

V. KẾT LUẬN

Khúc xạ cầu tồn dư trung bình sau phẫu thuật phaco đặt thủy tinh thể nhân tạo đơn tiêu có giá trị tương đối thấp $0.4 \pm 0.34D$. Khúc xạ cầu, khúc xạ tương đương cầu trung bình giảm dần theo thời gian sau mổ, và ổn định dẫn đến thính thứ 6 sau mổ. Trong những trường hợp trực nhãn cầu ngắn hoặc dài, khả năng cao cho tỉ lệ khúc xạ cầu tồn dư ở mức $> 1D$.

Thị lực sau mổ của mẫu nghiên cứu khá cao. Thị lực không kính sau 6 tháng có 100% đạt thị lực $<0,52L$ ($>3/10$), trong đó có tới 96,8% đạt thị lực $<0,15L$ ($>7/10$). Thị lực có kính của nhóm bệnh nhân nghiên cứu sau 6 tháng 100% đã đạt thị lực $<0,52L$ ($>3/10$), và 100% đạt thị lực $<0,15L$ ($>7/10$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Thị Vân Anh, Bùi Thị Quỳnh Anh** (2018), "Kết quả thị lực và khúc xạ sau phẫu thuật phaco với công suất thể thủy tinh nhân tạo tính bằng các công thức thể hệ mới", *Clinical Medicine and Pharmacy*, 13 tr. 2-5.
2. **Carmona González D, Palomino Bautista C** (2021), "Accuracy of a new intraocular lens power calculation method based on artificial

- intelligence", *Eye (Lond)*, 35 (2), pp. 517-522.
3. **Gupta A, Singh P** (2023), *Intraocular Lens Power Calculation*, StatPearls. StatPearls Publishing LLC., pp. 35-42.
4. **Hashemi H, Jamali A, Rezavn F, Hashemi A, et al** (2023), "Residual refractive errors in pseudophakic eyes and related factors: a population-based study", *Int J Ophthalmol*, 16 (5), pp. 778-786.
5. **Lee N S, Ong K** (2023), "Changes in refraction after cataract phacoemulsification surgery", *Int Ophthalmol*, 43 (5), pp. 1545-1551.
6. **Mengistu M, Admassu F, Wondale T, Tsegaw A** (2021), "Refractive Outcome of Cataract Surgery Done at University of Gondar Tertiary Eye Care and Training Center, North West Ethiopia", *Patient Relat Outcome Meas*, 12 pp. 173-179.
7. **Mrugacz M, Olszewski M, Pony-Uram M, Brymerski J, et al** (2022), "Assessment of the Refractive Error and Stabilisation of Refraction after Cataract Surgery in Relation to the Length of the Eyeball", *J Clin Med*, 11 (18), pp.
8. **Ong N S Y L K**, (2022), Changes in refraction after cataract phacoemulsification surgery, pp. 1545-1551.
9. **Sit J A, Raman S, Yahya A N** (2021), "Refractive Outcome of Phacoemulsification Cataract Surgery in Rural Sabah Using Immersion Biometry", *Malays J Med Sci*, 28 (5), pp. 94-101.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ BIẾN CHỨNG TRÊN BỆNH NHÂN B-THALASSEMIA THỂ NẶNG VÀ B-THALASSEMIA/HbE TẠI VIỆN HUYẾT HỌC - TRUYỀN MÁU TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Công Minh¹, Nguyễn Thị Thu Hà², Hoàng Thị Huế¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các biến chứng ở bệnh nhân β -thalassemia thể nặng và β -thalassemia/HbE tại Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương giai đoạn 2023 - 2024. **Phương pháp:** mô tả cắt ngang. **Đối tượng nghiên cứu:** 311 bệnh nhân β -thalassemia thể nặng và 311 bệnh nhân β -thalassemia/HbE được điều trị tại Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương từ 7/2023 - 7/2024. **Kết quả:** Tỉ lệ biến chứng ở nhóm β -thalassemia thể nặng cao hơn nhóm β -thalassemia/HbE. Nhóm β -thalassemia thể nặng có 65,9% bệnh nhân có biến dạng xương sọ cao hơn nhóm β -thalassemia/HbE với tỉ lệ 46,9%. Bệnh nhân có tiền sử đã từng gãy xương ít nhất một lần trở lên có tỉ lệ tương đồng giữa hai nhóm thể bệnh là 12,9% và

12,5%. Tỉ lệ suy dinh dưỡng thấp còi vừa và nặng ở nhóm β -thalassemia thể nặng là 29,6% và 26,7%, ở nhóm β -thalassemia/HbE là 24,1% và 20,3%. Tỉ lệ suy tim ở trẻ lớn nhóm β -thalassemia thể nặng là 10,5% cao hơn nhóm β -thalassemia/HbE có tỉ lệ 5,0%. Tỉ lệ bệnh nhân bị quá tải sắt nặng ở nhóm β -thalassemia thể nặng là 67,5%, ở nhóm β -thalassemia/HbE là 35,0%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Từ khóa: Bệnh beta thalassemia thể nặng, beta thalassemia/HbE, biến chứng.

SUMMARY

STUDYING A NUMBER OF COMPLICATIONS ON CHILDREN WITH B-THALASSEMIA MAJOR AND B-THALASSEMIA/HbE AT THE NATIONAL INSTITUTE OF HEMATOLOGY AND BLOOD TRANSFUSION

Objectives: Describe the complications in children with β -thalassemia major and β -thalassemia/HbE at the National Institute of Hematology and Blood Transfusion for the period of 2023 - 2024. **Method:** The cross-sectional study. **Subjects:** 311 patients with β -thalassemia major and 311 β -thalassemia/HbE

¹Trường Đại học Y dược Thái Nguyên

²Viện Huyết học Truyền máu - Trung ương

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Công Minh.

Email: nguyencongminhss1996@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2024

Ngày duyệt bài: 26.12.2024

patients, who were treated at the National Institute of Hematology and Blood Transfusion from 7/2023-7/2024. **Results:** Prevalence of patients with complications in β -thalassemia major group was higher than in β -thalassemia/ HbE group. 65,9% β -thalassemia major had skull deformation, 46,9% β -thalassemia/ HbE had this complication. Rate of fracture complication in the two patient groups was equal (12,9% and 12,5%). Heart failure complications were 10,5% and 5% in β -thalassemia major and β -thalassemia/ HbE respectively. In terms of the height of age, the rates of moderate and heavy malnutrition in the β -thalassemia major patients were 29,6% and 26,7%, which were higher than in β -thalassemia/ HbE patients 24,1% and 20,3%. The percentage of heavy iron overload were 67,5% and 35% in groups of β -thalassemia major and β -thalassemia/ HbE respectively. The difference is statistically significant with $p < 0.05$. **Keywords:** Beta thalassemia major, beta thalassemia/ HbE, complications.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thalassemia thuộc nhóm bệnh di truyền rối loạn tổng hợp hemoglobin. Nguyên nhân gây bệnh là do đột biến gen quy định tổng hợp chuỗi globin dẫn đến mất cân bằng các loại chuỗi globin[8]. Bệnh thalassemia là bệnh di truyền phổ biến nhất trên thế giới với ước tính khoảng 7% dân số mang gen bệnh, mỗi năm có khoảng 60.000 – 70.000 trẻ em sinh ra bị bệnh β -thalassemia mức độ nặng, bệnh huyết sắc tố là nguyên nhân gây ra 3,4% các trường hợp tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi[3, 8]. Thalassemia có hai thể bệnh chính là Alpha thalassemia và Beta Thalassemia. Bên cạnh đó bệnh huyết sắc tố phối hợp với Thalassemia, gây ra các biểu hiện lâm sàng rất đa dạng. Tại Việt Nam, bệnh nhân bị bệnh huyết sắc tố phải điều trị tại bệnh viện chủ yếu là Beta thalassemia và Beta thalassemia/ HbE[2].

Tùy vào mức độ nặng của bệnh nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời, người bệnh sẽ phải đối mặt với những biến chứng vô cùng nặng nề như biến dạng xương, suy tim, suy gan gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống cũng như tuổi thọ của người bệnh[7, 8]. Các biến chứng trên lâm sàng thường là muộn và rất khó có thể can thiệp, điều trị phục hồi. Việc phát hiện sớm các biến chứng từ đó có kế hoạch tư vấn điều trị tích cực cho người bệnh sẽ góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh cũng như giảm thiểu những gánh nặng cho nền y tế và xã hội[7]. Do đó tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Mô tả các biến chứng ở bệnh nhi β -thalassemia thể nặng và β -thalassemia/ HbE tại Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương giai đoạn 2023 - 2024.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân < 16 tuổi và được chẩn đoán xác định β -thalassemia thể nặng hoặc β -thalassemia/ HbE.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân α -thalassemia; bệnh nhân có kèm các bệnh lý khác như thiếu G6PD; bệnh nhân bị bệnh tim bẩm sinh; Bệnh nhân β -thalassemia thể nhẹ, β -thalassemia thể trung gian không kèm theo huyết sắc tố E.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành tại Trung tâm Thalassemia, Viện Huyết học – Truyền máu Trung ương. Thời gian nghiên cứu từ 7/2023 – 7/2024.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu. Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước tính một tỉ lệ trong quần thể nghiên cứu:

$$n = \left[Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2} \right]$$

Trong đó: n: Là cỡ mẫu cần có.

α : Mức ý nghĩa thống kê (chọn $\alpha = 0,05$)

$Z_{1-\alpha/2}$: Hệ số tin cậy (với $\alpha = 0,05$ thì $Z_{1-\alpha/2}$ tương ứng bằng 1,96).

d: Là sai số mong muốn (chọn $d = 0,05$)

p: là tỉ lệ biến dạng xương sọ mặt do β -thalassemia, chọn $p = 0,717$ (Nghiên cứu của Lê Thùy Dung năm 2021 tại Bệnh Viện Trung Ương Thái Nguyên cho thấy tỉ lệ biến dạng xương sọ mặt là 71,7%)[4].

=> Thay vào công thức tính được $n = 311$ bệnh nhi. Như vậy, chọn cỡ mẫu tối thiểu là 311 bệnh nhi trên mỗi nhóm bệnh nhân β -thalassemia thể nặng và β -thalassemia/ HbE.

2.5. Biến số và chỉ số nghiên cứu. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: độ tuổi, tuổi chẩn đoán bệnh, giới tính, dân tộc.

Biến chứng: Lâm sàng: biến dạng xương, tiền sử gãy xương, suy tim, tình trạng suy dinh dưỡng,... Cận lâm sàng: Ferritin huyết thanh (mức độ quá tải sắt).

2.6. Tiêu chuẩn chẩn đoán

2.6.1. Chẩn đoán thể bệnh: theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý huyết học của Bộ Y Tế năm 2022[6].

* β -thalassemia mức độ nặng: Thành phần huyết sắc tố có HbF > 50% và/ hoặc xét nghiệm DNA có đột biến kiểu: β^0/β^0 ; β^0/β^+ .

* β -thalassemia kết hợp huyết sắc tố E: Thành phần huyết sắc tố có HbF và HbE; và/ hoặc DNA: có đột biến β^0 hoặc β^+ và đột biến codon 26 (G > A) (HbE).

2.6.2. Chẩn đoán mức độ quá tải sắt

Bảng 2.1. Chẩn đoán mức độ quá tải sắt theo ferritin huyết thanh[6]

Ferritin huyết thanh (ng/ml)	Mức độ quá tải sắt
≤ 600	Bình thường
601 – 1000	Nhẹ
1001 - 2500	Trung bình
> 2500	Nặng

2.6.3. Chẩn đoán suy tim**Bảng 2.2. Chẩn đoán suy tim theo tiêu chuẩn Framingham[10]**

Tiêu chuẩn chính	Tiêu chuẩn phụ
Cơ khó thở kích phát về đêm hoặc khó thở phải ngồi	Phù cổ chân
Tĩnh 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 (+)	

Chẩn đoán xác định khi có 2 tiêu chuẩn chính hoặc 1 tiêu chuẩn chính và 2 tiêu chuẩn phụ.

2.6.4. Tình trạng dinh dưỡng của trẻ.

Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng tiêu chuẩn phân loại tình trạng dinh dưỡng theo hướng dẫn của WHO với quần thể tham chiếu WHO 2006[9].

Bảng 2.3. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng dựa vào chỉ số chiều cao theo tuổi**Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Thể bệnh		β-thalassemia thể nặng		β-thalassemia/HbE		Tổng	
Đặc điểm		n	%	n	%	n	%
Tuổi	< 2 tuổi	14	4,5	7	2,3	21	3,4
	2 - 5 tuổi	78	25,1	63	20,3	141	22,7
	6 - 10 tuổi	124	39,9	140	45,0	264	42,4
	11 – 15 tuổi	95	30,6	101	32,5	196	31,5
Giới tính	Nam	162	52,1	172	55,3	334	53,7
	Nữ	149	47,9	139	44,7	288	46,3
Tuổi chẩn đoán	< 2 tuổi	292	93,8	170	54,7	462	74,3
	2 – 5 tuổi	19	6,2	138	44,4	157	25,2
	6 – 15 tuổi	0	0,0	3	0,9	3	0,5
Dân Tộc	Thái	46	14,8	110	35,4	156	25,1
	Kinh	69	22,2	78	25,1	147	23,6
	Mường	33	10,6	79	25,4	112	18,0
	Tày	85	27,3	20	6,4	105	16,9
	Nùng	41	13,2	7	2,3	48	7,7
	Dao	13	4,2	4	1,3	17	2,7
	Khác	24	7,7	13	4,2	37	6,0

Nhận xét: Lứa tuổi gặp nhiều nhất là 6 - 10 tuổi ở cả 2 nhóm (42,4%). Nhóm trẻ dưới 2 tuổi có tỉ lệ thấp nhất (3,4%). Trẻ dân tộc Tày chiếm tỉ lệ cao nhất ở nhóm β-thalassemia thể nặng (27,3%), còn nhóm bệnh β-thalassemia/ HbE thì trẻ dân tộc Thái cao nhất (35,4%).

Bảng 3.2. Tỉ lệ biến chứng ở xương theo thể bệnh

Chỉ số Z – Score	Đánh giá
< -3 SD	Trẻ suy dinh dưỡng thấp còi nặng
< -2 SD	Trẻ suy dinh dưỡng thấp còi vừa
-2 SD ≤ Z-Score ≤ 2 SD	Trẻ bình thường

Bảng 2.4. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng dựa vào chỉ số BMI theo tuổi

Chỉ số Z – Score	Đánh giá
< -3 SD	Trẻ suy dinh dưỡng gầy còm nặng
< -2 SD	Trẻ suy dinh dưỡng gầy còm vừa
-2 SD ≤ Z-Score ≤ 2 SD	Trẻ bình thường

2.7. Phân tích và xử lý số liệu. Các chỉ tiêu về đặc điểm chung và biến chứng được thu thập thông qua bệnh án nghiên cứu đã được thiết kế.

Sử dụng phần mềm thống kê y học SPSS 25.0 để xử lý số liệu, tính số lượng, tỉ lệ phần trăm. So sánh tỉ lệ phần trăm bằng χ^2 , T - test, tính p.

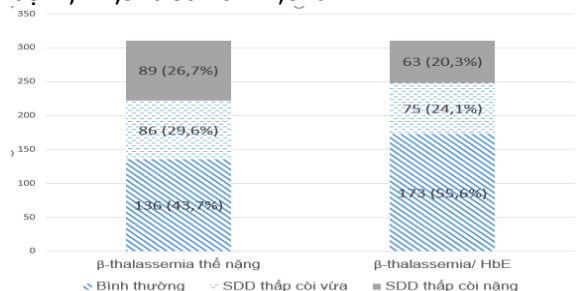
2.8. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Trường Đại học Y – Dược, Đại học Thái Nguyên.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 311 bệnh nhi β-thalassemia thể nặng và 311 bệnh nhi β-thalassemia/ HbE chúng tôi thu được kết quả như sau:

Biểu chứng	Thể bệnh	β-thalassemia thể nặng		β-thalassemia/HbE		Tổng		p
		n	%	n	%	n	%	
Có biến dạng xương sọ mặt		205	65,9	146	51,8	351	56,4	0,000
Đã từng gãy xương		40	12,9	39	12,5	79	12,7	0,904

Nhận xét: Nhóm β-thalassemia thể nặng có 65,9% bệnh nhân biến dạng xương sọ, tỉ lệ này cao hơn nhóm β-thalassemia/HbE với 46,9% ($p < 0,05$). Bệnh nhân có tiền sử đã từng gãy xương có tỉ lệ tương đồng giữa hai nhóm thể bệnh, 12,9% so với 12,5%.



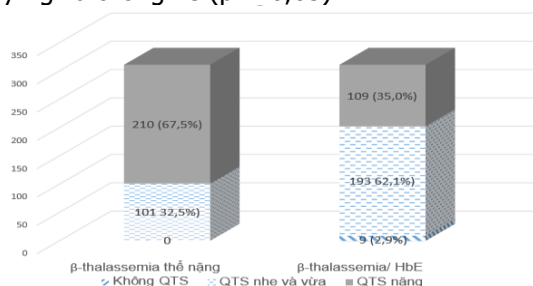
Biểu đồ 3.1. Tỉ lệ suy dinh dưỡng thấp còi theo thể bệnh

Nhận xét: Nhóm β-thalassemia thể nặng có tỉ lệ suy dinh dưỡng thấp còi vừa và nặng cao

Bảng 3.3. Tỉ lệ suy tim theo thể bệnh

Biểu chứng	Thể bệnh	β-thalassemia thể nặng		β-thalassemia/HbE		Tổng		p
		n	%	n	%	n	%	
≥ 6 tuổi	Có suy tim	23	10,5	12	5,0	35	7,6	0,026
	Không suy tim	196	89,5	229	95,0	425	92,4	
Tổng		219	100	241	100	460	100	

Nhận xét: Nhóm β-thalassemia thể nặng có 10,5% bệnh nhân có suy tim cao hơn nhóm β-thalassemia/HbE với tỉ lệ 5,0%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$)



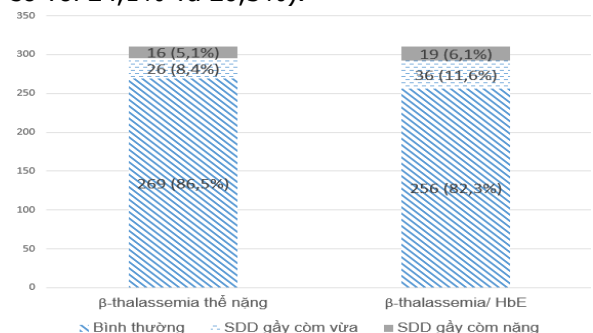
Biểu đồ 3.3. Tỉ lệ quá tải sắt theo thể bệnh

Nhận xét: Nhóm β-thalassemia thể nặng có tỉ lệ quá tải sắt nặng cao hơn so với nhóm β-thalassemia/HbE với tỉ lệ tương ứng 67,5% và 35,0%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu trình bày ở bảng 3.1 cho thấy nam giới gặp nhiều hơn nữ giới tuy nhiên tỉ lệ chênh lệch không nhiều

hơn nhóm β-thalassemia/HbE (29,6% và 26,7% so với 24,1% và 20,3%).



Biểu đồ 3.2. Tỉ lệ suy dinh dưỡng gây còi theo thể bệnh

Nhận xét: Nhóm β-thalassemia thể nặng có tỉ lệ suy dinh dưỡng gây còi vừa và nặng là 8,4% và 5,1%, trong khi đó nhóm β-thalassemia/HbE là 11,6% và 6,1%.

53,7% so với 46,3%, vì thalassemia là bệnh di truyền trên nhiễm sắc thể thường nên không liên quan đến giới tính. Nhóm β-thalassemia mức độ nặng có 93,8% trẻ phát hiện bệnh dưới 2 tuổi, với tình trạng thiếu máu nặng, trẻ sẽ phải điều trị truyền máu rất thường xuyên, do vậy nếu không được điều trị tốt bệnh nhân sẽ có tuổi thọ rất thấp, do đó cần phát hiện sớm và can thiệp thời nhằm nâng cao sức khỏe của bệnh nhân. Nhóm β-thalassemia/HbE có 54,7% bệnh nhân được chẩn đoán bệnh ở độ tuổi dưới 2 tuổi, thời điểm chẩn đoán bệnh ở 2-5 tuổi chiếm 44,4%. Dân tộc Tày có tỉ lệ bệnh β-thalassemia thể nặng cao nhất (27,3%). Dân tộc Thái có tỉ lệ bệnh β-thalassemia/HbE cao nhất (35,4%). Kết quả này phù hợp với tỉ lệ mang gen bệnh thalassemia và HbE ở cộng đồng dân tộc đó. Các đặc điểm về giới tính, độ tuổi lúc phát hiện bệnh trong nghiên cứu này của tôi phù hợp với nhận xét của tác giả Nguyễn Thị Thu Hà trong đề tài nghiên cứu về đặc điểm nhân khẩu học của bệnh nhân thalassemia điều trị tại Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương năm 2020[1].

4.2. Đặc điểm một số biến chứng trên

bệnh nhân. Kết quả ở bảng 3.2 cho thấy tỉ lệ biến dạng xương mặt (bộ mặt tan máu bẩm sinh) ở bệnh nhân β -thalassemia thể nặng là 65,9% và β -thalassemia/ HbE là 51,8%, tác giả Lê Thùy Dung (2021) nghiên cứu trên bệnh nhân thalassemia tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên thấy có 71,7% bệnh nhân bị biến dạng xương sọ mặt[4]. Biến dạng xương mặt là do tình trạng thiếu máu nặng kéo dài mà không được truyền máu đầy đủ, tất cả bệnh nhân β -Thalassemia đều bị thiếu máu nặng từ rất sớm, trong khi thể bệnh β -thalassemia/HbE có biểu hiện đa dạng từ trung bình đến nặng do vậy tỉ lệ biến dạng xương sọ mặt ở nhóm β -thalassemia/ HbE thấp hơn nhóm β -thalassemia thể nặng. Tỉ lệ gãy xương ở cả 2 nhóm bệnh gần như tương đương nhau với 12,9% ở nhóm β -thalassemia thể nặng và 12,5% ở nhóm β -thalassemia/ HbE.

Biến chứng tim mạch là nguyên nhân chính gây tử vong ở bệnh nhân thalassemia. Các yếu tố chính dẫn đến tổn thương tim như thiếu oxy tổ chức mạn tính, tăng tần suất tổng máu của tim, tổn thương mạch máu tim và quá tải sắt tại tim. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chẩn đoán suy tim theo tiêu chí Framingham chủ yếu dựa vào các triệu chứng lâm sàng để đánh giá biến chứng suy tim ở những bệnh nhi từ 6 tuổi trở lên (219 bệnh nhân β -thalassemia thể nặng và 241 bệnh nhân β -thalassemia/ HbE). Kết quả ở bảng 3.3 cho thấy nhóm bệnh nhân β -thalassemia thể nặng có tỉ lệ suy tim cao hơn nhóm β -thalassemia/ HbE với 10,5% và 5,0% tương ứng. Tuy nhiên, bệnh nhân thalassemia đều có đặc điểm thiếu máu mạn tính nên hầu hết bệnh nhân đều mệt khi gắng sức do thiếu máu, gan to là triệu chứng phổ biến ở bệnh nhân thalassemia do tan máu mạn tính. Chính vì lý do các triệu chứng của bệnh thalassemia trùng với triệu chứng của suy tim, do đó tỉ lệ bệnh nhân có biến chứng suy tim thực tế có thể sẽ thấp hơn so với kết quả trong nghiên cứu của tôi. Nhưng so với nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Hằng và cộng sự (2022) trên 30 bệnh nhân thalassemia từ 16 tuổi trở lên có 43,3% bệnh nhân có biểu hiện suy tim thì nghiên cứu của tôi cho tỉ lệ bệnh nhân suy tim thấp hơn, điều này có thể do nhóm bệnh nhân nghiên cứu của tôi nhỏ hơn 16 tuổi.

Kết quả đánh giá tình trạng suy dinh dưỡng của trẻ ở biểu đồ 3.1 và biểu đồ 3.2 cho thấy tỉ lệ suy dinh dưỡng thấp còi ở nhóm β -thalassemia thể nặng và β -thalassemia/ HbE là 56,3% và 44,4%. Cụ thể, tỉ lệ suy dinh dưỡng thấp còi vừa và nặng ở nhóm β -thalassemia thể nặng là 29,6% và 26,7%, ở nhóm β -thalassemia/ HbE tương ứng là 24,1% và 20,3%.

Tỉ lệ suy dinh dưỡng gầy còm ở nhóm β -thalassemia thể nặng và β -thalassemia/ HbE là 13,5% và 17,7%. Tỉ lệ suy dinh dưỡng trong nghiên cứu của tôi cao hơn nhiều so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tuy và cộng sự (2023) nhận xét có 31,8% trẻ bệnh thalassemia có suy dinh dưỡng thấp còi nhỏ hơn - 2SD và có 11,3% trẻ có suy dinh dưỡng gầy còm[5]. Nghiên cứu của tôi có tỉ lệ trẻ suy dinh dưỡng cao hơn do nhóm trẻ trong nghiên cứu của tôi thuộc nhóm trẻ β -thalassemia thể nặng và β -thalassemia/ HbE.

Kết quả nghiên cứu ở biểu đồ 3.3 cho thấy tình trạng quá tải sắt ở hai nhóm bệnh nhân β -thalassemia thể nặng và β -thalassemia/ HbE có những điểm khác biệt đáng chú ý. 100% bệnh nhân β -thalassemia thể nặng đều có quá tải sắt. Về tỉ lệ bệnh nhân bị mức độ quá tải sắt nhẹ và trung bình ở nhóm bệnh nhân β -thalassemia/ HbE cao hơn nhóm β -thalassemia thể nặng, cụ thể là 62,1% và 32,5%. Ngược lại tỷ lệ mức độ quá tải sắt nặng ở nhóm bệnh nhân β -thalassemia thể nặng cao hơn nhóm bệnh nhân β -thalassemia/ HbE là 67,5% và 35,0%. Do đó, gần như tất cả các bệnh nhân này đều có chỉ định dùng thuốc điều trị thải sắt. Nghiên cứu của tôi tương đồng với tác giả Phạm Thị Thuận ghi nhận có 97,2% bệnh nhân quá tải sắt, trong đó chủ yếu là mức độ quá tải sắt trung bình và nặng với tỉ lệ tương ứng là 42,3% và 37,6%[7]. Điều này cho thấy tại Việt Nam biến chứng quá tải sắt là rất cao với cả 2 thể bệnh, nếu không được điều trị thải sắt tốt thì những bệnh nhi sẽ bị các biến chứng do quá tải sắt gây ra như tổn thương tuyến nội tiết, suy gan, suy tim,... Tuy nhiên, việc điều trị thải sắt là phải duy trì hàng ngày, vì vậy rất cần sự tuân thủ điều trị của người bệnh[7].

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ biến dạng xương sọ chung ở bệnh nhi thalassemia trong nghiên cứu này là 56,4%, nhóm β -thalassemia thể nặng là 65,9%, nhóm β -thalassemia/ HbE là 46,9%. Nhóm bệnh nhân β -thalassemia thể nặng có tỉ lệ suy tim cao hơn nhóm β -thalassemia/ HbE với 10,5% và 5,0% tương ứng.

Tỉ lệ suy dinh dưỡng thấp còi vừa ở nhóm β -thalassemia thể nặng là 29,6%, nhóm β -thalassemia/ HbE là 24,1%. Ở mức suy dinh dưỡng thấp còi nặng, tỉ lệ trên 2 nhóm bệnh nhân này là 26,7% và 20,3%.

Mức độ quá tải sắt nặng ở nhóm β -thalassemia thể nặng và nhóm β -thalassemia/ HbE là 67,5% và 35,0%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Thu Hà, Vũ Hải Toàn, Đặng Thị Vân Hồng, Lê Thị Thanh Tâm, Hoàng Phương Linh (2021), "Một số đặc điểm nhân khẩu học của bệnh nhân thalassemia điều trị tại Viện Huyết Học-Truyền Máu Trung ương năm 2020", Tạp chí Y học Việt Nam. 502(1), pp. 150-157.
2. Lại Thị Dung (2023), "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". 522(1), pp. 273 - 279.
3. Nguyễn Thị Thu Hà (2021), "Tổng quan Thalassemia, thực trạng, nguy cơ và giải pháp kiểm soát bệnh Thalassemia ở Việt Nam", Tạp chí Y học Việt Nam. 502, pp. 3-16.
4. Lê Thùy Dung, Phạm Kim Liên, Nguyễn Thế Tùng (2022), "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), pp. 12-16.
5. Nguyễn Văn Tuy, Nguyễn Thị Kim Cúc, Nguyễn Thị Huyền, Nguyễn Văn Nhật Tú An, Nguyễn Thị Bình, Hoàng Quốc Huy, Nguyễn Hữu Châu Đức (2023), "Đặc điểm thể chất và một số yếu tố ảnh hưởng ở bệnh nhi thalassemia", Tạp chí Y Dược Huế. 14(03), p. 193.
6. Bộ Y tế (2022), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý huyết học. Quyết định số 1832/QĐ-BYT ngày 01 tháng 07 năm 2022, 21-33
7. Phạm Thị Thuận (2022), 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.
8. Cappellini, Maria-Domenica, et al. (2013), "Guidelines for the clinical management of thalassaemia".
9. World Health Organization (2006), WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development, World Health Organization.
10. Sánchez, Manuel Anguita and Pineda, Soledad Ojeda (2004), "Diagnosis and therapy for diastolic heart failure", Revista Española de Cardiología (English Edition). 57(6), pp. 570-575.

KẾT QUẢ THANH QUYẾT TOÁN CHI PHÍ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ GIỮA BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108 VÀ CƠ QUAN BẢO HIỂM XÃ HỘI THÀNH PHỐ HÀ NỘI, GIAI ĐOẠN 2021-2023

Nguyễn Xuân Tuyên¹, Nguyễn Quỳnh Anh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả thanh quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh (KCB) bảo hiểm y tế (BHYT) giữa Bệnh viện Trung ương quân đội 108 (TWQĐ 108) và cơ quan Bảo hiểm xã hội thành phố Hà Nội giai đoạn 2021-2023. **Phương pháp nghiên cứu:** hồi cứu số liệu định lượng từ báo cáo tổng hợp, biên bản thanh quyết toán KCB BHYT tại Bệnh viện TWQĐ 108 giai đoạn 2021-2023. **Kết quả và khuyến nghị:** Số lượt KCB BHYT năm sau cao hơn năm trước lên đến 147,7% (năm 2022 so với năm 2021); 169% (năm 2023 so với năm 2021). Tổng chi phí KCB bệnh viện thống nhất thanh quyết toán với cơ quan Bảo hiểm xã hội thành phố Hà Nội đạt 99,7% năm 2021 và năm 2022, năm 2023 là 99,6%. Chúng tôi khuyến nghị bệnh viện cần có các nghiên cứu sâu hơn về nguyên nhân gây xuất toán, tăng cường ứng dụng công nghệ thông tin để có thể kịp thời hạn chế các nguyên nhân gây xuất toán đó. **Từ khóa:** Bảo hiểm y tế; kinh tế y tế; thanh quyết toán bảo hiểm y tế; khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

SUMMARY

RESULTS OF SETTLEMENT OF HEALTH INSURANCE COSTS BETWEEN 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL AND HANOI SOCIAL INSURANCE AGENCY, 2021-2023

Objective: To describe the results of the settlement of health insurance (HI) costs between the 108 Military Central Hospital (TWQĐ 108) and the Hanoi Social Insurance Agency for the period 2021-2023. **Research method:** A retrospective study based on quantitative data from summary reports and health insurance settlement records at the 108 Military Central Hospital during the period 2021-2023. **Results and recommendations:** The number of HI medical visits increased by 147.7% in 2022 compared to 2021 and by 169% in 2023 compared to 2021. The total medical examination and treatment costs settled between the hospital and the Hanoi Social Insurance Agency reached 99.7% for 2021 and 2022, and 99.6% for 2023. We recommend that the hospital conduct further studies on the causes of discrepancies and strengthen the application of information technology to timely mitigate these causes.

Keywords: Health insurance; health economics; health insurance settlement; health insurance medical examination and treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bảo hiểm y tế (BHYT) là hình thức bảo hiểm bắt buộc được áp dụng đối với các đối tượng

¹Bệnh viện Trung ương quân đội 108

²Trường Đại học Y tế Công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Tuyên

Email: nguyentuyen111082@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2024

Ngày duyệt bài: 25.12.2024