

bị tác động trên cùng đoạn tổn thương. Tại các vùng khác có hệ thống tuần hoàn phụ, mạng mạch tiếp nối rộng rãi, nên tổn thương xương thường ít gặp.⁸

Kích thước vùng hoại tử da trung bình của chi trên và chi dưới lần lượt là: 2,9 x 6,1cm² và 4,9x10,9cm². Vùng hoại tử luôn trực tiếp ở chỗ vết cắn. Bên cạnh đó, luôn có tổn thương sưng nề, đỏ da vùng xung quanh và xu hướng lan nhiều về phía trung tâm. Ở các vùng tổn thương ngoại vi này, da thường có khả năng hồi phục, chỉ hoại tử lớp mỡ dưới da.

V. KẾT LUẬN

Hình thái lâm sàng tổn thương phần mềm tại chỗ do rắn hổ mang cắn rất đa dạng. Việc đánh giá đúng mức độ, tính chất của tổn thương có vai trò quan trọng trong việc xây dựng phươg án điều trị có hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO/SEARO Guidelines for the clinical

management of snake bites in the Southeast Asian region. The Southeast Asian journal of tropical medicine and public health. 1999.

2. **Lê Xuân Quý.** Đặc Điểm Lâm Sàng, Vi Khuẩn Học Của Thương Tôn Tại Chỗ và Mô Mềm Do Rắn Hổ Mang Cắn. Luận văn thạc sỹ HSCC. 2018.
3. **Homma M, Tu AT.** Antivenin for the treatment of local tissue damage due to envenomation by Southeast Asian snakes. Ineffectiveness in the prevention of local tissue damage in mice after envenomation. Am J Trop Med Hyg. 1970; 19(5): 880-884
4. **Nguyễn Kim Sơn, Rắn Hồ Cẩn,** Cẩm Nang Cấp Cứu. Nhà xuất bản Y học; 2000.
5. **Wang W, Chen Q-F, Yin R-X, et al.** Clinical features and treatment experience: a review of 292 Chinese cobra snakebites. Environ Toxicol Pharmacol. 2014;37(2):648-655.
6. **Kp C, Cs L, Sd L.** Management of poisonous snake bites in southern Taiwan. The Kaohsiung journal of medical sciences. 2007; 23(10).
7. **Zang and Schmidt.** Clinical anatomy of the subcutaneous veins in the dorsum of the hand Ann Anat. 1993 Aug;175(4):381-4.
8. **Trịnh Văn Minh.** Giải Phẫu Người. Nhà xuất bản Y học; 2011

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THẢI SẮT TRÊN BỆNH NHÂN THALASSEMIA CÓ QUÁ TẢI SẮT BẰNG DEFERASIROX TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Thế Tùng*, Mã Thị Ánh**,
Nguyễn Quang Hảo** Lê Thùy Dung**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bằng Deferasirox trên bệnh nhi Beta Thalassemia có quá tải sắt. **Đối tượng:** Gồm 32 bệnh nhân beta thalassemia được chẩn đoán có quá tải sắt tại Khoa huyết học lâm sàng Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ 01/2021 đến 06/2021. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang **Kết quả:** 32 bệnh nhân theo dõi kết quả điều trị trong thời gian nghiên cứu: Tỷ lệ bệnh nhân quá tải sắt mức độ nặng trước và sau điều trị tương ứng là 75,00% và 68,76%. Khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tỷ lệ bệnh nhân quá tải sắt mức độ nặng sau điều trị có giảm sức co bóp cơ tim là 54,17% giảm hơn so với tỷ lệ trước điều trị 62,50%. Tỷ lệ bệnh nhân quá tải sắt mức độ nặng sau điều trị có rối loạn nhịp tim là (58,33%) giảm hơn so với tỷ lệ trước điều trị (70,83%). **Kết luận:** Tỷ lệ bệnh nhân nam là 53,12%, nữ là 46,88%. Hemoglobin trung bình của

nhóm bệnh nhân nam và nữ tương ứng là: $71,9 \pm 15,4$ và $77,5 \pm 16,1$. Deferasirox 35-50mg/kg/24h kết hợp truyền máu đảm bảo Hb > 100 g/l thường xuyên, liên tục có hiệu quả trong duy trì không làm tăng tình trạng quá tải sắt và biến chứng suy tim trên bệnh nhân beta thalassemia

Từ khóa: Beta thalassemia, Deferasirox, quá tải sắt.

SUMMARY

EVALUATING THE RESULTS OF DEFERASIROX TREATMENT IN PEDIATRIC PATIENTS BETA THALASSEMIA WITH HEART FAILURE DUE TO IRON OVERLOAD AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Objective: To evaluate the results of Deferasirox treatment in pediatric patients Beta Thalassemia with heart failure due to iron overload. **Subjects:** 32 Beta thalassemia patients diagnosed with heart failure due to iron overload at the Department of Clinical Hematology in Thai Nguyen National Hospital from 01/2021 to 6/2021. **Methods:** A descriptive Cross-sectional. **Results:** 32 patients followed up treatment results during the study period: The rates of patients with severe iron overload before and after treatment were 75.00% and 68.76%, respectively. The difference was not statistically significant with $p >$

*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

**Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Tùng

Email: drtungk32@gmail.com

Ngày nhận bài: 12/1/2022

Ngày phản biện khoa học: 3/2/2022

Ngày duyệt bài: 16/3/2022

0.05. The proportion of patients with severe iron overload after treatment with a reduction in the force of myocardial contractility was 54.17%, lower than the rate before treatment of 62.50%. The proportion of patients with severe iron overload after treatment with heart arrhythmia was (58.33%), lower than the rate before treatment (70.83%). **Conclusion:** The rate of male patients is 53.12%, female is 46.88%. The average hemoglobin in the male and female patients groups were: 71.9 ± 15.4 and 77.5 ± 16.1 , respectively. Deferasirox 35-50mg/kg/24h combined with blood transfusion ensures Hb > 100 g/l no increase in iron overload and heart failure complications in patients beta thalassemia

Key words: Beta thalassemia, Deferasirox, iron overload.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thalassemia (tan máu bẩm sinh) thuộc nhóm bệnh rối loạn tổng hợp huyết sắc tố, là bệnh di truyền phổ biến nhất trên thế giới với ước tính khoảng 7% dân số mang gen bệnh [1]. Nguyên nhân gây bệnh là do đột biến gen quy định tổng hợp chuỗi globin dẫn đến mất cân bằng các loại chuỗi globin, tạo nên bất thường về huyết sắc tố và thành phần các loại huyết sắc tố, dẫn tới hiện tượng vỡ hồng cầu và gây ra tình trạng thiếu máu ở bệnh nhân. Mức độ phổ biến của bệnh tùy thuộc vào từng quốc gia, từng khu vực. Theo Tổ chức Y tế Thế Giới, bệnh huyết sắc tố ảnh hưởng tới 71% số nước trên thế giới [2]. Hàng năm có khoảng 330.000 trẻ sinh ra bị bệnh (trong đó 83% là hồng cầu hình liềm và 17% là bệnh thalassemia) [2],[3]. Bệnh thalassemia liên quan đến nguồn gốc dân tộc, phân bố khắp toàn cầu song có tính địa dư rõ rệt, thường gặp ở vùng Địa Trung Hải, khu vực Trung Đông và Đông Nam [1],[3],[4]. Gen tổng hợp chuỗi α -globin nằm trên nhiễm sắc thể số 16, gen tổng hợp chuỗi β -globin nằm trên nhiễm sắc thể số 11 [3],[5]. Đột biến gen globin rất đa dạng và phức tạp. Việc bị mắc các đột biến khác nhau hoặc kết hợp nhiều loại đột biến trên cùng một người có thể tạo ra các kiểu hình hết sức phong phú, từ người mang gen tới người bị bệnh thể nhẹ, thể nặng hay rất nặng... Bệnh gây ảnh hưởng đến đời sống và sự phát triển của hồng cầu mà hậu quả là tình trạng tán huyết mạn tính và tình trạng nhiễm sắt nặng kéo dài. Đây được xem là một trong những nguyên nhân đứng đầu của hội chứng thiếu máu tán huyết ở bệnh nhân Betathalassemia tại Việt Nam. Đối với bệnh lý thalassemia thể nặng, việc điều trị truyền máu và thải sắt vẫn là phương pháp điều trị mang lại hiệu quả với sự phát triển bình thường của các bệnh nhân mắc thể bệnh này. Song truyền máu kéo dài cả đời dẫn đến dư thừa sắt kéo theo các

biến chứng về gan, tim, tuyến nội tiết. Theo cảnh báo của Liên đoàn thalassemia quốc tế, quá tải sắt là nguyên nhân chính gây tử vong cho bệnh nhân thalassemia (70%). Tình trạng tích lũy sắt do truyền máu nhiều lần và tăng hấp thu sắt, dẫn đến những biến chứng mang tính hệ thống ở nhiều cơ quan như tim, gan, tuyến nội tiết... ở người bệnh thalassemia [4]. Thực hiện phác đồ thải sắt có thể kiểm soát được tình trạng quá tải sắt ở bệnh nhân thalassemia [6]. Để đánh giá tình trạng quá tải sắt và theo dõi hiệu quả điều trị thải sắt, định lượng nồng độ ferritin huyết thanh là phương pháp được áp dụng rất phổ biến, tuy nhiên, chỉ số này có những hạn chế là không phản ánh được chính xác lượng sắt trong tổ chức của cơ thể [8]. Những năm gần đây, ở nhiều nước trên thế giới đã ứng dụng kỹ thuật siêu âm tim để đánh giá tình trạng quá tải sắt. Siêu âm tim là một kỹ thuật có nhiều ưu điểm, có khả năng ứng dụng rộng rãi ở các cơ sở. Thalassemia là bệnh có thể phòng được và chữa được [1], việc nghiên cứu, ứng dụng các kỹ thuật tiên tiến trong theo dõi điều trị bệnh nhân là vô cùng quan trọng và cấp thiết. Quá tải sắt gây nên những biến chứng bất lợi và nghiêm trọng cho bệnh nhân. Việc đánh giá tình trạng quá tải sắt dựa trên những chỉ số về SF (ferritin huyết thanh), LIC (nồng độ sắt ở gan), T2* (ở tim), LVEF (Phân suất tổng máu thất trái trước và sau điều trị) Chính vì lý do đó, chúng tôi thực hiện đề tài: "Đánh giá kết quả điều trị bằng Deferasirox trên bệnh nhi Beta Thalassemie có quá tải sắt".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- 32 bệnh nhi được chẩn đoán Beta Thalassemie có quá tải sắt, suy tim đang điều trị tại khoa Huyết học lâm sàng Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 01 năm 2021 đến tháng 11 năm 2021.

*Tiêu chuẩn chẩn đoán quá tải sắt: Ferritin huyết thanh > 600 mcg/L

*Tiêu chuẩn chẩn đoán suy tim Bệnh nhân được chẩn đoán suy tim khi có 2 tiêu chuẩn chính hoặc 1 tiêu chuẩn chính kèm 2 tiêu chuẩn phụ

Tiêu chuẩn chính	Tiêu chuẩn phụ
Cơ khó thở kịch phát về đêm hoặc khó thở phải ngồi	Phù cổ chân
Tính mạch cổ nổi	Ho về đêm
Ran ở phổi	Khó thở gắng sức
Tim to	Gan to
Phù phổi cấp	Tràn dịch màng phổi
Tiếng T3	Tim nhanh (> 120 lần/phút)

Phản hồi gan tĩnh mạch cổ (+)
Giảm 4 - 5 kg sau 5 ngày điều trị suy tim

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: Tại Khoa Huyết học lâm sàng - Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên

- Thời gian: từ tháng 1/2021 -11/2021.

2.4. Cỡ mẫu

- Chọn mẫu thuận tiện (n = 30) bệnh nhi được chẩn đoán xác định và đủ điều kiện điều trị chọn vào nghiên cứu.

***Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Tuổi < 16, đồng ý tham gia vào nghiên cứu, BN được điều trị và theo dõi tại Khoa HHLS Bệnh viện TW Thái Nguyên.

***Tiêu chuẩn loại trừ:** Tuổi > 16, Feritin < 600mcg/L, BC đa nhân trung tính < 1G/L, hay TC < 100G/L, BN đang sử dụng các thuốc nghiên cứu khác, HIV dương tính, BN mắc bệnh tâm thần, BN không tuân thủ điều trị đều hay không tái khám định kỳ đều

2.5. Nội dung nghiên cứu

***Các chỉ tiêu nghiên cứu trước khi bắt đầu theo dõi điều trị**

- Chỉ tiêu lâm sàng: Thiếu máu, khó thở, phù cổ chân, ho về đêm....

- Xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi đánh giá Hb, MCV, MCH, WBC sau 6 tháng điều trị.

- Xét nghiệm sinh hóa máu: Chỉ số feritin huyết thanh, NT- ProBNP

- Xét nghiệm siêu âm tim;

+ Các chỉ số của siêu âm tim: chỉ số EF, LVEF, sức bóp cơ tim, nhịp tim

- Các chỉ tiêu khác: Tuổi, Giới, Dân tộc, Địa danh,...

- Đánh giá kết quả điều trị: Các đối tượng nghiên cứu được dùng phác đồ: (Phác đồ Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý huyết học Ban hành kèm theo QĐ1494/QĐ-BYT ngày 22/4/2015 của Bộ Y tế). Cụ thể:

+ Deferasirox mg/kg/ngày: 35-50mg/kg/24h

+ Truyền máu: Đảm bảo Hb > 100 g/l

Bệnh nhân được dùng liên tục trong thời gian điều trị, khi ra viện được kê đơn thuốc và hẹn

Bảng 3.3. Phân bố tình trạng quá tải sắt của đối tượng nghiên cứu trước và sau theo dõi điều trị

Ferritinhuyết thanh (ng/ml)	Đối tượng nghiên cứu				p
	Trước điều trị (1)		Sau điều trị (2)		
	n	%	n	%	
Quá tải sắt nhẹ (601 – ≤1000)	2	6,25	3	9,37	P ₁₋₂ > 0,05
Quá tải sắt trung bình (1001 – ≤ 2500)	6	18,75	7	21,87	P ₁₋₂ > 0,05
Quá tải sắt nặng (> 2500)	24	75,00	22	68,76	P ₁₋₂ > 0,05
Tổng	32	100	32	100	

khám lại, nhập viện kiểm tra xét nghiệm, truyền máu theo định kỳ 1 tháng/lần, liên tục trong 06 tháng.

***Các chỉ tiêu sau điều trị**

- Chỉ tiêu lâm sàng: Thiếu máu, gan lách,...

- Chỉ tiêu cận lâm sàng:

+ Tổng phân tích máu ngoại vi,

+ Sinh hóa máu

+ Kết quả siêu âm tim thời điểm trước và sau điều trị

2.6. Xử lý số liệu: Xử lý theo phương pháp thống kê Y sinh học, sử dụng chương trình phần mềm SPSS16.0

2.7. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua hội đồng đạo đức Bệnh viện. Thông tin bệnh nhân được bảo mật. Các số liệu nghiên cứu chỉ nhằm mục đích khoa học

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm giới tính của các đối tượng nghiên cứu

	n	%	p
Nam	17	53,12	> 0,05
Nữ	15	46,88	
HGB trung bình (g/l) X ± SD	71,9 ± 15,4	77,5 ± 16,1	> 0,05
Tổng	32	100	

Nhận xét: Kết quả bảng 3.1 cho thấy: tỷ lệ bệnh nhân nam cao hơn bệnh nhân nữ (53,12% so với 46,88%) khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05. HGB trung bình của hai nhóm nghiên cứu cũng không có sự khác biệt (p > 0,05).

Bảng 3.2. Phân bố tình trạng quá tải sắt của đối tượng nghiên cứu trước theo dõi điều trị

Ferritinhuyết thanh (ng/ml)	Đối tượng nghiên cứu	
	n	%
Quá tải sắt nhẹ (601 – ≤1000)	2	6,25
Quá tải sắt trung bình (1001 – ≤ 2500)	6	18,75
Quá tải sắt nặng (> 2500)	24	75,00
Tổng	32	100

Nhận xét: Kết quả bảng 3.2 cho thấy: Nhóm bệnh nhân quá tải sắt nặng chiếm tỷ lệ cao nhất (75%); có 6,25% bệnh nhân quá tải sắt mức độ nhẹ.

Nhận xét: Kết quả bảng 3.3 cho thấy: Tỷ lệ bệnh nhân quá tải sắt mức độ nặng trước và sau điều trị tương ứng là 75,00% và 68,76%. Khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.4. Phân bố đối tượng nghiên cứu quá tải sắt nặng và trung bình theo sức bóp cơ tim trước và sau theo dõi điều trị.

Sức bóp cơ tim	Trước điều trị		Sau điều trị		Tổng
Ferritin HT	Giảm (1)	Bình thường (2)	Giảm (3)	Bình thường (4)	
>2500	15 (62,50%)	9 (37,5%)	13 (54,17%)	11 (45,83%)	24 (100%)
1001 < 2500	4 (66,67%)	2 (33,33%)	3 (50%)	3 (50%)	6 (100%)
P ₁₋₂	P ₁₋₃ > 0,05; P ₂₋₄ > 0,05				

Nhận xét: Kết quả bảng 3.4 cho thấy: Tỷ lệ bệnh nhân quá tải sắt mức độ nặng sau điều trị có giảm sức cơ bóp cơ tim là 54,17% giảm hơn so với tỷ lệ trước điều trị (62,50% - bảng 3.3.). Khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.5. Phân bố đối tượng nghiên cứu quá tải sắt nặng và trung bình theo rối loạn nhịp tim sau theo dõi điều trị.

Nhịp tim	Trước điều trị		Sau điều trị		Tổng
Ferritin HT	Có rối loạn nhịp (1)	Không rối loạn nhịp (2)	Có rối loạn nhịp (3)	Không rối loạn nhịp (4)	
>2500	17 (70,83%)	7 (29,17%)	14 (58,33%)	10 (41,67%)	24 (100%)
1001 < 2500	5 (83,33%)	1 (16,67%)	4 (66,67%)	2 (33,33)	6 (100%)
P ₁₋₂	P ₁₋₃ > 0,05; P ₂₋₄ > 0,05				

Nhận xét: Kết quả bảng 3.5 cho thấy: Tỷ lệ bệnh nhân quá tải sắt mức độ nặng sau điều trị có rối loạn nhịp tim là 58,33% giảm hơn so với tỷ lệ trước điều trị (70,83% - bảng 3.4). Khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Kết quả bảng 3.1 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nam là 53,12%, nữ là 46,88%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Vì thalassemia là bệnh di truyền trên nhiễm sắc thể thường nên không liên quan đến giới tính. Đặc điểm về giới tính, lượng huyết sắc tố trung bình khi vào viện của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nhận xét các của tác giả Phạm Quang Vinh, Taher A, El-Beshlawy A năm 2009 [1].

Theo báo cáo của Liên đoàn thalassemia quốc tế năm 2008 là 70% bệnh nhân có ferritin > 2500 ng/ml (quá tải sắt nặng) trong thời gian dài trên một năm sẽ có nguy cơ bị biến chứng tim mạch, trong khi bệnh nhân có ferritin < 1000 ng/ml (quá tải sắt nhẹ) sẽ không có nguy cơ này. Trong nghiên cứu này của chúng tôi cho thấy tỷ lệ bệnh nhân Nhóm bệnh nhân quá tải sắt nặng chiếm tỷ lệ cao (75%), có 6,25% bệnh nhân quá tải sắt mức độ nhẹ. Quá tải sắt là nguyên nhân chính gây nhiều biến chứng tại các tổ chức trong cơ thể làm giảm chất lượng cuộc sống cũng như tuổi thọ của bệnh nhân thalassemia [3]. Chính vì thế, việc đánh giá tình trạng quá tải sắt trên bệnh nhân thalassemia đã được các nhà khoa học rất quan tâm. Liên đoàn thalassemia quốc tế đã khuyến cáo thực hiện xét nghiệm đánh giá tình trạng quá tải sắt và theo dõi trong quá trình

điều trị thải sắt là tiêu chí quan trọng trong điều trị bệnh thalassemia [8].

Phương pháp đánh giá quá tải sắt ngày càng được cải tiến để có thể đánh giá chính xác và cụ thể từng cơ quan trong cơ thể. Hiện nay, hầu hết các cơ sở điều trị bệnh nhân thalassemia ở Việt Nam sử dụng xét nghiệm ferritin huyết thanh để đánh giá quá tải sắt. Tại các nước tiên tiến trên thế giới, bên cạnh xét nghiệm ferritin huyết thanh, chụp cộng hưởng từ gan để giá lượng sắt trong gan (LIC) và chụp cộng hưởng từ tim để đánh giá lượng sắt trong tim (T2* tim) đã được áp dụng phổ biến [4].

Kết quả ở bảng 3.3 Phân bố tình trạng quá tải sắt của đối tượng nghiên cứu trước và sau theo dõi điều trị cho thấy: Tỷ lệ bệnh nhân quá tải sắt mức độ nặng trước và sau điều trị tương ứng là 75,00% và 62,50%. Khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4.2. Về phân bố tỷ lệ của đối tượng nghiên cứu theo mức độ quá tải sắt và chỉ số chức năng tim trước và sau điều trị. Chúng tôi đánh giá nguy cơ bệnh nhân bị quá tải sắt ở tim dựa vào chỉ số ferritin phân theo hai nhóm là mức độ nặng (ferritin >2500 ng/ml) và trung bình.

Kết quả ở bảng 3.4 và bảng 3.5 cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân bị quá tải sắt có giảm sức cơ tim là 62,50% ở nhóm bệnh nhân có ferritin huyết thanh > 2500ng/ml, cao hơn so với tỷ lệ bệnh nhân quá tải sắt có giảm sức cơ tim ở những

bệnh nhân có ferritin huyết thanh > 2500ng/ml sau 6 tháng điều trị theo phác đồ (54,17%), có sự khác biệt về tỷ lệ bệnh nhân bị quá tải sắt có giảm sức cơ tim trước và sau điều trị. Các khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p đều > 0,05.

Kết quả cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có giảm sức cơ bóp cơ tim và thay đổi nhịp tim trước và sau điều trị không có thay đổi nhiều. Có thể thấy rằng ở bệnh nhân thalassemia, tình trạng quá tải sắt ở những tổ chức tăng dần theo hàng năm. Tuy nhiên, nếu bệnh nhân được dùng thải sắt thường xuyên và liên tục sẽ góp phần làm giảm đi tình trạng quá tải sắt. Tình trạng quá tải sắt có liên quan mật thiết đến hoạt động của các tổ chức. Nếu bệnh nhân không được điều trị thải sắt, mức độ quá tải sắt tăng sẽ làm tăng biến chứng tại các tổ chức và ngược lại, nếu bệnh nhân được điều trị thải sắt thường xuyên thì mức độ quá tải sắt giảm sẽ góp phần làm giảm các biến chứng ở các tổ chức [7].

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ bệnh nhân nam là 53,12%, nữ là 46,88%. Hemoglobin trung bình của nhóm bệnh nhân nam và nữ tương ứng là: $71,9 \pm 15,4$ và $77,5 \pm 16,1$

- Deferasirox mg/kg/ngày: 35-50mg/kg/24h kết hợp truyền máu đảm bảo Hb > 100g/l thường xuyên, liên tục có hiệu quả trong duy trì không làm tăng tình trạng quá tải sắt và biến chứng suy tim trên bệnh nhân beta thalassemia.

KHUYẾN NGHỊ:

- Quan tâm và có chiến lược cụ thể hơn

nữa để tất cả bệnh nhân thalassemia được điều trị thải sắt thường xuyên, liên tục. Tiếp tục nghiên cứu về hiệu quả điều trị quá tải sắt ở bệnh nhân thalassemia trong thời gian dài hơn và trên nhiều nhóm bệnh nhân thalassemia.

- Cần thực hiện thực hiện các thăm dò chức năng tim, gan cho bệnh nhân thalassemia định kỳ 6 - 12 tháng/lần để chẩn đoán sớm, chính xác mức độ quá tải sắt và theo dõi hiệu quả điều trị thải sắt cho từng người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Taher A, El-Beshlawy A, Elalfy MS, et al (2009)**. Efficacy and safety of deferasirox, an oral iron chelator, in heavily iron-overloaded patients with β -thalassaemia the ESCALATOR study. Eur J Haematol, 82(6), page 458- 465
2. **Dudley J, John B P (2014)**. A 1-year randomized controlled trial of deferasirox vs deferoxamine for myocardial iron removal in β thalassaemia major (CORDELIA). Blood, 123(10), page 1447-1454.
3. **Bộ Y tế (2016)**. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý huyết học. Nhà xuất bản y học.
4. **Galanello R, Eleftheriou A, Traeger synodinos J, et al (2003)**. Prevention of thalassemia and other hemoglobin disorder. Thalassemia International ferderation, volum 1.
5. **Manuel A.S, Soledad O.P. (2004)**. Diagnosis and Therapy for Diastolic Heart Failure. Rev Esp Cardiol, 57, 570-575.
6. **Little Brown (1964)**, Diseases of the Heart and Blood Vessels: Nomenclature and Criteria for Diagnosis. The Criteria Committee of the New York Heart Association, Boston
7. **Park M.K. (2008)**. Echocardiology. Pediatric Cardiology for Practitioners
8. **Ngô Quý Châu, Nguyễn Lâm Việt, Phạm Quang Vinh (2012)**. Bệnh học nội khoa, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

THAY LẠI KHỚP HÁNG BẰNG KỸ THUẬT XÂM NHẬP TỐI THIỂU ĐƯỜNG MỔ TRƯỚC: BÁO CÁO 02 TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Hồ Mẫn Trường Phú*, Nguyễn Thanh Long*, Lê Khánh Linh*, Nguyễn Đặng Huy Nhật*

TÓM TẮT

Phẫu thuật thay lại khớp háng ngày càng phổ biến và đường mổ sử dụng để thay lại có thể khác nhau dựa trên giải phẫu, tư thế bệnh nhân, kinh nghiệm và thói quen của phẫu thuật viên. Đường mổ lỗi sau thường được các phẫu thuật viên lựa chọn, trong khi y

văn hiện nay có rất ít các bài báo liên quan đến thay lại khớp háng sử dụng đường mổ lỗi trước. Trong bài báo này, chúng tôi trình bày 2 ca lâm sàng thay lại khớp háng bằng kỹ thuật xâm nhập tối thiểu đường mổ lỗi trước cho hai bệnh nhân đã được thay khớp háng toàn phần kỳ đầu bằng đường mổ lỗi sau đi kèm với biến chứng nhiễm trùng nặng nề dai dẳng nhằm nhấn mạnh đến tính khả thi của đường mổ này và đánh giá lại kết quả trên lâm sàng, hình ảnh X quang và sự hài lòng của bệnh nhân.

Từ khóa: Thay lại khớp háng, đường mổ trước, phẫu thuật can thiệp tối thiểu.

SUMMARY

*Bệnh viện Đa khoa Trung ương Huế

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Mẫn Trường Phú

Email: bsnttrph@yahoo.com

Ngày nhận bài: 8/12/2021

Ngày phản biện khoa học: 3/1/2022

Ngày duyệt bài: 7/2/2022