

có khác biệt có ý nghĩa thống kê ở ngày thứ 16 của thí nghiệm và thể hiện tương đương với nhóm glibenclamid ($p < 0,05$).

Ở mức liều cao hơn, 1,09 g/kg và 2,19 g/kg, cao chiết hoa THV thể hiện hoạt tính hạ đường huyết rõ rệt từ ngày thứ 10 và tiếp tục có tác dụng đến hết ngày 16 của thí nghiệm.

IV. BÀN LUẬN

Cao chiết hoa THV *Camellia flava* không thể hiện độc tính cấp, được chứng minh theo phương pháp liều tối đa qua kim và theo quyết định 141/QĐ-K2ĐT (1). Cao hoa THV thể hiện hoạt tính hạ đường huyết khác nhau ở những liều điều trị khác nhau. Cao hoa THV liều 0,66 g/kg thể hiện tác dụng hạ đường huyết ở ngày 16 của thí nghiệm. Liều cao hoa 1,09 và 2,19 (g/kg) có tác dụng hạ đường huyết từ ngày 10 của thí nghiệm. Ở liều thấp, cao chiết ở liều 0,22 g/kg không thể hiện hoạt tính hạ đường huyết trong suốt thời gian thử nghiệm.

Sau khi gây tăng đường huyết bằng alloxan, chuột có xu hướng giảm khối lượng cơ thể. Cao chiết hoa THV chưa thể hiện hoạt tính kiểm soát cân nặng chuột ở tất cả các liều. Hoa loài THV *Camellia flava* có nhiều thành phần hóa thực vật có tiềm năng thể hiện hoạt tính hạ đường huyết như polyphenol, flavonoid, Nghiên cứu này là nghiên cứu đầu tiên về tác dụng hạ đường huyết của hoa THV *Camellia flava* trên mô hình gây tăng đường huyết bằng alloxan ở chuột nhắt trắng cái.

V. KẾT LUẬN

Cao chiết từ hoa loài trà hoa vàng *Camellia flava* thể hiện tác dụng hạ đường huyết trong mô hình gây tăng đường huyết bởi alloxan trên chuột nhắt trắng cái với hiệu quả rõ rệt ở các nhóm chuột sử dụng liều cao của cao hoa.

VI. LỜI CẢM ƠN

Nhóm nghiên cứu xin được cảm ơn Công ty Cổ phần Đầu tư Thương mại Trường Dương, 160 Trường Công Định, Phường 14, Quận Tân Bình đã tài trợ nguyên liệu là hoa của cây Trà Hoa vàng cho nghiên cứu này

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế.** Hướng dẫn thử nghiệm tiền lâm sàng và lâm sàng thuốc đông y, thuốc từ dược liệu, Quyết định số 141, ngày 27 tháng 10 năm 2015.
- International Diabetes Federation.** IDF Diabetes Atlas 10th Ed. International Diabetes Federation. 2021.
- Lenzen S.** The mechanisms of alloxan- and streptozotocin-induced diabetes. *Diabetologia*. 2007;51(2):216-226.
- Naotoshi Hakoda, Tran Ninh.** *Camellia flava* Theaceae. *Curtis botanical magazine*. 2001;18(4):190-193.
- Song L., Wang X., Zheng X. et al.** Polyphenolic antioxidant profiles of yellow camellia. *Food Chem*. 2010;129(2):351-357.
- T. Szkudelski.** The Mechanism of Alloxan and Streptozotocin Action in B Cells of the Rat Pancreas. *Physiol*. 2001;50(6):536-546.
- P. Muthuraman, R. Senthikumar, K. Srikumar.** Alterations in beta-islets of Langerhans in alloxan-induced diabetic rats by marine *Spirulina platensis*. 2009; 24(6):1253-1256

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH THALASSEMIA Ở TRẺ EM ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Phạm Ngọc Linh¹, Nguyễn Ngọc Hà¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nhận xét các đặc điểm sau truyền máu ở bệnh nhi Thalassamie. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang đã được tiến hành trên 53 bệnh nhi điều trị tại khoa HHLS Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ 1/2022 đến 1/2023. Tất cả bệnh nhân nghiên cứu đều được tiến hành khám lâm sàng kỹ

theo mẫu nghiên cứu, được làm siêu âm và xét nghiệm đầy đủ về huyết học. **Kết quả:** Nữ (56,6%) nhiều hơn nam; Đa số người bệnh là dân tộc ít người (81,1%); Lứa tuổi 6-10 chiếm tỷ lệ cao nhất (56,6%), tuổi trung bình của trẻ là $7,9 \pm 0,83$. Biểu hiện lâm sàng lúc vào là: xạm da (69,8%), vàng da - vàng mắt (73,6%), gan to (86,8%), lách to chiếm 56,6% và có 20/53 bệnh nhân đã cắt lách (37,7%). Xét nghiệm cho thấy: số lượng hồng cầu trung bình của bệnh nhân là $3,06 \pm 1,02$ T/l, lượng huyết sắc tố của bệnh nhân thấp (Hb trung bình là $69,13 \pm 23,66$ g/l); nồng độ ferritin huyết thanh trung bình cao ($1436,07 \pm 369,24$). Sau khi điều trị truyền máu số lượng hồng cầu, nồng độ huyết sắc tố, nồng độ ferritin huyết thanh trong máu người bệnh đều tăng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với giá trị $p < 0,05$.

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Ngọc Linh

Email: phamngoclinh@tnmc.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.5.2023

Ngày duyệt bài: 25.5.2023

Từ khóa: Bệnh Thalassamie, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF THALASSEMIA PEDIATRIC PATIENTS IN THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

The aims were to describe the clinical, subclinical characteristics and review some characteristics after blood transfusion of thalassemia pediatric patients in Thai Nguyen National Hospital. **Methods:** A cross-sectional study was performed on 53 pediatric patients with thalassemia treated at the Clinical Hematology Department, Thai Nguyen Central Hospital from 1/2022 to 1/2023. **Results:** The female rate (56,6%) was higher than male rate; the majority of patients are ethnic minorities (81.1%); the age group 6-10 accounted for the highest percentage (56,6%), the mean age was $7,9 \pm 0,83$. Common clinical symptoms were: melasma (69,8%), jaundice (73,6%), hepatomegaly (86.8%), splenomegaly accounting for 56.6% and 20/53 patients had splenectomy (37.7%). The test showed that: mean RBC was $3,06 \pm 1,02$ T/l, mean Hb was low (mean Hb $69,13 \pm 23,66$ g/l), mean ferritin was high ($1436,07 \pm 369,24$). After blood transfusion treatment, the red blood cells, hemoglobin and ferritin in the blood of pediatric patients all increased, this difference was statistically significant with $p < 0.05$.

Keywords: Thalassamie, Thai Nguyen National Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thalassemia là một hội chứng bệnh hemoglobin di truyền (bệnh Hb), nguyên nhân do thiếu hụt tổng hợp một hay nhiều chuỗi polypeptide trong globin của Hb [9]. Thalassemia là bệnh khá phổ biến trên thế giới, WHO ước tính có khoảng 7% dân số thế giới mang gen bệnh và có hàng trăm nghìn ca mắc mới mỗi năm, đặc biệt xuất hiện nhiều ở trẻ em [10]. Tại Việt Nam, năm 2019 có khoảng 13 triệu người mang gen thalassemia. Trong đó, tỷ lệ người dân tộc thiểu số chiếm là khá cao từ 20-40%[1]. Tại Thái Nguyên người dân tộc thiểu số chiếm 28% dân số toàn tỉnh như vậy ước tính số người mang đột biến thalassemia là rất lớn [2].

Bệnh Thalassemia chủ yếu gây ra tình trạng tan máu, thiếu máu ở các mức độ từ nhẹ đến nặng, trường hợp nặng có thể gây ra tử vong nếu không được điều trị kịp thời [8]. Phương pháp điều trị Thalassemia phổ biến là truyền máu và thải sắt [10]. Truyền máu đầy đủ hạn chế được các biến chứng của bệnh nhưng khi truyền máu nhiều lần cũng gây ra các biến chứng làm ảnh hưởng nhiều đến thời gian sống và chất lượng sống của bệnh nhân [8].

Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên là bệnh viện lớn ở khu vực miền núi phía Bắc, đã và đang là nơi điều trị cho rất nhiều bệnh nhân Thalassemia ở trong tỉnh Thái Nguyên và các tỉnh Miền núi lân cận. Khoa Huyết học lâm sàng Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên mỗi năm tiếp nhận khoảng 250 đến 300 bệnh nhân thalassemia [6]. Để đánh giá thực trạng bệnh nhân, nâng cao chất lượng điều trị, cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh Thalassemia nhóm nghiên cứu tiến hành đề tài nghiên cứu "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhi Thalassemia điều trị tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên 2022" với các mục tiêu sau:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhi Thalassemia điều trị tại khoa Huyết học lâm sàng, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.
2. Nhận xét kết quả sau truyền máu của đối tượng nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 53 bệnh nhi ≤ 15 tuổi được chẩn đoán xác định Thalassemia, điều trị tại Khoa Huyết học lâm sàng, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên trong khoảng thời gian từ tháng 1/2022 đến 1/2023, đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ của nghiên cứu.

***Tiêu chuẩn loại trừ:** BN, cha/mẹ hoặc người bảo hộ của BN không đồng ý tham gia vào nghiên cứu. BN đang mắc các bệnh lý gây tăng ferritin nhưng không liên quan đến ứ sắt: bệnh gan do rượu, suy thận, ung thư, nhiễm trùng, bệnh tự miễn, suy giảm miễn dịch.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.
- Kỹ thuật chọn mẫu: mẫu thuận tiện
- Nội dung nghiên cứu: Bệnh nhân đều được hỏi, khám bệnh theo bệnh án chuyên khoa và làm các xét nghiệm huyết học đầy đủ:

+ Hỏi BN về: Tuổi, giới tính, dân tộc, tuổi chẩn đoán – điều trị bệnh, ...

+ Đánh giá triệu chứng lâm sàng: xạm da, vàng da, gan to, lách to, biến dạng xương, ...

+ Các xét nghiệm huyết học: định lượng Ferritine, Hb, RBC, MCV, MCH, ...

2.3. Xử lý số liệu: Các số liệu thu thập được xử lý theo thuật toán thống kê y học sử dụng phần mềm SPSS 18.0

2.4. Tuân thủ đạo đức trong nghiên cứu

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung của NB

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng

Biến Tuổi	Phân loại	Số lượng	Tỷ lệ %
	<5	12	22,6

	5-10	30	56,6
	>10	11	20,8
	$X \pm SD$	$7,9 \pm 0,83$	
Giới	Nữ	30	56,6
	Nam	23	43,4
Dân tộc	Thiếu số	43	81,1
	Kinh	10	18,9
Thể bệnh	α -Thalassemia	6	11,3
	HbE/ β -Thalassemia	30	34,0
	β -Thalassemia	40	54,7

Nhận xét: Kết quả khảo sát trên 53 NB cho thấy: lứa tuổi của trẻ bị Thalassemia trung bình là $7,9 \pm 0,83$, nhóm tuổi 6-10 chiếm tỷ lệ cao nhất (56,6%), nữ nhiều hơn nam, hầu hết là người dân tộc thiểu số chiếm 81,1%. Phần lớn BN mắc thể bệnh β -Thalassemia (54,7%). Kết quả này khá tương đồng với kết quả khảo sát của Phan Hùng Việt (2016) tuổi trung bình của trẻ Thalassemia là $8,0 \pm 0,7$ [8], kết quả khảo sát của Phạm Ngọc Linh (2020) cũng chỉ ra tỷ lệ nữ giới mắc bệnh nhiều hơn nam, dân tộc ít người nhiều hơn dân tộc kinh [6]. Hiệp hội Thalassemia quốc tế cho biết phân bố tuổi người bệnh thalassemia ở quốc gia chưa có chương trình dự phòng, tuổi phổ biến là dưới 10 tuổi [10]. Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên là trung tâm y tế đáng tin tưởng, nơi khám và điều trị cho nhiều tỉnh miền núi phía Bắc do vậy tỷ lệ bệnh nhân người dân tộc ít người sẽ thường nhiều hơn, giới nữ mắc nhiều hơn có lẽ do liên quan đến tiền sử về kinh nguyệt, sinh đẻ [6]. Kết quả nghiên cứu về thể bệnh của chúng tôi có khác một chút so với nghiên cứu của Phan Hùng Việt thực hiện tại khoa Nhi, bệnh viện Trung ương Huế lại cho thấy thể bệnh gặp nhiều nhất là β -Thalassemia/HbE (54,1%), kế đến là β -Thalassemia (29,7%) và ít nhất là α -Thalassemia (16,2%) [8].

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng của NB

Triệu chứng lâm sàng	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Xạm da	37	69,8	
Vàng da, vàng mắt	39	73,6	
Biến dạng xương	25	47,2	
Gan to	46	86,8	
Lách	Lách to	30	56,6
	Cắt lách	20	37,7

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng lúc vào cho thấy đa số bệnh nhân đều có tình trạng xạm da (69,8%), vàng da - vàng mắt (73,6%).

Bệnh nhân Thalassemia thường có biểu hiện xạm da. Xạm da xen lẫn với vàng da nên da người bệnh thường có màu "xì như màu đồng",

hiện tượng này thường gặp ở những bệnh nhân β Thal và β Thal/HbE. Nguyên nhân của nó chủ yếu là do tan huyết gây ra tình trạng thiếu máu mạn tính và nhiễm sắt kéo dài [8]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu của các tác giả khác như Phan Hùng Việt gặp xạm da 43,2%, Vàng da- vàng mắt 29,7% [8]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy số bệnh nhân có gan to chiếm tỉ lệ cao (86,8%); Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy Hằng với 90% bệnh nhân có biểu hiện gan to ở các mức độ khác nhau [hằng]. Gan to là triệu chứng quan trọng của hiện tượng nhiễm sắt. Ở bệnh nhân Thalassemia luôn có tình trạng quá tải sắt do quá trình tan máu, truyền máu và tăng hấp thu sắt, thêm nữa tình trạng tăng tạo máu ngoài tủy cũng là một nguyên nhân khiến gan to [10]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 20/53 bệnh nhân đã cắt lách (37,7%), số bệnh nhân có lách to chiếm 56,6%; Kết quả của chúng tôi có khác một chút so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy Hằng với 70,7% bệnh nhân trong nghiên cứu có lách to, bệnh nhân đã được cắt chiếm 15,7% [4]. Có thể do số bệnh nhi đã cắt lách nhiều nên tỉ lệ bệnh nhân có gan to sẽ thấp hơn các nghiên cứu khác.

Bảng 3. Triệu chứng cận lâm sàng của NB

Nội dung đánh giá	$X \pm SD$
RBC (T/l)	$3,06 \pm 1,02$
MCV (fl)	$74,7 \pm 5,52$
MCH (pg)	$22,1 \pm 1,96$
MCHC (g/l)	$287,5 \pm 4,9$
Hb (g/l)	$69,13 \pm 23,66$
Ferritin (ng/ml)	$1436,07 \pm 369,24$

Nhận xét: Các chỉ số hồng cầu của đối tượng nghiên cứu thấp hơn giá trị trung bình của người bình thường, số lượng hồng cầu trung bình của bệnh nhân là $3,06 \pm 1,02$ T/l, thể tích trung bình hồng cầu nhỏ (MCV trung bình là $74,7 \pm 5,52$ fl), huyết sắc tố trung bình hồng cầu giảm (MCH trung bình $22,1 \pm 1,96$ pg), nồng độ huyết sắc tố hồng cầu thấp (MCHC trung bình $287,5 \pm 4,9$ g/l). Nồng độ huyết sắc tố của bệnh nhân thấp (Hb trung bình là $69,13 \pm 23,66$ g/l); Giá trị trung bình của nồng độ ferritin huyết thanh rất cao ($1436,07 \pm 369,24$). Trong thalassemia luôn diễn ra tình trạng tan máu, đời sống hồng cầu ngắn và hiện tượng tăng sinh hồng cầu không hiệu quả của tủy xương dẫn đến số lượng hồng cầu trong máu ngoại vi giảm. Mặc dù hoạt động tăng sinh hồng cầu ở tủy gặp 6 lần bình thường song không bù đắp được hiện tượng tan máu ngoại biên [9]. Kết quả của chúng tôi tương tự

với nghiên cứu của các tác giả khác trong nước, kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Thu Huyền (2012) tìm thấy RBC là 3,14 T/l [5], tác giả Nguyễn Quang Hào cũng chỉ ra nồng độ Hb của các bệnh nhân thấp (69,97±14,60 g/l) [3]. Cùng với thiếu máu, bệnh nhân thalassemia cũng luôn xuất hiện tình trạng quá tải sắt, căn nguyên do đặc điểm màng hồng cầu không bền vững dễ gây tan máu, khi tan máu lại gây ức chế và giảm hepcidine nên cơ thể tăng hấp thu sắt trong khi bệnh nhân vẫn phải truyền máu nhiều lần do vậy càng làm thừa sắt [1].

3.3. Nhận xét một số kết quả sau truyền máu của đối tượng nghiên cứu.

Bảng 4. Nồng độ Hemoglobin sau 4 tuần điều trị

Hb (g/l)	Trước truyền máu n (%)	Sau truyền máu n (%)	p
Hb ≥ 120	0 (0,0)	14 (26,4)	<0,01
90 - <120	14 (26,4)	28 (52,8)	
60 - < 90	29 (54,7)	11 (20,8)	
30 - < 60	10 (18,9)	0 (0,0)	
Hb < 30	0 (0,0)	0 (0,0)	
X ± SD	69,13 ± 23,6	106,2 ± 15,3	

Nhận xét: Sau truyền máu, nồng độ Hemoglobin trung bình tăng lên (106,2±15,36g/l), 52,8% bệnh nhân có thiếu máu nhẹ (90≤Hb<120g/l), tỉ lệ bệnh nhân có nồng độ Hb ≥ 120 g/l sau truyền máu tăng lên 26,4%; Sự thay đổi nồng độ Hemoglobin trước sau điều trị có ý nghĩa thống kê, với p < 0,01. Kết quả nghiên cứu cho thấy việc truyền máu đã cải thiện đáng kể tình trạng thiếu máu của bệnh nhân Thalassemia, tuy nhiên tỉ lệ bệnh nhân có nồng độ Hemoglobin sau truyền < 90g/l còn chiếm 20,8%. Lý giải điều này theo chúng tôi là có thể do tình trạng tan máu của bệnh nhân sau truyền hoặc do quá trình bảo dưỡng máu.

Bảng 5. Số lượng hồng cầu sau 4 tuần điều trị

RBC (T/l)	Trước truyền máu n (%)	Sau truyền máu n (%)	p
≤4	35 (66,0)	4 (7,5)	<0,05
>4	18 (34,0)	49 (92,5)	

Nhận xét: Sau truyền máu, tỉ lệ bệnh nhân thiếu máu giảm còn 7,5%, số bệnh nhân có lượng hồng cầu >4T/l tăng lên 92,5%, sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Cùng với sự tăng lên của nồng độ Hemoglobin sau truyền máu, kết quả này gián tiếp khẳng định sự thay đổi về tình trạng thiếu máu của bệnh nhân Thalassemia sau truyền. Và điều này cũng phù hợp với một số nghiên cứu của các tác giả khác [3], [5].

Bảng 6. Ferritin huyết thanh sau 4 tuần điều trị

Ferritin (ng/ml)	Trước truyền máu n (%)	Sau truyền máu n (%)	p
< 300	7 (13,2)	5 (9,4)	<0,05
300 - 1000	23 (43,4)	10 (18,9)	
1000 - 2000	18 (34,0)	23 (43,4)	
> 2000	5 (9,4)	16 (30,2)	
X ± SD	1436,07±369,24	2638±499,54	

Nhận xét: Sau truyền máu, hàm lượng Ferritin của bệnh nhân tăng lên một cách rõ rệt. Tỉ lệ bệnh nhân có Ferritin tăng rất cao (Ferritin >2000ng/ml) chiếm 30,3%, tỉ lệ bệnh nhân có chỉ định thải sắt (Ferritin >1000ng/ml) lên tới 73,6%; Sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Chỉ định thải sắt là một việc quan trọng trong quá trình điều trị bệnh Thalassemia do hàm lượng Ferritin của bệnh nhân tăng sau quá trình truyền máu để tránh tình trạng nhiễm sắt. Đây là một yếu tố cần thực sự quan tâm trong quá trình điều trị bệnh Thalassemia. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi phản ánh tình trạng tăng Ferritin và các vấn đề xảy ra khi truyền máu của bệnh nhân Thalassemia [1].

IV. KẾT LUẬN

1. Đối tượng nghiên cứu gặp ở nữ nhiều hơn (56,6%), lứa tuổi trung bình của trẻ bị Thalassemia là 7,9 ± 0,83, nhóm tuổi 6-10 chiếm tỷ lệ cao nhất (56,6%), phần lớn BN là người dân tộc ít người (81,1%), trong đó chủ yếu BN mắc thể bệnh β-Thalassemia (54,7%).

2. Triệu chứng lâm sàng lúc vào cho thấy đa số bệnh nhân đều có tình trạng xạm da (69,8%), vàng da - vàng mắt (73,6%), gan to (86,8%), lách to chiếm 56,6% và có 20/53 bệnh nhân đã cắt lách (37,7%). Xét nghiệm máu cho thấy các chỉ số hồng cầu của đối tượng nghiên cứu thấp hơn giá trị trung bình của người bình thường, số lượng hồng cầu trung bình của bệnh nhân là 3,06 ± 1,02 T/l, nồng độ huyết sắc tố của bệnh nhân thấp (Hb trung bình là 69,13± 23,66 g/l); nồng độ ferritin huyết thanh trung bình cao (1463,07 ± 369,42).

3. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về số lượng hồng cầu, nồng độ huyết sắc tố, nồng độ ferritin huyết thanh trong máu người bệnh trước và sau truyền máu, với giá trị p < 0,05.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Anh T M, Sanchaisuriya K, Kieu G N, et al.** Thalassemia and Hemoglobinopathies in an Ethnic Minority Group in Northern Vietnam. Hemoglobin. 2019; 43 (4-5): 249-253
- Giang NK, Lập HK, Dũng NT.** Sàng lọc Thalassemia tại huyện Định Hóa, tỉnh Thái

- Nguyễn". Y học thành phố Hồ Chí Minh. (2017); 21 (6): 236-244.
3. **Hào NQ.** Bước đầu nghiên cứu điều trị bệnh nhân thalassemia người trưởng thành tại viện Huyết học - truyền máu Trung ương. Luận văn bác sĩ nội trú - Đại học Y Dược Thái Nguyên. 2010.
 4. **Hằng NTT.** Một số đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm ở bệnh nhân thalassemia tại khoa Nhi tổng hợp - Bệnh viện đa khoa vùng Tây Nguyên. Tạp chí trường Đại học Tây Nguyên. 2022; 52: 69-75
 5. **Khuyên PT.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm của bệnh nhân thalassemia gặp tại Viện Huyết học - truyền máu Trung ương năm 2012. Luận văn thạc sĩ y khoa - Đại học Y Hà Nội. 2022.
 6. **Linh PN.** Biến đổi hình thái và chức năng tim ở bệnh nhân beta thalassemia điều trị tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2020. Luận văn thạc sĩ - Đại học Y Dược Thái Nguyên. 2021.
 7. **Long V.** 13% dân số Việt Nam mang gen bệnh Thalassemia, cảnh báo hôn nhân cận huyết. <https://dangcongsan.vn/khoa-giao/13-dan-so-viet-nam-mang-gen-benh-thalassemia-can-hon-nhan-can-huyet-528085.html>. 2019.
 8. **Việt PH.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm bệnh Thalassemia ở trẻ em tại khoa Nhi Bệnh viện Trung ương Huế. Tạp chí Y Dược học Trường Đại học Y Dược Huế. 2016; 6(5): 69-75.
 9. **Vinh PQ.** Cấu trúc, chức năng tổng hợp huyết sắc tố. Bài giảng Huyết học Truyền máu. Nhà xuất bản y học. 2006; 69-74.
 10. **Thalassemia Internation Federation annual report** (2013).

PHÂN BỐ NGUỒN NHÂN LỰC BÁC SĨ RĂNG HÀM MẶT TRÊN ĐỊA BÀN TP.HCM TRƯỚC ĐẠI DỊCH COVID-19

Trần Thị Xuân Phượng*, Hoàng Trọng Hùng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát nguồn nhân lực Bác sĩ Răng Hàm Mặt (RHM) tại TP.HCM (TP.HCM) trước đại dịch COVID-19. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả tại TP.HCM năm 2016-2017, toàn bộ nhân sự Bác sĩ RHM đang công tác trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe răng miệng trên địa bàn TP.HCM. Dữ liệu trong các báo cáo chính thức của cơ quan chức năng: Chi cục Dân số TP.HCM, Sở Y tế TP.HCM, các đơn vị trực thuộc các Bộ ngành và các đơn vị trực thuộc Sở Y tế TP.HCM, gồm các Bác sĩ đủ điều kiện hành nghề chuyên khoa RHM đáp ứng quy định của pháp luật, có bằng cấp chuyên môn phù hợp, đã có Chứng chỉ hành nghề phù hợp với chuyên khoa RHM. Tỷ lệ nhân sự Bác sĩ RHM/dân và tỉ lệ nhân sự Bác sĩ RHM/10.000 dân được ghi nhận. **Kết quả:** TP.HCM có tổng cộng 2.158 Bác sĩ RHM, sự phân bố của Bác sĩ RHM ở các khu vực địa lý của thành phố bao gồm trung tâm: 1.385 Bác sĩ RHM (64,18%), cận trung tâm: 559 Bác sĩ RHM (25,90%) và ngoại thành: 214 Bác sĩ RHM (9,92%). Trong đó, 575 Bác sĩ RHM cơ sở Nhà nước và 1.583 Bác sĩ RHM cơ sở tư nhân, phân bố theo 3 khu vực thành phố lần lượt là 5,98 Bác sĩ RHM/10.000 dân ở trung tâm, 1,674 Bác sĩ RHM/10.000 dân ở cận trung tâm và 0,93 Bác sĩ RHM/10.000 dân ở ngoại thành. **Kết luận:** Có sự phân tầng về nguồn lực Bác sĩ RHM ở 3 vùng địa lý của TP.HCM cũng như giữa hệ thống công lập và tư nhân trước đại dịch COVID-19.

Từ khóa: Nguồn nhân lực y tế, Răng Hàm Mặt, TP.HCM.

SUMMARY

DISTRIBUTION OF ODONTO-STOMATOLOGICAL DOCTORS IN HO CHI MINH CITY BEFORE COVID-19 PANDEMIC

Objective: The aim of this study was to analyze the distribution of odonto-stomatological doctors in Ho Chi Minh City (HCMC) before the COVID-19 pandemic. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on dentists working in HCMC during the period of 2016-2017. Baseline data were collected from official reports of authorities, including the HCMC Population Department, HCMC Department of Health, and union organizations related to the HCMC Department of Health. The research subjects included dentists who were qualified to practice their specialty and who complied with the provisions of the law. The distribution of dentist resources in different geographical areas of the city was analyzed and the ratios of doctor personnel per population and subject personnel per 10,000 population were calculated. **Results:** The study sample comprised 2,158 odonto-stomatological doctors. Of these, 1,385 (64.18%) were in the city center, 559 (25.90%) in subcenters, and 214 (9.92%) in suburban areas. The number of doctors working in state and private facilities were 575 and 1,583, respectively. The ratios of doctor personnel per 10,000 population in the city center, subcenters, and suburban areas were 5.98, 1.674, and 0.93, respectively. **Conclusion:** Before the COVID-19 pandemic, there was a stratification of dental doctor resources in the geographical regions of HCMC, as well as between the public and private oral health service systems. **Keywords:** Medical resources, Odonto-Stomatology, Ho Chi Minh City.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nguồn nhân lực y tế có vai trò đặc biệt quan trọng trong việc chăm sóc, bảo vệ và nâng cao

*Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Trọng Hùng

Email: htrhung@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.5.2023

Ngày duyệt bài: 29.5.2023