

DOI: 10.58490/ctump.2024i81.2585

## ĐẶC ĐIỂM BỆNH SUY TỬY XƯƠNG VÔ CĂN Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN TRUYỀN MÁU HUYẾT HỌC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

*Trương Thị Minh Khang, Huỳnh Nghĩa, Võ Hoài Nhân, Trịnh Thị Tâm,  
Nguyễn Thị Thanh Nhân, Hà Thị Thảo Mai\*, Phạm Lê Nhứt Tân*

*Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ*

*\*Email: httmai@ctump.edu.vn*

*Ngày nhận bài: 01/4/2024*

*Ngày phản biện: 10/8/2024*

*Ngày duyệt đăng: 25/10/2024*

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Suy tủy xương vô căn là một bệnh lý nghiêm trọng ở trẻ em. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát đặc điểm lâm sàng, sinh học của bệnh suy tủy xương vô căn ở trẻ em. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca, hồi cứu trên 49 bệnh nhi mắc suy tủy xương vô căn được điều trị với các phác đồ như thuốc ức chế miễn dịch bao gồm kháng thể kháng tế bào tủy ức (Antithymocyte globuline) và Cyclosporine-A, Cyclosporine-A và Prednisolone, Cyclosporine-A kết hợp thuốc chủ vận thụ thể thrombopoietin, chỉ truyền chế phẩm máu hoặc ghép tế bào gốc tạo máu tại Bệnh viện Truyền máu Huyết học TP. Hồ Chí Minh trong khoảng thời gian từ tháng 01/2017 đến tháng 12/2021. **Kết quả:** 49 bệnh nhi có độ tuổi trung bình lúc chẩn đoán là  $7,98 \pm 0,57$ ; trong đó nhóm từ 5 đến 10 tuổi chiếm ưu thế với 44,9%. Thiếu máu và xuất huyết là triệu chứng thường gặp. Bệnh nhi có phân độ suy tủy xương nặng và rất nặng chiếm tỷ lệ 77,6%. Trong lựa chọn phác đồ điều trị, phương pháp phối hợp Antithymocyte globuline và Cyclosporine-A chiếm ưu thế với 60%, tiếp đến là ghép tế bào gốc 24%, phương pháp điều trị hỗ trợ chiếm 8%, điều trị Cyclosporine-A phối hợp prednisolone và Cyclosporine-A phối hợp thuốc chủ vận thụ thể Thrombopoietin đều chiếm tỷ lệ thấp nhất với 4%. Bên cạnh đó, chúng tôi còn ghi nhận được trước khi lựa chọn phác đồ điều trị có 100% bệnh nhân được truyền chế phẩm máu; 63,3% sử dụng kháng sinh, kháng nấm và kháng virus; 6,1% bệnh nhi dùng Cyclosporine-A và 4,1% sử dụng corticoid. **Kết luận:** Mặc dù đã có nhiều phác đồ điều trị, nhưng việc hiểu rõ các đặc điểm của bệnh cũng giúp ích rất nhiều trong phân nhóm bệnh, định hướng điều trị phù hợp nhất theo từng cá thể và tiên lượng bệnh.

**Từ khóa:** Suy tủy xương vô căn, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, phác đồ điều trị.

### ABSTRACT

#### CHARACTERISTICS OF IDIOPATHIC APLASTIC ANEMIA IN CHILDREN AT THE HO CHI MINH CITY BLOOD TRANSFUSION AND HEMATOLOGY HOSPITAL

*Trương Thị Minh Khang, Huỳnh Nghĩa, Võ Hoài Nhân, Trịnh Thị Tâm,  
Nguyễn Thị Thanh Nhân, Hà Thị Thảo Mai\*, Phạm Lê Nhứt Tân*

*Can Tho University of Medicine and Pharmacy*

**Background:** Idiopathic aplastic anemia in pediatric patients is a critical medical condition. **Objective:** To investigate into the biological and clinical attributes of idiopathic aplastic anemia in pediatric patients at Ho Chi Minh City Blood Transfusion and Hematology Hospital from January 2017 to December 2021. **Materials and methods:** Retrospective research was conducted on a series of cases, which included 49 pediatric patients who had been diagnosed with idiopathic aplastic anemia and had been treated with a variety of procedures, including hematopoietic stem cell transplantation, immunosuppressants including anti-thymocyte globulin combined with Cyclosporine-A, Cyclosporine-A combined prednisolone, Cyclosporine-A combined

with a receptor agonist thrombopoietin, isolated blood product transfusion at Ho Chi Minh City Blood Transfusion and Hematology Hospital during the period from January 2017 to December 2021. **Results:** A total of 49 cases that met the criteria were collected during the investigation. The mean age at diagnosis was 7.98 years, with a standard deviation of 0.57 years. The age cohort between 5 and 10 years comprised 44.9% of the overall cases. When conducting a diagnosis, it is important to pay close attention to the prominent indicators of anemia and bleeding. Approximately 77.6% of children in the pediatric population are experiencing severe and very severe aplastic anemia. The most common treatment protocols were anti-thymocyte globulin plus Cyclosporine-A at 60%, hematopoietic stem cell transplantation at 24%, supportive therapy at 8%, and both Cyclosporine-A combined prednisolone and Cyclosporine-A combined with a receptor agonist thrombopoietin at 4%. Before treatment selection, all patients received blood component therapy; 63.3% received antibiotics, antifungals, and antivirals; 6.1% received Cyclosporine-A, and 4.1% received corticosteroids. **Conclusion:** A comprehensive understanding of the disease's characteristics is extremely useful for classifying the condition, determining which therapy is most appropriate for each individual, and predicting the prognosis, despite the reality that there are numerous treatment protocols available.

**Keywords:** Idiopathic aplastic anemia, clinical characteristics, paraclinical characteristics, treatment protocols.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tủy xương (STX) là một bệnh lý tại tủy xương hiếm gặp nhưng phức tạp có đặc điểm là giảm sinh các tế bào tạo máu ở tủy xương. Dựa vào nguyên nhân gây bệnh, người ta phân hội chứng STX thành hai loại là suy tủy xương di truyền (STXDT) chiếm 20% và suy tủy xương mắc phải (STXMP) chiếm 80%. STXMP tiếp tục được phân thành 2 nhóm: thứ phát và suy tủy xương vô căn (STXVC), trong đó STXVC chiếm đa số với khoảng 70 - 80% bệnh nhân STXMP. Bệnh xảy ra ở mọi lứa tuổi, nhiều nhất ở trẻ em, người trẻ (từ 10 đến 25 tuổi) [1],[2],[3].

Bệnh suy tủy xương vô căn (STXVC) có triệu chứng lâm sàng rất đa dạng bao gồm thiếu máu, chảy máu và nhiễm trùng. Cận lâm sàng chẩn đoán STXVC bao gồm huyết đồ, hồng cầu lưới, tủy đồ, sinh thiết tủy. Mặc dù đã có những tiến bộ trong các phương pháp điều trị, bao gồm cả ghép tủy xương và điều trị ức chế miễn dịch, nhưng việc điều trị STXVC ở trẻ em vẫn là một vấn đề phức tạp. Việc hiểu rõ các đặc điểm lâm sàng và sinh học của STXVC ở trẻ em là rất quan trọng để đưa ra chẩn đoán chính xác, lựa chọn điều trị hiệu quả và đánh giá tiên lượng. Nghiên cứu này nhằm mục đích khảo sát một cách toàn diện các đặc điểm lâm sàng và sinh học của STXVC ở trẻ em được điều trị tại Bệnh viện Truyền máu Huyết học Thành Phố Hồ Chí Minh (BV TMHH TP HCM) trong khoảng thời gian năm năm, từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2021.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả trẻ em chẩn đoán xác định suy tủy xương vô căn được điều trị tại BV TMHH TP HCM từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2021.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** [2],[4]

Những bệnh nhi được chọn vào nghiên cứu phải thỏa mãn tất cả các tiêu chuẩn sau:

+ Chẩn đoán xác định suy tủy xương mức độ nặng, rất nặng và trung bình cần truyền chế phẩm máu (theo tiêu chuẩn Camitta) [2] được điều trị bằng các phác đồ như thuốc ức chế miễn dịch bao gồm Antithymocyte globuline và Cyclosporine-A, Cyclosporine-A và

Prednisolone, Cyclosporine-A kết hợp thuốc chủ vận thụ thể thrombopoietin, chỉ truyền chế phẩm máu hoặc ghép tế bào gốc tạo máu tại BV TMHH TP HCM.

+ Độ tuổi lúc chẩn đoán từ 0 đến dưới 16 tuổi.

+ Người giám hộ đồng ý tham gia nghiên cứu.

**- Tiêu chuẩn loại trừ:**

Không thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh hoặc có một trong các tiêu chuẩn sau:

+ Bệnh suy tủy xương bẩm sinh.

+ Bệnh lý ác tính đi kèm.

+ Mới xạ trị hoặc hóa trị.

+ Tiền căn sử dụng các loại thuốc có khả năng gây suy tủy

+ Hồ sơ bệnh án không đầy đủ, rõ ràng (hồ sơ bệnh án không liên tục hoặc tìm không đủ bệnh án).

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca.

- Bệnh nhi thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu được chọn nghiên cứu trong thời gian từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2021, tiếp tục theo dõi điều trị đến hết tháng 6/2023. Các thông tin của bệnh nhi về dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị theo dõi trong hồ sơ bệnh án được ghi nhận vào phiếu thu thập số liệu.

- **Xử lý số liệu:** Số liệu được thu thập và xử lý bằng SPSS 23.0. Khảo sát kết quả điều trị qua EFS và OS: Sử dụng phương pháp Kaplan Meier trong phần mềm SPSS 23.0.

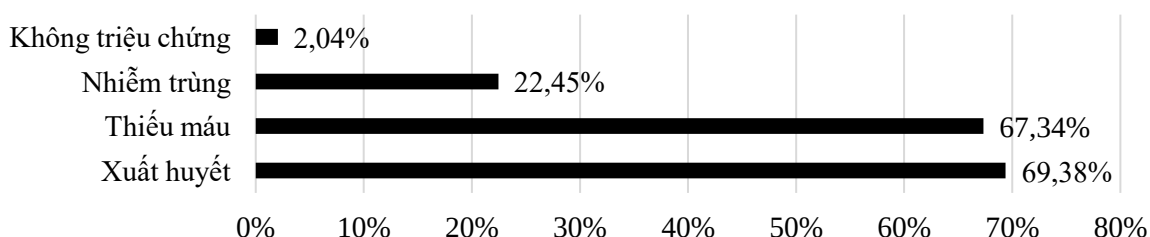
- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học trường Đại học Y Dược Cần Thơ số 22.399.HV/PCT-HĐĐĐ ngày 27/7/2022.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm dịch tễ học

Hầu hết các bệnh nhi điều trị bệnh STXVC thường biểu hiện bệnh ở độ tuổi trung bình là  $7,98 \pm 0,57$  với nhóm khoảng từ 5 đến 10 tuổi chiếm 44,9%; nhóm trên 10 đến dưới 16 tuổi chiếm tỷ lệ tương đối với 32,7%, cuối cùng là nhóm < 5 tuổi chiếm 22,4%. Phân bố giới tính trong nhóm bệnh nhi nghiên cứu là nam/nữ tương đối ngang nhau, tỷ lệ nam và nữ lần lượt là 51% và 49%.

### 3.2. Đặc điểm lâm sàng



Biểu đồ 1. Triệu chứng lâm sàng tại thời điểm chẩn đoán

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng thường gặp tại thời điểm chẩn đoán STX là xuất huyết và thiếu máu chiếm tỷ lệ lần lượt là 69,38% và 67,34%. 22,45% bệnh nhi (BN) có nhiễm trùng, 1 trường hợp (2,04%) không có triệu chứng lâm sàng lúc chẩn đoán.

### 3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 1. Cận lâm sàng tại thời điểm chẩn đoán (n = 49)

|                                                 | Trung bình      | Trung vị              | Giá trị     | n (%)      |
|-------------------------------------------------|-----------------|-----------------------|-------------|------------|
| Bạch cầu ( $\times 10^9/L$ )                    | -               | 2,35                  | -           | -          |
| Bạch cầu đa nhân trung tính ( $\times 10^9/L$ ) | -               | 0,28<br>(0,12 - 0,83) | < 0,2       | 18 (36,7%) |
|                                                 |                 |                       | 0,2 - < 0,5 | 16 (32,7%) |
|                                                 |                 |                       | $\geq 0,5$  | 15 (30,6%) |
| Hồng cầu ( $\times 10^{12}/L$ )                 | 2,81 $\pm$ 0,61 | -                     | -           | -          |
| Hb (g/dL)                                       | 8,41 $\pm$ 1,74 | -                     | < 9         | 33 (67,3%) |
|                                                 |                 |                       | $\geq 9$    | 16 (32,7%) |
| Hồng cầu lưới ( $\times 10^9/L$ )               | -               | 29,5<br>(11,7-51,0)   | < 20        | 21 (42,9%) |
|                                                 |                 |                       | $\geq 20$   | 28 (57,1%) |
| Tiểu cầu ( $\times 10^9/L$ )                    | -               | 11<br>(7,0 - 16,0)    | < 20        | 41 (83,7%) |
|                                                 |                 |                       | $\geq 20$   | 8 (16,3%)  |
|                                                 | Trung bình      | Trung vị              | Giá trị     | n (%)      |
| Sinh thiết tủy (% mật độ tế bào)                | -               | -                     | 15 - < 25%  | 8 (16,3%)  |
|                                                 |                 |                       | 5 - < 15%   | 32 (65,3%) |
|                                                 |                 |                       | < 5%        | 9 (18,4%)  |
| Phân độ suy tủy                                 | -               | -                     | Trung bình  | 11 (22,4%) |
|                                                 |                 |                       | Nặng        | 19 (38,8%) |
|                                                 |                 |                       | Rất nặng    | 19 (38,8%) |

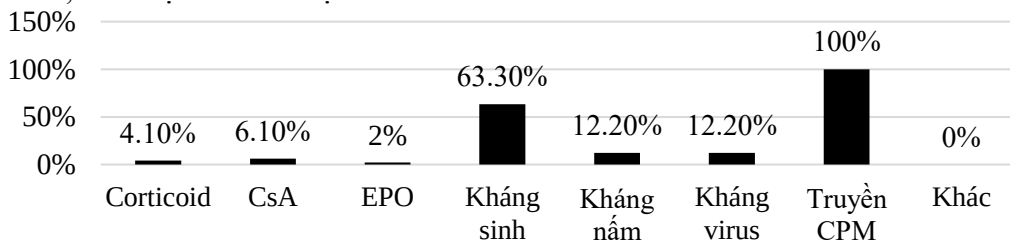
Nhận xét: Lượng Hb trung bình là 8,41 $\pm$ 1,74 g/dL; trung vị của các chỉ số BCĐNTT 0,28 (0,12 - 0,83)  $\times 10^9/L$  và SLTC là 11 (7,0 - 16,0)  $\times 10^9/L$ . Tỷ lệ BN có BCĐNTT < 0,5  $\times 10^9/L$  chiếm khoảng 69,4% (trong đó 0,2 - < 0,5 là 32,7% và < 0,2 là 36,7%); hầu hết có SLTC giảm < 20  $\times 10^9/L$  với 83,7% và 67,3% trường hợp có lượng Hb < 9g/dL. Kết quả sinh thiết tủy tại thời điểm chẩn đoán nhóm có mật độ tế bào tủy từ 5% đến dưới 15% chiếm ưu thế với 65,3%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, BN có phân độ tủy xương nặng và rất nặng chiếm cùng tỷ lệ là 38,8%; suy tủy xương trung bình chiếm tỷ lệ 22,4%.

### 3.4. Đặc điểm điều trị

Bảng 2. Tỷ lệ lựa chọn các phương pháp điều trị

|       | Điều trị đặc hiệu |                        |           | Không điều trị đặc hiệu |             |           |
|-------|-------------------|------------------------|-----------|-------------------------|-------------|-----------|
|       | GTBG              |                        | ATG + CsA | Hỗ trợ                  | CsA đơn độc | CsA + TPO |
|       | Cùng huyết thống  | Không cùng huyết thống |           |                         |             |           |
| n (%) | 10 (22%)          | 1 (2%)                 | 30 (60%)  | 4 (8%)                  | 2 (4%)      | 2 (4%)    |

Nhận xét: Nhóm điều trị đặc hiệu, phương pháp ATG + CsA chiếm ưu thế với 60%, tiếp đến là ghép TBG 24%. Nhóm không điều trị đặc hiệu, phương pháp điều trị hỗ trợ chiếm 8%; điều trị CsA đơn độc và CsA + TPO đều chiếm 4%.



Biểu đồ 2. Tỷ lệ các biện pháp can thiệp trước khi được điều trị đặc hiệu (n = 49)

Nhận xét: Trước khi quyết định phương pháp điều trị, 100% BN STX được truyền chế phẩm máu; 63,3% có sử dụng kháng sinh, kháng nấm và kháng virus chiếm tỷ lệ tương đương nhau (12,2% cho mỗi nhóm); 6,1% BN dùng CsA và 4,1% có sử dụng corticoid.

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm dịch tễ học

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân khi được chẩn đoán là  $7,98 \pm 0,57$  tuổi. Nhóm tuổi từ 5 đến 10 tuổi chiếm ưu thế với 44,9%, nhóm >10 tuổi chiếm tỷ lệ tương đối với 32,7%, cuối cùng là nhóm <5 tuổi chiếm 22,4%. STXVC có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng thường gặp nhất là ở người lớn trẻ tuổi 15 - 24 tuổi và người già trên 65 tuổi.

Theo tác giả Scheinberg P và cộng sự nghiên cứu nhóm bệnh nhi STX nặng mới chẩn đoán, ghi nhận tuổi trung vị của BN là 8,9 tuổi [6]. Trong khi đó, theo nghiên cứu Trần Ngọc Kim Anh năm 2014 thì tuổi trung bình của bệnh nhi khi được chẩn đoán là  $7,06 \pm 0,71$  tuổi và nhóm tuổi từ 5 đến 10 tuổi cũng chiếm tỷ lệ cao nhất với 52,9% [7]. Theo tác giả Nguyễn Thị Hương Mai năm 2021, tuổi trung bình của bệnh nhi STX là 5,58 tuổi và nhóm tuổi thường gặp là < 5 tuổi với 39,3% [8]. Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với tác giả Trần Ngọc Kim Anh, có thể là cùng địa điểm nghiên cứu nên đặc điểm nhóm BN tương tự nhau.

Chúng tôi ghi nhận không có sự khác biệt về giới tính trong nhóm bệnh nhi STX với tỷ lệ nam/nữ lần lượt là 51% và 49%, tương đương 1,04/1. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với y văn. Tuy nhiên theo nghiên cứu của Trần Ngọc Kim Anh (2014) và Nguyễn Thị Hương Mai (2021) tỷ lệ này là 2,1/1 và 1,65/1 [7,8]. Nghiên cứu của tác giả Hoàng Dương Huy thì tỷ lệ này là 1/2,3 [9].

### 4.2. Đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng xuất huyết và thiếu máu thường gặp hơn nhiễm trùng. Những bệnh nhi trong nghiên cứu của chúng tôi thường ít biểu hiện những triệu chứng riêng lẻ mà thường biểu hiện cùng lúc nhiều triệu chứng, thường gặp nhất là triệu chứng thiếu máu và xuất huyết, thiếu máu, xuất huyết và nhiễm trùng. Tỷ lệ BN có triệu chứng thiếu máu tại thời điểm chẩn đoán bệnh là 67,34%, xuất huyết 69,38% và nhiễm trùng là 22,45% thấp hơn so với tỷ lệ các triệu chứng này trong nghiên cứu của Trần Ngọc Kim Anh lần lượt là 100%; 97,1% và 35,5% [7]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương Mai là 100%; 80,4% và 80,9% [8]. Nghiên cứu của Huỳnh Thiên Ngôn (2022) là 94%; 87,9% và 27,3% [10]. Tỷ lệ xuất hiện triệu chứng lâm sàng tại thời điểm chẩn đoán bệnh STX có xu hướng giảm có thể là do điều kiện kinh tế, y tế của nước ta đã có nhiều cải thiện hơn trước nên trẻ được đưa đến bệnh viện khám sớm, được chẩn đoán ở giai đoạn sớm hơn, nên triệu chứng đỡ nặng nề hơn.

Trong tổng số 34 BN có triệu chứng xuất huyết thì vị trí xuất huyết dưới da chiếm đa số với 82,36%; các vị trí khác như mũi, vồng mạc, lưỡi và vòm họng, âm đạo và răng đều chiếm 2,94%. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với Nguyễn Thị Hương Mai (2021) với 77,6% BN xuất huyết dưới da [8]. Như vậy xuất huyết da là vị trí xuất huyết thường gặp nhất của BN STX.

Trong 11 BN có triệu chứng nhiễm trùng thì vị trí nhiễm trùng hô hấp chiếm cao nhất với 54,55%; BN có sốt nhưng chưa ghi nhận được ổ nhiễm trùng chiếm 36,36%; nhiễm trùng huyết chiếm 9,09%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với tác giả Nguyễn Thị Hương Mai (2021) với 42,3% nhiễm trùng hô hấp [8].

### 4.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Về đặc điểm huyết đồ, trong nghiên cứu của chúng tôi thì hầu như tất cả các BN đều có SLBC, BCĐNTT, Hb, SLTC và HCL giảm dưới mức bình thường.

Lượng Hb là một chỉ số phản ánh chính xác tình trạng thiếu máu, lượng Hb trung bình trong nghiên cứu là  $8,41 \pm 1,74$  g/dL; nhóm Hb  $< 9$  g/dL chiếm 67,3% và Hb  $> 9$  g/dL chiếm 32,7%. Bên cạnh đó, số lượng HCL giảm phản ánh gián tiếp sự tạo máu giảm ở tủy xương, HCL  $< 20 \times 10^9/L$  chiếm 42,9%; HCL  $\geq 20 \times 10^9/L$  chiếm 57,1%. Kết quả này chưa tương đồng với Trần Ngọc Kim Anh và Nguyễn Thị Hương Mai vì 2 nghiên cứu này có lượng Hb trung bình lần lượt là  $7,31 \pm 0,4$  g/dL và 7,1 g/dL; chỉ số HCL  $< 20 \times 10^9/L$  lần lượt là 50% và 68,1%. Điều này lý giải vì sao triệu chứng thiếu máu của bệnh nhi trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nhiều so với 2 nghiên cứu này [7],[8].

Bảng 3. Bảng so sánh chỉ số huyết đồ với các nghiên cứu khác

| Chỉ số                  | BCĐNTT ( $\times 10^9/L$ )/% |         |               |            | SLTC ( $\times 10^9/L$ )/% |        |           |
|-------------------------|------------------------------|---------|---------------|------------|----------------------------|--------|-----------|
|                         | Trung bình/<br>Trung vị      | $< 0,2$ | $0,2 - < 0,5$ | $\geq 0,5$ | Trung bình/<br>Trung vị    | $< 20$ | $\geq 20$ |
| Chúng tôi               | 0,28                         | 36,7%   | 32,7%         | 30,6%      | 11                         | 83,7%  | 16,3%     |
| Huỳnh Thiện Ngôn (2022) | $0,81 \pm 0,67$              | -       | -             | -          | $17,9 \pm 16,5$            | -      | -         |
| N.Yoshida (2014) [10]   | 0,22                         | -       | -             | -          | 11                         | -      | -         |

Nhận xét: Số lượng BCĐNTT và SLTC. Số lượng BCĐNTT trung vị là  $0,28 \times 10^9/L$ , trung vị của SLTC là  $11 \times 10^9/L$ . Tỷ lệ BN có BCĐNTT  $< 0,5 \times 10^9/L$  chiếm khoảng 69,4%; hầu hết BN có SLTC giảm  $< 20 \times 10^9/L$  với 83,7%. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với Huỳnh Thiện Ngôn về giá trị trung bình SLTC, nhưng số lượng BCĐNTT trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn [10].

Bệnh nhi có phân độ suy tủy xương nặng và rất nặng chiếm ưu thế với 77,6% (trong đó mức độ nặng và rất nặng cùng tỷ lệ là 38,8%); suy tủy xương trung bình chiếm tỷ lệ 22,4%. Tuy nhiên sinh thiết tủy ghi nhận nhóm có mật độ tế bào tủy giảm nặng chỉ chiếm 18,4%. Như vậy, có sự không tương thích giữa mức độ nặng của mật độ tế bào trên sinh thiết tủy và phân độ suy tủy theo Camitta [1,2]. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương đồng với các nghiên cứu trong nước như Trần Ngọc Kim Anh, Nguyễn Thị Hương Mai và Huỳnh Thiện Ngôn với tỷ lệ bệnh nhân suy tủy xương nặng và rất nặng lần lượt là 82,4%; 81,1% và 75,8% [7,8,9]. Sự tương đồng này có thể do sự tương đồng kiểu hình của dân tộc cũng như các giá trị cận lâm sàng.

### 4.4. Đặc điểm điều trị

Nghiên cứu của chúng tôi được chia thành 2 nhóm: nhóm điều trị đặc hiệu bao gồm phương pháp ATG + CsA chiếm ưu thế với 60%, tiếp đến là ghép TBG 24% (trong đó ghép TBG cùng HT 22% và không cùng HT 2%). Nhóm không điều trị đặc hiệu gồm phương pháp điều trị hỗ trợ chiếm 8%; điều trị CsA + Prednisolone và CsA + TPO đều chiếm 4%.

Trước khi có quyết định phương pháp điều trị, 100% BN STXVC được truyền chế phẩm máu, nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với Huỳnh Thiện Ngôn (2022) [9]; 63,3% có sử dụng kháng sinh, kháng nấm và kháng virus chiếm tỷ lệ tương đương nhau (12,2% cho mỗi nhóm); 6,1% BN dùng CsA và 4,1% có sử dụng corticoid.

Theo tác giả Nguyễn Thị Hương Mai (2021) thì hiện nay BN suy tủy xương tại BV Nhi Trung Ương được điều trị bằng thuốc ức chế miễn dịch là chủ yếu bao gồm corticoid

đơn thuần (18,7%), corticoid kết hợp CSA (13,1%), corticoid kết hợp azathioprine (0,9%), cyclophosphamid đơn độc (1,8%) và ATG + CSA là phương thức điều trị ức chế miễn dịch được ưu tiên lựa chọn nhất hiện nay (41,3%). Chỉ có 2 bệnh nhi được ghép TBG (1,8%) và không có bệnh nhi nào điều trị cắt lách. Ngoài ra, bệnh nhi STX vô căn chỉ được nhận điều trị hỗ trợ đơn thuần chiếm 22,5%, các biện pháp điều trị hỗ trợ chủ yếu là truyền máu, kháng sinh và G-CSF [8].

Như vậy, so với BV Nhi Trung Ương thì BV TMHH TP HCM đã áp dụng các biện pháp điều trị đặc hiệu với tỷ lệ cao hơn hẳn. Có sự khác biệt này có thể là do số liệu được tiến hành trên BV Nhi Trung Ương, không phải bệnh viện chuyên ngành Huyết Học.

## V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi BN STXVC có độ tuổi trung bình là  $7,98 \pm 0,57$ , triệu chứng thiếu máu là phổ biến nhất. Lượng Hb trung bình là  $8,41 \pm 1,74$  g/dL, hầu hết BN có SLTC giảm  $< 20 \times 10^9/L$  với 83,7%; 69,4% BN có BCĐNTT  $< 0,5 \times 10^9/L$ . Phân độ tủy xương nặng và rất nặng chiếm 65,3%. 60% BN điều trị bằng phác đồ ATG + CsA, ghép TBG tạo máu chiếm 24%. 100% BN STXVC được truyền chế phẩm máu; 63,3% có sử dụng kháng sinh, kháng nấm và kháng virus chiếm tỷ lệ tương đương nhau (12,2% cho mỗi nhóm).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. George.B.S, Marshall A.L, Aplastic Anemia, *William Hematology*, 9<sup>th</sup>E, 2015. 513 – 538.
2. Bacigalupo A, How treat acquired aplastic anemia. *Blood* 2017. 129(11), 1428-1436, doi: 10.1182/blood-2016-08-693481.
3. Samarasinghe S., Veys P., Vora A, Paediatric amendment to adult BSH Guidelines for aplastic anaemia. *British Journal of Haematology*. 2018. 180(2), 201-205, doi: 10.1111/bjh.15066.
4. Bệnh viện Truyền Máu Huyết Học TP Hồ Chí Minh. Phác đồ điều trị suy tủy. Phác đồ điều trị tập 1, 2019, 51-57.
5. Bộ Y tế, Suy tủy xương, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý Huyết Học, 2022, 32 - 39.
6. Scheinberg P, Nunez O, Young NS, Retreatment with rabbit antithymocyte globulin and ciclosporin for patients with relapsed or refractory severe aplastic anaemia. *British Journal of Haematology*. 2006. 133(6), 622-627, DOI: 10.1111/j.1365-2141.2006.06098.x.
7. Trần Ngọc Kim Anh, Huỳnh Nghĩa. Đánh giá hiệu quả điều trị bệnh suy tủy xương với ức chế miễn dịch Antithymocyte và Cyclosporin A ở trẻ em trong 5 năm. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2014. 423, 591-598.
8. Nguyễn Thị Hương Mai, Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, huyết học, điều trị suy tủy toàn bộ ở trẻ em bằng antithymocyte globulin và cyclosporine A. Luận án tiến sĩ y học chuyên ngành huyết học Trường Đại học Y Hà Nội. 2021. 176.
9. Hoàng Dương Huy, Bước đầu đánh giá kết quả sớm ghép tế bào gốc đồng loài trong điều trị bệnh nhi suy tủy xương, Luận văn thạc sĩ y học chuyên ngành Huyết học Truyền Máu. 2018. Trường Đại học Y Hà Nội.
10. Huỳnh Thiện Ngôn, Huỳnh Văn Mẫn, Đánh giá kết quả điều trị ghép tế bào gốc đồng loài trên người bệnh suy tủy xương tại BV Truyền Máu Huyết Học. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022. 520.