

người bệnh Parkinson có tăng huyết áp giúp làm giảm gánh nặng cho người chăm sóc bệnh nhân Parkinson.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tarakad A, Jankovic J.** Diagnosis and Management of Parkinson's Disease. *Semin Neurol.* 2017;37(02):118-126. doi:10.1055/s-0037-1601888
2. **Unger T, Borghi C, Charchar F, et al.** 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. *Hypertension.* 2020;75(6):1334-1357. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026
3. **Wang X, Zeng F, Jin WS, et al.** Comorbidity burden of patients with Parkinson's disease and Parkinsonism between 2003 and 2012: A multicentre, nationwide, retrospective study in China. *Sci Rep.* 2017;7:1671. doi:10.1038/s41598-017-01795-0
4. **The global epidemiology of hypertension - PMC.** Accessed October 2, 2022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7998524/>
5. **Martinez-Martin P, Rodriguez-Blazquez C, Forjaz MJ, et al.** Neuropsychiatric symptoms and caregiver's burden in Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord.* 2015;21(6):629-634. doi:10.1016/j.parkreldis.2015.03.024
6. **Ozdilek B, Gunal DI.** Motor and non-motor symptoms in Turkish patients with Parkinson's disease affecting family caregiver burden and quality of life. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2012;24(4):478-483. doi:10.1176/appi.neuropsych.11100315
7. **Macchi ZA, Koljack CE, Miyasaki JM, et al.** Patient and caregiver characteristics associated with caregiver burden in Parkinson's disease: a palliative care approach. *Ann Palliat Med.* 2020;9(Suppl 1):S24-S33. doi:10.21037/apm.2019.10.01
8. **Genç F, Yuksel B, Tokuc FEU.** Caregiver Burden and Quality of Life in Early and Late Stages of Idiopathic Parkinson's Disease. *Psychiatry Investig.* 2019;16(4):285-291. doi: 10.30773/pi.2019.02.20

ĐẶC ĐIỂM THIẾU MÁU VÀ QUÁ TẢI SẮT CỦA BỆNH NHÂN THALASSEMIA ĐIỀU TRỊ TẠI VIỆN HUYẾT HỌC TRUYỀN MÁU TRUNG ƯƠNG GIAI ĐOẠN 2020 – 2022

Lại Thị Dung¹, Nguyễn Thị Thu Hà²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm thiếu máu và quá tải sắt của bệnh nhân Thalassemia tại Viện Huyết học Truyền máu Trung ương giai đoạn 2020 – 2022. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 3097 bệnh nhân Thalassemia điều trị tại Trung tâm Thalassemia, Viện Huyết học Truyền máu Trung ương từ 01/2020 đến 03/2022. **Kết quả:** Nhóm bệnh nhân β -Thalassemia thể nặng có nồng độ huyết sắc tố trung bình thấp nhất và tỉ lệ bệnh nhân thiếu máu nặng và rất nặng cao nhất. Sự khác biệt về nồng độ huyết sắc tố trung bình và mức độ thiếu máu giữa các thể bệnh là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Đa số bệnh nhân có thiếu máu mức độ vừa. Tuổi càng cao thì mức độ thiếu máu nhẹ càng tăng dần, còn mức độ thiếu máu nặng và rất nặng giảm dần. Một số dân tộc có mức độ thiếu máu nặng và rất nặng chiếm tỉ lệ cao như dân tộc Dao, Thái, Nùng. Giá trị trung bình nồng độ huyết sắc tố cao nhất ở khu vực đồng bằng sông Hồng và thấp nhất ở khu vực Tây Bắc Bộ. Nhóm bệnh nhân β -Thalassemia thể nặng có giá trị trung vị ferritin cao nhất và mức độ quá tải sắt trung bình và nặng

cao nhất. Sự khác biệt về giá trị trung vị ferritin và mức độ quá tải sắt giữa các thể bệnh (trừ cặp β -Thalassemia thể trung bình và β -Thalassemia/HbE) là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,005$). Một số dân tộc có bệnh nhân quá tải sắt mức độ nặng chiếm tỉ lệ cao như Sán Diu, Dao, Nùng. Giá trị trung vị Ferritin huyết thanh ở nhóm bệnh nhân sinh sống ở khu vực Đông Bắc Bộ là cao nhất, khu vực đồng bằng sông Hồng là thấp nhất. **Kết luận:** β -Thalassemia mức độ nặng có mức độ thiếu máu và quá tải sắt nặng chiếm tỉ lệ cao, tập trung chủ yếu ở một số dân tộc miền núi phía Bắc.

Từ khóa: Thalassemia, thiếu máu, quá tải sắt

SUMMARY

ANEMIA AND IRON OVERLOAD CHARACTERISTICS OF THALASSEMIA PATIENTS TREATED AT THE NATIONAL INSTITUTE OF HEMATOLOGY AND BLOOD TRANSFUSION IN THE PERIOD OF 2020 – 2022

Objectives: To describe anemia and iron overload characteristics of Thalassemia patients at the National Institute of Hematology and Blood Transfusion for the period 2020 - 2022. **Subjects and methods:** A cross-sectional study was conducted on 3187 Thalassemia patients treated at the Thalassemia Center, National Institute of Hematology and Blood Transfusion, from January 2020 to March 2022. **Results:** The group of patients with β -thalassemia major had the lowest mean hemoglobin concentration and the highest proportion of patients with severe and

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên

²Viện Huyết học – Truyền máu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Lại Thị Dung

Email: bsdungbvttdienbien@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 5.12.2022

Ngày duyệt bài: 20.12.2022

very severe anemia. The difference in the mean hemoglobin concentration and the degree of anemia between the disease forms was statistically significant ($p < 0.05$). Most patients had moderate anemia. With increasing age, the degree of mild anemia gradually increased, while the degree of severe and very severe anemia decreased gradually. Some ethnic groups had severe and very severe anemia, such as the Dao, Thai, and Nung ethnic groups. The mean hemoglobin concentration was highest in the Red River Delta and lowest in the Northwest region. The group of patients with β -Thalassaemia major had the highest median ferritin value and the highest moderate and severe iron overload. The difference in the median ferritin value and the degree of iron overload between the disease forms (except for the pair of moderate β -Thalassaemia and β -Thalassaemia/HbE) was statistically significant ($p < 0.005$). Some ethnic groups had high proportion of patients with severe iron overload, such as San Diu, Dao, and Nung. The median serum ferritin value in the group of patients living in the Northeast region was the highest, the Red River Delta region was the lowest. **Conclusion:** β -Thalassaemia major had a high proportion of severe anemia and iron overload, concentrated mainly in some ethnic groups in the northern mountainous region.

Keywords: Thalassaemia, anemia, iron overload

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế thế giới, bệnh huyết sắc tố ảnh hưởng tới 71% số nước trên thế giới. Hàng năm có 330.000 trẻ sinh ra bị bệnh (trong đó 83% là hồng cầu hình liềm và 17% là bệnh thalassaemia) và 3,4% trường hợp tử vong của trẻ dưới 5 tuổi nguyên nhân là do bệnh lý huyết sắc tố [1].

Bệnh nhân thalassaemia thuộc các thể nặng và trung bình thường có biểu hiện của hội chứng thiếu máu, hoàng đả, gan lách to, biến dạng xương và biểu hiện quá tải sắt trên lâm sàng. Biểu hiện thiếu máu của bệnh nhân thường nặng và dai dẳng, đòi hỏi bệnh nhân phải được truyền máu thường xuyên. Chính vì việc truyền máu thường xuyên nên bệnh nhân thường có tình trạng quá tải sắt. Biến chứng quá tải sắt là nguyên nhân chủ yếu làm tổn thương các cơ quan và tổ chức trong cơ thể, nếu gặp biến chứng nặng tại các cơ quan trọng yếu như tim và gan thì có thể dẫn đến tử vong [2].

Do đó, việc đánh giá tình trạng thiếu máu, quá tải sắt, cũng như mối liên quan của chúng với một số đặc điểm dịch tễ học ở bệnh nhân Thalassaemia là hết sức cần thiết. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm thiếu máu và quá tải sắt của bệnh nhân Thalassaemia tại Viện Huyết học Truyền máu Trung ương giai đoạn 2020 – 2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 3097 bệnh nhân Thalassaemia điều trị tại Trung tâm Thalassaemia, Viện Huyết học Truyền máu Trung ương từ tháng 01/2020 đến 03/2022.

*** Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Bệnh nhân được chẩn đoán bị bệnh Thalassaemia.

- Bệnh án của bệnh nhân có đủ thông tin về đặc điểm nhân khẩu học, kiểu đột biến gen globin.

*** Tiêu chuẩn loại trừ**

- Bệnh nhân tan máu bẩm sinh khác không phải là thalassaemia như thiếu G6PD, bệnh hồng cầu hình cầu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

*** Thiết kế nghiên cứu:** mô tả, cắt ngang

*** Một số chỉ số nghiên cứu:** Độ tuổi, nơi sống, dân tộc, thể bệnh thalassaemia, kiểu đột biến gen globin, nồng độ hemoglobin, ferritin huyết thanh.

*** Tiêu chuẩn chẩn đoán thể bệnh**

- β -Thalassaemia thể nặng: β^0/β^0

- β -Thalassaemia thể trung bình: β^0/β^+ , β^+/β^+

- β -Thalassaemia/HbE: β^0/β^E , β^+/β^E

- α -Thalassaemia: $--/\alpha$, $--/\alpha^T\alpha$

*** Tiêu chuẩn chẩn đoán thiếu máu:** Ở cả nam và nữ bình thường nồng độ hemoglobin trong máu trên 120 g/l; người ta coi người có hemoglobin dưới 120 g/l là thiếu máu, có thể chia ra:

- Thiếu máu nhẹ: hemoglobin từ 90–<120g/l

- Thiếu máu vừa: hemoglobin từ 60 –<90 g/l

- Thiếu máu nặng: hemoglobin từ 30–<60 g/l

- Thiếu máu rất nặng: hemoglobin < 30 g/l

*** Tiêu chuẩn chẩn đoán tình trạng quá tải sắt:** Nồng độ ferritin huyết thanh được sử dụng để đánh giá dự trữ sắt toàn bộ của cơ thể.

- Quá tải sắt mức độ nhẹ: Ferritin huyết thanh từ 300 - < 1000 (ng/ml)

- Quá tải sắt mức độ trung bình: Ferritin huyết thanh từ 1000 - < 2500 (ng/ml)

- Quá tải sắt mức độ nặng: Ferritin huyết thanh ≥ 2500 (ng/ml)

*** Xử lý số liệu:** bằng phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 22.0

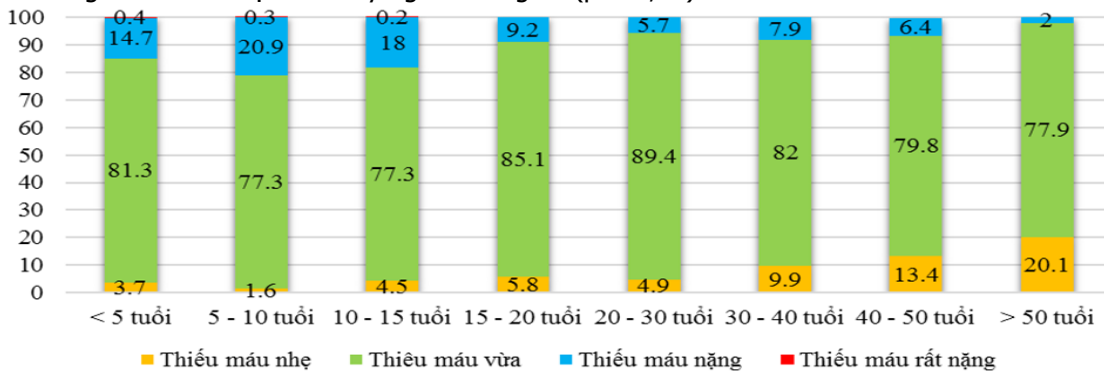
*** Đạo đức nghiên cứu:** Bệnh nhân hoặc người giám hộ được tư vấn một cách đầy đủ về nghiên cứu và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu. Các thông tin về bệnh nhân được bảo mật, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu chỉ phục vụ cho mục tiêu xây dựng kế hoạch để kiểm soát tốt hơn bệnh thalassaemia, ngoài ra không có mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm nồng độ huyết sắc tố theo thể bệnh (n=3097)

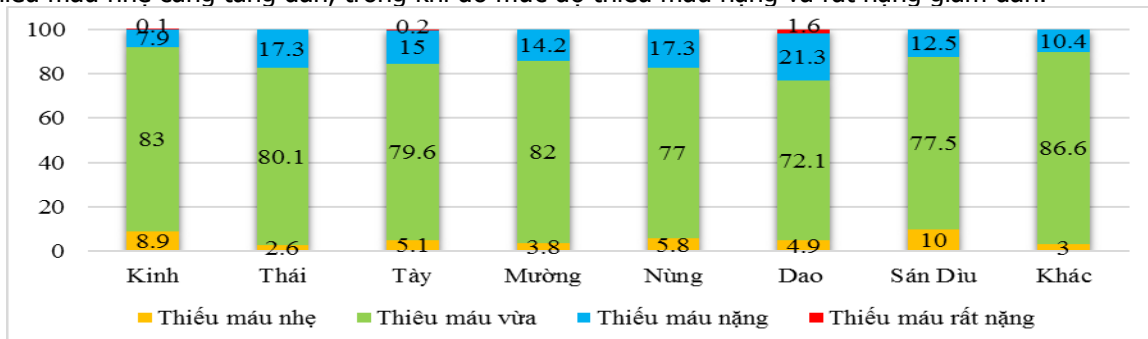
Đặc điểm	α -thalassemia (n=587) (1)	β -thalassemia nặng (n=576) (2)	β -thalassemia trung bình (n=204) (3)	β -thalassemia/HbE (n=1730) (4)	p
HST trung bình	80,4 ± 12,0	66,4 ± 11,8	75,6 ± 11,9	72,9 ± 10,2	p (1)(2) < 0,001 p (1)(3) < 0,001 p (1)(4) < 0,001 p (2)(3) < 0,001 p (2)(4) < 0,001 p (3)(4) < 0,05
Mức độ thiếu máu					p < 0,001
- Không thiếu máu	2 (0,3)	0 (0)	(0)	0 (0)	
- Nhẹ	102 (17,4)	10 (1,7)	19 (9,3)	61 (3,5)	
- Vừa	451 (76,8)	407 (70,7)	164 (80,4)	1497 (86,5)	
- Nặng	32 (5,5)	156 (27,1)	21 (10,3)	171 (9,9)	
- Rất nặng	0 (0)	3 (0,5)	0 (0)	1 (0,1)	

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân β -Thalassemia thể nặng có nồng độ huyết sắc tố trung bình thấp nhất (66,4 g/l) và tỉ lệ bệnh nhân thiếu máu nặng và rất nặng cao nhất (27,6%), tiếp đến là nhóm bệnh nhân β -Thalassemia/HbE (72,9 g/l và 10%), β -Thalassemia thể trung bình (75,6 g/l và 10,3%). Nhóm α -Thalassemia có nồng độ huyết sắc tố trung bình cao nhất (80,4 g/l) và tỉ lệ thiếu máu nặng và rất nặng thấp nhất (chiếm 5,5%). Sự khác biệt về nồng độ huyết sắc tố trung bình và mức độ thiếu máu giữa các thể bệnh là có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).



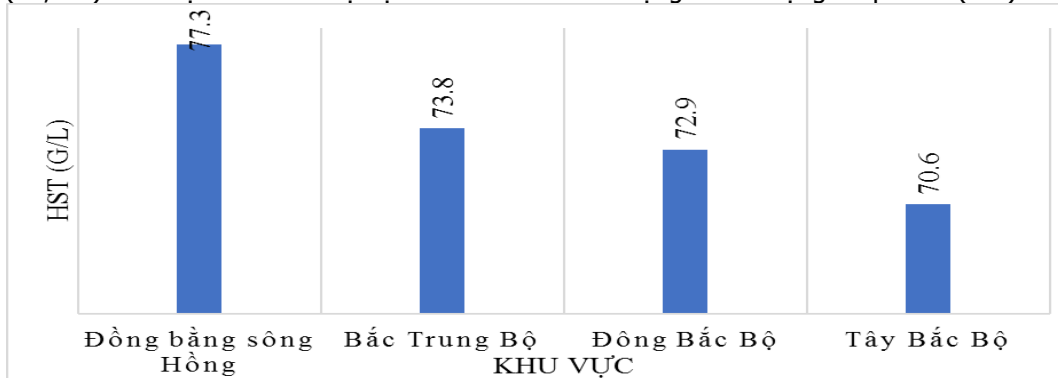
Biểu đồ 1. Đặc điểm mức độ giảm huyết sắc tố theo nhóm tuổi

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có thiếu máu mức độ vừa. Các bệnh nhân trẻ tuổi (dưới 15 tuổi) có tỉ lệ bệnh nhân thiếu máu mức độ nặng cao hơn các nhóm tuổi trên 15. Tuổi càng cao thì mức độ thiếu máu nhẹ càng tăng dần, trong khi đó mức độ thiếu máu nặng và rất nặng giảm dần.



Biểu đồ 2. Đặc điểm mức độ giảm huyết sắc tố theo dân tộc

Nhận xét: Có sự phân bố không đồng đều về mức độ thiếu máu giữa các dân tộc. Một số dân tộc có mức độ thiếu máu nặng và rất nặng chiếm tỉ lệ cao như dân tộc Dao (22,9%), Thái (17,3%), Nùng (17,3%). Dân tộc Kinh có tỉ lệ bệnh nhân thiếu máu nặng và rất nặng thấp nhất (8%).



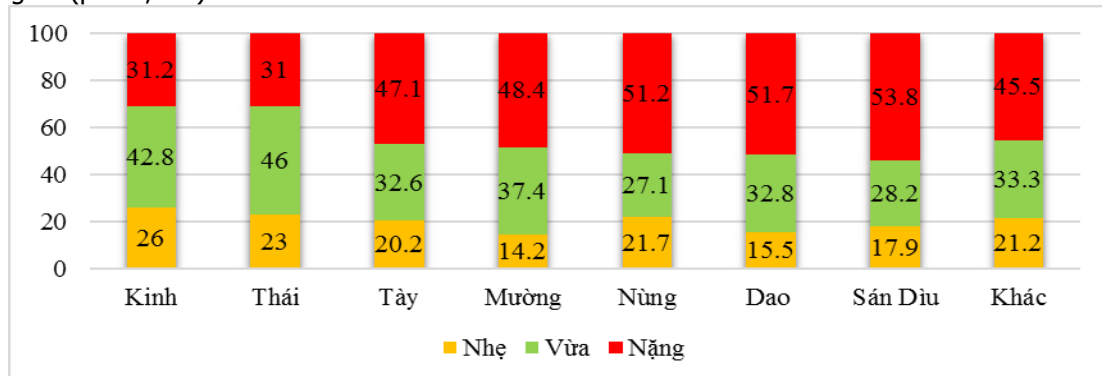
Biểu đồ 3. Đặc điểm huyết sắc tố trung bình theo địa bàn cư trú

Nhận xét: Giá trị trung bình nồng độ huyết sắc tố thay đổi theo khu vực địa bàn cư trú, cao nhất ở khu vực đồng bằng sông Hồng, tiếp đến là khu vực Bắc Trung Bộ, Đông Bắc Bộ, và thấp nhất ở khu vực Tây Bắc Bộ.

Bảng 2. Đặc điểm ferritin huyết thanh theo thể bệnh (n=3097)

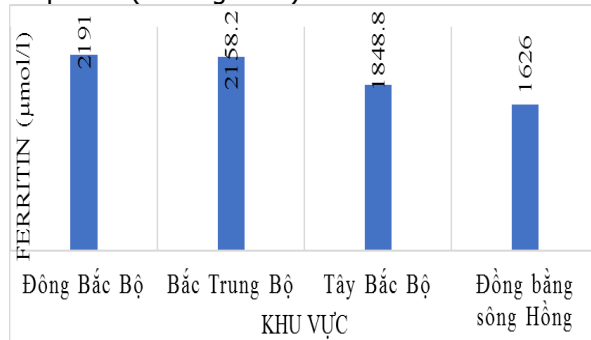
Đặc điểm	α -thalassemia (n=592)	β -thalassemia nặng (n=671)	β -thalassemia trung bình (n=120)	β -thalassemia/HbE (n=1714)	p
Ferritin, trung vị (tứ phân vị)	982,3 (440,7 – 1760,9)	2794,6 (1374,2 – 4517,8)	2128,5 (1201,1 – 3607,9)	1881,5 (1071,0 – 3276,5)	p (1)(2) < 0,001 p (1)(3) < 0,001 p (1)(4) < 0,001 p (2)(3) < 0,005 p (2)(4) < 0,001 p (3)(4) > 0,05
Mức độ quá tải sắt					p < 0,001
- Không quá tải	85 (14,5)	18 (3,1)	10 (4,9)	59 (3,4)	
- Nhẹ	213 (36,3)	85 (14,8)	27 (13,2)	327 (18,9)	
- Trung bình	207 (35,3)	157 (27,3)	83 (40,7)	717 (41,4)	
- Nặng	82 (14)	316 (54,9)	84 (41,2)	627 (36,2)	

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân β -Thalassemia thể nặng có giá trị trung vị ferritin cao nhất và mức độ quá tải sắt trung bình và nặng cao nhất, tiếp đến là nhóm bệnh nhân β -Thalassemia thể trung bình, β -Thalassemia/HbE và α -Thalassemia. Sự khác biệt về giá trị trung vị ferritin và mức độ quá tải sắt giữa các thể bệnh (trừ cặp β -Thalassemia thể trung bình và β -Thalassemia/HbE) là có ý nghĩa thống kê (p < 0,005).



Biểu đồ 4. Đặc điểm mức độ quá tải sắt theo dân tộc

Nhận xét: Các dân tộc có các mức độ quá tải sắt khác nhau. Một số dân tộc có bệnh nhân quá tải sắt mức độ nặng chiếm tỉ lệ cao như Sán Dìu (53,8%), Dao (51,7%), Nùng (51,2). Dân tộc Kinh và Thái có tỉ lệ quá tải sắt mức độ nặng là thấp nhất (khoảng 31%).



Biểu đồ 5. Đặc điểm ferritin trung bình theo địa bàn cư trú

Nhận xét: Giá trị trung vị Ferritin huyết thanh ở nhóm bệnh nhân sinh sống ở khu vực Đông Bắc Bộ là cao nhất (2191 ng/mL), tiếp đến là khu vực Bắc Trung Bộ (2158,2 ng/mL) và khu vực Tây Bắc Bộ (1848,8 ng/mL). Giá trị trung vị Ferritin huyết thanh ở nhóm bệnh nhân sinh sống ở khu vực đồng bằng sông Hồng là thấp nhất (1626 ng/mL).

IV. BÀN LUẬN

Thiếu máu là triệu chứng chính thường gặp ở bệnh nhân Thalassemia. Bệnh nhân có biểu hiện thiếu máu mạn tính với mức độ thiếu máu nhiều hay ít tùy theo mức độ nặng của bệnh. Một số yếu tố như tình trạng sốt, nhiễm trùng, có thai có thể làm cho biểu hiện thiếu máu nặng hơn. Hiện nay, bệnh nhân thalassemia thường được chẩn đoán điều trị bằng truyền máu khá sớm nên mức độ thiếu máu còn chịu ảnh hưởng của việc truyền máu. Theo liên đoàn Thalassemia thế giới, đối với bệnh nhân Thalassemia mức độ nặng, truyền máu được chỉ định khi huyết sắc tố dưới 90 g/l; trong khi đó, đối với bệnh nhân Thalassemia mức độ trung bình và nhẹ, truyền máu được chỉ định khi huyết sắc tố dưới 70 g/l hoặc có các vấn đề khác đi kèm [3]. Kết quả bảng 1 của chúng tôi cho thấy nhóm bệnh nhân β -Thalassemia thể nặng có nồng độ huyết sắc tố trung bình thấp nhất (66,4 g/l) và tỉ lệ bệnh nhân thiếu máu nặng và rất nặng cao nhất (27,6%), tiếp đến là nhóm bệnh nhân β -Thalassemia/HbE (72,9 g/l và 10%), β -Thalassemia thể trung bình (75,6 g/l và 10,3%). Nhóm α -Thalassemia có nồng độ huyết sắc tố

trung bình cao nhất (80,4 g/l) và tỉ lệ thiếu máu nặng và rất nặng thấp nhất (chiếm 5,5%). Sự khác biệt về nồng độ huyết sắc tố trung bình và mức độ thiếu máu giữa các thể bệnh là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả của chúng tôi là tương đồng với nghiên cứu của Phùng Nhã Hạnh và Lê Thị Na. Các nghiên cứu này đều chỉ ra đa số bệnh nhân α -Thalassemia có thiếu máu mức độ nhẹ và vừa, trong khi đó đa số bệnh nhân β -Thalassemia và β -Thalassemia/HbE có thiếu máu mức độ vừa và nặng [4], [5].

Biểu đồ 1 cho thấy mức độ giảm huyết sắc tố theo nhóm tuổi. Đa số bệnh nhân có thiếu máu mức độ vừa. Các bệnh nhân trẻ tuổi (dưới 15 tuổi) có tỉ lệ bệnh nhân thiếu máu mức độ nặng cao hơn các nhóm tuổi trên 15. Tuổi càng cao thì mức độ thiếu máu nhẹ càng tăng dần, trong khi đó mức độ thiếu máu nặng và rất nặng giảm dần. Kết quả này cũng phù hợp với đặc điểm của nhóm bệnh nhân β -Thalassemia thể nặng, đa số có độ tuổi còn rất trẻ, tuy nhiên đã có biểu hiện của thiếu máu nặng và rất nặng, đòi hỏi phải nhập viện để truyền máu.

Mức độ giảm huyết sắc tố theo dân tộc (biểu đồ 2) cho thấy có sự phân bố không đồng đều về mức độ thiếu máu giữa các dân tộc. Một số dân tộc có mức độ thiếu máu nặng và rất nặng chiếm tỉ lệ cao như dân tộc Dao (22,9%), Thái (17,3%), Nùng (17,3%). Dân tộc Kinh có tỉ lệ bệnh nhân thiếu máu nặng và rất nặng thấp nhất (8%). Kết quả này cũng phù hợp với tỉ lệ mang gen β^0 -thalassemia trong cộng đồng ở những dân tộc trên là tương đối cao. Dẫn đến, tỉ lệ bệnh nhân có β -Thalassemia thể nặng chiếm tỉ lệ cao. Trong khi đó, dân tộc Kinh chủ yếu sinh sống ở khu vực đồng bằng và các thành phố, thị xã, do vậy bệnh nhân có điều kiện tiếp cận với các dịch vụ y tế sớm hơn và tốt hơn, bệnh nhân được chẩn đoán, điều trị và truyền máu sớm hơn, dẫn đến tỉ lệ thiếu máu nặng và rất nặng chỉ chiếm tỉ lệ thấp. Việc khảo sát đặc điểm về mức độ thiếu máu theo dân tộc còn góp phần giúp cho định hướng chiến lược trong kiểm soát và điều trị Thalassemia một cách hiệu quả hơn, đặc biệt là những dân tộc có tỉ lệ và mức độ thiếu máu nặng như Dao, Thái, Nùng.

Biểu đồ 3 cho thấy phân bố mức độ thiếu máu theo địa bàn cư trú. Chúng tôi nhận thấy giá trị trung bình nồng độ huyết sắc tố thay đổi theo khu vực địa bàn cư trú, cao nhất ở khu vực đồng bằng sông Hồng, tiếp đến là khu vực Bắc Trung Bộ, Đông Bắc Bộ, và thấp nhất ở khu vực Tây Bắc Bộ. Kết quả này cũng phù hợp với đặc điểm phân bố của các dân tộc theo địa bàn cư

trú. Các dân tộc Thái, Dao, Nùng chủ yếu sống ở khu vực vùng núi phía Bắc (Tây Bắc Bộ và Đông Bắc Bộ). Ở những vùng này, điều kiện tiếp cận với các cơ sở y tế còn rất khó khăn. Ngoài ra, việc đảm bảo cung cấp đủ máu và chế phẩm máu phục vụ điều trị cũng còn rất hạn chế.

Khi khảo sát đặc điểm ferritin huyết thanh của bệnh nhân theo thể bệnh (bảng 2), chúng tôi nhận thấy, nhóm bệnh nhân β -Thalassemia thể nặng có giá trị trung vị ferritin cao nhất và mức độ quá tải sắt trung bình và nặng cao nhất, tiếp đến là nhóm bệnh nhân β -Thalassemia thể trung bình, β -Thalassemia/HbE và α -Thalassemia. Sự khác biệt về giá trị trung vị ferritin và mức độ quá tải sắt giữa các thể bệnh (trừ cặp β -Thalassemia thể trung bình và β -Thalassemia/HbE) là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,005$). Tỷ lệ quá tải sắt mức độ nặng là khác nhau ở nhiều nghiên cứu. Nghiên cứu của Mohd Ibrahim năm 2018 cho thấy tỷ lệ quá tải sắt mức độ nặng là 26,53% [6]; trong khi đó nghiên cứu của Lê Thị Na [5] và của Đào Thị Thiết [7] cho thấy tỷ lệ lên tới lần lượt là 57,9% và 69,2%. Như vậy, chúng ta có thể nhận thấy, tỷ lệ quá tải sắt mức độ nặng ở Việt Nam còn tương đối cao. Điều này cho thấy việc tiếp cận với các biện pháp chẩn đoán cũng như điều trị quá tải sắt ở nước ta còn rất hạn chế.

Biểu đồ 4 và biểu đồ 5 cho thấy đặc điểm mức độ quá tải sắt theo dân tộc cũng như theo địa bàn cư trú. Các dân tộc có các mức độ quá tải sắt khác nhau. Một số dân tộc có bệnh nhân quá tải sắt mức độ nặng chiếm tỷ lệ cao như Sán Dìu (53,8%), Dao (51,7%), Nùng (51,2). Dân tộc Kinh và Thái có tỷ lệ quá tải sắt mức độ nặng là thấp nhất (khoảng 31%). Giá trị trung vị Ferritin huyết thanh ở nhóm bệnh nhân sinh sống ở khu vực Đông Bắc Bộ là cao nhất (2191 ng/ml), tiếp đến là khu vực Bắc Trung Bộ (2158,2 ng/ml) và khu vực Tây Bắc Bộ (1848,8 ng/ml). Giá trị trung vị Ferritin huyết thanh ở nhóm bệnh nhân sinh sống ở khu vực đồng bằng sông Hồng là thấp nhất (1626 ng/ml). Kết quả này hoàn toàn phù hợp với đặc điểm là một số dân tộc miền núi phía Bắc có tỷ lệ β -Thalassemia thể nặng chiếm tỷ lệ cao, bệnh nhân thường có thiếu máu mức độ nặng và đòi hỏi phải truyền máu nhiều. Tuy nhiên do nhiều nguyên nhân như điều kiện kinh tế, khả năng tiếp cận với các thuốc thải sắt cũng như tiếp cận với các dịch vụ y tế nói chung còn rất hạn chế. Từ kết quả trên, chúng ta cần có chiến lược cụ thể để phát triển năng lực y tế của các vùng còn khó khăn, giúp giảm tỷ lệ bệnh nhân có thiếu máu và quá tải sắt mức độ nặng,

nâng cao kết quả điều trị cũng như chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

- Nhóm bệnh nhân β -Thalassemia thể nặng có nồng độ huyết sắc tố trung bình thấp nhất và tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu nặng và rất nặng cao nhất. Sự khác biệt về nồng độ huyết sắc tố trung bình và mức độ thiếu máu giữa các thể bệnh là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Đa số bệnh nhân có thiếu máu mức độ vừa. Tuổi càng cao thì mức độ thiếu máu nhẹ càng tăng dần, còn mức độ thiếu máu nặng và rất nặng giảm dần. Một số dân tộc có mức độ thiếu máu nặng và rất nặng chiếm tỷ lệ cao như dân tộc Dao, Thái, Nùng. Giá trị trung bình nồng độ huyết sắc tố cao nhất ở khu vực đồng bằng sông Hồng và thấp nhất ở khu vực Tây Bắc Bộ.

- Nhóm bệnh nhân β -Thalassemia thể nặng có giá trị trung vị ferritin cao nhất và mức độ quá tải sắt trung bình và nặng cao nhất. Sự khác biệt về giá trị trung vị ferritin và mức độ quá tải sắt giữa các thể bệnh (trừ cặp β -Thalassemia thể trung bình và β -Thalassemia/HbE) là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,005$). Một số dân tộc có bệnh nhân quá tải sắt mức độ nặng chiếm tỷ lệ cao như Sán Dìu, Dao, Nùng. Giá trị trung vị Ferritin huyết thanh ở nhóm bệnh nhân sinh sống ở khu vực Đông Bắc Bộ là cao nhất, khu vực đồng bằng sông Hồng là thấp nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Modell B., Darlison M.** (2008). Global epidemiology of haemoglobin disorders and derived service indicators. *Bull World Health Organ*, 86(6): 480-7.
2. **Taher A. T., Saliba A. N.** (2017). Iron overload in thalassemia: different organs at different rates. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program*, 2017(1): 265-271.
3. **Cappellini M. D., Cohen A., Eleftheriou A., et al.** (2008), in *Guidelines for the Clinical Management of Thalassaemia* Thalassaemia International Federation© 2008 Thalassaemia International Federation.: Nicqisia (CY).
4. **Phùng Nhã Hạnh Nguyễn Văn Thường, Nguyễn Văn Long, Nguyễn Đăng Hoàn** (2016). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm, kiểu đột biến và nhận xét hiệu quả truyền máu ở bệnh nhân Thalassemia tại bệnh viện đa khoa Xanh Pôn năm 2015. *Y học Việt Nam*, (448): 119 - 127.
5. **Lê Thị Na Nguyễn Thị Huyền, Hà Mạnh Quyết, Nguyễn Thị Mây, Nguyễn Thị Hiền** (2016). Nhận xét đặc điểm dịch tễ - lâm sàng người bệnh Thalassemia điều trị tại trung tâm Huyết học - Truyền máu, bệnh viện đa khoa Phú Thọ. *Y học Việt Nam*, Số đặc biệt(448): 145 - 152.
6. **Mohd Ibrahim H., Muda Z., Othman I. S., et al.** (2020). Observational study on the current

status of thalassaemia in Malaysia: a report from the Malaysian Thalassaemia Registry10(6): e037974.

7. **Đào Thị Thiết Nguyễn Hà Thanh, Nguyễn Thị Thu Hà, Ngô Mạnh Quân, Bạch Quốc Khánh**

(2016). Đánh giá kết quả điều trị thải sắt bằng Deferasirox ở bệnh nhân Thalassaemia tại viện Huyết học - Truyền máu Trung ương. Y học Việt Nam, Số đặc biệt(448): 137 - 144.

HIỆU QUẢ DỰ PHÒNG TỤT HUYẾT ÁP CỦA CÁC LIỀU TRUYỀN TÍNH MẠCH NORADRENALIN KHÁC NHAU TRONG GÂY TÊ TỦY SỐNG ĐỂ MỔ LẤY THAI

Phan Văn Hảo¹, Nguyễn Toàn Thắng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả dự phòng tụt huyết áp và ảnh hưởng không mong muốn của ba liều truyền tĩnh mạch noradrenalin khác nhau trong gây tê tủy sống để mổ lấy thai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** gồm 120 sản phụ mang thai đủ tháng có chỉ định gây tê tủy sống để mổ lấy thai chủ động được chia ngẫu nhiên làm ba nhóm nhận ba liều noradrenalin truyền tĩnh mạch là 0,025 µg/kg/phút; 0,05 µg/kg/phút và 0,075 µg/kg/phút ngay khi gây tê tủy sống. Các tiêu chí đánh giá chính gồm: tỉ lệ tụt huyết áp, tỉ lệ tăng huyết áp, tần số tim chậm, tỉ lệ buồn nôn và nôn, điểm Apgar và khí máu động mạch rốn. **Kết quả:** Tỉ lệ tụt huyết áp ở nhóm 0,05 µg/kg/phút và nhóm 0,075 µg/kg/phút (đều là 10%) thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm 0,025 µg/kg/phút (27,5%) ($p < 0,05$). Tỉ lệ tăng huyết áp ở nhóm liều 0,075 µg/kg/phút là 5% ($n=2$), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với 2 nhóm còn lại. Tỉ lệ tần số tim chậm, buồn nôn và nôn ở mẹ, điểm Apgar sau 1 và 5 phút, khí máu động mạch rốn của sơ sinh là tương đương nhau giữa ba nhóm ($p > 0,05$). **Kết luận:** Hai liều truyền tĩnh mạch noradrenalin 0,05 µg/kg/phút và 0,075 µg/kg/phút có hiệu quả làm giảm sự tụt huyết áp sau gây tê tủy sống trong mổ lấy thai hơn liều 0,025 µg/kg/phút. Liều 0,075 µg/kg/phút có thể gây tăng huyết áp. Không có sự khác biệt về tỉ lệ tần số tim chậm, buồn nôn và nôn, kết quả trên trẻ sơ sinh giữa ba nhóm nghiên cứu.

Từ khóa: noradrenalin, tụt huyết áp, dự phòng, gây tê tủy sống cho mổ lấy thai.

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF HYPOTENSIVE PROPHYLAXIS BETWEEN DIFFERENT DOSES OF INTRAVENOUS NORADRENALINE DURING SPINAL

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Toàn Thắng

Email: nguyentoanthang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 1.12.2022

Ngày duyệt bài: 12.12.2022

ANESTHESIA IN CESAREAN DELIVERY

Objectives: This study is aimed to evaluate the effectiveness of hypotensive prophylaxis and the side effects of three different doses of noradrenaline infusion in spinal anesthesia for cesarean section. **Subjects and methods:** 120 full-term pregnant women with prescription for spinal anesthesia for cesarean section were randomly divided into three groups to receive three different noradrenaline infusion doses of 0,025 µg/kg/min, 0,05 µg/kg/min, and 0,075 µg/kg/min during spinal anesthesia. The primary endpoints included: rate of hypotension, hypertension, and bradycardia; incidence of nausea and vomiting, Apgar score, and umbilical artery blood gases. **Results:** In the groups receiving 0,05 µg/kg/min and 0,075 µg/kg/min of noradrenaline, the rate of hypotension was 10%, which was significantly lower compared to the group receiving 0,025 µg/kg/min (27.5%) ($p < 0,05$). The rate of hypertension in the 0,075 µg/kg/min dose group was 5% ($n=2$), but the difference was not statistically significant compared to the other two groups. The rates of bradycardia, maternal nausea and vomiting, Apgar scores after one and five minutes, and neonatal umbilical artery blood gases were similar among the three groups ($p > ,05$). **Conclusion:** Both the 0,05 µg/kg/min and 0,075 µg/kg/min noradrenalin infusion rates effectively reduced postspinal hypotension during cesarean delivery compared with the 0,025 µg/kg/min infusion rate. A dose of 0,075 µg/kg/min can cause an increase in blood pressure. There were no differences in the rates of bradycardia, nausea, and vomiting, in neonatal outcomes among the three study groups. **Keywords:** Noradrenalin, hypotension, prophylaxis, spinal anesthesia for cesarean delivery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khi không có chống chỉ định, gây tê tủy sống là phương pháp vô cảm được lựa chọn trong mổ lấy thai. Tụt huyết áp là biến chứng thường gặp khi gây tê tủy sống (GTTS) và có thể gây nguy hiểm cho cả mẹ và con. Cơ chế gây tụt huyết áp chủ yếu liên quan đến tác dụng ức chế thần kinh giao cảm của thuốc tê khi bơm vào tủy sống gây giãn mạch và giảm tần số tim, ngoài ra còn có vai trò của mất máu, sử dụng các thuốc tăng co