# HUYẾT HỌC-A Duy

1. **hồng cầu lưới:**

là hồng cầu non, chiếm tỉ lệ bình thường khoảng 1% số hồng cầu trong máu ngoại vi. HCL là g/đoạn biệt hóa cuối cùng của hồng cầu trong tủy xương trước khi vào dòng máu tuần hoàn

tên gọi HC lưới là do khi được nhuộm (= 1 số phương pháp nhất định) và quan sát dưới kính hiển vi, người ta thấy cấu trúc dạng lưới trong bào tương của loại tb này, đó là những mảnh còn sót lại của nhân và các bào quan, kể cả RNA (có màu tím) trước khi bị tiêu biến hoàn toàn

% bình thường trong máu ngoại vi: mới sinh 3 ngày đầu 4-6%. sau đó 0.2-2%. số lượng HCL là thông số hữu ích trong việc theo dõi chức năng tạo HC của tủy xương, nhất là trong trường hợp điều trị các trường hợp thiếu máu.

* tăng: tăng sản xuất HC. trong thiếu máu tán huyết, thiếu máu hc liêm, xuất huyết, uống Fe trong điều trị thiếu máu thiếu Fe
* giảm: hóa trị liệu, suy tủy, tán huyết miễn dịch nặng, suy giáp

1. **bn giảm tiểu cầu nhẹ, sau khi tiêm thuốc thấy bầm máu kích thước khoảng 1cm là bình thường**
2. **trên lâm sàng ko thể phân biệt giảm số lượng hay chất lượng tiểu cầu**
3. **đánh giá chất lượng tiểu cầu: điều kiện số lượng tiểu cầu phải bình thường. các xét nghiệm:**

TS

độ tập trung tiểu cầu

thời gian co cục máu

PFA -100

1. **giảm chất lượng tiểu cần**

* bẩm sinh
  + khởi phát: tự nhiên 🡪 xuất huyết rất sớm (bé chỉ cần quay qua quay lại trên giường), tái đi tái lại nhiều lần
  + tiền căn gia đình: giúp củng cố
* mắc phải
  + thuốc: trong thời gian dùng thì bị, ngưng bình thường lại
  + suy gan, suy thận, suy dinh dưỡng: phù, báng bung, vàng da…
  + nhiễm KST (thường gặp nhất): có 3 lại: toxocara (tiếp xúc chó mèo), strongyloides, cysticercosis (hỏi lứa tuổi, sổ giun…)

1. **giảm số lượng tiểu cầu**

* trung ương:
  + giảm 2/3 dòng tb
  + khám quan tâm 3 họi chứng: xuất huyết, thiếu máu, nhiễm trùng
* ngoại biên
  + tăng bắt giữ
    - lách to độ 3-4
    - lách ko to loại trừ
  + tăng tiêu thụ: trong DIC, thường xảy ra ở bệnh cảnh shock, suy gan nặng, suy thận nặng, có bướu máu bấm sinh (kích thước lớn nhanh), nhiễm trùng huyết nặng
  + tăng phá hủy
    - cơ học: dòng máu va vào vật cản gì đó gây vơ: van tim nhân tạo
    - nhiễm trùng, siêu vi
    - miễn dịch: dị miễn dịch (trẻ 6 tháng 🡪 kháng thể từ mẹ sang). những nguyên nhân xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch vẫn chưa biết rõ. những yếu tố góp phần củng cố:
      * khởi phát đột ngột trên bn khỏe mạnh
      * tổng trạng tốt, bé ko bị bệnh, bất thường chiều cao, cân nặng, dinh dưỡng
      * gan lách hạch ko to

1. **đông máu nội mạch lan tỏa**

đặc trưng bởi kích hoạt hệ thống đông máu, hậu quả tạo và lắng đọng fibrin, thành lập huyết khối vi mạch ở nhiều cơ quan trong cơ thể 🡪 tình trạng nghẽn mạch và xuất huyết do giảm trầm trọng yếu tố đông máu

1. **vì sao thiêu vit C gây xuất huyết**

vì vit C tham gia tổng hợp colagen, nếu thiếu 🡪 dòn mao mạch 🡪 giảm khả năng đàn hồi -> hồng cầu dễ thoát ra ngoài

1. **ko nên dùng màu sắc môi để đánh giá tình trạng thiếu máu**
2. **bn sốt thường co mạch ngoại biên: đầu ngón tay thường trắng**

# TRÌNH BỆNH THALASSEMIA

* bn bị thalassemia: phải coi từ khi chẩn đoán lúc đầu tới giờ đã được can thiệp gì rồi: truyền máu, thải sắt, cắt lách, chích ngừa gì?
* đời sống hồng cầu trong bịch máu truyền là bao nhiêu? Sau khi truyền, có 70% hồng cầu sống sau 24 giờ và những hồng cầu này có đời sống sinh học bình thường
* tán huyết: bên ngoài (kháng thể, kst sốt rét, cường lách)
* bn dễ bị gãy xương: do tăng tạo máu ở tủy xương, làm vỏ xương mỏng đi, tủy xương rộng ra; do tích tụ sắt ở tuyến nội tiết 🡪 rối loạn chuyển hóa canci.
* bệnh hemoglobine: do rối loạn chất lượng chuỗi globin: HbE, HbS, HbC… # thalassemia: giảm tổng hợp, giảm số lượng chuỗi globin.
* thalassemia: thường gặp thalassemia ở dân tộc thiểu số. việt nam thường gặp b-thalassemia + HbE

tỉ lệ thalass: 10% dân số. trung bình mỗi 6’ có 1 em bé thalas ra đời

* a-thalas: 2 gen 🡪 4 allen qui định tổng hợp; b-thalas: 1 gen 🡪 2 allen qui định.
* lý do chính gây ứ sắt ở bn ko phải chỉ là do tán huyết, mà là do lượng máu truyền vào.
* truyền máu vô mà đáp ứng ko tương xứng: do bịch máu của người thiếu máu ít hồng cầu; bịch máu đã lâu rồi, đời sống ngắn; truyền vô sinh kháng thể phá hủy hồng cầu.
* thải sắt đường uống: có thể trẻ >2 tuổi; đường chích: trẻ > 3 tuổi.
* trong cơ thể chuỗi a có ái lực mạnh nhất với các chuỗi khác, khi thiếu a thì các chuỗi khác mới kết hợp với nhau.
* điện di: HbA1 (a2b2)= 40%; HbA2 (a2d2)=4; HbF (a2y2)=56%: tỉ lệ chuỗi a là 100%; tỉ lệ chuỗi b = 40% giảm 🡪 nghĩ b-thalas
* làm công thức máu: nếu MCV, MCH: ko giảm nhiều: do pha lẫn giữa máu bệnh nhân và máu truyền vô.
* có hội chứng thiếu máu: khám hội chứng nhiễm trùng, hội chứng xuất huyết, hội chứng tán huyết (vàng da, gan lách to, tiểu sậm màu)
* thuốc thải sắt: bé tiểu màu đỏ.