

hoá, Trung tâm Kỹ thuật cao và Tiêu hoá, Hà Nội - Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn đã hỗ trợ và tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Shebl MA, Toraih E, Menna Shebl, et al (2025). Preoperative anxiety and its impact on surgical outcomes: A systematic review and meta-analysis. J Clin Transl Sci. Jan 17;9(1):e33.
2. Lê Hải Anh, Phan Thị Dung (2024). Thực trạng trầm cảm, lo âu, stress của người bệnh trước phẫu thuật tại Bệnh viện Thanh Nhân năm 2024. Tạp chí Y học thẩm mỹ - Bông số 3-2024, tr74-89.
3. Huỳnh Lê Phương, Phan Thị Diễm Kiều, Lê Thị Vẹn và cộng sự (2013). "Khảo sát mức độ lo âu trước mổ người bệnh khoa Ngoại Thần kinh". Tạp chí Khoa học Bệnh viện Chợ Rẫy, 17(phụ bản số 2): 84-89.
4. Makara-Studzinska M, Tyburski E, Załuski M et al (2022). "Confirmatory Factor Analysis of Three Versions of the Depression Anxiety Stress Scale (DASS-42, DASS-21, and DASS-12) in Polish Adults". Frontiers in Psychiatry.
5. Broadbent E, Petrie K, Main J et al. (2006). "The brief illness perception questionnaire". J Psychosom Re. Jun;60(6):631-7.
6. Winefield HR, Winefield AH, Tiggemann M, et al (1992). Social support and psychological well-being in young adults: The Multi-Dimensional Support Scale, Journal of Personality Assessment. 58(1), 198-210.
7. Phạm Thị Loan, Đỗ Thị Liệu, Lê Thị Ánh Tuyết và cs (2023). Mức lo âu của người bệnh trước phẫu thuật theo kế hoạch tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Time City năm 2023. Tạp chí Y học Việt Nam. Tập 539 6(3). Tr 140-145.
8. Nguyễn Hồng Thiệp, Lê Huy Hòa, Trần Ngọc Tuấn và cộng sự (2022). "Mức độ lo âu của người bệnh trước phẫu thuật ung thư đại trực tràng và các yếu tố liên quan". Tạp chí Y dược Cần Thơ, số 45/2022, tr8-13.
9. Alham Abuatiq, Robin Brown, Brenda Wolles et al (2020). "Perceptions of Stress: Patient and Caregiver Experiences With Stressors During Hospitalization". Clinical Journal of Oncology Nursing.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT GHÉP TRUNG BÌ MỖ TRONG KHUYẾT THỂ TÍCH PHẦN MỀM MÔI ĐỎ DO DI CHỨNG KHE HỞ MÔI: BÁO CÁO 2 CA LÂM SÀNG

Lê Trọng Hà¹, Phạm Thị Việt Dung¹, Đặng Hoàng Thơm², Phạm Hiếu Liêm^{3,4}

TÓM TẮT

Giới thiệu: Khe hở môi, một dị tật bẩm sinh thường gặp trên khuôn mặt, thường để lại những vấn đề thứ phát kéo dài như khuyết tật môi đỏ ngay cả sau khi phẫu thuật chỉnh hình ban đầu. Những khiếm khuyết này có thể ảnh hưởng đến ngoại hình và sức khỏe tinh thần của bệnh nhân. Khi phẫu thuật chỉnh hình hàm mặt không phải là một lựa chọn, các phương pháp thay thế là cần thiết để khôi phục lại hình dáng và chức năng cân bằng của môi. **Trình bày ca bệnh:** Hai bệnh nhân nam, 11 và 13 tuổi, có biểu hiện bất đối xứng môi trên, giảm độ nhô và sẹ sau khi phẫu thuật chỉnh hình môi một bên lúc 3 tháng tuổi và ghép xương ổ răng lúc 10 tuổi. Đánh giá lâm sàng cho thấy thể tích môi trên không đủ và vị trí không thuận lợi so với đường thẩm mỹ Ricketts. **Kết quả và bàn luận:** Do chi phí cao và hạn chế về khả năng tiếp cận phẫu thuật chỉnh hình hàm mặt tại Việt Nam, cả hai bệnh nhân đều đã phẫu thuật nâng môi trên bằng cách sử dụng mỡ tự thân lấy từ mào chậu, đồng thời chỉnh sửa sẹ. Các mảnh ghép đã được tạo

hình để khắc phục tình trạng thiếu hụt củ giữa và cải thiện độ nhô. Sau 3 tháng theo dõi, các phép đo môi trên cho thấy sự tiến triển theo hướng vị trí đường E-line lý tưởng, với sự cải thiện đáng kể về độ đầy đặn, cân xứng và cân đối thẩm mỹ. Không có biến chứng lớn nào xảy ra. **Kết luận:** mảnh ghép trung bì mỡ tự thân là một lựa chọn đáng tin cậy và tiết kiệm chi phí để khắc phục tình trạng thiếu hụt môi đỏ ở bệnh nhân khe hở môi, mang lại sự cải thiện thể tích có thể dự đoán được và cải thiện thẩm mỹ khi các can thiệp chỉnh hình xâm lấn hơn không khả thi. **Từ khóa:** Trung bì mỡ, khe hở môi, khuyết thể tích môi trên.

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES OF DERMAL-FAT GRAFTING FOR VERMILION VOLUME DEFICIENCY SECONDARY TO CLEFT LIP DEFORMITY

Introduction: Cleft lip, a frequent congenital facial anomaly, often leaves lasting secondary issues like vermilion defects even after initial surgical repair. These imperfections can affect a patient's appearance and emotional well-being. When orthognathic surgery isn't an option, alternative methods are essential to restore balanced lip appearance and function. **Case presentation:** Two male patients, aged 11 and 13, presented with upper lip asymmetry, reduced projection, and scarring following unilateral cleft lip repair at 3 months and alveolar bone grafting at 10 years. Clinical evaluation revealed insufficient upper lip volume and unfavorable positioning relative to Ricketts' esthetic line. **Management and Outcome:**

¹Trường Đại Học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Trung Ương

³Trường Đại Học Y Phạm Ngọc Thạch

⁴Trường Y, Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hiếu Liêm

Email: drliempham@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.7.2025

Ngày duyệt bài: 26.8.2025

Given the high cost and limited availability of orthognathic surgery in Vietnam, both patients underwent upper lip augmentation using autologous dermis fat grafts (DFG) harvested from the posterior iliac crest with concurrent scar revision. Grafts were contoured to correct medial tubercle deficiency and improve projection. At 3-month follow-up, upper lip measurements demonstrated advancement toward ideal E-line positioning, with notable improvement in fullness, symmetry, and aesthetic balance. No major complications occurred. **Conclusion:** Autologous DFG is a reliable and cost-effective option for correcting vermilion deficiencies in cleft lip patients, providing predictable volume enhancement and aesthetic improvement when more invasive orthognathic interventions are not feasible.

Key words: dermal fat graft, vermilion defect, cleft lip deformity, lip augmentation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sút môi hoặc hở hàm ếch là một trong những bất thường phổ biến nhất của dị tật sọ mặt bẩm sinh [1]. Những bệnh nhân này thường được phẫu thuật sớm tuy nhiên vẫn cần điều trị phẫu thuật điều chỉnh thêm do biến dạng thứ phát lâu dài. Tuy nhiên, do sự thiếu hụt hoặc khiếm khuyết của môi đỏ trên như khuyết thể tích, rãnh, biến dạng môi huyết sáo và thiếu độ nhô là những hậu quả phổ biến nhất của sau phẫu thuật sửa chữa khe hở môi một bên hoặc hai bên thì đầu, ảnh hưởng đến nét đẹp trên gương mặt và tỷ lệ cân đối môi trên môi dưới. Hơn nữa, việc thiếu độ nhô và thiếu thể tích khiến môi trên nằm hoàn toàn phía sau môi dưới [3]. Điều này càng nặng hơn ở những bệnh nhân thiếu hụt phát triển xương hàm trên, bệnh nhân phải chờ đợi một thời gian dài để đủ tuổi phẫu thuật chỉnh xương hàm [3,6]. Do đó, cần phẫu thuật tạo hình môi thứ phát sau phẫu thuật khe hở môi cần đạt được một bờ môi đỏ đầy đủ và cân đối để đảm bảo được tính thẩm mỹ và tự tin cho bệnh nhân [2,5]. Những khiếm khuyết này được coi là trở ngại về mặt thẩm mỹ đối với trẻ em và người trong độ tuổi đi học vì các em có nguy cơ mắc chứng trầm cảm và lòng tự ti do bị bạn bè trêu chọc [2].

Điều trị thiếu hụt thể tích môi đỏ đòi hỏi phải đánh giá tình trạng hạn chế phát triển xương hàm trên, có thể cần phải phẫu thuật chỉnh hàm bằng phương pháp cắt xương Le Fort I, sau đó là điều chỉnh khiếm khuyết môi trên. Tuy nhiên, phẫu thuật chỉnh hình hàm mặt thường có chi phí rất cao gây khó khăn cho bệnh nhân không đủ điều kiện về tài chính. Bất kể những hạn chế về mặt giải phẫu, phẫu thuật tạo hình khuyết thể tích môi đỏ có thể là một lựa chọn đáng tin cậy để cải thiện kết quả thẩm mỹ [1]. Mặc dù có nhiều phương pháp để tăng thể tích môi trên [3]

như ghép mỡ, tiêm chất làm đầy,... mang lại kết quả khách quan tuy nhiên, những kỹ thuật này cần tiêm lại sau vài tháng, đặc biệt đối với những vùng sẹo thì tiêm chất làm đầy khó có thể đạt được độ mềm mại như bình thường [5] hoặc ghép mỡ có tỉ lệ sống thấp cần phải ghép lại nhiều lần. Do đó, ghép mỡ trung bì là lựa chọn tốt cho những bệnh nhân sau phẫu thuật khe hở môi vì đây là mô đáng tin cậy, có thể cân chỉnh được trong lúc mổ, tỉ lệ tiêu thấp và có độ mềm mại cao.

II. CA LÂM SÀNG

Ca 1: Bệnh nhân nam 11 tuổi đến khám với tình trạng môi trên bị bẹt, môi không cân xứng do thiếu thể tích và độ nhô ở môi trên, mất liên tục đường viền môi, và có sẹo ở nhân trung và môi đỏ dưới bên phải. Bệnh nhân đã từng được phẫu thuật khe hở môi một bên phải lúc 3 tháng tuổi và ghép xương ổ răng lúc 10 tuổi.



Hình 1: Hình trước mổ - BN1 (thẳng – nghiêng cùng với đường Rickett)

Ca 2: Bệnh nhân nam 13 tuổi đến khám vì tình trạng mất cân xứng môi trên môi dưới, do thiếu thể tích đặc biệt là ở củ môi giữa và độ nhô môi trên. Bệnh nhân được phẫu thuật khe hở môi một bên lúc 3 tháng tuổi và ghép xương ổ răng lúc 10 tuổi.



Hình 2: Hình bệnh nhân trước mổ - BN2 (thẳng – nghiêng cùng với đường rickett)

Hiện tại, sự mất cân bằng giữa môi trên và môi dưới là mối quan tâm hàng đầu của gia đình và bản thân của bệnh nhân. Chúng tôi quyết định thực hiện ghép trung bì mỡ để tăng thể tích môi trên.

Đầu tiên, chúng tôi đo cẩn thận môi trên (bảng 1). Dựa trên số đo, chúng tôi đã thiết kế một hình thoi kích thước 6x1 cm trên mào chấu

do sẹo trên mào chấu trước đó do vị trí lấy xương ghép để ghép xương ổ răng. Thông thường, chúng tôi thường thiết kế lớn hơn một chút so với chiều dài của vị trí nhận để phù hợp với sự co rút của mảnh ghép và chủ yếu dựa trên đánh giá lâm sàng. Trong trường hợp này, chúng tôi quyết định lựa chọn vị trí lấy trên mào chấu để chỉnh sửa sẹo vì lợi ích của bệnh nhân.

Sau đó, vùng lấy mảnh ghép được tiêm lidocaine và adrenaline 1/200.000, sau đó lọc thượng bì bằng cách nắm lấy một góc và cắt về phía bên đối diện. Mảnh ghép trung bì mỡ được lấy ra với độ dày khoảng 1cm (Hình), được bảo quản trong gạc ẩm có pha nước muối sinh lý. Sau đó, cẩn thận đóng kín vị trí lấy mẫu thành hai lớp bằng Vicryl 4.0 và Nylon 6.0.

Bảng 1: Đặc điểm mô đo trên trước phẫu thuật (cm)

	Độ dài (tính từ 2 mép môi hai bên)	Độ cao (từ điểm thấp nhất cung cupid - bờ tự do)	Tỉ lệ môi trên/môi dưới	Độ cao môi bên trái (từ điểm cao nhất cung cupid - bờ tự do)	Độ cao môi bên phải (từ điểm cao nhất cung cupid - bờ tự do)	Độ nhô
BN1	4,49	0,51	0,62	0,73	0,65	0,58
BN2	4,6	0,87	0,51	0,96	0,93	0,45



Hình 3: Mảnh ghép trung bì mỡ đã được lấy

Đường rạch để đưa mảnh ghép vào được đánh dấu ở môi đỏ trên vết sẹo cũ, gây tê bằng Lidocaine 1% và epinephrine 1/200.000. Ban đầu, chúng tôi tiến hành sửa vết sẹo cũ, sau đó tạo một đường hầm phù hợp ở mặt phẳng dưới niêm mạc, phía trên cơ vòng môi về phía mép miệng bằng (Hình 4A). Mảnh ghép trung bì mỡ được cắt tỉa cẩn thận và điều chỉnh cho phù hợp với đường hầm. Ở bệnh nhân thứ hai, mảnh ghép được định hình với độ dày mỡ tối đa ở trung tâm để bù đắp cho củ giữa của môi trên nhiều hơn so với bệnh nhân thứ nhất, phần bên mảnh ghép thường mỏng hơn nhưng có thể tùy chỉnh để đạt kết quả tốt hơn (Hình 4B).



Hình 4. A: tạo khoang dưới niêm mạc. B. Thiết kế mảnh ghép

Sau đó, các vết rạch 2mm được thực hiện trên môi, cách mép miệng 4mm. Chỉ khâu Vicryl 4.0 được đặt ở cả hai bên của DFG. DFG được đưa vào đường hầm của chúng tôi bằng cách đẩy các chi bên ra bằng cách kéo mặt tự do của chi khâu qua các vết rạch 2mm ở cả hai bên. Mảnh ghép được đưa vào với vị trí lớp hạ bì hướng vào trong cơ vòng môi để tối đa hóa tỷ lệ sống sót và vẻ ngoài mịn màng của môi nhờ thành phần mỡ (hình 5). Chúng tôi đã khâu 2 mũi bên bằng chỉ Vicryl 4.0 từ bề mặt hạ bì đến cơ để neo mảnh ghép, sau đó sử dụng chỉ Vicryl 6.0 để đóng tất cả các vết rạch. Bệnh nhân của chúng tôi được tiêm kháng sinh tĩnh mạch 1 giờ và 5 ngày sau phẫu thuật (Cephmandol 50mg/kg tiêm tĩnh mạch trước khi phẫu thuật và hai lần một ngày).



Hình 5: Đặt mảnh ghép vào khoang (BN2)

Sau 3 tháng theo dõi, kết quả rất tốt và đúng như mong đợi của cha mẹ và bản thân bệnh nhân.

III. BÀN LUẬN

Kết quả sau phẫu thuật được hiển thị trong bảng 2

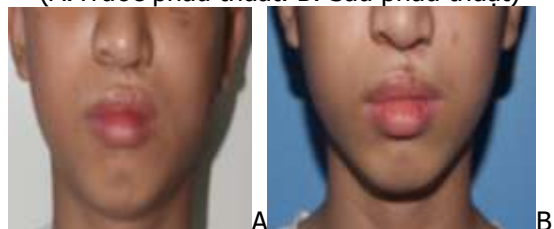
Bảng 2: Kết quả sau phẫu thuật 3 tháng (cm)

	Độ dài (tính từ 2 mép môi hai bên)	Độ cao (từ điểm thấp nhất cung cupid - bờ tự do)	Tỉ lệ môi trên/môi dưới	Độ cao môi bên trái (từ điểm cao nhất cung cupid - bờ tự do)	Độ cao môi bên phải (từ điểm cao nhất cung cupid - bờ tự do)	Độ nhô
BN1	5	0,9	0,9	1	1	1
BN2	4,9	0,96	0,68	0,97	0,95	0,65

Sự cân bằng của độ nhô môi với độ đầy đặn tương đương được coi là một yếu tố thẩm mỹ. Các nghiên cứu về bệnh nhân khe hở môi cho thấy nhiều người cảm thấy không thoải mái khi giao tiếp với cộng đồng. Đặc biệt ở trẻ em, tự ti về ngoại hình có thể khiến các em bị trầm cảm ảnh hưởng đến sự phát triển, sự tự tin trong việc xây dựng các mối quan hệ xã hội của các em [5]. Mục tiêu của điều trị là duy trì sự đối xứng, cân đối và tạo hình dáng môi tự nhiên. Tỷ lệ bình thường giữa chiều cao môi trên và môi dưới dao động từ 1:1 đến 1,25 và là tỷ lệ lý tưởng trong hầu hết các trường hợp [6]. Bác sĩ phẫu thuật nên cân nhắc và cân bằng giữa rủi ro và vật liệu trong quá trình thực hành. Trong những năm gần đây, ngày càng có nhiều sự quan tâm đến các thủ thuật xâm lấn tối thiểu trong phẫu thuật nâng môi. Việc sử dụng phương pháp sắp xếp lại mô tại chỗ, ghép mỡ tự do hoặc axit hyaluronic có thể được sử dụng để điều trị tình trạng thiếu hụt hồng cầu với kết quả khả quan và không cần thêm vị trí phẫu thuật [7]. Trong trường hợp sử dụng axit hyaluronic, đây là phương pháp cải thiện tạm thời và sẽ trở lại kích thước ban đầu sau vài tháng. Bên cạnh đó, phương pháp này không thể mang lại vẻ ngoài mịn màng do tiêm vào mô sẹo. [8]. Việc sắp xếp lại mô tại chỗ như tạo hình chữ Z hoặc tạo hình chữ V-Y có thể hữu ích trong các trường hợp thiếu hụt nhỏ; chúng hiếm khi cung cấp đủ mô trong các trường hợp thiếu hụt lớn [5H]. Ghép mỡ tự do có tỷ lệ tái hấp thu cao và thường không thể dự đoán được; dẫn đến kết quả không đầy đủ và thường phải phẫu thuật lại nhiều lần [6].



Hình 6: Thay đổi độ nhô trước và sau phẫu thuật 3 tháng
(A. Trước phẫu thuật. B. Sau phẫu thuật)



Hình 7: Thay đổi về chiều cao môi trên trước và sau phẫu thuật 3 tháng
(A. Trước phẫu thuật. B. Sau phẫu thuật)

Theo kinh nghiệm của chúng tôi, chúng tôi ưu tiên sử dụng ghép mỡ trung bì. Phương pháp này đã được chứng minh là phù hợp hơn với các trường hợp thiếu hụt lớn, có thể dự đoán và tính toán tốt hơn trong việc tăng thể tích và độ nhô [7]. Đây là một vật liệu tự thân, ít có khả năng nhiễm trùng và rất tốt trong việc tích hợp với mô tại vị trí tiếp nhận và tỷ lệ tái hấp thu thấp từ 25-30% ở các mảnh ghép có độ dày dưới 1,5cm [8]. Ngoài ra, phần trung bì dễ thao tác và định hình dễ vừa với đường hãm dưới niêm mạc. Đối lại, việc thêm một vị trí phẫu thuật cũng là một vấn đề và cần được nghiên cứu cẩn thận. Những vị trí đó có thể được đặt ở những vùng sẹo ẩn như bẹn, bụng dưới, nếp gấp mông,... Ở hai bệnh nhân của chúng tôi, họ có sẹo mào chậu do ghép xương mào chậu trước đó. Chúng tôi quyết định lấy mỡ ghép trung bì ở vùng này với lợi ích là chỉnh sửa sẹo cho bệnh nhân. Ở mào chậu, độ dày trung bì khoảng 3mm [3]. Bởi vì sự tái hấp thu một phần luôn không thể tránh khỏi, đặc biệt là ở thành phần mỡ dẫn đến việc phải điều chỉnh quá mức nhưng chỉ 10 - 20% do độ dày trung bì ở vùng này. Để tăng khả năng sống sót của ghép, chúng tôi hiếm khi sử dụng đốt điện để cầm máu trong khi lấy mảnh ghép để bảo tồn mạch máu trong lớp lưới của trung bì [3]. Trong kỹ thuật của chúng tôi, chúng tôi đặt ghép với phần trung bì hướng vào trong trên cơ vòng môi để cải thiện khả năng tưới máu và thành phần mỡ hướng ra ngoài để có môi mềm hơn. Staebel et al cũng đề xuất kỹ thuật này [8] mặc dù một số tác giả thực hiện ở vị trí đối diện [7].

Đường Rickett hay đường E là một đường thẳng được vẽ từ chóp mũi (pronasal) đến chóp cằm (pogonion). Đây là một công cụ phân tích mô mềm để đánh giá vị trí trước sau của môi so với hình dạng khuôn mặt. Giá trị bình thường của môi trên và môi dưới lần lượt cách đường E khoảng 4mm và 2mm. Các giá trị này là chuẩn mực chung và có thể thay đổi tùy theo dân tộc, độ tuổi và giới tính. Theo nghiên cứu của tác giả Mangaiyarkarasi A và đồng nghiệp, khoảng cách từ môi trên đến đường E là từ -1,3mm (± 2.0 mm) đối với người Malaysia và môi nhô ra nhiều hơn thường được coi là bình thường và có thể chấp nhận được về mặt thẩm mỹ ở nhiều người châu Á. Kết quả sau phẫu thuật của chúng tôi sự thay đổi độ nhô môi sau phẫu thuật phù hợp với khoảng cách này.

V. KẾT LUẬN

Việc sử dụng mảnh ghép trung bì mỡ là phương pháp tạo hình tốt có thể mang lại kết quả mong muốn trong điều trị khuyết thể tích

môi do di chứng khe hở môi. Trong điều kiện chi phí điều trị chỉnh nha hoặc phẫu thuật chỉnh hình hàm mặt không đủ khả năng chi trả để đạt được hiệu quả thẩm mỹ phẫu thuật môi có thể là một lựa chọn thay thế tạm thời để cải thiện hình dáng môi, mang lại tự tin cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chung K. H., deLeeuw K. A., Lin H. H., & Lo L. J. (2022). Aesthetic enhancement of the vermilion using dermofat graft in patients with cleft lip deformity. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 59(2), 222-229.
2. Davis RE, Guida RA, Cook TA. Autologous free dermal fat graft: reconstruction of facial contour defects. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1995; 121(1):95-100.
3. Epplev B. Experimental assessment of the revascularization of acellular human dermis for soft-tissue augmentation. *Plast Reconstr Surg*. 2001;107(3):757-762.
4. Fitzpatrick TB, Freedberg IM. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 6th ed. New York: McGraw-Hill; 2003.
5. Jackson OA, Lee A, Nikovina E, Kave AE. Precision dermal fat grafting for vermilion deficiencies in patients with unilateral and bilateral cleft lip.
6. Heidekrüger P, Juran S, Szpalski C, Larcher L. The current preferred female lip ratio. *J Craniomaxillofac Surg*. 2017;45(5):655-660.
7. Patel, I. A., & Hall, P. N. (2004). Free dermis—fat graft to correct the whistle deformity in patients with cleft lip. *British journal of plastic surgery*, 57(2), 160-164.
8. Staebel C, Verheijden CN. The use of dermal fat grafts for the correction of secondary cleft lip deformities. *Plast Reconstr Surg*. 2009;123:151e-152e.

LIÊN QUAN GIỮA KIỂU GEN THALASSEMIA VỚI CHỈ SỐ HỒNG CẦU Ở PHỤ NỮ MANG THAI NGƯỜI DÂN TỘC THIỂU SỐ TẠI HUYỆN PHÚ BÌNH, TỈNH THÁI NGUYÊN

Nguyễn Thị Kim Tiến¹, Bùi Thị Thu Hương¹, Mai Anh Tuấn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích mối liên quan giữa kiểu gen thalassemia với chỉ số hồng cầu ở phụ nữ mang thai người dân tộc thiểu số tại huyện Phú Bình, tỉnh Thái Nguyên. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 303 phụ nữ mang thai người dân tộc thiểu số tại huyện Phú Bình. **Kết quả:** Tỷ lệ thai phụ người dân tộc Tày chiếm 41,9%, Nùng 33,3%; Sán Dìu 12,9% và Dao 6,9%. Tỷ lệ đột biến gen thalassemia là 25,1%, bao gồm 17,5% α thalassemia, 5,6% β thalassemia, 1,3% HbE và 0,7% phối hợp cả 2 loại đột biến α - β thalassemia. Có mối liên quan giữa tình trạng mang gen và thể thalassemia với thiếu máu ($p < 0,05$). Có mối liên quan giữa kiểu đột biến gen với chỉ số HGB, MCV và MCH ($p < 0,05$). **Kết luận:** Có mối liên quan giữa tình trạng mang gen và kiểu gen với một số chỉ số hồng cầu ở phụ nữ mang thai người dân tộc thiểu số. **Từ khóa:** thalassemia, kiểu gen, chỉ số hồng cầu, phụ nữ có thai, dân tộc thiểu số

SUMMARY

THE ASSOCIATION BETWEEN THALASSEMIA GENOTYPE AND RED BLOOD CELL INDEX IN PREGNANT ETHNIC MINORITY WOMEN AT PHU BINH

¹Trường Đại học Y Dược Đại học Thái Nguyên
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Kim Tiến
Email: nguyenthikimtien@tump.edu.vn
Ngày nhận bài: 19.6.2025
Ngày phản biện khoa học: 23.7.2025
Ngày duyệt bài: 27.8.2025

DISTRICT, THAI NGUYEN PROVINCE

Objective: to analyse the association between thalassemia genotype and red blood cell index in pregnant ethnic minority women at Phu Binh district, Thai Nguyen province. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 303 minority ethnic pregnant women at Phu Binh district. **Results:** The proportion of Tay pregnant women ethnic group was 41.9%, Nung 33.3%; San Diu 12.9% and Dao 6.9%. The proportion of thalassemia gene mutation was 25.1%, including 17.5% α thalassemia, 5.6% β thalassemia, 1.3% HbE and 0.7% combining both α - β thalassemia mutations. There were associations between the gene carrier status and thalassemia type with anemia ($p < 0.05$). There were associations between the gene mutation type and HGB, MCV and MCH indexes ($p < 0.05$). **Conclusion:** There are associations between the thalassemia gene mutation and genotype with some red blood cell indexes in pregnant ethnic minority women.

Keywords: thalassemia, genotype, red blood cell index, pregnant woman, minority ethnic

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu máu tan máu bẩm sinh (thalassemia) là bệnh thiếu máu tan máu di truyền do giảm hoặc mất hẳn sự tổng hợp của một loại chuỗi globin. Bệnh gây ra những hậu quả nghiêm trọng đến giống nòi, ảnh hưởng đến cuộc sống của bệnh nhân và gia đình [5]. Tại Việt Nam, thalassemia là một vấn đề y tế rất nghiêm trọng với tỷ lệ người mang gen bệnh chiếm tương đối