

Kết quả của chúng tôi cao hơn ghi nhận của Zhou Y (2020) tỷ lệ nhân viên y tế có chất lượng giấc ngủ kém là 18,4% [9]. Sử dụng kiểm định Chi-square ( $\chi^2$ ) nghiên cứu chưa ghi nhận liên quan mang ý nghĩa thống kê giữa các ảnh hưởng này với 7 đặc điểm của đối tượng nghiên cứu. Kết quả này khá khác biệt với các nghiên cứu trong báo cáo của Tiến sĩ Nguyễn Thu Hà và bác sĩ Nguyễn Thị Hải Hà, (2021), Ảnh hưởng dịch COVID-19 đến sức khỏe nhân viên Y tế [2].

## V. KẾT LUẬN

Đại dịch COVID-19 năm 2021 đã thật sự gây nhiều lo lắng và ảnh hưởng không ít đến tâm lý cũng như giờ làm việc, năng suất công việc và kinh tế viên chức và người lao động Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Tuy nhiên sự ảnh hưởng này không có liên quan mang ý nghĩa thống kê với 7 đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Cổng thông tin của Bộ Y tế về đại dịch COVID-19, <https://covid19.gov.vn/>
2. Nguyễn Thu Hà, Nguyễn Thị Hải Hà, (2021), Ảnh hưởng dịch COVID-19 đến sức khỏe nhân viên Y tế, Viện Sức khỏe nghề nghiệp và môi trường – Bộ Y tế.
3. Jassim G, Jameel M, Brennan E, Yusuf M, Hasan N, Alwatani Y. (2021), Psychological Impact of COVID-19, Isolation, and Quarantine: A

- Cross-Sectional Study. Neuropsychiatr Dis Treat, 17:1413-1421.
4. Huang JZ, Han MF, Luo TD, Ren AK, Zhou XP (2020), Mental health survey of medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19, 38(3):192-195.
  5. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. (2020), Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. Brain Behav Immun, 88:901-907.
  6. Song X, Fu W, Liu X, Luo Z, Wang R, Zhou N, Yan S, Lv C. (2020), Mental health status of medical staff in emergency departments during the Coronavirus disease 2019 epidemic in China. Brain Behav Immun, 88:60-65.
  7. Tran BX, Nguyen HT, Le HT and et al. (2020), Impact of COVID-19 on Economic Well-Being and Quality of Life of the Vietnamese During the National Social Distancing. Front Psychol.11:565153.
  8. Zhang SX, Liu J, Afshar Jahanshahi A, Nawaser K, Yousefi A, Li J, Sun S. (2020), At the height of the storm: Healthcare staff's health conditions and job satisfaction and their associated predictors during the epidemic peak of COVID-19. Brain Behav Immun, 87:144-146.
  9. Zhou Y, Zhou Y, Song Y, Ren L, Ng CH, Xiang YT, Tang Y. (2020), Tackling the mental health burden of frontline healthcare staff in the COVID-19 pandemic: China's experiences. Psychol Med, 51(11):1955-1956.

## TỶ LỆ THIẾU MEN G6PD VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở TRẺ SƠ SINH TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2021-2022

Huỳnh Văn Quốc Vũ<sup>1</sup>, Trần Ngọc Dung<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Thiếu men G6PD là bệnh lý về men thường gặp nhất trên thế giới và ở Việt Nam. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ thiếu men G6PD và một số yếu tố liên quan ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Phụ Sản Thành phố Cần Thơ, năm 2021-2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên tổng 4544 trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Phụ Sản Thành Phố Cần Thơ năm 2021-2022. **Kết quả:** trong tổng số 4544 trẻ tham gia nghiên cứu có 2389 (52,6%) trẻ là nam còn lại 2155 (47,4%) trẻ là nữ. Các trẻ đa số thuộc dân tộc Kinh (99%), số ít còn lại thuộc dân tộc Khmer (0,6%) và các dân tộc

khác như Hoa, Mường, Nùng và Tày (0,4%). Xét nghiệm sàng lọc G6PD sơ sinh trên hệ thống GSP ghi nhận 79/4544 (1,745%) trẻ có chỉ số G6PD  $\leq 17.2U/dl$  được xác định là có nguy cơ thiếu men G6PD cao. 79 trẻ này tiếp tục được khẳng định mắc bệnh G6PD bằng phương pháp định lượng hoạt độ men G6PD trên hệ thống máy Cobas 6000, kết quả có 76/4544 (1,67%) trẻ mắc bệnh do chỉ số G6PD thấp hơn 6,97U/g Hb. Về các yếu tố liên quan: ngoại trừ giới tính ( $p=0,00$ ); nơi cư trú ( $p=0,002$ ), các biến còn lại là: dân tộc; cân nặng thai lúc sinh; tuổi thai đều có liên quan không có ý nghĩa thống kê với  $p>0,05$ . **Kết luận:** Tỷ lệ thiếu men G6PD ở trẻ sơ sinh sinh tại Bệnh viện Phụ Sản Thành Phố Cần Thơ là 1,67%, có mối liên quan mang ý nghĩa thống kê giữa thiếu men G6PD với giới tính và nơi cư trú có ý nghĩa thống kê với  $p<0,05$ .

**Từ khóa:** G6PD, bệnh di truyền, trẻ sơ sinh, bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ.

### SUMMARY

#### THE PREVALENCE OF G6PD DEFICIENCY

<sup>1</sup>Bệnh Viện Phụ Sản Thành Phố Cần Thơ

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Văn Quốc Vũ

Email: huynhvuu0028@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 13.6.2022

Ngày duyệt bài: 21.6.2022

## AND SOME RELATED FACTORS IN NEWBORN AT CAN THO OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL 2021-2022

**Background:** G6PD deficiency is the most common enzyme disease in the world in Vietnam. **Objectives:** To determine the rate of G6PD deficiency and some related factors in neonates at Can Tho City Obstetrics and Gynecology Hospital, 2021-2022. **Materials and methods:** a cross-sectional descriptive study on a total of 4544 newborns at Can Tho City Obstetrics and Gynecology Hospital in 2021-2022. **Results:** There were a total of 4544 infants participating in the study, of which 2389 (52.6%) were male and the remaining 2155 (47.4%) were female. Most of the subjects belong to the Kinh ethnic group (99%), the rest belong to the ethnic group: Khmer (0.6%), and other ethnic groups such as Hoa, Muong, Nung and Tay (0.4%). The newborn G6PD screening test on the GSP system recorded 79/4544 (1.745%) infants with a G6PD index  $\leq 17.2$ U/dl identified as having a high risk of G6PD deficiency. These 79 infants continued to be confirmed to have G6PD disease by the quantitative method of G6PD enzyme activity on the Cobas 6000 system, the results showed that 76/4544 (1.67%) infants had the disease because the G6PD index was lower than 6, 97 U/g Hb. Results on some related factors: except for gender ( $p=0.00$ ); place of residence ( $p=0.002$ ), the remaining variables are: ethnicity; fetal weight at birth; gestational age; child order; education, occupation, age of father and mother are not statistically significant with  $p>0.05$ . **Conclusions:** The rate of G6PD deficiency in newborns at Can Tho City Obstetrics and Gynecology Hospital was 1.67%, there was a statistically significant relationship between G6PD deficiency with sex and significant place of residence. Statistical significance with  $p < 0.05$ .

**Keywords:** G6PD, genetic diseases, infants, Can Tho City Obstetrics and Gynecology Hospital.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu Glucose-6-phosphate dehydrogenase (G6PD) là dạng khiếm khuyết men phổ biến nhất ở người [7], [9]. Khoảng 400 triệu người trên toàn thế giới chịu ảnh hưởng bởi chứng rối loạn chuyển hóa này. Tỷ lệ mắc cao nhất được báo cáo tại Châu Phi (15-26%), phía Nam Châu Âu (10-11.9%), Trung Đông (10-11.9%), Đông Nam Á (7-9.9%) [1]. Tại Việt Nam, bệnh chiếm tỷ lệ khoảng 0,3-9% [1], [2]. Bệnh là nguyên nhân gây vàng da sơ sinh, thiếu máu huyết tán do đột biến gen G6PD nằm trên nhánh dài của nhiễm sắc thể giới tính X tại vị trí Xq28 [4], [5]. Việc điều trị bệnh hiện nay chỉ dừng lại ở điều trị triệu chứng vì vậy phát hiện sớm nhằm tư vấn giúp nâng cao chất lượng sống cho người bệnh, phòng tránh được các biến chứng có thể xảy ra do thiếu enzyme G6PD là việc làm quan trọng và ý nghĩa. Nghiên cứu chúng tôi được thực hiện với mục tiêu: *Xác định tỷ lệ thiếu men G6PD và một*

*số yếu tố liên quan ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ, năm 2021-2022.*

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Trẻ được sinh ra và chăm sóc tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ từ 4/2021 đến 1/2022.

**- Tiêu chuẩn chọn đối tượng:**

+ Trẻ sinh ra và được chăm sóc tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ.

+ Trẻ đủ 48-72 giờ tuổi.

+ Được sự đồng ý tham gia nghiên cứu của cha hoặc mẹ của trẻ.

**- Tiêu chí loại trừ đối tượng**

+ Trẻ sinh tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ, được chuyển viện ngay sau sanh hoặc trước 36 giờ do bệnh lý nặng.

+ Trẻ kèm theo một trong những tình trạng lâm sàng nguy cấp đang diễn tiến (vd: suy hô hấp, hạ đường huyết, xuất huyết tiêu hóa, hạ thân nhiệt...)

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**- Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang.

**- Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:**

Chọn mẫu thuận tiện tất cả trẻ sơ sinh thỏa tiêu chuẩn trong thời gian từ 4/2021 đến 1/2022. Nghiên cứu đã có tổng 4544 trẻ tham gia.

**- Nội dung nghiên cứu:**

**+ Đặc điểm dân số học của đối tượng nghiên cứu:** giới tính, dân tộc, nơi cư trú, tuổi thai, cân nặng lúc sinh, phương pháp sinh.

**+ Tỷ lệ trẻ mắc bệnh thiếu men G6PD:** được xác định bằng quy trình sàng lọc tại Bệnh viện Phụ sản TP.Cần Thơ. Đầu tiên mẫu máu khô sẽ sàng lọc bằng xét nghiệm định lượng G6PD trên hệ thống GSP, mẫu có nguy cơ cao ( $G6PD \leq 17.2$ U/dl) sẽ được thực hiện xét nghiệm đo hoạt độ G6PD trên hệ thống máy Cobas 6000 để xác định trẻ mắc bệnh. Trẻ được kết luận thiếu men G6PD khi hoạt độ  $G6PD < 6,97$  U/g H.

**+ Một số yếu tố liên quan:** kiểm định mối liên quan giữa các biến: giới tính, dân tộc, nơi cư trú, tuổi thai lúc sinh, cân nặng lúc sinh, phương pháp sinh với tỷ lệ mắc G6PD bằng test  $\chi^2$  hoặc test Fisher's Exact đối với các biến số định tính; test Student hoặc test Mann-Whitney đối với các biến số định lượng.

**- Phương pháp xử lý số liệu:** toàn bộ số liệu của nghiên cứu được nhập, xử lý, phân tích bằng phần mềm Microsoft Excel 2010 và SPSS phiên bản 20.0.0.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 4/2021 đến 1/2022 tại Bệnh Viện

Phụ Sản Thành Phố Cần Thơ (TP. Cần Thơ) có tổng 4544 đối tượng tham gia nghiên cứu. Kết quả được ghi nhận cụ thể:

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

**Bảng 1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Giới tính	Nam	2389	52,6
	Nữ	2155	47,4
Dân tộc	Kinh	4500	99
	Khmer	29	0,6
	Khác	15	0,4
Nơi cư trú	Cần Thơ	2529	55,6
	Hậu Giang	548	12,1
	Vĩnh Long	730	16,1

**Bảng 2. Tỷ lệ thiếu men G6PD ở trẻ sơ sinh**

Xét nghiệm	Tình trạng men G6PD	Số lượng (n)	Tỉ lệ %
XN sàng lọc	Thiếu ( $\leq 17,2$ U/dl)	<b>79</b>	<b>1,74</b>
	Bình thường ( $> 17,2$ U/dl)	4465	98,26
XN khẳng định	Thiếu ( $< 6,97$ U/g Hb)	<b>76</b>	<b>1,67</b>
	Bình thường ( $\geq 6,97$ U/g Hb)	4468	98,33

**Nhận xét:** Xét nghiệm sàng lọc G6PD sơ sinh trên hệ thống GSP ghi nhận 79/4544 (1,745%) trẻ có chỉ số G6PD  $\leq 17,2$  U/dl được xác định là có nguy cơ thiếu men G6PD cao. Kết quả khẳng định có 76/4544 (1,67%) trẻ mắc bệnh do chỉ số G6PD thấp hơn 6,97 U/g Hb.

### 3.3. Một số yếu tố liên quan

**Bảng 3. Liên quan giữa tỷ lệ thiếu men G6PD với giới tính, tuổi thai, cân nặng lúc sinh, phương pháp sinh.**

Đặc điểm		Tình trạng thiếu men G6PD			OR	p-value	
		Thiếu G6PD	Bình thường	Tổng			
Giới tính	Nam	n	61	2328	3,74 CI 95% (2,11- 6,6)	0,000*	
		Tỉ lệ %	2,55	97,45			100
	Nữ	n	15	2140			2155
		Tỉ lệ %	0,7	99,3			100
Tuổi thai	< 37 tuần	n	0	76	1,01 CI 95% (1,01- 1,02)	0,639**	
		Tỉ lệ %	0	100			100
	$\geq 37$ tuần	n	76	4392			4468
		Tỉ lệ %	1,7	98,3			100
Cân nặng lúc sinh	< 2500g	n	2	161	0,72 CI 95% (0,18- 2,97)	1,0**	
		Tỉ lệ %	1,23	98,77			100
	$\geq 2500$ g	n	74	4307			4381
		Tỉ lệ %	1,69	98,31			100
Phương pháp sinh	Sinh thường	n	37	1751	1,47 CI 95% (0,94- 2,32)	0,093*	
		Tỉ lệ %	2,1	97,9			100
	Sinh mổ	n	39	2717			2756
		Tỉ lệ %	1,4	98,3			100

\*Kiểm định Chi bình phương; \*\*Kiểm định Fisher

**Nhận xét:** ngoại trừ giới tính ( $p=0,00$ ), các biến còn lại là: dân tộc; tuổi thai, cân nặng thai lúc sinh; phương pháp sinh đều có liên quan không có ý nghĩa thống kê với  $p>0,05$ .

**Bảng 4. Liên quan giữa tỷ lệ thiếu men G6PD với dân tộc và nơi cư trú**

Đặc điểm		Tình trạng thiếu men G6PD			p-value
		Thiếu G6PD	Bình thường	Tổng	
Dân tộc	Kinh	n	76	4424	1,0**
		Tỉ lệ %	1,69	98,31	

	Khmer	n	0	29	29	<b>0,002*</b>
		Tỉ lệ %	0	100	100	
	Khác	n	0	15	15	
		Tỉ lệ %	0	100	100	
Nơi cư trú	Cần Thơ	n	26	2503	2529	
		Tỉ lệ %	1,03	98,97	100	
	Hậu Giang	n	15	533	548	
		Tỉ lệ %	2,74	97,26	100	
	Vĩnh Long	n	17	713	730	
		Tỉ lệ %	2,33	97	100	
	Khác	n	18	719	737	
		Tỉ lệ %	2,44	97,56	100	

\*Kiểm định Chi bình phương; \*\*Kiểm định Fisher

**Nhận xét:** so với dân tộc, thì nơi cư trú được xác định có liên quan mang ý nghĩa thống kê với tỷ lệ thiếu men G6PD với  $p=0,002$ .

#### IV. BÀN LUẬN

Từ tháng 4/2021 đến 1/2022 có tổng 4.544 trẻ tham gia sàng lọc sơ sinh tại Bệnh viện Phụ sản TP. Cần Thơ, có 2389 (52,6%) là trẻ nam và 2155 (47,4%) là trẻ nữ. Tỷ lệ tham gia giữa trẻ nam và nữ tương đối đồng đều (1,1 trẻ nam : 1 trẻ nữ). Và do Bệnh viện Đa Phụ sản TP. Cần Thơ thuộc TP Cần Thơ một trong các địa phương khu vực Đồng bằng Sông Cửu Long vì vậy có đến 4500 (99%) trẻ thuộc dân tộc Kinh, 0,6% trẻ thuộc dân tộc Khmer và 0,4% trẻ thuộc các dân tộc khác bao gồm: 10 trẻ thuộc dân tộc Hoa, 1 trẻ là dân tộc Mường, 2 dân tộc Nùng và 2 dân tộc Tày. Và cũng vì lý do này nên có đến 2529 (52,6%) trẻ có nơi cư trú là Tp. Cần Thơ, 2 địa phương cạnh bên Cần Thơ là Vĩnh Long và Hậu Giang cũng có số trẻ khá nhiều lần lượt là 16,1% và 12,1%. Về đặc điểm tuổi thai, có đến 98,3% các trẻ được sinh ra từ các thai trên 37 tuần tuổi và 96,4% các trẻ sinh ra có cân nặng trên 2500g. Tỷ lệ trẻ được sinh mổ và sinh thường cũng khá chênh lệch, có 60,7% trẻ được sinh mổ và 39,3% trẻ được sinh thường.

Xét nghiệm sàng lọc G6PD sơ sinh trên hệ thống GSP ghi nhận 79/4544 (1,745%) trẻ có chỉ số G6PD  $\leq 17.2U/dL$  được xác định là có nguy cơ thiếu men G6PD cao. Kết quả khẳng định có 76/4544 (1,67%) trẻ mắc bệnh do chỉ số G6PD thấp hơn 6,97 U/g Hb (Bảng 2). Trong đó có 61 nam và 15 nữ, tỷ lệ mắc bệnh theo giới là 4,07 nam: 1 nữ và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $OR=3,74$ ,  $p=0,000$  (bảng 3). Tuy là một dạng khiếm khuyết thiếu men phổ biến nhất ở người [10] và Châu Á là một trong những khu vực có tần số xuất hiện cao hơn mức trung bình của thế giới, khoảng 5%, nhưng kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả thấp hơn rất nhiều so với một số quốc gia. Trong nghiên cứu của Fu và cộng sự đánh giá tỷ lệ mắc bệnh và

phổ đột biến của thiếu G6PD ở Quảng Tây-Trung Quốc, tỷ lệ thiếu G6PD chung là 7,28%. Vùng Nam Á, Afghanistan, Bangladesh, Bhutan, Ấn Độ, Nepal và Pakistan, tỷ lệ này dao động từ 3,8-15%[3]. Một nghiên cứu khác của Jalloh và cộng sự ở Đông Nam Á đã kết luận rằng tỷ lệ thiếu men ở Myanmar là 10.6% và ở Indonesia là 4,1%[8]. Trong một nghiên cứu sàng lọc 2782 trẻ sơ sinh ở Ai cập năm 2017 của Elella, S. A và cộng sự, tỷ lệ bị thiếu men G6PD chung là 4,3% với tỷ lệ nam: nữ mắc bệnh là 3,2 : 1 [6].

Ngoài ra, tỷ lệ thiếu men G6PD của chúng tôi cũng thấp hơn so với các nghiên cứu trong nước. Verlé và cộng sự năm 2001 đã đánh giá tỷ lệ thiếu men G6PD ở 2 huyện của mỗi tỉnh trong số 4 tỉnh phía Bắc - Việt Nam (Thanh Hóa, Sơn La, Hà Giang và Hòa Bình) là 14.6%. Một nghiên cứu khác ở tỉnh Lâm Đồng, Matsuoka và cộng sự xác định tỷ lệ thiếu men chung của 5 nhóm dân tộc là 2,3%. Lê Vũ Chương và Lê Thị Ngọc Dung (2009) thực hiện trên 423 trẻ sơ sinh, có 15/423 (3,5%) trẻ bị thiếu men G6PD [1]. Gần đây trong nghiên cứu của Ngô Thị Bình Minh và cộng sự, năm 2021, khảo sát trong 1.422 trẻ, nhóm tác giả ghi nhận chiếm 3,09% [2].

Bên cạnh các nghiên cứu có tỷ lệ mắc G6PD cao hơn nghiên cứu của chúng tôi, thì dựa vào công bố kết quả của Xudong Wang và cộng sự, năm 2021, nhóm tác giả này ghi nhận trong tổng số 99.546 trẻ sơ sinh đã được sàng lọc ở Hạ Môn, Trung Quốc, có 1.051 người được chẩn đoán mắc chứng thiếu men G6PD. Như vậy tỷ lệ hiện mắc G6PD của nghiên cứu này là 1,39% thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi (1,67%).

Từ năm 2015, chương trình sàng lọc sơ sinh Bệnh viện Phụ sản TP. Cần Thơ đã được triển khai ở 12 tỉnh đồng bằng sông Cửu Long. Qua phân tích, bên cạnh giới tính, nghiên cứu còn ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa bệnh

G6PD và các tỉnh, thành phố với  $p=0,002$  (Bảng 4). Các biến còn lại: tuổi thai, cân nặng lúc sinh, phương pháp sinh và dân tộc sự khác biệt về tỷ lệ mắc bệnh chưa ghi nhận có ý nghĩa thống kê ở khoảng tin cậy 95%.

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thiếu men G6PD ở trẻ sơ sinh sinh tại Bệnh viện Phụ Sản Thành Phố Cần Thơ là 1,67%, có mối liên quan mang ý nghĩa thống kê giữa thiếu men G6PD với giới tính và nơi cư trú có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Kết nghiên cứu sẽ góp phần tầm soát sớm bệnh lý G6PD giúp gia đình điều trị sớm các triệu chứng và cải thiện chất lượng sống của trẻ bệnh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Vũ Chương, Lê Thị Ngọc Dung (2009), Đặc điểm tể học thiếu men Glucose - 6 - phosphate dehydrogenase ở trẻ sơ sinh được sinh ra tại tỉnh Ninh Thuận, Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, số 1(13), tr.1-9.
2. Ngô Thị Bình Minh, Phạm Thanh Long, Lê Minh Khôi và cộng sự (2021), Nghiên cứu khảo sát tỉ lệ bất thường của xét nghiệm sàng lọc sơ sinh tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, số 25(2), tr.157-162.
3. Arain Y. H. and Bhutani K. V. (2014), Prevention of Kernicterus in South Asia: role of neonatal G6PD deficiency and its identification,

- Indian J Pediatr, 81 (6);599-607.
4. Castro S, Weber R, Dadalt V, Tavares V, Giugliani R. (2006), Prevalence of G6PD deficiency in newborns in the south of Brazil. J Med Screen.;13(2):85-6.
  5. Chunyun Fu, Shiyu Luo, Qifei Li and et al. (2018), Newborn screening of glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency in Guangxi, China: determination of optimal cutoff value to identify heterozygous female neonates, Nature. 8:833
  6. Elella, S. A., Tawfik, M., Barseem, N., & Moustafa, W. (2017), Prevalence of glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency in neonates in Egypt, Annals of Saudi medicine, 37(5), 362–365.
  7. Iranpour R, Hashemipour M, Talaei SM, Soroshnia M, Amini A. (2008), Newborn screening for glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency in Isfahan, Iran: a quantitative assay. J Med Screen;15(2), pp.62-4. doi: 10.1258/ jms.2008.008027.
  8. Jalloh A, Tantular I S, Pusarawati S and et al. (2004), Rapid epidemiologic assessment of glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency in malaria-endemic areas in Southeast Asia using a novel diagnostic kit, Trop Med Int Health, 9 (5); 615-623.
  9. Lauden, S. M., Chongwain, S., Achidi, A., Helm, E., Cusick, S. E., Krug, A., Slusher, T. M., & Lund, T. C. (2019), Prevalence of glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency in Cameroonian blood donors. BMC research notes, 12 (1), 195.
  10. Ruwende C and Hill A. (1998), Glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency and malaria, Journal of molecular medicine, 76 (8): 581-588.

## NHẬN XÉT KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SAU 3 THÁNG SỬ DỤNG LIỆU PHÁP TẾ BÀO GỐC TỦY XƯƠNG TỰ THÂN HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ BỆNH TEO MẬT BẨM SINH TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Bùi Thị Hương Thùy\*, Nguyễn Phạm Anh Hoa\*, Bạch Thị Ly Na\*, Đỗ Văn Đô\*,  
Bùi Thị Kim Oanh\*, Lê Thị Kim Ngân\*, Lê Thị Hồng\*, Phạm Duy Hiền\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét kết quả sớm của liệu pháp tế bào gốc (TBG) tủy xương tự thân hỗ trợ điều trị bệnh teo mật bẩm sinh (TMBS) tại bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu loạt ca bệnh, gồm 31 bệnh nhân chẩn đoán TMBS được điều trị phẫu thuật Kasai kết hợp với truyền TBG tủy xương tự thân tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 5/2021 đến tháng 4/2022. **Kết quả:** Trong 31 bệnh nhân nghiên cứu có 1 bệnh nhân không tuân thủ nghiên cứu tại thời điểm 3 tháng

sau phẫu thuật. Tỷ lệ nam : nữ xấp xỉ 1:1. Tuổi trung bình khi phẫu thuật là 78,8 ngày tuổi. 100% bệnh nhân có triệu chứng vàng da và phân bạc màu trước điều trị, triệu chứng này giảm có ý nghĩa thống kê sau điều trị 3 tháng với  $p < 0,001$ . Giá trị Bilirubin toàn phần, Bilirubin trực tiếp, ALP, GGT trước điều trị có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với thời gian sau điều trị 3 tháng ( $p < 0,01$ ,  $p < 0,01$ ,  $p < 0,01$ ,  $p < 0,05$ ). Tại thời điểm 3 tháng sau điều trị, có 40% bệnh nhân thoát mật hoàn toàn; 61,29% bệnh nhân có nhiễm trùng đường mật. APRI trước và sau điều trị là 0,82 và 1,16 ( $p > 0,05$ ), điểm PELD trung bình trước và sau điều trị là 9,26 và 3,83 ( $p < 0,05$ ). **Kết luận:** Có sự cải thiện đáng kể về triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và điểm PELD sau liệu pháp TBG tủy xương tự thân hỗ trợ điều trị bệnh TMBS. Chúng tôi sẽ tiếp tục tiến hành nghiên cứu trên cỡ mẫu lớn hơn và theo dõi trong thời gian dài hơn, để đánh giá được hiệu quả của liệu pháp này.

**Từ khóa:** Teo mật bẩm sinh, tế bào gốc tủy xương tự thân, kết quả điều trị.

\*Bệnh viện Nhi Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Hương Thùy

Email: buihuongthuy87@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 9.6.2022

Ngày duyệt bài: 13.6.2022