpha$  (7,83%) và 3 người  $\beta$ -Thalas (5,87%). Kết quả này thấp hơn của Phan Hùng Việt [4] sắt tăng là 56,8%. Ferritin trung bình là  $1154,34 \pm 866,02$  ng/ml: 3 người bình thường với 1 người  $\alpha$  (1,97%) và 2 người  $\beta$ -Thalas (3,93%); 48 người tăng (94,1%) với 5 người  $\alpha$  (9,8%) và 43 người  $\beta$ -Thalas (84,3%), có 44,28% người có ferritin tăng cao trên 1000ng/ml là ngưỡng có chỉ định thải sắt. Theo Phan Hùng Việt [4] kết quả ferritin tăng 81,1%, 32,4% ferritin trên 1000ng/ml, thấp hơn nghiên cứu này.

Billirubin gián tiếp tăng phản ánh sự vỡ HC. Kết quả nguyên cứu này thấy bệnh nhân có billirubin gián tiếp trung bình  $45,94 \pm 60,87$   $\mu\text{mol/L}$ , 96,08% có tăng là phù hợp.

## V. KẾT LUẬN

88,2% là thể bệnh  $\beta$ -Thalassemia, phân bố hầu hết ở các địa bàn tỉnh tỉnh Hải Dương, 49% ở nhóm tuổi 5-10 tuổi, tỷ lệ ở nam và nữ tương đương nhau. Xét nghiệm máu: 98,04% thiếu máu trong đó 58% là thiếu máu nặng; 72,55% là hồng cầu nhỏ, nhược sắc 39 bệnh nhân xuất hiện hồng cầu non ở máu ngoại vi (76,47%). Sắt huyết thanh trung bình là  $23,7 \pm 10,74$   $\mu\text{mol/L}$ ; 15,7% có nồng độ sắt tăng, 94,1% có nồng độ ferritin tăng, 44,28% nồng độ ferritin tăng cao >1000ng/ml, 96,08% có nồng độ billirubin tăng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Ngọc Linh, Nguyễn Ngọc Hà** (2023), Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh Thalassemia ở trẻ em điều trị tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, Tạp chí Y học Việt Nam, Vol. 527, pp. 319-322.
2. **Yvette Y. Yien, et al** (2022), Regulation of Heme Synthesis by Mitochondrial Homeostasis Proteins. *Frontiers in Cell and Developmental Biology*, p. 3.
3. **Flavio Cocanari, Ida Bianco** (2023), Khám phá và phát triển kiến thức về vi tế bào (Thalassemia). Edscuola.
4. **Phan Hùng Việt** (2016), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm bệnh Thalassemia ở trẻ em tại khoa Nhi Bệnh viện Trung ương Huế. Tạp chí Y học Việt Nam, Vol. 5, pp. 104-110.

5. Nguyễn Thị Thu Hà, Nguyễn Triệu Vân, Ngô Mạnh Quân và cộng sự (2021), Tổng quan Thalassemia, thực trạng, nguy cơ và giải pháp kiểm soát bệnh Thalassemia ở Việt Nam. Tạp chí Y học Việt Nam, Vol. 502, pp. 4-5.
6. Mai, Đỗ Thị Quỳnh (2022), Phát hiện một số đột biến gen và đối chiếu kiểu gen với kiểu hình của bệnh nhi Thalassemia tại Bệnh viện trẻ em Hải Phòng, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y dược Hải Phòng.
7. Lê Thùy Dung, Phạm Kim Liên, Nguyễn Thế Tùng (2022), Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị truyền máu trên bệnh nhân Thalassemia tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Tạp chí Y học Việt Nam, Vol. 1, pp. 12-16.
8. Phạm Quang Vinh, Phùng Thị Hồng Hạnh (2010), Một số đặc điểm các thể bệnh và kết quả truyền máu ở bệnh nhân Thalassemia được điều trị tại Viện huyết học-Truyền máu trung ương năm 2009. Tạp chí Y học Việt Nam, Vol. 373, pp. 36-41.

## THỰC TRẠNG NHẬN THỨC VỀ BỆNH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA BỐ MẸ BỆNH NHI TRƯỚC PHẪU THUẬT TẠI MŨI HỌNG TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI NĂM 2023

Lê Thị Ánh Tuyết<sup>1</sup>, Cao Minh Thành<sup>1</sup>, Đỗ Quang Tuyền<sup>2</sup>,  
Hoàng Thị Vân Anh<sup>1</sup>, Lê Thị Bích Hạnh<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Như<sup>1</sup>,  
Bùi Thị Hà<sup>1</sup>, Trần Mạnh Hùng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá thực trạng nhận thức về bệnh của bố mẹ bệnh nhi trước phẫu thuật tại mũi họng tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2023 và xác định một số yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được triển khai từ tháng 2/2023 đến tháng 8/2023 với 235 bố mẹ của bệnh nhi được chỉ định phẫu thuật bệnh lý tại mũi họng tại Trung tâm Tai mũi họng và Phẫu thuật Cấy ốc tai - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Nghiên cứu sử dụng thang đo Parent's Perception Uncertainty in Illness Scale (PPUS) để đánh giá điểm nhận thức về bệnh của bố mẹ bệnh nhi. **Kết quả:** Điểm trung bình đánh giá sự không chắc chắn về bệnh của bố mẹ là  $88,6 \pm 14,4$  điểm, trong đó điểm nhỏ nhất là 51 và lớn nhất là 155. Kết quả mô hình hồi quy tuyến tính đa biến cho thấy bố mẹ có trình độ học vấn trên trung học phổ thông có điểm đánh giá sự không chắc chắn về bệnh thấp hơn nhóm có trình độ học vấn dưới trung học phổ thông (Hệ số hồi quy: -6,7; KTC 95%: -13,2 - (-0,2)). **Kết luận:** Mức độ không chắc chắn về bệnh của bố mẹ bệnh nhi trước phẫu thuật tại mũi họng khá cao. Bệnh viện cần tăng cường các hình thức cung cấp thông tin về bệnh lý, phương pháp điều trị,... để bố mẹ bệnh nhi dễ dàng tiếp cận thông tin hơn, từ đó phần nào giúp họ cải thiện sự không chắc chắn về bệnh của con mình.

**Từ khóa:** Nhận thức, không chắc chắn về bệnh, cha mẹ, phẫu thuật tại mũi họng, PPUS.

### SUMMARY

#### CURRENT STATUS OF DISEASE AWARENESS

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Thăng Long

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Ánh Tuyết

Email: anhtuyetmh77@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.5.2025

Ngày duyệt bài: 3.7.2025

### AND FACTORS ASSOCIATED AMONG PARENTS OF CHILDREN UNDERGOING OTOLARYNGOLOGY SURGERY AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL IN 2023

**Objective:** To assess the status of disease awareness among parents of children undergoing otolaryngology surgery at Hanoi Medical University Hospital in 2023 and identify some related factors.

**Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted from February 2023 to August 2023 with 235 parents of children scheduled for otolaryngology surgery at the Center for ENT and Cochlear Implant Surgery - Hanoi Medical University Hospital. The study used the Parent Perception of Uncertainty Scale (PPUS) to evaluate the level of disease awareness. **Results:** The mean score reflecting parental uncertainty about their child's illness was  $88.6 \pm 14.4$ , with scores ranging from 51 to 155. Multivariable linear regression analysis revealed that parents with education levels above high school had significantly lower uncertainty scores compared to those with education levels below high school (Regression coefficient: -6.7; 95% CI: -13.2 to -0.2). **Conclusion:** The level of uncertainty regarding their child's illness among parents of children undergoing otolaryngology surgery was relatively high. Hanoi Medical University Hospital needs to enhance the provision of information about diseases, treatment methods, and related topics to help parents better access relevant information and thereby improve their uncertainty about their child's condition.

**Keywords:** Awareness, Illness uncertainty, parents, otolaryngology surgery, PPUS.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bố mẹ có con chuẩn bị phẫu thuật thường xuyên trải qua tình trạng không chắc chắn trong nhận thức về tình trạng bệnh, phương pháp điều trị và tiên lượng điều trị của trẻ. Sự không chắc chắn trong nhận thức được hiểu là "cảm giác