

EVALUATION OF IRON OVERLOAD IN THALASSEMIA PATIENTS TREATED AT THONG NHAT GENERAL HOSPITAL IN 2023

Ho Thi Phuong Anh*, Nguyen Thi Hien, Bui Van Luan

Thong Nhat general Hospital of Dong Nai province - 234 National Highway 1, Tan Bien Ward, Bien Hoa City, Dong Nai Province, Vietnam

Received: 12/01/2024

Revised: 30/01/2024; Accepted: 22/02/2024

ABSTRACT

Thalassemia is a hemoglobin disease caused by reduction or loss of the synthesis of one or more polypeptide chains in the globin of the hemoglobin molecule. Thalassemic patients or who had thalassemic genes are found in all provinces/cities and all ethnic groups nationwide. Investigating iron overload in Thalassemia patients is very important in providing a comprehensive view, then helping doctors more effectively treat iron chelation, contributing to improving the long-term prognosis of Thalassemia patients.

Objective: To evaluate iron overload in Thalassemia patients treated at Thong Nhat General Hospital in 2023

Research method: Retrospective and prospective study, describing a series of cases, conducted on 77 Thalassemia patients at the hematology clinic and clinical hematology unit in Department of General Internal Medicine - Thong Nhat General Hospital in Dong Nai from January to June 2023.

Research results: Beta Thalassemia, Beta Thalassemia HbE and Alpha Thalassemia accounted for 55.8%, 23.4% and 20.8% respectively. Iron overload accounted for 84.5%, of which severe iron overload accounted for 16.9%, while mild and moderate iron overload accounted for 67.6%. The patients responded to the iron chelator Deferiprone after 3 months of treatment with a median decrease in serum Ferritin concentration were of 68.2(-36.8 – 259.0) ng/mL. There were strong correlations between serum Ferritin and Hb, direct coombs and ALT.

Conclusion: Thalassemia patients who had severe iron overload accounted for 16.9%, while mild and moderate iron overload accounted for 67.6%. The patient responded to the iron chelator Deferiprone after 3 months of treatment. There were strong correlations between serum Ferritin and Hb, Direct Coombs and ALT.

Keywords: Iron overload, Thalassemia.

*Corresponding author

Email address: hophuonganh216@gmail.com

Phone number: (+84) 979 822 411

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD1.961>



ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG QUÁ TẢI SẮT TRÊN BỆNH NHÂN THALASSEMIA ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THỐNG NHẤT NĂM 2023

Hồ Thị Phương Anh*, Nguyễn Thị Hiền, Bùi Văn Luân

Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất tỉnh Đồng Nai - 234 Quốc lộ 1, phường Tân Biên. Tp. Biên Hòa, tỉnh Đồng Nai, Việt Nam

Ngày nhận bài: 12 tháng 01 năm 2024

Chỉnh sửa ngày: 30 tháng 01 năm 2024; Ngày duyệt đăng: 22 tháng 02 năm 2022

TÓM TẮT

Thalassemia là bệnh về huyết sắc tố do giảm hoặc mất tổng hợp một hay nhiều chuỗi polypeptid trong globin của phân tử hemoglobin. Người bị bệnh và mang gen bệnh có ở tất cả các tỉnh/thành phố, ở tất cả các dân tộc trên toàn quốc. Việc khảo sát tình trạng quá tải sắt ở các bệnh nhân Thalassemia rất quan trọng, đưa ra cái nhìn toàn diện, từ đó giúp các bác sĩ điều trị thải sắt hiệu quả hơn, góp phần cải thiện tiên lượng lâu dài của bệnh nhân Thalassemia.

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng quá tải sắt trên bệnh nhân Thalassemia điều trị tại Bệnh viện đa khoa Thống Nhất năm 2023

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, tiền cứu, mô tả hàng loạt ca, tiến hành trên 77 bệnh nhân Thalassemia tại phòng khám huyết học và đơn vị huyết học lâm sàng - Khoa nội tổng hợp - BV đa khoa Thống Nhất từ tháng 01 đến 06 năm 2023.

Kết quả nghiên cứu: Thể bệnh Beta Thalassemia, Beta Thalassemia HbE và Alpha Thalassemia chiếm tỉ lệ lần lượt là 55,8%, 23,4% và 20,8%. Tình trạng quá tải sắt chiếm 84,5%, trong đó quá tải sắt mức độ nặng chiếm 16,9 % và quá tải sắt mức độ nhẹ và trung bình chiếm 67,6%. Bệnh nhân có đáp ứng với thuốc thải sắt Deferiprone sau 3 tháng điều trị với mức giảm nồng độ Ferritin huyết thanh trung vị là 68,2(-36,8 – 259,0) ng/mL. Có mối tương quan mạnh giữa Ferritin huyết thanh với Hb, coombs trực tiếp và ALT.

Kết luận: Bệnh nhân Thalassemia có quá tải sắt mức độ nặng chiếm 16,9 % và quá tải sắt mức độ nhẹ và trung bình chiếm 67,6%. Bệnh nhân có đáp ứng với thuốc thải sắt Deferiprone sau 3 tháng điều trị. Có mối tương quan mạnh giữa Ferritin huyết thanh với Hb, Coombs trực tiếp và ALT.

Từ khóa: Quá tải sắt, Thalassemia.

*Tác giả liên hệ

Email: hophuonganh216@gmail.com

Điện thoại: (+84) 979 822 411

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD1.961>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thalassemia là bệnh về huyết sắc tố do giảm hoặc mất tổng hợp một hay nhiều chuỗi polypeptid trong globin của phân tử hemoglobin[1]. Bệnh do giảm hoặc không có chuỗi α globin gọi là Alpha Thalassemia, giảm hoặc không có chuỗi β globin gọi là Beta Thalassemia. Tại Việt Nam, theo số liệu nghiên cứu của Bạch Quốc Khánh và cộng sự, dân số của Việt Nam là 96,2 triệu, trong đó 13,8% là người mang gen Thalassemia. Người bị bệnh và mang gen bệnh có ở tất cả các tỉnh/thành phố, ở tất cả các dân tộc trên toàn quốc, tuy nhiên ở một số vùng đồng bào dân tộc, tỷ lệ mang gen và mắc bệnh khá cao[8]. Quá tải sắt là một trong những yếu tố chính làm tăng tỷ lệ mắc bệnh và tử vong ở bệnh nhân bị bệnh Thalassemia. Trong nghiên cứu Huang Y. và cộng sự ghi nhận bệnh nhân Thalassemia có nồng độ Ferritin huyết thanh trung bình là 996 ng/mL[11]. Phạm Thị Thuận nghiên cứu tình trạng nhiễm sắt và kết quả điều trị thải sắt của bệnh nhân Thalassemia ghi nhận có 97,2% bệnh nhân có quá tải sắt, trong đó mức độ trung bình đến nặng với các tỷ lệ tương ứng là 42,2% và 37,6%[5].

Tại bệnh viện đa khoa Thống Nhất Đồng Nai, bắt đầu triển khai điều trị bệnh nhân Thalassemia từ năm 2013, hiện đang điều trị 82 bệnh nhân tại phòng khám huyết học và đơn vị huyết học lâm sàng. Chúng tôi nhận thấy việc khảo sát tình trạng quá tải sắt ở bệnh nhân Thalassemia rất quan trọng, đưa ra cái nhìn toàn diện, từ đó giúp bác sĩ điều trị thải sắt hiệu quả hơn, góp phần cải thiện tiên lượng lâu dài của bệnh nhân Thalassemia tại bệnh viện đa khoa Thống Nhất. Vì vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài với mục tiêu:

1. Xác định đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân Thalassemia tại bệnh viện đa khoa Thống Nhất.
2. Xác định đặc điểm điều trị quá tải sắt bệnh nhân

Thalassemia (so sánh kết quả điều trị quá tải sắt trước và sau 3 tháng qua nồng độ Ferritin huyết thanh)

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân Thalassemia tại phòng khám huyết học và đơn vị huyết học lâm sàng - Khoa nội tổng hợp - BV đa khoa Thống Nhất từ tháng 01 đến tháng 06 năm 2023, thỏa các tiêu chí chọn mẫu.

2.2. Tiêu chí chọn mẫu

2.2.1. Tiêu chí nhận vào:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định bị bệnh Thalassemia.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2.2. Tiêu chí loại:

- Bệnh nhân Thalassemia đang bị viêm gan, sốt, bị bệnh nhiễm trùng.
- Bệnh nhân có tình trạng bệnh lý ác tính, thiếu máu do các bệnh lý khác ngoài bệnh Thalassemia đã biết.
- Không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, tiền cứu, mô tả hàng loạt ca

2.3.2. Các tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu

- Kết quả điện di Hb theo từng thể bệnh Thalassemia:
 - + α – Thalassemia: Điện di có HbH; HbA giảm
 - + β – Thalassemia: HbA giảm; HbF tăng
 - + β – Thalassemia /HbE: $\beta 0$ Thalassemial/HbE: Không có HbA; chỉ có HbF và HbE; $\beta +$ Thalassemia/HbE: HbF tăng; có HbE; HbA giảm
- Phân độ thiếu máu:



Bảng 2.1. Phân độ thiếu máu

Phân độ thiếu máu	Hb (g/dL)
Nhẹ	Nam: $11,0 \leq Hb < 13,0$ Nữ: $11,0 \leq Hb < 12,0$
Trung bình	$8,0 \leq Hb < 11,0$
Nặng	$Hb < 8,0$

Đánh giá tình trạng quá tải sắt dựa vào hướng dẫn Bộ Y tế.

Bảng 2.2. Mức độ quá tải sắt

Mức độ quá tải sắt	Ferritin huyết thanh (ng/mL)
Bình thường	< 300
Nhẹ	300 - 1000
Trung bình	1001 - 2500

- Các chỉ số đặc điểm điều trị thải sắt bằng Deferiprone:

- Chỉ định điều trị thải sắt: Ferritin huyết thanh ≥ 800 ng/mL hoặc Ferritin huyết thanh ≥ 500 ng/mL và người bệnh có nguy cơ tăng tích lũy sắt nhanh, như truyền máu định kỳ hàng tháng. Tiêu chuẩn ngừng thải sắt: Khi Ferritin < 300 ng/mL.

- Điều trị thải sắt với Deferiprone: 75-100 mg/kg/ngày, uống chia 3 lần[1].

2.4. Phân tích xử lý số liệu:

- Bảng phần mềm SPSS ver.25.

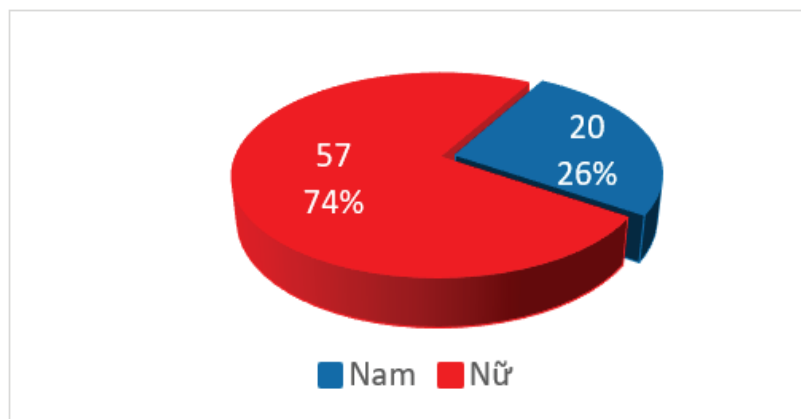
- Kiểm định thống kê có ý nghĩa ở mức $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 01 đến 06 năm 2023, khảo sát trên 77 bệnh nhân Thalassemia thoả tiêu chí chọn mẫu, chúng tôi ghi nhận:

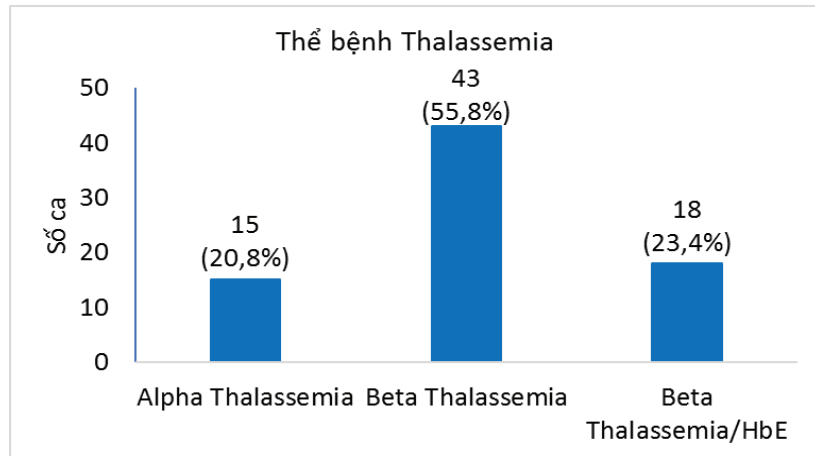
3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Biểu đồ 3.1 Phân bố theo giới tính



Nhận xét: Tỷ lệ nữ 74,0% cao hơn nam 26,0%.

Biểu đồ 3.2 Phân loại thể bệnh Thalassemia



Nhận xét: Thể bệnh Beta Thalassemia chiếm tỉ lệ cao nhất là 55,8%, kế đến là Beta Thalassemia HbE 23,4%, Alpha Thalassemia chiếm tỉ lệ thấp nhất là 20,8%.

Bảng 3.1 Phân độ thiếu máu

Phân độ thiếu máu	Nam		Nữ		Hai nhóm		p
	n	Tỉ lệ (%)	n	Tỉ lệ (%)	n	Tỉ lệ (%)	
Không thiếu máu	0	0,0	3	5,3	3	3,9	0,48
Thiếu máu nhẹ	3	15,0	3	5,3	6	7,8	
Thiếu máu trung bình	5	25,0	18	31,6	23	29,9	
Thiếu máu nặng	12	60,0	33	57,9	45	58,4	
Tổng	20	100,0	57	100,0	77	100,0	

Nhận xét: Bệnh nhân có thiếu máu mức độ nặng chiếm 58,4%, thiếu máu mức độ trung bình và nhẹ chiếm 37,7%. Không có sự khác biệt về phân độ thiếu máu của hai giới có ý nghĩa thống kê, p >0,05 (kiểm định Fisher Exact).

Bảng 3.2 Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm cận lâm sàng	Nam	Nữ	Hai nhóm	p
	TV (TPV)	TV (TPV)	TV (TPV)	
Hb (g/dL)	7,5 (6,9-9,4)	7,7 (7,2-9,7)	7,7 (7,1-9,7)	0,50 ^(a)
Ferritine huyết thanh trước (ng/mL)	936,0 (703,4-1831,5)	651,2 (348,2-1596,5)	720,5 (406,5-1596,5)	0,15 ^(a)
Ferritine huyết thanh sau 3 tháng (ng/mL)	794,7 (573,5-1467,5)	604,5 (354,1-1613,8)	718,0 (382,3-1534,3)	0,42 ^(a)

Đặc điểm cận lâm sàng	Nam	Nữ	Hai nhóm	P
	TV (TPV)	TV (TPV)	TV (TPV)	
ALT (UI/L)	30,7 (22,3-63,1)	28,2 (21,3-38,0)	29,5 (22,1-39,8)	0,45 ^(a)
AST (UI/L)	35,6 (24,6-73,1)	32,6 (25,7-51,4)	32,7 (25,7-57,3)	0,70 ^(a)
Coombs trực tiếp				
Âm tính n (%)	13 (65,0%)	38 (66,7%)	51 (66,2%)	0,42 ^(b)
Dương tính n (%)	7 (35,0%)	19 (33,3%)	26 (33,8%)	
Coombs gián tiếp				
Âm tính n (%)	17 (85,0%)	39 (68,4%)	56 (72,7%)	0,42 ^(b)
Dương tính n (%)	3 (15,0%)	18 (31,6%)	21 (27,3%)	

(a): Kiểm định Mann-Whitney, (b): Kiểm định Fisher Exact Whitney, kiểm định Fisher Exact).

Nhận xét: Nhóm nghiên cứu có các đặc điểm cận lâm sàng huyết học và hoá sinh ở hai giới không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$ (kiểm định Mann-

3.2. Đặc điểm điều trị quá tải sắt bệnh nhân Thalasemia (so sánh kết quả điều trị quá tải sắt trước và sau 3 tháng qua nồng độ Ferritin huyết thanh)

Bảng 3.3 Mức độ quá tải sắt của nhóm nghiên cứu

Mức độ quá tải sắt	Nam		Nữ		Hai nhóm		P
	n	Tỉ lệ (%)	n	Tỉ lệ (%)	n	Tỉ lệ (%)	
Bình thường	1	5,0	11	19,3	12	15,5	0,38
Nhẹ	9	45,0	24	42,1	33	42,9	
Trung bình	7	35,0	12	21,1	19	24,7	
Nặng	3	15,0	10	17,5	1	16,9	
Tổng	20	100,0	57	100,0	77	100,0	

Nhận xét: Mức độ quá tải sắt của nhóm nghiên cứu chiếm 84,5%, trong đó quá tải sắt mức độ nặng chiếm 16,9 % và quá tải sắt mức độ nhẹ và trung bình 67,6%. Sự khác biệt giữa 2 giới không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$ (Kiểm định Fisher Exact).

3.2. Đánh giá điều trị quá tải sắt sau 3 tháng

Liều thuốc thải sắt sử dụng trung vị là 3000 (1500-3000) mg/ngày.

Bảng 3.4 Điều trị quá tải sắt

Điều trị quá tải sắt	Nam		Nữ		Hai nhóm		P
	n	Tỉ lệ (%)	n	Tỉ lệ (%)	n	Tỉ lệ (%)	
Không	3	15,0	20	35,1	23	29,9	0,09
Có	17	85,0	37	64,9	54	70,1	
Tổng	20	100,0	57	100,0	77	100,0	

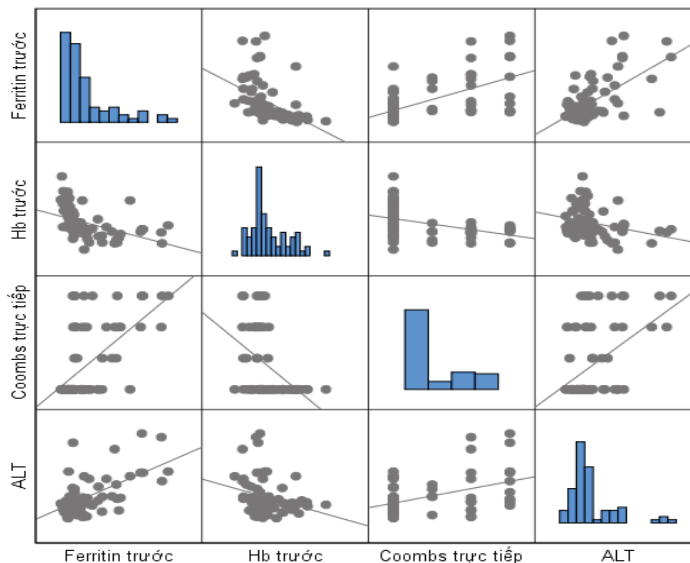
Nhận xét: Nhóm nghiên cứu có 70,1% bệnh nhân quá tải sắt không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$ (Kiểm định χ^2).
Thalassemia được điều trị quá tải sắt với thuốc Deferiprone 500mg. Sự khác biệt giữa 2 giới về điều trị

Bảng 3.5 So sánh kết quả điều trị quá tải sắt trước và sau 3 tháng qua nồng độ Ferritin huyết thanh

Nồng độ Ferritin huyết thanh (ng/mL)	Nhóm không thải sắt (n=23) Trung vị (TPV)	Nhóm thải sắt (n=54) Trung vị (TPV)	Hai nhóm Trung vị (TPV)	P
Ferritine huyết thanh trước	250,3 (147,4- 399,6)	1137,1 (705,9-2436,0)	720,5 (406,5-1596,5)	<0,001
Ferritine huyết thanh sau 3 tháng	323,1 (212,0-362,0)	1035,0 (640,2-2131,0)	718,0 (382,9-1534,3)	<0,001
Hiệu Ferritine huyết thanh trước và sau 3 tháng	-9,3 (-56,3- 18,4)	68,2 (-36,8 – 259,0)	16,1 (-37,9-162,7)	0,03

Nhận xét: Sau 3 tháng điều trị, bệnh nhân có đáp ứng thuốc thải sắt với mức giảm Ferritin huyết thanh trung vị là 68,2 (-36,8 – 259,0) ng/mL. Sự khác biệt nồng độ Ferritin huyết thanh trước và sau 3 tháng điều trị ở nhóm dùng thuốc thải sắt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$ (Kiểm định Wilcoxon).

Biểu đồ 3.3 Mối tương quan Ferritin huyết thanh với Hb, coombs trực tiếp và ALT



Phương trình hồi qui:

Ferritin huyết thanh = $1363,2 - 138,8 * Hb + 385,1 * coombs$ trực tiếp + $20,5 * ALT$ (với $n = 77$, $r = 0,74$; $p < 0,001$)

4. BÀN LUẬN

Thalassemia là một hội chứng bệnh về Hemoglobin di truyền, do thiếu hụt tổng hợp một hay nhiều chuỗi polypeptid trong globin của Hemoglobin. Theo biểu đồ 3.2, chúng tôi có kết quả khá tương đồng với Lê Quốc Trung ghi nhận thể bệnh Alpha Thalassemia 17,24%; Beta Thalassemia 41,38%, tuy nhiên, Beta Thalassemia HbE chiếm 41,38% cao hơn so với kết quả của chúng tôi [6]. Kết quả của Phan Hùng Việt ghi nhận Beta Thalassemia HbE 54,1%, Beta Thalassemia 29,7% và Alpha Thalassemia 16,2% [7]. Kết quả của chúng tôi về tỉ lệ các thể bệnh Thalassemia có khác so với các tác giả khác có thể do cỡ mẫu khác nhau cũng như phân bố về địa dư khác nhau.

Trong bảng 3.1 về phân độ thiếu máu, chúng tôi ghi nhận kết quả gần tương tự với tác giả Lê Quốc Trung có kết quả thiếu máu trung bình và nặng chiếm 100% với nồng độ Hb trung bình là $6,64 \pm 0,92$ g/dL [6]. Tác giả Lê Thùy Dung tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên ghi nhận bệnh nhân Thalassemia có 28,3% thiếu máu nặng, 71,7% bệnh nhân thiếu máu trung bình và nhẹ với Hb trung bình là $6,59 \pm 1,23$ g/dL [2].

Theo bảng 3.2 kết quả nghiên cứu của chúng tôi về nồng độ Hb tương đồng với kết quả của Chuncharunee S. và cộng sự nghiên cứu trên bệnh nhân người lớn mắc bệnh Thalassemia tại Thái Lan có Hb trung bình $7,1 \pm 1,3$ g/dL [9]. Kết quả cũng khá tương đồng với kết quả của Phạm Thị Thu Khuyên ghi nhận bệnh nhân Thalassemia Hb lúc nhập viện có Hb trung bình là $6,9 \pm 1,5$ g/dL [4]. Nhóm nghiên cứu có Ferritin trung bình tương đồng với kết quả của Khaled M. và cộng sự nghiên cứu bệnh nhân Thalassemia ghi nhận Ferritin trung bình $773,3 \pm 938,5$ ng/mL [12].

Quá tải sắt là nguyên nhân chính gây tử vong ở bệnh nhân Thalassemia. Cơ thể con người không có cơ chế sinh lý để loại bỏ lượng sắt dư thừa do truyền máu. Mỗi đơn vị hồng cầu truyền máu chứa 200- 250 mg sắt nguyên tố. Do đó, các bệnh nhân quá tải sắt mức độ nặng cần được điều trị thải sắt liên tục và tích cực để tránh tổn thương các cơ quan do ứ sắt đặc biệt là tim và gan. Theo bảng 3.3, về tình trạng quá tải sắt chúng

tôi ghi nhận kết quả tương đồng với các tác giả khác. Theo Phan Hùng Việt ghi nhận bệnh nhân Thalassemia có quá tải sắt chiếm 81,1% [7]. Lê Quốc Trung ghi nhận mức độ quá tải sắt nhẹ 50,0%, trung bình 20,7%, nặng 29,3% [6]. Phạm Thị Thuận ghi nhận có 97,2% bệnh nhân có tình trạng quá tải sắt, trong đó chủ yếu là quá tải sắt mức độ trung bình đến nặng với các tỷ lệ tương ứng là 42,2% và 37,6% [5]. Nghiên cứu của Võ Thế Hiếu và cộng sự ghi nhận 85,3% bệnh nhân quá tải sắt với Ferritin huyết thanh > 1000 ng/mL, trong đó quá tải sắt nặng chiếm 47,1% [3]. Ngoài ra, kết quả của chúng tôi cũng tương tự với kết quả của Huang Y, và cộng sự ghi nhận nồng độ Ferritin huyết thanh trung bình là 996,0 (27,2–19704,0) ng/mL, có tình trạng quá tải sắt chiếm 86,9% trong đó mức độ nhẹ, trung bình và nặng lần lượt chiếm 30,9%, 36,6% và 19,4% [11].

Hiện tại, bệnh viện đa khoa Thống Nhất đang sử dụng thuốc thải sắt Deferiprone cho bệnh nhân Thalassemia. Mục tiêu điều trị thải sắt nhằm ngăn ngừa tích tụ sắt và các biến chứng nội tạng do sắt gây ra, nhằm đạt được cuộc sống bình thường không có biến chứng và nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân Thalassemia. Theo bảng 3.4, có 70,1% bệnh nhân Thalassemia điều trị quá tải sắt. Liều thuốc thải sắt Deferiprone trung vị là 3000 (1500-3000) mg/ngày. Theo bảng 3.5, chúng tôi ghi nhận sau 3 tháng điều trị dùng thuốc thải sắt, bệnh nhân có đáp ứng thuốc thải sắt với mức giảm Ferritin huyết thanh trung vị là 68,2 (-36,8 – 259,0) ng/mL. Kết quả cũng tương tự với Võ Thế Hiếu và cộng sự về điều trị thải sắt ghi nhận có sự đáp ứng với điều trị thải sắt với mức giảm Ferritin trung bình là $26,07 \pm 7,78$ ng/mL [3].

Thalassemia là bệnh di truyền do rối loạn tổng hợp chuỗi globin dẫn đến thiếu máu trầm trọng cần phải truyền máu thường xuyên. Tuy nhiên, những hậu quả liên quan đến truyền máu gây ra tình trạng quá tải sắt và tổn thương đa cơ quan. Theo biểu đồ 3.3, chúng tôi ghi nhận có mối tương quan nghịch giữa Ferritin huyết thanh với Hb; tương quan thuận giữa Ferritin huyết thanh với Coombs trực tiếp và ALT. Các mối tương quan này mạnh và có ý nghĩa thống kê ($r = 0,74$; $p < 0,001$). Nghĩa là Ferritin huyết thanh càng tăng khi nồng độ Hb càng giảm; Ferritin huyết thanh càng tăng khi coombs trực tiếp dương và ALT càng tăng. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với các nghiên cứu khác. Theo Fianza P I, và cộng sự nghiên cứu quá tải sắt ở bệnh nhân Thalassemia ghi nhận mối tương quan thuận giữa Ferritin huyết thanh và ALT ($r = 0,53$, $p <$

0,001) [10]. Trong nghiên cứu của Khaled B. và cộng sự ghi nhận có tự kháng thể hồng cầu Coombs trực tiếp dương tính có tỷ lệ cao sau 10 lần truyền máu ở bệnh nhân Beta Thalassemia [12].

5. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình là 38,1 ±16,3. Lớn tuổi nhất là 79 tuổi, nhỏ nhất là 15 tuổi.

Thể bệnh Beta Thalassemia; Beta Thalassemia HbE; Alpha Thalassemia lần lượt chiếm tỉ lệ là 55,8%; 23,4%; 20,8%.

Bệnh nhân có thiếu máu nặng chiếm 58,4%, thiếu máu trung bình và nhẹ 37,7%.

Tình trạng quá tải sắt chiếm 84,5%, trong đó mức độ nặng chiếm 16,9 %, mức độ nhẹ và trung bình chiếm 67,6%.

Bệnh nhân có đáp ứng sau 3 tháng điều trị thải sắt với mức giảm nồng độ Ferritin huyết thanh trung vị là 68,2 (-36,8 – 259,0) ng/mL. Sự khác biệt nồng độ Ferritin huyết thanh trước và sau 3 tháng điều trị ở nhóm dùng thuốc thải sắt có ý nghĩa thống kê.

Có mối tương quan mạnh giữa Ferritin huyết thanh với Hb, coombs trực tiếp và ALT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý huyết học, 2022, pp. 20-31.
- [2] Lê Thùy Dung, Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị truyền máu trên bệnh nhân Thalassemia tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, Tạp chí Y học Việt Nam, 510 (1), 2022, pp. 12-16.
- [3] Võ Thế Hiếu, Nguyễn Duy Thăng, Nguyễn Văn Tránh, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hiệu quả điều trị thải sắt ở bệnh nhân Thalassemia người lớn điều trị tại Bệnh viện Trung ương Huế, Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, tập 17 (số 5), 2013, pp. 271-276.
- [4] Phạm Thị Thu Khuyên, Đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm của bệnh nhân Thalassemia gặp tại Viện Huyết học truyền máu Trung ương, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, 2012.
- [5] Phạm Thị Thuận, Nghiên cứu tình trạng nhiễm sắt và kết quả điều trị thải sắt của bệnh nhân Thalassemia, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, 2022.
- [6] Lê Quốc Trung, Nguyễn Minh Phương, Nguyễn Thanh Hải, Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kháng thể kháng hồng cầu và đánh giá kết quả điều trị trẻ bị Thalassemia tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ từ 9/2018 -7/2019, Tạp chí Y tế Công cộng, 2019, 22-25, pp. 1-9.
- [7] Phan Hùng Việt, 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 6, 2016, pp. 104-110.
- [8] Bach KQ, Nguyen HTT, Nguyen TH et al., Thalassemia in Viet Nam, Hemoglobin, 46 (1), 2022, pp. 62-65.
- [9] Chuncharunee S, Teawtrakul N, Siritanaratkul N et al., Review of disease-related complications and management in adult patients with thalassemia: A multi-center study in Thailand, PLoS One, 14 (3), 2019.
- [10] Fianza PI, Rahmawati A, Widihastha SH et al., Iron Overload in Transfusion-Dependent Indonesian Thalassemic Patients, Anemia, 2021.
- [11] Huang Y, Yang G, Wang M et al., Iron overload status in patients with non-transfusion-dependent thalassemia in China, Ther Adv Hematol, 13, 2022.
- [12] Khaled MB, Ouederni M, Sahli N et al., Predictors of autoimmune hemolytic anemia in beta-thalassemia patients with underlying red blood cells autoantibodies, Blood Cells, Molecules, and Diseases, 79, 2019.

