

khác không ghi nhận khác biệt có ý nghĩa [6]. Lợi ích về sẹo thẩm mỹ và khả năng xử trí kết hợp khiến đường vùng quầng vú vẫn là lựa chọn phù hợp đối với phẫu thuật viên có kinh nghiệm.

Sử dụng bóc tách mô dưới da và mô tuyến vú theo hình nan hoa hướng 6 giờ để vào khoang dưới cơ giúp bảo tồn tối đa mô tuyến vú. Điều này hạn chế mô xơ sẹo sau mổ, giúp phẫu thuật bóc tách dễ dàng hơn khi cần mổ lại.

Biến chứng sớm sau mổ trong ca này tương đối nhẹ, chủ yếu là mất sắc tố tạm thời vùng da quầng vú, có thể do tổn thương lớp thượng bì và mạng lưới mạch nông khi bóc tách. Sắc tố thường hồi phục dần theo thời gian, nhưng bệnh nhân cần được tư vấn trước mổ.

IV. KẾT LUẬN

Trường hợp bệnh nhân nữ 50 tuổi, tự vỡ túi ngực silicone hai bên sau 15 năm, cho thấy vỡ túi muộn tự nhiên phù hợp với tuổi thọ trung bình 10 - 15 năm của túi độn và với các nghiên cứu về lão hóa cơ học vỏ túi. Ca bệnh này nhấn mạnh tầm quan trọng của tư vấn bệnh nhân về tuổi thọ hữu hạn của túi silicone và nhu cầu theo dõi lâu dài. Việc tầm soát bằng siêu âm định kỳ góp phần phát hiện sớm bất thường khi bệnh nhân chưa kịp thay túi theo khuyến cáo.

Phẫu thuật bóc túi, bóc bao xơ và thay túi mới trong cùng một thì qua đường mổ Omega ngược phức hợp da quầng - núm vú, với bóc tách mô tuyến hình nan hoa vào khoang dưới cơ, cho kết quả thẩm mỹ tốt, phục hồi hình dạng vú, biến chứng sớm tối thiểu. Phương pháp mổ này cũng cho thấy hiệu quả cao về sẹo mổ, khả năng mổ lại theo sẹo mổ cũ, khả năng xử trí biến

chứng muộn. Cần thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn để đánh giá hệ thống hiệu quả và độ an toàn của đường mổ hình Omega ngược kết hợp bóc tách nan hoa mô tuyến vú trong phẫu thuật đặt và thay túi ngực.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Shadrin, V.V., S.A. Plaksin, and V.A. Platunova**, Long-term durability of silicone breast implants. Exploration of BioMat-X, 2025. **2**: p. 101334.
2. **Mitevová, D., et al.**, Breast Implants Throughout Time. When Breast Implants Become Safer. Bratislava Medical Journal, 2025. **126**(11): p. 2815–2825.
3. **Hillard, C., et al.**, Silicone breast implant rupture: a review. *Gland Surg*, 2017. **6**(2): p. 163–168.
4. **Food, U.S. and A. Drug**, Breast Implants – Certain Labeling Recommendations to Improve Patient Communication: Guidance for Industry and Food and Drug Administration Staff. 2020.
5. **Metzinger, S.E., et al.**, Breast Implant Illness: Treatment Using Total Capsulectomy and Implant Removal. *Eplasty*, 2022. **22**: p. e5.
6. **Jacobson, J.M., et al.**, Effect of Incision Choice on Outcomes in Primary Breast Augmentation. *Aesthetic Surgery Journal*, 2012. **32**(4):p.456–462.
7. **Stivala, A., et al.**, The efficacy of ultrasound, mammography and magnetic resonance imaging in detecting breast implant rupture: a retrospective study of 175 reconstructive and aesthetic sub-pectoral breast augmentation cases. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 2017. **70**.
8. **Ciulla, A., et al.**, Silicone Migration from Rupture Breast Implant. What Should Be Done? Report of Three Cases and Review of Literature. *Top Italian Scientists Journal*, 2024. **1**(3).
9. **Perrotta, R.E., et al.**, Incidence of Long-Term Complications in Breast Implant "Prosthesis": A Systematic Review. *Prosthesis*, 2025. **7**(2): p. 38.

TÌNH HÌNH SỬ DỤNG MÁU VÀ CHẾ PHẨM MÁU PHỤC VỤ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HẢI DƯƠNG TỪ 1-6/2024

Ngô Thị Thảo¹, Bùi Thanh Xuân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích tình hình sử dụng máu và chế phẩm máu phục vụ điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương từ tháng 1-6/2024. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang trên các hồ sơ người

hiển máu (NHM), sử dụng máu và chế phẩm tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương năm 2024. **Kết quả:** Máu sử dụng được thu gom từ: trên 96,1% người hiến máu tình nguyện (HMTN), 3,1% người nhà và 0,8 % người hiến chuyên nghiệp; 94% lấy tại điểm hiến máu lưu động, nhiều nhất ở TP Hải Dương và sàng lọc: bằng kỹ thuật huyết thanh học có 1,8% nhiễm HBV, 0,5% nhiễm HCV; 0,2 nhiễm giang mai, 0,1% nhiễm HIV; Kỹ thuật NAT (Nucleic Acid Testing): phát hiện 0,1% nhiễm HBV, 0,1% có kháng thể bất thường (KTBT). Sử dụng máu và chế phẩm cho điều trị với 62% khối hồng cầu (KHC): 33,6% là huyết tương (HT): 3,9% là khối tiểu cầu (KTC) pool: 0,5% là KTC gạn tách, đáp ứng 89,5 % nhu cầu. Sử dụng nhiều

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Thảo

Email: thaohh79@hmtu.edu.vn

Ngày nhận bài: 19.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

nhất nhóm O (46%), ít nhất là nhóm AB (4,6%), Rh (+): 99,9%, Rh (-): 0,1% tại các khoa lâm sàng, trong đó nhiều nhất là khoa nội tiêu hoá và Huyết học lâm sàng, nhiều khoa không truyền đơn vị nào. **Kết luận:** Máu sử dụng tại BV chủ yếu lấy từ người HMTN, được sàng lọc bệnh lây truyền bằng kỹ thuật huyết thanh học và NAT, phát hiện tỉ lệ ít nhiễm HBV, HCV và HIV, giang mai; số lượng máu đáp ứng 89,5%, nhiều nhất là nhóm O. **Từ khóa:** Máu và chế phẩm, thu gom, sử dụng máu.

SUMMARY

STATUS OF USE OF BLOOD AND BLOOD PRODUCTS FOR TREATMENT AT HAI DUONG PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL FROM 1-6/2024

Objective: Analysis of the use of blood and blood products for treatment at Hai Duong Provincial General Hospital from January to June, 2024. **Subjects and methods:** Cross-sectional description of blood donor records and blood and blood product distribution at Hai Duong General Hospital in 2024. **Results:** Blood used is collected from: over 96.1% of voluntary blood donors, 3.1% of relatives, and 0.8% of professional donors; 94% were collected at mobile blood donation points, the most in Hai Duong city. **Screening:** Serological techniques detected HBV infection: 1.8%, HCV: 0.5%, HIV: 0.1%, and syphilis: 0.2%; NAT technique: HBV infection: 0.1%; Abnormal antibodies: 0.1%. Use of blood and blood products for treatment with 62% red blood cell preparation, plasma: 33.6%, Platelet concentrate pool: 3.9%, Platelet concentrate apheresis: 0.5%. The amount of blood produced: 89.5%. Distribution: the most is group O (46%), the lowest is group AB (4.6%), Rh (+): 99.9%, Rh (-): 0.1% in clinical departments, most of which are Gastroenterology and Clinical Hematology, many departments do not transfuse any units. **Conclusion:** Blood used in hospitals is mainly taken from blood donation subjects in Hai Duong city, screened for infectious diseases by serological techniques and NAT techniques, detecting a small percentage of HBV, HCV and HIV, syphilis infection; the amount of blood meets 89.5%, the most is group O. **Keywords:** Blood and blood products, collection, blood use.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Máu và chế phẩm máu là một trong những nguồn tài nguyên sinh học quý giá, đóng vai trò sống còn trong cấp cứu và điều trị nhiều bệnh lý khác nhau. Cho đến nay, xã hội đã phát triển lĩnh vực khoa học kỹ thuật y học nhưng vẫn chưa sản xuất được chất thay thế lấy từ người hiến. Truyền máu chỉ đạt hiệu quả khi truyền máu an toàn, luôn là một thách thức lớn. Theo thông tư 26/TT- BYT năm 2013 do Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn hoạt động truyền máu yêu cầu đảm bảo an toàn truyền máu là một quy trình khép kín gồm nhiều giai đoạn từ tuyển chọn đến chỉ định truyền máu trên lâm

sàng [1]. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương có nhiều chuyên khoa sâu, đã và đang triển khai nhiều kỹ thuật cao trong khám và điều trị bệnh, nhu cầu sử dụng máu ngày càng tăng. Năm 2023, có 20.349 đơn vị chế phẩm máu được đưa vào sử dụng từ 2 nguồn trên trong đó 14.655 đơn vị là trực tiếp sản xuất. Để góp phần sử dụng hiệu quả, tránh lãng phí, mất an toàn thì chúng tôi tiến hành nghiên cứu nội dung này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Hồ sơ người cho máu và sử dụng máu và chế phẩm máu từ tháng 1-6/2024.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Hồ sơ đầy đủ thông tin.

Thời gian và địa điểm: Từ tháng 1 -6/2024 tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang. Cỡ mẫu: Toàn bộ; Phương pháp chọn thuận tiện.

Phương pháp thu thập và phân tích số liệu: Qua phiếu thu thập số liệu và phần mềm Excel 2016 cho các thông số như: Số lượng (n), tỷ lệ (%).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng nguồn máu cung cấp cho sử dụng tại viện

3.1.1. Thực trạng thu gom máu

Bảng 1. Phân bố đối tượng NHM

| Đối tượng | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|---------------|--------------|------------|
| Tình nguyện | 7251 | 96,1 |
| Người nhà | 234 | 3,1 |
| Chuyên nghiệp | 57 | 0,8 |
| Tổng | 7542 | 100 |

Nhận xét: 96,1% NHM tình nguyện và thấp nhất 0,8% là NHM chuyên nghiệp.

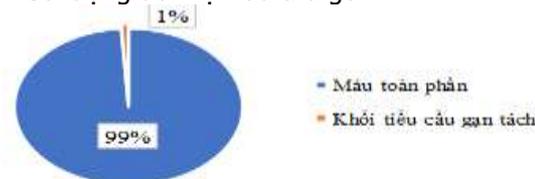
Hình thức thu gom:



Biểu đồ 1. Hình thức hiến máu

Nhận xét: 94% hiến máu lưu động, 6% tại bệnh viện.

Số lượng đơn vị máu thu gom



Biểu đồ 2. Số lượng đơn vị máu thu gom

Nhận xét: Chủ yếu thu gom MTP: 7485 đơn vị (99%), KTC gạn tách 250 mL (tiểu cầu máy): 57 đơn vị (1%)

Khu vực hiến máu



Biểu đồ 3. Số lượng đơn vị máu thu gom theo khu vực

Nhận xét: Có 10/13 điểm tiếp nhận máu, nhiều nhất TP Hải Dương là 3176 đơn vị

Thu gom theo tháng

3.1.2. Thực trạng nhóm máu và lây nhiễm các bệnh qua đường máu ở các đơn vị qua các xét nghiệm sàng lọc

Bảng 3. Sàng lọc các bệnh lây truyền

| Số lượng mẫu XN \ tháng | | T 1 | T 2 | T 3 | T 4 | T 5 | T 6 | Tổng | Tỷ lệ % |
|--------------------------|--|-----|-----|------|------|------|------|------|---------|
| Kỹ thuật huyết thanh học | Số lượng mẫu XN (HBV, HCV, HIV, giang mai) | 959 | 800 | 1293 | 1635 | 1553 | 1302 | 7542 | |
| | HBV | 20 | 26 | 12 | 30 | 22 | 26 | 136 | 1,8 |
| | HCV | 10 | 14 | 4 | 2 | 2 | 4 | 36 | 0,5 |
| | HIV | 1 | 1 | 0 | 0 | 4 | 2 | 8 | 0,1 |
| | Giang mai | 2 | 6 | 1 | 0 | 5 | 3 | 17 | 0,2 |
| Kỹ thuật NAT | Số lượng mẫu XN (HBV, HCV, HIV) | 926 | 753 | 1289 | 1592 | 1520 | 1267 | 7347 | |
| | HBV | 0 | 1 | 0 | 2 | 2 | 1 | 6 | 0,1 |
| | HCV | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | HIV | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Kháng thể bất thường | Số lượng mẫu XN | 926 | 752 | 1289 | 1590 | 1518 | 1265 | 7340 | |
| | Số lượng mẫu phản ứng | 0 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 8 | 0,1 |

Nhận xét: - Kỹ thuật huyết thanh học: Nhiễm HBV: 136 (1,8%), HCV 36 (0,5%), giang mai: 17 (0,2%), HIV: 8 (0,1%)

- Kỹ thuật NAT: Nhiễm HBV: 6 (0,1%)

- Kháng thể bất thường: 8 (0,1%)

3.2. Sử dụng máu và chế phẩm

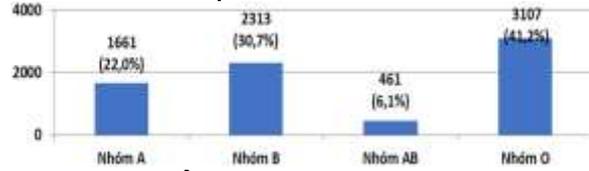
Bảng 4. Số lượng các chế phẩm máu được sử dụng

| Chế phẩm máu | Số | Tỷ lệ |
|--------------|----|-------|
|--------------|----|-------|

Bảng 5. Nhu cầu máu và sử dụng theo các chế phẩm

| Chế phẩm máu | Nhu cầu | | | Đáp ứng | | |
|----------------------|---------------|------------|--------------|---------------|--------------|--------------|
| | Tại bệnh viện | Ngoại viện | Tổng | Tại bệnh viện | Mua nơi khác | Tổng |
| KHC | 7275(90%) | 808(10%) | 8083(62,91%) | 7332 | 751 | 8083 |
| HTTĐL | 4235(99,8%) | 8(0,02%) | 4243(33%) | 3928 | 315 | 4243 |
| KTC gạn tách 250 mL | 55(96,5%) | 2(3,5%) | 57(0,44%) | 57 | 0 | 57 |
| KTC pool từ 4 đơn vị | 461(100%) | 0 | 461(3,59%) | 189 | 272 | 461 |
| KTC pool từ 8 đơn vị | 4(100%) | 0 | 4(0,04%) | 0 | 4 | 4 |
| KTC gạn tách 120 mL | 2(100%) | 0 | 2(0,02%) | 0 | 2 | 2 |
| Tổng | 12032 | 818 | 12850 | 11506 | 1344 | 12850 |

Nhóm máu hệ ABO



Biểu đồ 4. Nhóm hệ ABO

Nhận xét: NHM nhóm O cao nhất 41,2% và thấp nhất AB: 6,1%.

Nhóm máu Rh:

Bảng 2. Đặc điểm nhóm máu Rh

| Nhóm | Số lượng | Tỷ lệ % |
|----------|----------|---------|
| Rh dương | 7531 | 99,9 |
| Rh âm | 11 | 0,1 |
| Tổng | 7542 | 100 |

Nhận xét: Rh(+) chiếm 99,9%.

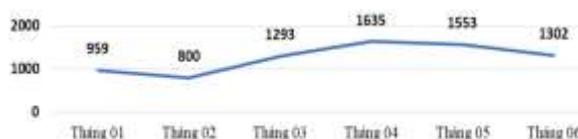
Các kháng thể và bệnh lây truyền qua đường máu bằng các kỹ thuật sàng lọc

| | lượng | % |
|-----------------------------------|-------|------|
| Khối hồng cầu | 7332 | 63,7 |
| Huyết tương | 3928 | 34,2 |
| KTC pool (4 đơn vị máu toàn phần) | 189 | 1,6 |
| KTC gạn tách 250 mL | 57 | 0,5 |
| Tổng | 11506 | 100 |

Nhận xét: Khối hồng cầu được sản xuất chiếm 63,7%, huyết tương: 34,2%, KTC pool: 1,6%, KTC gạn tách 250 mL là 0,5%

Nhận xét: Sử dụng: KHC 62,91%, HTTĐL: 33%, KTC:4,09% đa phần do viện tự sản xuất: 11506 (90%).

Số lượng máu sử dụng theo tháng



Biểu đồ 5. Tình hình máu sử dụng theo tháng

Nhận xét: Nhiều nhất trong tháng 4 và ít nhất trong tháng 2.

Bảng 6. Tình hình sử dụng máu theo nhóm hệ ABO, Rh

| CPM | Nhóm máu ABO | | | | | | | | Nhóm máu Rh | | | | | |
|-----------|--------------|------|------|------|------|------|-----|------|-------------|------|------|-----|-----|------|
| | A | | B | | O | | AB | | Tổng | (+) | | (-) | | Tổng |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | | n | % | | | |
| KHC | 1341 | 16,6 | 2587 | 32,8 | 3718 | 46 | 372 | 4,6 | 8083 | 8072 | 99,9 | 11 | 0,1 | 8083 |
| HTTĐL | 976 | 23 | 1273 | 30 | 1739 | 41 | 255 | 6 | 4243 | 4243 | 100 | 0 | 0 | 4243 |
| KTC 250mL | 12 | 21 | 21 | 36,9 | 18 | 31,6 | 6 | 10,5 | 57 | 57 | 100 | 0 | 0 | 57 |
| KTC 4 ĐV | 77 | 16,7 | 151 | 32,8 | 212 | 46 | 21 | 4,5 | 461 | 461 | 100 | 0 | 0 | 461 |
| KTC 8 ĐV | 0 | 0 | 2 | 50 | 2 | 50 | 0 | 0 | 4 | 4 | 100 | 0 | 0 | 4 |
| KTC 120mL | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 100 | 2 | 2 | 100 | 0 | 0 | 2 |

Nhận xét: KHC O chiếm tỉ lệ 46%, HTTĐL 41%, HTTĐL nhóm B 30%, A là 23%, thấp nhất KHC là nhóm máu AB (4,6%), HTTĐL nhóm AB chiếm 6%. KHC nhóm máu Rh dương chiếm 99,9%, KHC Rh âm 0,1%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng nguồn cung cấp máu cho sử dụng tại bệnh viện trong 6 tháng đầu năm 2024

4.1.1. Thực trạng thu gom máu

Về nguồn máu: đa phần là NHM tình nguyện với 7251 (96,1%), người nhà cho máu với 234 (3,1%) và thấp nhất là NHM chuyên nghiệp 57 (0,8%), đều là hiến KTC gạn tách 250 mL (KTC máy). Đây là xu hướng tất yếu và bắt buộc bởi theo quy định của WHO và thực tế nhiều nước trên thế giới đã chấm dứt hình thức HM chuyên nghiệp và người nhà. Bệnh viện vẫn duy trì một lượng nhỏ huy động từ đối tượng người nhà và chuyên nghiệp để tiểu cầu máy. Kết quả nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu của Trần Ngọc Quế [3] đối tượng HMTN chiếm 98,64% và với báo cáo của WHO về NHMTN hướng tới mục tiêu đạt 100% [5]. Hình thức tổ chức thu gom: chủ yếu là điểm thu gom lưu động với 94%, tại viện chỉ chiếm 6%. Các điểm thu gom này càng phát huy tác dụng vì tiếp cận một lượng lớn lực lượng HM thuận tiện được lựa chọn và lên kế hoạch từ trước. Điều này rất có ý nghĩa trong việc chủ động điều tiết cân bằng cung - cầu máu.

Về loại máu và chế phẩm thu gom được chủ yếu thu gom chế phẩm máu là máu toàn phần (MTP): 7485 đơn vị chiếm 99%, số ít tiểu cầu máy, chiếm 1%. Điều này là thách thức đối với bệnh viện trong việc thu gom nguồn KTC gạn tách. Bệnh viện Đa khoa Hải Dương là bệnh viện hạng I, thực hiện nhiều chuyên khoa, cần 1 số lượng khá lớn các chế phẩm máu. Bệnh viện đã

bắt đầu thu gom và sản xuất máu và chế phẩm máu từ năm 2006, ban đầu thu gom và sử dụng MTP trong điều trị. Những năm gần đây, viện đã sản xuất được KTC gạn tách từ một người cho đã hạn chế được phần nào tai biến, tuy nhiên số lượng NHM hiến KTC gạn tách chưa cao.

Tình hình khu vực thu gom: Điểm tiếp nhận máu không đồng đều, nhiều nhất ở thành phố Hải Dương là 3176 đơn vị, Tiếp theo TP Chí Linh là 731 đơn vị máu, Gia Lộc là 721 và Cẩm Giàng là 551 đơn vị máu, thấp hơn là Thanh Hà: 486, Thanh Miện là 426, Kim Thành là 471, Tứ Kỳ là 378, Nam Sách là 246 đơn vị máu. Điều này chứng tỏ phối hợp tốt, đồng bộ giữa các khối cơ quan, doanh nghiệp, khối trường đại học, cao đẳng, hội thanh niên vận động hiến máu, các ngày hội hiến máu lớn... tại Thành phố Hải Dương hơn các huyện Tuy nhiên, trong giai đoạn tới cần phải có các biện pháp phát triển và duy trì nguồn NHM, để nâng cao chất lượng máu, hiệu quả và bền vững trong công tác tổ chức tiếp nhận máu tại tỉnh Hải Dương.

4.1.2. Thực trạng về nhóm máu, kháng thể bất thường và lây nhiễm các bệnh qua đường máu ở các đơn vị qua các xét nghiệm sàng lọc.

Thực trạng theo nhóm máu: hệ ABO: Tỷ lệ NHM nhóm O chiếm cao nhất 41,2%, sau đến nhóm B chiếm 30,7% nhóm A chiếm 22% và thấp nhất là nhóm AB chiếm 6,1%. Tỷ lệ này phù hợp với tỷ lệ NM của người Việt Nam. Kết quả nghiên cứu này giống theo nghiên cứu của Nguyễn Giang Nam 2022 [4] trong 2 năm 2020- 2021, nhóm O chiếm tỷ lệ cao nhất rồi đến nhóm B (30,55 - 30,85%), nhóm A (20,37% - 20,86%), và thấp nhất nhóm AB (4,28% - 4,53%). Theo nhóm Rh, 99,9 % nhóm máu Rh (+) và 0,1% là Rh (-). Tỷ lệ này phù hợp với tỷ lệ hệ Rh tại Việt Nam.

Kháng thể bất thường: mẫu phản ứng chiếm 0,1%. Việc sàng lọc KTBT có thể tránh các phản ứng tan máu ở người bệnh có đáp ứng miễn dịch thứ phát gặp trong những trường hợp bệnh nhân có sẵn trong huyết tương các kháng thể chống lại kháng nguyên D, K, Jka, Mia..., với biểu hiện của tan máu cấp trong lòng mạch với các triệu chứng lâm sàng rất nguy kịch và trầm trọng nếu không xử trí kịp thời BN có thể tử vong. Phản ứng tan máu muộn với các biểu hiện tan máu ngoài lòng mạch, xuất hiện sau truyền máu vài tuần, BN thường có những biểu hiện: sốt, vàng da, nước tiểu sẫm màu, tăng bilirubin trong máu. Lorna (2000) đã nghiên cứu 618 BN có tai biến truyền máu (giai đoạn t năm 1996 đến 1999) thì có tới 89 trường hợp là tai biến truyền máu cấp (14,4%) và 82 trường hợp có tai biến truyền máu muộn (13%)

Sàng lọc các bệnh lây truyền qua đường máu: Để có chế phẩm đảm bảo an toàn, chất lượng, các đơn vị máu được lựa chọn sàng lọc ban đầu bằng kỹ thuật huyết thanh học, sau đó đơn vị máu đã âm tính được tiếp tục sàng lọc bằng xét nghiệm NAT để phát hiện sớm tác nhân như HIV, HCV, HBV. Và phát hiện các kháng thể bất thường giúp hạn chế phẩm máu truyền các tai biến không mong muốn. Kỹ thuật huyết thanh học ELISA: phát hiện nhiễm HBV là 1,8%, HCV 0,5%, ít nhất là giang mai 0,2%, HIV 0,1%; Kỹ thuật NAT: phát hiện nhiễm HBV chiếm 0,1%, không phát hiện nhiễm HCV, HIV; Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu Nguyễn Thị Thanh Dung [6] kết quả sàng lọc dương tính hoặc chưa xác định HBV/HCV/HIV, giang mai có kết quả lần lượt là 0,57%/0,14%/0,073%/0,074%, tiếp tục sàng lọc bằng xét nghiệm NAT có kết quả dương tính HBV /HCV /HIV lần lượt là 0,096%/0,00185 /0,00074%.

4.2. Sử dụng máu và chế phẩm. Nhu cầu máu sử dụng theo chế phẩm: Kết quả nghiên cứu ở bảng 4 và 5 cho thấy hiện nay khoa Khoa Huyết học Lâm sàng – Truyền máu Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương đã sản xuất được 11506 đơn vị máu với nhiều loại chế phẩm máu trong đó nhiều nhất là chế phẩm KHC để phục vụ cho việc sử dụng: Khối hồng cầu được sản xuất nhiều nhất chiếm 62%, chế phẩm Huyết tương: 33,6%, chế phẩm KTC pool: 3,9%, chế phẩm KTC gạn tách 0,5%. Các chế phẩm máu được điều chế thường quy là khối tiểu cầu, huyết tương; các chế phẩm như khối tiểu cầu pool, khối tiểu cầu gạn tách chiếm tỷ lệ nhỏ do các chế phẩm này không điều chế thường quy và chỉ điều chế khi có nhu cầu, chưa sản xuất được tủa lạnh. Với số lượng sản xuất như vậy nhưng sử

dụng lại nhiều hơn, cụ thể là 12850 đơn vị trong đó khối hồng cầu chiếm số lượng cấp phát lớn nhất chiếm 62,91%, sau đó là huyết tương tươi đông lạnh chiếm 33%, khối tiểu cầu rất thấp chiếm 4,09% và không truyền máu toàn phần. Trong đó, bệnh viện trực tiếp thu gom, sản xuất 11506 (90%) đơn vị, còn mua lại 1344 (10%) từ viện Huyết học- Truyền máu 1294 đơn vị (khối hồng cầu 52,2%, huyết tương 23,4% và tiểu cầu 20,7%) và bệnh viện Việt Tiệp là 50. Mặc dù bệnh viện thường xuyên tổ chức thu gom máu và sản xuất nhưng nhu cầu vẫn chưa đáp ứng được hết. bệnh viện tỉnh chủ yếu sử dụng KHC do đa số có nhu cầu điều trị truyền máu đều do thiếu máu mãn, do mất máu chấn thương hay phẫu thuật.

Số lượng máu sử dụng tại viện chiếm 90% và cấp phát cho ngoại viện là các bệnh viện lân cận và Trung tâm y tế huyện chiếm 10%. Kết quả nghiên cứu này tương đồng một số tacs giả với mô hình tương tự [4] như: lượng chế phẩm cung cấp được duy trì ổn định trong các năm KHC khoảng 55%, tiểu cầu khoảng 19%, huyết tương khoảng 22%, tủa khoảng 4%, cung cấp năm 2021 so với năm 2018 tăng 8,5%.

Số lượng đơn vị máu sử dụng theo tháng: Biểu đồ 5 cho thấy số lượng không đồng đều giữa các tháng. Tháng cao nhất là tháng 4, thấp nhất là tháng 2 được 800 đơn vị có thể do đây là tháng cuối năm, trùng vào dịp Tết. Nhiều tháng không cung cấp đủ nhu cầu máu cho bệnh nhân cấp cứu và điều trị phải đi thu mua từ các bệnh viện khác như Bệnh viện HHTMTW hoặc Bệnh viện Việt Tiệp... Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác với nghiên cứu của Trần Ngọc Quế 2022 [3].

Sử dụng máu theo nhóm máu: Khối hồng cầu nhóm máu O chiếm tỉ lệ cao nhất 46%, huyết tương tươi đông lạnh 41%, tiếp theo là khối hồng cầu các nhóm B và A (32,8% và 16,6%), huyết tương tươi đông lạnh: nhóm B 30% - A 23%, nhóm AB chiếm 6%. Riêng khối tiểu cầu gạn tách 250 mL (nhóm A 21 %, B 36,9%, O 31,6%, AB 10,5 %), KTC pool 4 đơn vị (nhóm A 16,7%, B 32,8%, O 46%, AB 4,5%, KTC 8 đơn vị (nhóm O 50 %, B 50%), khối tiểu cầu gạn tách 120 mL có 2 đơn vị nhóm AB 100%. Điều này cho thấy viện đã thực hiện đúng quy định về truyền máu cùng nhóm và tỉ lệ nhóm máu người Việt Nam với nhu cầu cao vẫn thuộc nhóm O và thấp nhất là nhóm AB. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi giống với kết quả nghiên cứu của Lê Thanh Nhân nghiên cứu tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương năm 2023 [8] tổng số lượng chế phẩm máu đã sử dụng là 26315 đơn vị, trong đó chủ yếu là khối hồng cầu

(67,6%), huyết tương tươi đông lạnh (26,8%), khối tiểu cầu gạn tách (5,2%) và tủa lạnh (0,5%), nhóm máu O được sử dụng nhiều nhất (44,5%), đến nhóm máu B, A và AB với tỉ lệ tương ứng là 29,3%, 21,3% và 4,8%; Sử dụng theo nhóm Rh: Trong truyền KHC nhóm máu Rh dương chiếm 99,9% còn lại rất ít là khối hồng cầu Rh âm 0,1%, các chế phẩm khác 100% là nhóm Rh dương (huyết tương tươi đông lạnh, khối tiểu cầu). Trên thực tế nhóm người có hệ nhóm máu Rh(-) là hiếm nên số lượng người truyền được nhóm Rh âm ít.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu từ tháng 1 – 6/2024 với 7542 đơn vị máu từ người tham gia hiến máu, sàng lọc, sản xuất, cấp phát máu tại Khoa Huyết học Lâm sàng – Truyền máu Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương thấy: Thu gom máu từ 96,1% người hiến máu tình nguyện, 3,1% người nhà cho máu và 0,8% là người hiến máu chuyên nghiệp là hiến khối tiểu cầu máy, 94% lấy tại điểm hiến máu lưu động, 6% tại bệnh viện; Với việc sử dụng máu: Kỹ thuật huyết thanh học phát hiện nhiễm HBV là 1,8% HCV 0,5%, HIV 0,1%, Giang mai 0,2%; Kỹ thuật NAT phát hiện nhiễm HBV là 0,1%, không phát hiện nhiễm HCV, HIV; Kháng thể bất thường: chiếm 0.1%; Sử dụng các chế phẩm: khối hồng cầu chiếm 62%, huyết tương: 33,6%, khối tiểu cầu pool: 3,9%, khối tiểu cầu gạn tách 250 mL: 0,5%.

Trong đó 89,5 % là số lượng máu bệnh viện sản xuất, còn lại mua máu 10,5%; Nhóm máu sử dụng nhiều nhất nhóm O (46%), thấp nhất là nhóm AB (4,6%), Rh dương chiếm 99,9% còn lại rất ít là Rh âm 0,1%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Trung Phần (2016)**. Bài giảng Huyết học – Truyền máu sau đại học. Nhà xuất bản y học.
2. **Bộ Y tế (2013)**. Thông tư 26/TT- BYT năm 2013. Hướng dẫn hoạt động truyền máu
3. **Trần Ngọc Quế (2022)**. "Tình hình tiếp nhận và cung cấp máu, chế phẩm máu tại Viện Huyết học Truyền máu Trung ương giai đoạn 2018-2021". Tạp chí Y học Việt Nam
4. **Nguyễn Giang Nam (2022)**. "Nghiên cứu tình hình vận động, tổ chức hiến máu tình nguyện tại bệnh viện Quân Y 103 năm 2020-2021". Tạp chí Y học Việt Nam
5. **World Health Organization (2016)**. "Global Status Report on Blood Safety and Availability".
6. **Nguyễn Thị Thanh Dung và cộng sự (2020)**. "Đánh giá kết quả xét nghiệm sàng lọc HBV, HCV, HIV, giang mai ở đơn vị máu tiếp nhận tại Viện Huyết Học Truyền Máu TW giai đoạn 2015 – 2019". Tạp chí Y học Việt Nam
7. **Phùng Thị Hồng Hạnh và cộng sự (2020)**. "Tình hình sử dụng máu, chế phẩm máu và xét nghiệm hòa hợp miễn dịch tại bệnh viện Thanh Nhàn năm 2017-2019". Tạp chí Y học Việt Nam
8. **Lê Thanh Nhân và cộng sự năm (2023)**. "Khảo sát thực trạng sử dụng chế phẩm máu tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương và tình hình cung cấp chế phẩm máu từ các đơn vị cung ứng đối với bệnh viện trong giai đoạn 2021-2023". Tạp chí Y học Việt Nam

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG THAI PHỤ MẮC TIỀN SẢN GIẬT TỪ 28 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Dương Thị Thuý Nga², Đỗ Tuấn Đạt^{1,2}, Trương Quang Vinh^{1,2}, Phan Thị Huyền Thương^{1,2}, Đinh Thị Thu Trang^{1,2}, Nguyễn Văn Thư¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của sản phụ mắc tiền sản giật (TSG) từ ≥28 tuần được theo dõi và điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 104 sản phụ được chẩn đoán TSG từ 28 tuần, thu nhận từ 01/2024 đến 09/2025. Ghi nhận các yếu tố nguy cơ nền, biểu hiện lâm sàng theo thời gian và các chỉ số cận lâm sàng (huyết học, sinh hóa,

PIGF, sFlt-1). **Kết quả:** Quần thể có nguy cơ nền cao: ≥31 tuổi 58,7%; BMI ≥30 kg/m² 25,0%; IVF 25,0%; tăng huyết áp mạn 9,6%; tiền sử THA thai kỳ 11,6% và TSG 6,7%. TSG khởi phát sớm (<34 tuần) chiếm 61,5%, cao hơn TSG khởi phát muộn (≥34 tuần) 38,5%. Diễn tiến lâm sàng nặng lên theo thời gian: tăng huyết áp nặng 8,7% (nhập viện) → 27,9% (chẩn đoán nặng) → 39,4% (kết thúc thai kỳ); đau đầu kháng thuốc 6,7% → 22,1% → 31,7%. Phù gặp ở 74% trường hợp. Biểu chứng rất nặng (phù phổi, sản giật, HELLP) hiếm. Về cận lâm sàng, protein niệu tăng 1,80 ± 0,26 → 1,98 ± 0,38 → 2,80 ± 0,50; tiểu cầu giảm nhẹ 231,98 ± 7,44 → 223,52 ± 7,52 → 216,40 ± 8,52 (×10⁹/L); AST/ALT và creatinin tăng mức trung bình. Bất thường tưới máu rau thai/Doppler nổi bật ở thời điểm chẩn đoán TSG nặng (57,1%). Dấu ấn tạo mạch cho thấy mất cân bằng theo tuổi thai: sFlt-1 cao ở 28–34 tuần và giảm sau ≥34 tuần, trong khi

¹Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

²Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Tuấn Đạt

Email: drdodat@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025