

khi đó những trường hợp cải thiện mức độ giãn mà không cần phẫu thuật khi có đường kính trước sau bể thận ở thời kỳ sơ sinh là 9,4 mm [7]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy với những trường hợp có đường kính trước sau bể thận > 40 mm, có chức năng thận trung bình dưới 40% và thấp hơn chức năng thận của nhóm có đường kính trước sau bể thận từ 20 – 30 mm, và có nguy cơ chức năng thận dưới 40% cao gấp 4,1 lần, có ý nghĩa thống kê. Mặc dù không có giá trị tham chiếu chính xác của đường kính trước sau bể thận ảnh hưởng tới chức năng thận, nhưng kết quả nghiên cứu này củng cố bằng chứng y văn là với những trường hợp giãn lớn đường kính trước sau bể thận, hoặc thận ứ nước mức độ 3, đặc biệt mức độ 4 có nguy cơ gây giảm chức năng thận và cần chỉ định can thiệp phẫu thuật [4],[7],[10].

V. KẾT LUẬN

Theo dõi chỉ số đường kính trước sau bể thận là yếu tố quan trọng giúp đưa ra kế hoạch theo dõi, chỉ định phương pháp chẩn đoán hình ảnh phù hợp, cũng như chỉ định chụp xạ hình thận chức năng ở những trường hợp cụ thể để quyết định việc can thiệp ngoại khoa hay không. Nghiên cứu cho thấy ở những bệnh nhân thận ứ nước có đường kính trước sau bể thận lớn hơn 40 mm có chức năng thận trung bình thấp hơn nhóm còn lại và nguy cơ chức năng thận dưới 40% cao gấp 4,1 lần so với nhóm bệnh nhân có đường kính trước sau bể thận từ 20 – 30 mm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Alconcher L.F, Tombesi M.M (2012).** Natural history of bilateral mild isolated antenatal hydronephrosis conservatively managed. *Pediatr Nephrol*, 27(7): 1119-23.
2. **Madden-Fuentes R.J, McNamara E.R, Nseyo U et al (2014).** Resolution rate of isolated low-grade hydronephrosis diagnosed within the first year of life. *J Pediatr Urol*, 10(4): 639-44.
3. **Capolicchio J.P, Braga L.H and Szymanski K.M (2018).** Szymanski, Canadian Urological Association/ Pediatric Urologists of Canada guideline on the investigation and management of antenatally detected hydronephrosis. *Can Urol Assoc J*, 12(4): 85-92.
4. **Chertin B, Pollack A, Koulikov D et al (2006).** Conservative treatment of ureteropelvic junction obstruction in children with antenatal diagnosis of hydronephrosis: lessons learned after 16 years of follow-up. *Eur Urol*, 49(4): 734-8
5. **Ross S.S, Kardos S, Krill A et al (2011).** Observation of infants with SFU grades 3-4 hydronephrosis: worsening drainage with serial diuresis renography indicates surgical intervention and helps prevent loss of renal function. *J Pediatr Urol*, 7(3): 266-71
6. **Onen A (2007).** An alternative grading system to refine the criteria for severity of hydronephrosis and optimal treatment guidelines in neonates with primary UPJ-type hydronephrosis. *J Pediatr Urol*, 3(3): 200-5.
7. **Longpre M, Angela Nguan, Macneily A.M et al (2012).** Prediction of the outcome of antenatally diagnosed hydronephrosis: a multivariable analysis. *J Pediatr Urol*, 8(2): 135-9.
8. **Kohno M, Ogawa T, Kojima Y et al (2020).** Pediatric congenital hydronephrosis (ureteropelvic junction obstruction): Medical management guide. *Int J Urol*, 2020. 27(5): p. 369-376.
9. **Rianthavorn P and Limwattana S (2015).** Diagnostic accuracy of neonatal kidney ultrasound in children having antenatal hydronephrosis without ureter and bladder abnormalities. *World J Urol*, 33(10): 1645-50.
10. **Dhillon H.K (1998).** *Prenatally diagnosed hydronephrosis: the Great Ormond Street experience.* *British Journal of Urology*, 81, Suppl2: 39 - 44.

NGHIÊN CỨU SỰ BIẾN ĐỔI CÁC CHỈ SỐ CÔNG THỨC MÁU Ở BỆNH NHÂN TÂM THẦN PHÂN LIỆT

Đỗ Xuân Tĩnh¹, Phạm Thị Thu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự biến đổi các chỉ số công thức máu ở bệnh nhân tâm thần phân liệt và so sánh với nhóm chứng khỏe mạnh.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang có đối chứng trên 66 bệnh nhân được chẩn đoán tâm thần phân liệt và 45 người khỏe mạnh làm nhóm chứng. Các đối tượng được làm xét nghiệm công thức máu ngoại vi. Các chỉ số hồng cầu, bạch cầu và tiểu cầu được thu thập và phân tích. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 31.

¹Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Xuân Tĩnh,

Email: doxuantinhbv103@gmail.com,

Mã bài: N764

Ngày nhận bài: 19/5/2026

Ngày phản biện khoa học: 18/5/2026

Ngày duyệt bài: 19/6/2026

Biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn. So sánh trung bình giữa hai nhóm sử dụng kiểm định t-test. Mức ý nghĩa được xác định khi $p < 0,05$.

Kết quả: Nhóm bệnh nhân tâm thần phân liệt so với nhóm chứng cho thấy có tăng số lượng bạch cầu ($8,26 \pm 1,76$ và $7,12 \pm 1,44$, $p < 0,01$), số lượng bạch cầu trung tính ($5,06 \pm 1,53$ và $4,33 \pm 1,12$, $p < 0,01$), số lượng bạch cầu đơn nhân ($0,66 \pm 0,21$ và $0,5 \pm 0,15$, $p < 0,01$), giảm số lượng hồng cầu ($4,56 \pm 0,67$ và $4,93 \pm 0,57$, $p < 0,01$), nồng độ huyết sắc tố ($133,67 \pm 16,69$ và $143,22 \pm 15,79$, $p < 0,01$) và hematocrit ($0,40 \pm 0,05$ và $0,43 \pm 0,04$, $p < 0,01$).

Kết luận: Bệnh nhân tâm thần phân liệt có sự thay đổi ở một số chỉ số công thức máu so với người khỏe mạnh, bao gồm tăng số lượng bạch cầu, số lượng bạch cầu trung tính và bạch cầu đơn nhân, giảm số lượng hồng cầu, nồng độ huyết sắc tố và hematocrit. Những thay đổi này gợi ý sự liên quan đến tình trạng viêm mạn tính mức độ thấp ở bệnh nhân

Từ khóa: Tâm thần phân liệt; công thức máu; viêm

SUMMARY

INVESTIGATION OF ALTERATIONS IN COMPLETE BLOOD COUNT PARAMETERS AMONG PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Objective: To investigate alterations in hematological parameters in patients with schizophrenia compared with healthy controls.

Subjects and Methods: A cross-sectional case-control study was conducted on 66 patients diagnosed with schizophrenia and 45 healthy individuals as controls. All participants underwent peripheral blood count testing. Red blood cell, white blood cell, and platelet indices were collected and analyzed. Data were processed using SPSS version 31. Quantitative variables were presented as mean $\pm$ standard deviation. Comparisons between the two groups were performed using the independent samples t-test. Statistical significance was set at $p < 0.05$.

Results: Compared with the control group, patients with schizophrenia showed significantly higher white blood cell count (8.26 ± 1.76 vs. 7.12 ± 1.44 , $p < 0.01$), neutrophil count (5.06 ± 1.53 vs. 4.33 ± 1.12 , $p < 0.01$), and monocyte count (0.66 ± 0.21 vs. 0.50 ± 0.15 , $p < 0.01$). In contrast, red blood cell count (4.56 ± 0.67 vs. 4.93 ± 0.57 , $p < 0.01$), hemoglobin (133.67 ± 16.69 vs. 143.22 ± 15.79 , $p < 0.01$), and hematocrit (0.40 ± 0.05 vs. 0.43 ± 0.04 , $p < 0.01$) were significantly lower in the patient group.

Conclusion: Patients with schizophrenia exhibit significant alterations in several hematological parameters compared to healthy individuals, including increased white blood cell, neutrophil, and monocyte counts, as well as decreased red blood cell count, hemoglobin, and hematocrit. These changes suggest an association with low-grade chronic inflammation in patients.

Keywords: Schizophrenia; hematological parameters; inflammation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tâm thần phân liệt là một rối loạn loạn thần nặng, mạn tính, đặc trưng bởi các triệu chứng hoang tưởng, ảo giác, rối loạn tư duy và giảm chức năng xã

hội nghề nghiệp. Bệnh ảnh hưởng đến khoảng 1% dân số toàn cầu, là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây gánh nặng bệnh tật và suy giảm chất lượng cuộc sống. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong nghiên cứu, cơ chế bệnh sinh của tâm thần phân liệt vẫn chưa được làm sáng tỏ hoàn toàn.

Trong những năm gần đây, ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy vai trò quan trọng của tình trạng viêm hệ thống trong sinh bệnh học của tâm thần phân liệt. Các phản ứng viêm mức độ thấp kéo dài có thể ảnh hưởng đến chức năng thần kinh trung ương thông qua nhiều cơ chế khác nhau, bao gồm rối loạn dẫn truyền thần kinh và tổn thương tế bào thần kinh. Công thức máu ngoại vi là một xét nghiệm đơn giản, dễ thực hiện, chi phí thấp nhưng có thể phản ánh gián tiếp tình trạng viêm trong cơ thể. Một số chỉ số như số lượng bạch cầu, tiểu cầu, độ phân bố kích thước hồng cầu (RDW) đã được chứng minh có liên quan đến tình trạng viêm trong nhiều bệnh lý. Gần đây, các chỉ số này cũng được quan tâm trong nghiên cứu các rối loạn tâm thần, trong đó có tâm thần phân liệt. Trên thế giới, một số nghiên cứu ở bệnh nhân tâm thần phân liệt cho thấy có sự thay đổi số lượng bạch cầu, bạch cầu trung tính, thay đổi hồng cầu, độ phân bố kích thước hồng cầu, số lượng tiểu cầu, thể tích tiểu cầu so với nhóm đối chứng khỏe mạnh [1],[2],[3].

Tuy nhiên, ở Việt Nam các nghiên cứu về sự biến đổi các chỉ số công thức máu ở bệnh nhân tâm thần phân liệt vẫn còn hạn chế. Việc làm rõ những thay đổi này không chỉ góp phần hiểu rõ hơn về cơ chế bệnh sinh mà còn có thể mở ra hướng tiếp cận các dấu ấn sinh học đơn giản, hỗ trợ trong chẩn đoán và theo dõi bệnh. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá sự biến đổi các chỉ số công thức máu ở bệnh nhân tâm thần phân liệt.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Nhóm bệnh: Gồm 66 bệnh nhân được chẩn đoán tâm thần phân liệt theo tiêu chuẩn ICD-10, điều trị nội trú tại khoa Tâm thần, Bệnh viện Quân y 103 trong thời gian từ tháng 3/2025 đến tháng 3/2026. **Nhóm chứng:** Gồm 45 người khỏe mạnh, không có tiền sử bệnh lý tâm thần, được lựa chọn tương đồng với nhóm bệnh về tuổi và giới.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Đối với nhóm bệnh: Được chẩn đoán xác định tâm thần phân liệt, tuổi từ 18 trở lên, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Đối với nhóm chứng: Không mắc các rối loạn tâm thần, không mắc các bệnh lý cấp hoặc mạn tính ảnh hưởng đến công thức máu.

Tiêu chuẩn loại trừ (áp dụng cho cả hai nhóm)

Nhiễm trùng cấp tính tại thời điểm nghiên cứu; bệnh lý viêm mạn tính, bệnh tự miễn, ung thư; bệnh lý huyết học, sử dụng thuốc ảnh hưởng đến công thức máu (như corticoid, thuốc ức chế miễn dịch...); phụ nữ có thai.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có đối chứng, so sánh giữa nhóm bệnh và nhóm chứng khỏe mạnh. Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, gồm 66 bệnh nhân và 45 đối tượng chứng. Thu thập số liệu: Thông tin hành chính: tuổi, giới. Các chỉ số công thức máu ngoại vi bao gồm số lượng hồng cầu, bạch cầu và tiểu cầu được phân tích trên máy huyết học tự động DxH 900 (Beckman Coulter, Hoa Kỳ)

thực hiện tại khoa Huyết học, Bệnh viện Quân y 103. Nguyên lý đo dựa trên phương pháp trở kháng điện kết hợp với công nghệ tán xạ ánh sáng laser đa góc để phân biệt và đếm các dòng tế bào máu.

Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 31. Biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn. So sánh trung bình giữa hai nhóm sử dụng kiểm định t-test. Mức ý nghĩa thống kê được xác định với $p < 0,05$.

Đạo đức nghiên cứu: Tất cả đối tượng tham gia đều được giải thích mục tiêu nghiên cứu và đồng ý tham gia tự nguyện, nghiên cứu mô tả không ảnh hưởng đến quá trình điều trị.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm bệnh và nhóm chứng có tuổi trung bình tương ứng là $32,88 \pm 10,96$ và $32,64 \pm 5,79$, không có khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi giữa 2 nhóm với $p=0,667$. Về giới: tỉ lệ nữ ở nhóm 1 là 51,5%, nhóm 2 là 57,8%. Tỉ lệ giới ở 2 nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,564$.

Bảng 1: Các chỉ số công thức máu ở 2 nhóm

Chỉ số (đơn vị)	Nhóm bệnh		Nhóm chứng		p
	Giá trị trung bình	SD	Giá trị trung bình	SD	
WBC($10^9/L$)	8,26	1,76	7,12	1,44	<0,01
NEUT%(%)	59,10	13,72	57,65	13,27	>0,05
LYMPH%(%)	28,39	8,49	29,38	6,36	>0,05
MONO%(%)	8,08	2,22	6,93	1,65	<0,05
EO%(%)	2,44	2,87	3,09	2,26	>0,05
BASO%(%)	0,47	0,25	0,52	0,26	>0,05
NEUT($10^9/L$)	5,06	1,53	4,33	1,12	<0,01
LYMPH($10^9/L$)	2,30	0,79	2,10	0,50	>0,05
MONO($10^9/L$)	0,66	0,21	0,50	0,15	<0,01
EO($10^9/L$)	0,20	0,22	0,22	0,18	>0,05
BASO($10^9/L$)	0,03	0,04	0,02	0,04	>0,05
RBC($10^{12}/L$)	4,56	0,67	4,93	0,57	<0,01
HGB(g/L)	133,67	16,69	143,22	15,79	<0,01
HCT(L/L)	0,40	0,05	0,43	0,04	<0,01
MCV(fL)	86,88	6,64	86,12	9,47	>0,05
MCH(pg)	28,95	2,66	29,22	2,69	>0,05
MCHC(g/L)	332,76	9,08	329,20	22,75	>0,05
RDW-CV(%)	13,76	1,30	13,48	1,22	>0,05
RDW-SD(fL)	41,58	3,01	40,82	3,00	>0,05
PLT($10^9/L$)	276,12	85,87	256,98	56,25	>0,05
MPV(fL)	8,33	0,99	8,37	1,76	>0,05

Chú thích: WBC: Số lượng bạch cầu; NEUT%: Tỷ lệ bạch cầu trung tính (%); LYMPH%: Tỷ lệ lympho bào (%); MONO%: Tỷ lệ bạch cầu mono (%); EO%: Tỷ lệ bạch cầu ái toan (%); BASO%: Tỷ lệ bạch cầu ái kiềm (%); NEUT: Số lượng bạch cầu trung tính; LYMPH: Số lượng lympho bào; MONO: Số lượng bạch cầu mono; EO: Số lượng bạch cầu ái toan; BASO: Số lượng bạch cầu ái kiềm; RBC: Số lượng hồng cầu; HGB: Nồng độ huyết sắc tố; HCT: Dung tích hồng cầu; MCV: Thể tích trung bình hồng cầu; MCH: Lượng huyết sắc tố trung bình trong một hồng cầu; MCHC: Nồng độ huyết sắc tố trung bình trong hồng cầu; RDW-CV: Độ phân bố kích thước hồng

cầu (hệ số biến thiên); RDW-SD: Độ phân bố kích thước hồng cầu (độ lệch chuẩn); PLT: Số lượng tiểu cầu; MPV: Thể tích trung bình tiểu cầu

Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm bệnh nhân tâm thần phân liệt so với nhóm chứng cho thấy có tăng số lượng bạch cầu ($8,26 \pm 1,76$ và $7,12 \pm 1,44$, $p < 0,01$), số lượng bạch cầu trung tính ($5,06 \pm 1,53$ và $4,33 \pm 1,12$, $p < 0,01$), số lượng bạch cầu đơn nhân ($0,66 \pm 0,21$ và $0,5 \pm 0,15$, $p < 0,01$), giảm số lượng hồng cầu ($4,56 \pm 0,67$ và $4,93 \pm 0,57$, $p < 0,01$), nồng độ huyết sắc tố ($133,67 \pm 16,69$ và $143,22 \pm 15,79$, $p < 0,01$) và hematocrit ($0,40 \pm 0,05$ và $0,43 \pm 0,04$, $p < 0,01$). Các chỉ số khác không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 2: Các chỉ số công thức máu ở 2 nhóm theo giới

Chỉ số	Nữ			Nam		
	Mean $\pm$ SD nhóm bệnh	Mean $\pm$ SD nhóm chứng	p	Mean $\pm$ SD nhóm bệnh	Mean $\pm$ SD nhóm chứng	p
Wbc	8,07 $\pm$ 1,60	7,19 $\pm$ 1,40	<0,05	8,46 $\pm$ 1,92	7,13 $\pm$ 1,52	<0,05
Neu	4,95 $\pm$ 1,55	4,36 $\pm$ 1,15	>0,05	5,16 $\pm$ 1,52	4,28 $\pm$ 1,11	<0,05
Neu%	58,99 $\pm$ 13,95	56,14 $\pm$ 16,65	>0,05	59,21 $\pm$ 13,70	59,71 $\pm$ 6,15	>0,05
Lym	2,23 $\pm$ 0,76	2,17 $\pm$ 0,50	>0,05	2,38 $\pm$ 0,83	2,01 $\pm$ 0,50	>0,05
Lym%	28,43 $\pm$ 8,64	30,42 $\pm$ 6,99	>0,05	28,34 $\pm$ 8,46	27,94 $\pm$ 5,21	>0,05
Mon	0,64 $\pm$ 0,20	0,47 $\pm$ 0,14	<0,05	0,68 $\pm$ 0,23	0,54 $\pm$ 0,16	<0,05
Mon%	8,08 $\pm$ 2,19	6,57 $\pm$ 1,61	<0,05	8,07 $\pm$ 2,30	7,42 $\pm$ 1,62	>0,05
Rbc	4,27 $\pm$ 0,72	4,76 $\pm$ 0,65	<0,01	4,88 $\pm$ 0,43	5,15 $\pm$ 0,36	<0,05
Hbg	123,29 $\pm$ 12,96	133,38 $\pm$ 12,94	<0,01	144,69 $\pm$ 12,72	156,68 $\pm$ 6,78	<0,01
Hct	0,37 $\pm$ 0,04	0,40 $\pm$ 0,03	<0,01	0,43 $\pm$ 0,03	0,46 $\pm$ 0,02	<0,01
plt	286,21 $\pm$ 75,37	271,69 $\pm$ 58,70	>0,05	265,41 $\pm$ 95,83	236,84 $\pm$ 46,98	>0,05

Kết quả nghiên cứu cho thấy, khi phân theo giới, số lượng bạch cầu, bạch cầu trung tính, bạch cầu đơn nhân và hồng cầu, huyết sắc tố, hematocrit ở nhóm bệnh và nhóm chứng cũng khác nhau có ý nghĩa thống kê ở cả hai giới ($p < 0,05$).

Bảng 3: Các chỉ số công thức máu ở 2 nhóm theo nhóm tuổi

Chỉ số	≤ 30 tuổi			>30 tuổi		
	Mean $\pm$ SD nhóm bệnh	Mean $\pm$ SD nhóm chứng	p	Mean $\pm$ SD nhóm bệnh	Mean $\pm$ SD nhóm chứng	p
Wbc	8,11 $\pm$ 1,71	7,43 $\pm$ 1,10	>0,05	8,38 $\pm$ 1,81	6,98 $\pm$ 1,64	<0,01
Neu	4,81 $\pm$ 1,41	4,46 $\pm$ 0,97	>0,05	5,26 $\pm$ 1,60	4,22 $\pm$ 1,23	<0,01
Neu%	57,04 $\pm$ 12,67	57,56 $\pm$ 14,32	>0,05	60,82 $\pm$ 14,50	57,71 $\pm$ 12,74	>0,05
Lym	2,36 $\pm$ 0,72	2,21 $\pm$ 0,54	>0,05	2,25 $\pm$ 0,85	2,02 $\pm$ 0,46	>0,05
Lym%	29,94 $\pm$ 1,92	29,80 $\pm$ 7,72	>0,05	27,09 $\pm$ 8,84	29,05 $\pm$ 5,28	>0,05
Mon	0,71 $\pm$ 0,20	8,73 $\pm$ 1,57	<0,01	0,62 $\pm$ 0,21	0,46 $\pm$ 0,13	<0,01
Mon%	8,83 $\pm$ 2,33	7,07 $\pm$ 1,92	<0,01	7,45 $\pm$ 1,95	6,82 $\pm$ 1,45	>0,05
Rbc	4,66 $\pm$ 4,93	5,03 $\pm$ 0,64	<0,05	4,47 $\pm$ 0,78	4,85 $\pm$ 0,51	<0,05
Hbg	132,53 $\pm$ 18,66	144,95 $\pm$ 18,93	<0,05	134,61 $\pm$ 15,06	141,96 $\pm$ 13,30	<0,05
Hct	0,40 $\pm$ 0,05	0,43 $\pm$ 0,50	<0,05	0,40 $\pm$ 0,05	0,43 $\pm$ 0,03	<0,05
plt	288,80 $\pm$ 99,05	257,26 $\pm$ 66,76	>0,05	265,56 $\pm$ 66,86	256,77 $\pm$ 48,58	>0,05

Kết quả nghiên cứu cho thấy, khi phân theo nhóm tuổi, số lượng bạch cầu đơn nhân, số lượng hồng cầu, huyết sắc tố, hematocrit ở nhóm bệnh và nhóm chứng cũng khác nhau có ý nghĩa thống kê ở cả hai giới ($p < 0,05$). Số lượng bạch cầu và bạch cầu trung tính có sự khác nhau có ý nghĩa thống kê giữa nhóm bệnh và nhóm chứng ở nhóm tuổi trên 30 tuổi.

IV. BÀN LUẬN

Về công thức bạch cầu, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy số lượng bạch cầu ở nhóm bệnh trung bình là 8,26G/L cao hơn nhóm chứng (7,12G/L) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Số lượng bạch cầu trung tính và bạch cầu đơn nhân ở nhóm bệnh cũng lớn hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Sự khác biệt này giữa nhóm bệnh và nhóm chứng cũng có ý nghĩa thống kê khi phân theo giới và ở nhóm trên 30 tuổi. Nhóm 30 tuổi trở xuống không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về số lượng bạch cầu và bạch cầu trung tính khả năng do cỡ mẫu chưa đủ lớn. Số lượng bạch cầu lympho, bạch cầu ưa kiềm ở nhóm bệnh cũng có xu hướng cao hơn nhóm chứng tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của phân tích tổng hợp của tác giả Jackson A và cs (2019) thấy rằng nhóm bệnh nhân tâm thần phân liệt có số lượng bạch cầu, bạch cầu trung tính và bạch cầu đơn nhân cao hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng [3]. Nghiên cứu của tác giả Gao Z và cs (2023) cho thấy ở bệnh nhân tâm thần phân liệt có số lượng bạch cầu, số lượng tế bào lympho, số lượng bạch cầu trung tính, số lượng basophil, số lượng bạch cầu ái toan và số lượng bạch cầu đơn nhân cao hơn nhóm bệnh [4]. Có thể nghiên cứu của chúng tôi cỡ mẫu nhỏ nên chưa thấy sự khác biệt về số lượng bạch cầu ái kiềm và bạch cầu lympho. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi mặc dù tỉ lệ bạch cầu trung tính khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên nhóm bệnh cũng thể hiện xu hướng tỉ lệ cao hơn. Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu khác khẳng định mối liên quan giữa viêm và tâm thần phân liệt. Nghiên cứu của tác giả Llorca-Bofi V và cs (2024) còn cho thấy mức cơ bản tăng cao của bạch cầu, bạch cầu trung tính, bạch cầu đơn nhân làm tăng nguy cơ tử vong và có liên quan đến tình trạng kháng thuốc [5].

Về các chỉ số hồng cầu, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy số lượng hồng cầu, huyết sắc tố và hematocrit ở nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Số lượng hồng cầu ở nhóm bệnh là $4,56 \pm 0,67$ T/L, nhóm chứng là $4,93 \pm 0,57$ T/L; huyết sắc tố trung bình ở nhóm bệnh

là $133,67 \pm 16,69$ g/l, nhóm chứng là $143,22 \pm 15,79$ g/l; hematocrit nhóm bệnh là $0,40 \pm 0,05$ /l trong khi nhóm chứng là $0,43 \pm 0,04$ /l. Sự khác biệt này giữa nhóm bệnh và nhóm chứng cũng có ý nghĩa thống kê khi phân theo giới và nhóm tuổi. Các chỉ số thể tích trung bình hồng cầu, lượng huyết sắc tố trung bình hồng cầu và nồng độ huyết sắc tố trung bình hồng cầu giữa hai nhóm không khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Nghiên cứu của tác giả Memic-Serdarevic A và cs (2020) cho thấy ở bệnh nhân tâm thần phân liệt có một số lượng đáng kể bệnh nhân có số lượng hồng cầu thấp và nồng độ hemoglobin thấp ở thời điểm ban đầu và sau 3 và 6 tháng theo dõi [6]. Các bệnh nhân tâm thần phân liệt thường có chế độ dinh dưỡng không phù hợp do triệu chứng trầm cảm dẫn đến bệnh nhân ăn uống kém hoặc hoang tưởng, ảo giác chi phối hoặc do các triệu chứng âm tính dẫn đến bệnh nhân ăn uống thất thường. Tình trạng viêm mạn tính của tâm thần phân liệt cũng có thể dẫn đến thiếu máu đẳng sắc. RDW-CV và RDW-SD là hai chỉ số đánh giá sự biến thiên thể tích hồng cầu. Chiều rộng phân bố hồng cầu (RDW) phản ánh sự thay đổi kích thước của hồng cầu trong tuần hoàn. RDW tăng cao cho thấy sự hiện diện của tình trạng thiếu tế bào. Các nghiên cứu gần đây đã chỉ ra rằng RDW không chỉ được sử dụng trong chẩn đoán phân biệt thiếu máu mà còn là một thông số viêm mãn tính [7]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy giá trị độ lệch chuẩn của độ phân bố hồng cầu (RDW-SD) và hệ số biến thiên của độ phân bố hồng cầu (RDW-CV) khác nhau giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên nhóm bệnh có xu hướng cao hơn. Nghiên cứu của tác giả Ayyildiz H và cs (2017) cho thấy giá trị độ lệch chuẩn của độ phân bố hồng cầu (RDW-SD) cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm bệnh nhân tâm thần phân liệt so với nhóm chứng ($48,43 \pm 5,14$ fL so với $43,75 \pm 4,66$ fL; $p < 0,001$) và hệ số biến thiên của độ phân bố hồng cầu (RDW-CV) cao hơn so với nhóm chứng ($14,14\% \pm 1,16\%$ so với $13,71\% \pm 1,39\%$; $p < 0,001$) [1]. Tác giả cho rằng RDW có thể là một dấu ấn chẩn đoán và tiên lượng hữu ích trong tâm thần phân liệt, với tiềm năng ứng dụng trong ước tính nguy cơ và theo dõi điều trị [1]. Nghiên cứu của chúng tôi chưa thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê có thể do cỡ mẫu chưa đủ lớn.

Về tiểu cầu, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm bệnh có số lượng tiểu cầu ($276,12 \pm 85,87$ G/L) cao hơn so với nhóm chứng ($258,98 \pm 56,25$ G/L), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Thể tích tiểu cầu giữa 2 nhóm trong nghiên cứu cũng không có khác biệt có ý nghĩa thống kê ($8,33 \pm 0,99$ và $8,37 \pm 1,76$, $p > 0,05$). Tiểu cầu trong huyết tương ảnh hưởng đến việc sản xuất, giải

phóng và tái hấp thu serotonin, tương tự như tiểu cầu trong hệ thần kinh trung ương. Thể tích tiểu cầu trung bình (MPV) là một chỉ số về hoạt động của tiểu cầu và có thể được xem xét và sử dụng như một yếu tố tiên lượng trong nhiều bệnh liên quan đến viêm. Những thay đổi trong hoạt động tiểu cầu đã được báo cáo ở nhiều bệnh tâm thần như trầm cảm, rối loạn lưỡng cực và tâm thần phân liệt. Nghiên cứu của tác giả Ransing R và cs (2022) cho thấy số lượng tiểu cầu cao hơn đáng kể ở nhóm tâm thần phân liệt mạn tính ($[282,5 \pm 87,9] \times 10^3/\mu\text{L}$) so với nhóm đối chứng ($[249,6 \pm 85,2] \times 10^3/\mu\text{L}$) với $p < 0,001$ [8]. Nghiên cứu của tác giả Han Almiş B và cs (2021) cho thấy nhóm SZ với cơn loạn thần đầu tiên có giá trị MPV thấp hơn đáng kể so với nhóm đối chứng ($P = 0,03$) [2]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về số lượng tiểu cầu cũng như thể tích tiểu cầu giữa 2 nhóm có thể do cỡ mẫu chưa lớn.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân tâm thần phân liệt có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê ở một số chỉ số công thức máu so với nhóm chứng khỏe mạnh, bao gồm tăng số lượng bạch cầu, số lượng bạch cầu trung tính, bạch cầu đơn nhân ($p < 0,01$), tăng tỉ lệ bạch cầu đơn nhân ($p < 0,05$), giảm số lượng hồng cầu, nồng độ huyết sắc tố và hematocrit ($p < 0,01$) ở nhóm tâm thần phân liệt. Những biến đổi này gợi ý sự liên quan giữa tình trạng viêm cơ chế bệnh sinh của tâm thần phân liệt. Tuy nhiên, nghiên cứu còn một số hạn chế như cỡ mẫu chưa lớn và chưa đánh giá đầy đủ các yếu tố ảnh hưởng. Cần có

thêm các nghiên cứu với quy mô lớn hơn để làm rõ vai trò của các chỉ số này trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ayyildiz H., (2017) Relation between Red Blood Cell Distribution Width and Schizophrenia. *International Journal of Medical Biochemistry*. 1(1).
2. Han Almiş B. and Eğilmez O.B., (2021) Platelet Parameters in First-Episode Patients with Schizophrenia and Bipolar Disorder. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*. 31(3): p. 339-343.
3. Jackson A. and Miller B., (2019) Meta-Analysis of Total and Differential White Blood Cell Counts in Schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 142.
4. Gao Z., Li B., Guo X., et al., (2023) The association between schizophrenia and white blood cells count: a bidirectional two-sample Mendelian randomization study. *BMC Psychiatry*. 23(1): p. 271.
5. Llorca-Bofi V., Petersen L.V., Mortensen P.B., et al., (2024) White blood cell counts, ratios, and C-reactive protein among individuals with schizophrenia spectrum disorder and associations with long-term outcomes: a population-based study. *Brain Behav Immun*. 122: p. 18-26.
6. Memic-Serdarevic A., Burnazovic-Ristic L., Sulejmanpasic G., et al., (2020) Review of Standard Laboratory Blood Parameters in Patients with Schizophrenia and Bipolar Disorder. *Med Arch*. 74(5): p. 374-380.
7. Garg R., Beyond anemia: Red cell distribution width as a universal biomarker in contemporary medicine. *Journal of Hematology and Allied Sciences*. 5.
8. Ransing R., Kamble A., Kulkarni R., et al., (2022) Common Hematological Disorders in Patients with Schizophrenia: In-Patient Case — Control Study. *I.P. Pavlov Russian Medical Biological Herald*. 30(2).

MÔ MỀM VÀ TRỤC RĂNG CỬA Ở TRẺ 8-10 TUỔI HẠNG III DO THIẾU SẢN XƯƠNG HÀM TRÊN: NGHIÊN CỨU CẮT NGANG TRÊN PHIM SỌ MẶT NGHIÊNG

Chu Thị Quỳnh Hương^{1,2}, Nguyễn Thế Nghĩa¹, Phạm Minh Trí¹, Trương Đình Khởi¹

¹Đại học Quốc gia Hà Nội

²Bệnh viện RHM TW Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Chu Thị Quỳnh Hương

Email: quynhhuong1234@gmail.com

Mã bài: N623

Ngày nhận bài: 6/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 6/4/2026

Ngày duyệt bài: 11/5/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định đặc điểm trục răng cửa và mô mềm quanh miệng ở trẻ 8-10 tuổi hạng III do thiếu sản xương hàm trên.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên phim sọ mặt nghiêng của 87 trẻ (39 nam, 48 nữ) tại Hà Nội. Các chỉ số được đo trên phần mềm chuyên dụng bao gồm trục răng cửa hai hàm, góc liên răng cửa, các chỉ số mô mềm (góc mũi-môi, độ nhô môi theo E-line và S-line).