

DOI: 10.58490/ctjump.2026i100.4868

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TRUYỀN MÁU, THẢI SẮT TRÊN BỆNH NHÂN THALASSEMIA TẠI BỆNH VIỆN HUYẾT HỌC-TRUYỀN MÁU CẦN THƠ NĂM 2024-2025

Nhan Thị Huỳnh Hương, Ngô Hoàng Phúc, Nguyễn Thị Hồng Gấm,
Nguyễn Quốc Duy, Trần Chí Vũ, Dương Trần Thiên Phúc, Lê Thị Hoàng Mỹ*

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: lthmy@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 23/3/2026

Ngày phản biện: 26/5/2026

Ngày duyệt đăng: 25/7/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: *Thalassemia* là bệnh lý đặc trưng bởi tình trạng thiếu máu tán huyết mạn tính. Việc truyền máu kéo dài dẫn đến tình trạng quá tải sắt tại các mô cơ quan, là nguyên nhân chính gây biến chứng nặng và tử vong. Dù liệu pháp truyền máu và thải sắt giúp ngăn ngừa biến chứng, thực tiễn lâm sàng vẫn ghi nhận nhiều thách thức. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị truyền máu, thải sắt trên bệnh nhân *Thalassemia* tại Bệnh viện Huyết học-Truyền máu Cần Thơ năm 2024-2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên 80 bệnh nhân *Thalassemia* có chỉ định truyền máu, đã được chẩn đoán quá tải sắt và đang điều trị thải sắt liên tục trong 3 tháng tại Bệnh viện Huyết học-Truyền máu Cần Thơ từ tháng 10/2024 đến 10/2025. **Kết quả:** Tỷ lệ phụ thuộc truyền máu (62,5%) chiếm đa số. Lâm sàng ghi nhận da xanh, niêm mạc nhợt (90%), vàng da (70%), lách to và đã cắt lách (87,5%), gan to (80%), sạm da (82,5%), biến dạng xương mặt (63,7%). Nồng độ Hb trung bình lúc nhập viện thấp ($68,29 \pm 9,82$ g/L). Truyền khối hồng cầu (trung vị 2 đơn vị/đợt) giúp Hb tăng thêm trung vị 16 g/L với độ an toàn cao (2,5% phản ứng bất lợi). Sau 3 tháng điều trị thải sắt, nồng độ Ferritin huyết thanh trung vị bước đầu cho thấy xu hướng ổn định hoặc giảm nhẹ Ferritin từ 3840 ng/mL xuống 3787 ng/mL, nhưng chưa đạt ý nghĩa thống kê ($p = 0,063$). **Kết luận:** Bệnh nhân mang kiểu hình lâm sàng điển hình của thiếu máu, tán huyết, nhập viện muộn với Hb thấp. Liệu pháp truyền máu an toàn, cải thiện tình trạng thiếu máu. Điều trị thải sắt bước đầu cho thấy xu hướng giảm dự trữ sắt.

Từ khóa: *Thalassemia*; truyền máu; quá tải sắt; thải sắt.

ABSTRACT

STUDY ON CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND OUTCOMES OF BLOOD TRANSFUSION AND IRON CHELATION THERAPY IN THALASSEMIA PATIENTS AT CAN THO HEMATOLOGY AND BLOOD TRANSFUSION HOSPITAL IN 2024-2025

Nhan Thi Huynh Huong, Ngo Hoang Phuc, Nguyen Thi Hong Gam,
Nguyen Quoc Duy, Tran Chi Vu, Duong Tran Thien Phuc, Le Thi Hoang My*

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: *Thalassemia* is a disease characterized by chronic hemolytic anemia. Prolonged blood transfusion leads to iron overload in tissue organs, which is the main cause of severe complications and mortality. Although blood transfusion and iron chelation therapies help prevent complications, clinical practice still records many challenges. **Objectives:** To describe the clinical and subclinical characteristics and evaluate the outcomes of blood transfusion and iron

chelation therapies in Thalassemia patients at Can Tho Hematology - Blood Transfusion Hospital in 2024-2025. **Materials and methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 80 Thalassemia patients indicated for blood transfusion, diagnosed with iron overload, and receiving continuous iron chelation therapy for at least 3 months at Can Tho Hematology - Blood Transfusion Hospital from October 2024 to October 2025. **Results:** Transfusion-dependent thalassemia (62.5%) accounted for the majority. Clinical manifestations included pale skin and mucous membranes (90%), jaundice (70%), splenomegaly and post-splenectomy (87.5%), hepatomegaly (80%), skin hyperpigmentation (82.5%), and facial bone deformities (63.7%). The mean Hb concentration at admission was low (68.29 ± 9.82 g/L). Packed red blood cell transfusion (median of 2 units/course) helped increase Hb by a median of 16 g/L with high safety (2.5% adverse reactions). After 3 months of iron chelation therapy, the median serum ferritin level initially showed a trend toward stabilization or a slight decrease from 3840 ng/mL to 3787 ng/mL, but did not reach statistical significance ($p = 0.063$). **Conclusions:** Patients carried the typical clinical phenotypes of anemia and hemolysis, and were often admitted late with low Hb levels. Blood transfusion therapy was safe and improved the anemia condition. Iron chelation therapy initially showed a trend of reducing iron reserves.

Keywords: Thalassemia, blood transfusion, iron overload, iron chelation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thalassemia là bệnh lý di truyền phổ biến tại Việt Nam với tỷ lệ mang gen lên đến 13,8% [1]. Bệnh có đặc điểm là giảm sản xuất một hoặc nhiều chuỗi globin, gây thiếu máu tán huyết mạn tính. Đặc biệt trong các trường hợp Thalassemia thể phụ thuộc truyền máu phải đối mặt với gánh nặng điều trị suốt đời. Truyền máu kéo dài đưa lượng lớn sắt ngoại lai vào cơ thể, có thể dẫn đến tích tụ sắt tại các mô cơ quan, đây là một trong những nguyên nhân chính gây biến chứng nặng và tử vong ở bệnh nhân Thalassemia [2]. Mặc dù liệu pháp truyền máu và thải sắt giúp ngăn ngừa biến chứng, cải thiện chất lượng sống, thực tiễn lâm sàng vẫn ghi nhận nhiều thách thức như giảm hiệu quả truyền máu, tác dụng phụ của thuốc và sự đáp ứng không đồng nhất giữa các bệnh nhân.

Nhằm phân tích các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, đánh giá kết quả điều trị truyền máu và thải sắt, từ đó cung cấp cơ sở khoa học giúp bác sĩ lâm sàng điều chỉnh phác đồ phù hợp, hạn chế biến chứng và nâng cao tiên lượng lâu dài cho người bệnh, đề tài: “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị truyền máu, thải sắt trên bệnh nhân Thalassemia tại Bệnh viện Huyết học-Truyền máu Cần Thơ năm 2024-2025” được triển khai nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân Thalassemia điều trị nội trú tại Bệnh viện Huyết học-Truyền máu Cần Thơ thời gian từ tháng 10 năm 2024 đến tháng 10 năm 2025, thỏa các tiêu chuẩn chọn mẫu.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh Thalassemia theo Phác đồ của Bộ Y tế, có chỉ định truyền máu ở đợt nhập viện. Bệnh nhân đã được chẩn đoán quá tải sắt và đang điều trị thải sắt liên tục trong 03 tháng tính đến thời điểm đưa vào nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân đang bị viêm gan, sốt, bệnh nhiễm trùng. Bệnh nhân có bệnh lý ác tính, thiếu máu do bệnh lý khác ngoài bệnh Thalassemia đã biết.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu.

- **Tiêu chuẩn đánh giá biến số:** Phân loại mức độ thiếu máu dựa theo hướng dẫn của WHO 2024 [3]; Phân loại thể bệnh Thalassemia và mức độ quá tải sắt dựa theo hướng

dẫn của Bộ Y Tế năm 2022 [4]; Thời điểm định lượng Hb sau truyền: Ngay sau khi kết thúc đợt truyền máu trong lần nhập viện đó; Phản ứng bất lợi: Các triệu chứng như sốt, mẩn ngứa, hoặc sốc phản vệ trong hoặc sau truyền máu.

- **Phác đồ điều trị thải sắt:** Bệnh nhân được điều trị thải sắt bằng Deferipron với liều 75 mg/kg/ngày, ngày uống 3 lần hoặc Deferasirox với liều 20-30 mg/kg/ngày, ngày uống 1 lần.

- **Cỡ mẫu:** 80 mẫu.

- **Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 10/2024 đến tháng 10/2025.

- **Địa điểm nghiên cứu:** Bệnh viện Huyết học – Truyền máu Cần Thơ.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện, bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ lần lượt được đưa vào nghiên cứu cho đến khi đủ số lượng mẫu cần nghiên cứu.

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ Đặc điểm chung: Giới tính, tiền sử gia đình mắc Thalassemia, thể bệnh.

+ Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng; Da xanh, niêm nhạt, vàng da, vàng mắt, tình trạng gan lách, sạm da, biến dạng xương mặt, nồng độ Hb và Ferritin huyết thanh tại thời điểm nhập viện.

+ Kết quả điều trị truyền máu: Số lượng khối hồng cầu từ 350 ml máu toàn phần đã truyền, nồng độ Hb ngay sau khi kết thúc đợt truyền máu, khoảng cách giữa 2 lần nhập viện liên tiếp.

+ Kết quả điều trị thải sắt: Nồng độ Ferritin huyết thanh tại thời điểm người bệnh được đưa vào nghiên cứu và thời điểm 3 tháng trước đó.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Thu thập thông tin triệu chứng lâm sàng và kết quả cận lâm sàng của bệnh nhân đã được ghi nhận từ hồ sơ bệnh án. Tra cứu hệ thống bệnh án điện tử để ghi nhận khoảng cách nhập viện, kết quả Ferritin huyết thanh 3 tháng trước đó.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Các số liệu nghiên cứu được thống kê, lưu trữ và xử lý trên phần mềm SPSS phiên bản 18.0.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ thông qua theo phiếu chấp thuận số 24.126.SV/PCT-HĐĐĐ ngày 09/11/2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 80)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	24	30
	Nữ	56	70
Tiền sử gia đình mắc Thalassemia	Có	32	40
	Không	48	60
Thể bệnh	Phụ thuộc truyền máu	50	62,5
	Không phụ thuộc truyền máu	30	37,5

Nhận xét: Về giới tính, nữ giới chiếm ưu thế (70%), cao gấp 2,3 lần so với nam giới (30%). Có đến 60% bệnh nhân không ghi nhận tiền sử gia đình mắc bệnh, trong khi tỷ lệ có tiền sử gia đình chiếm 40%. Xét về phân loại lâm sàng, thể bệnh phụ thuộc truyền máu chiếm đa số với 62,5%, còn lại 37,5% thuộc thể không phụ thuộc truyền máu.

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

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng (n = 80)

Đặc điểm lâm sàng		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Da xanh, niêm mạc nhợt		72	90
Vàng da, vàng mắt		56	70
Tình trạng lách	Không to	10	12,5
	Độ I - II	23	28,8
	Độ III - IV	41	51,2
	Đã cắt lách	6	7,5
Tình trạng gan	Không to	16	20
	To	64	80
Biến chứng mạn tính	Sạm da	66	82,5
	Biến dạng xương mặt	51	63,7

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có biểu hiện hội chứng thiếu máu (90%) và hội chứng tán huyết (70%). Lách to độ III–IV chiếm tỷ lệ cao nhất 51,2% và gan to chiếm ưu thế với tỷ lệ 80%. Ngoài ra, sạm da chiếm 82,5% và biến dạng xương mặt chiếm 63,7%.

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng (n = 80)

Đặc điểm cận lâm sàng		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tình trạng thiếu máu lúc vào viện	Thiếu máu nhẹ	1	1,2
	Thiếu máu trung bình	43	53,8
	Thiếu máu nặng	36	45,0
	$\bar{X} \pm SD$ (g/L)	68,29 $\pm$ 9,82	
Tình trạng quá tải sắt	Nhẹ (300 - < 1000 ng/mL)	1	1,2
	Trung bình (1000 – 2500 ng/mL)	19	23,8
	Nặng (> 2500 ng/mL)	60	75,0

Nhận xét: Đa số bệnh nhân nhập viện trong tình trạng thiếu máu trung bình (53,8%) và nặng (45,0%). Nồng độ Hb trung bình lúc nhập viện là 68,29 $\pm$ 9,82 g/L. Ngoài ra, 100% bệnh nhân có Ferritin huyết thanh > 300 ng/mL. Trong đó, quá tải sắt mức độ nặng chiếm tỷ lệ cao nhất (75%), tiếp theo là mức độ trung bình (23,8%) và mức độ nhẹ chiếm 1,2%.

3.3. Kết quả điều trị truyền máu trên đối tượng nghiên cứu

Bảng 4. Kết quả điều trị truyền máu (n = 80)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Phản ứng bất lợi sau truyền khối hồng cầu	Có	2	2,5
	Không	78	97,5
Số lượng khối hồng cầu truyền trong đợt điều trị	Trung vị (Min–Max)	2 (1–6)	
Nồng độ Hb sau truyền máu (g/L)	Trung vị (Min–Max)	88 (61–125)	
Mức tăng nồng độ Hb (g/L)	Trung vị (Min–Max)	16 (5–60)	
Khoảng cách giữa 2 lần nhập viện liên tiếp (tuần)	Trung vị (Min–Max)	5 (2–22)	

Nhận xét: Tỷ lệ phản ứng bất lợi sau truyền khối hồng cầu là 2,5% (2 trường hợp). Trong mỗi đợt điều trị, số lượng khối hồng cầu truyền trung vị là 2 đơn vị (Min–Max: 1–6). Sau truyền máu, nồng độ Hb tăng trung vị 16 g/L (Min–Max: 5–60); Nồng độ Hb trung vị sau truyền ghi nhận được là 88 g/L (Min–Max: 61–125). Khoảng cách trung vị giữa hai lần nhập viện liên tiếp là 5 tuần (Min–Max: 2–22 tuần).

3.4. Kết quả điều trị thải sắt

Bảng 5. Thay đổi Ferritin huyết thanh qua 3 tháng điều trị

Đặc điểm	Ferritin huyết thanh 3 tháng trước (ng/mL)	Ferritin huyết thanh hiện tại (ng/mL)	Giá trị p
Trung vị	3840	3787	0,063 ^(a)
Khoảng giá trị (Min–Max)	515–18166	598–14913	

^(a) Kiểm định Wilcoxon signed-rank

Nhận xét: Sau 3 tháng điều trị thải sắt, nồng độ Ferritin huyết thanh trung vị bước đầu ghi nhận có xu hướng ổn định hoặc giảm nhẹ từ 3840 ng/mL xuống 3787 ng/mL. Tuy nhiên, sự khác biệt này chưa đạt ý nghĩa thống kê với $p = 0,063$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận, tỷ lệ người bệnh nữ chiếm ưu thế (70%) tương đồng với kết quả của Lê Hoàng Thi (65,8%) [5]. Về mặt lý thuyết, Thalassemia là bệnh di truyền lặn trên nhiễm sắc thể thường nên tỷ lệ mắc bệnh giữa nam và nữ là tương đương nhau. Sự chênh lệch nam/nữ trong nghiên cứu của chúng tôi có thể do biến số ngẫu nhiên khi thực hiện phương pháp chọn mẫu thuận tiện với cỡ mẫu tương đối nhỏ.

Về tiền sử gia đình, có 60% bệnh nhân không ghi nhận tiền sử gia đình mắc bệnh. Điều này phản ánh đặc điểm di truyền lặn của Thalassemia, người mang gen bệnh thường không biểu hiện lâm sàng, dẫn đến khó khăn trong nhận diện và quản lý bệnh tại cộng đồng.

Về phân loại lâm sàng, thể phụ thuộc truyền máu chiếm đa số (62,5%). Kết quả có thể xuất phát từ đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những bệnh nhân quá tải sắt và đang điều trị thải sắt liên tục. Đồng thời, nó cũng phản ánh thực tế thu nhận bệnh nhân tại các cơ sở điều trị chuyên khoa sâu như Bệnh viện Huyết học - Truyền máu Cần Thơ. Tỷ lệ này tương đồng tác giả Hồ Thị Phương Anh với thể phụ thuộc truyền máu chiếm 63,5% [6].

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Chúng tôi ghi nhận bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng điển hình của hội chứng thiếu máu (90%) và tán huyết (70%), tương đồng với các báo cáo của Hồ Thị Phương Anh (đa xanh niêm nhợt 96,1%, vàng da 74,5%) và Lê Thùy Dung (vàng da 86,8%) [6], [7]. Tỷ lệ gan to (80%) và lách to (87,5%) chiếm đa số, phản ánh tình trạng tiêu hủy hồng cầu tại ngoại vi và tạo máu ngoài tủy kéo dài. Kết quả này phù hợp với quần thể nghiên cứu chủ yếu là nhóm Thalassemia phụ thuộc truyền máu.

Tỷ lệ biến dạng xương mặt chiếm 63,7% có thể do bệnh nhân vào viện với tình trạng thiếu máu mức độ trung bình và nặng (chiếm 98,8% mẫu nghiên cứu). Nồng độ Hb trung bình lúc nhập viện ($68,29 \pm 9,82$ g/L), thấp hơn đáng kể so với ngưỡng khuyến cáo của Liên đoàn Thalassemia Quốc tế là 90 – 105 g/L [2]. Sự chênh lệch này giải thích cho cơ chế tăng sinh tủy quá mức, gây giãn rộng khoang tủy và dẫn đến các biến dạng cấu trúc xương mạn tính.

Về tình trạng quá tải sắt, 75% bệnh nhân quá tải sắt ở mức độ nặng. Nồng độ Ferritin huyết thanh có trung vị là 3840 ng/mL cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của Phạm Thị Thuận (2022) ghi nhận tỷ lệ quá tải sắt nặng là 37,6% với Ferritin trung bình $1954 \pm 1221,7$ ng/mL và nghiên cứu của Hồ Thị Phương Anh năm 2025 cũng chỉ ra tỷ lệ quá tải sắt nặng là 25,5% (trung vị Ferritin 1652 ng/mL) [8], [10]. Điều này có thể do ở nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ thể bệnh phụ thuộc truyền máu chiếm ưu thế với gánh nặng sắt ngoại lai lớn. Tỷ lệ sạm da cao (82,5%) là hệ quả tất yếu của việc lắng đọng sắt tại mô. Điều này đặt ra

yêu cầu cấp thiết về việc tối ưu hóa phác đồ thải sắt và tăng cường sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân để ngăn ngừa các tổn thương đa cơ quan.

4.3. Kết quả điều trị truyền máu

Nghiên cứu ghi nhận nồng độ Hb trung vị sau truyền máu là 88 g/L với mức tăng 16 g/L (trung vị 2 đơn vị khối hồng cầu) thấp hơn đáng kể so với nghiên cứu của Lê Thùy Dung (đạt $102,13 \pm 10,45$ g/L, mức tăng 36,83 g/L) và thấp hơn đáng kể so với kỳ vọng lâm sàng (thông thường 1 đơn vị khối hồng cầu từ 350 mL máu toàn phần giúp tăng khoảng 10-15 g/L) [2], [7]. Sự sụt giảm hiệu quả truyền máu này có thể lý giải do đặc điểm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi với tình trạng lách to chiếm tỷ lệ cao trong mẫu nghiên cứu (lách to độ III-IV chiếm 51,2%) và môi trường stress oxy hóa mạnh do quá tải sắt trầm trọng làm giảm tuổi thọ hồng cầu của người hiến ngay sau khi đi vào hệ tuần hoàn của bệnh nhân Thalassemia.

Về chu kỳ điều trị, khoảng cách giữa hai lần nhập viện là 5 tuần (trung vị), tương đồng với kết quả của Lê Thùy Dung (4,82 tuần) [7]. Tuy nhiên, do nồng độ Hb nền lúc nhập viện thấp ($68,29 \pm 9,82$ g/L), việc truyền 2-4 đơn vị máu chỉ giúp nâng Hb lên mức trung vị 88 g/L. Mức Hb này vẫn chưa đạt ngưỡng tối ưu (95-105 g/L) theo khuyến cáo của Liên đoàn Thalassemia Quốc tế (TIF) để ức chế một cách hiệu quả tình trạng tăng tạo máu ngoại tủy [2].

Về tính an toàn, tỷ lệ phản ứng bất lợi sau truyền máu thấp (2,5%), cho thấy quy trình truyền máu tại cơ sở nghiên cứu được kiểm soát tốt và an toàn cho bệnh nhân.

4.4. Kết quả điều trị thải sắt

Sau 3 tháng điều trị thải sắt, nồng độ Ferritin huyết thanh trung vị ghi nhận giảm nhẹ từ 3840 ng/mL xuống 3787 ng/mL. Mặc dù sự sụt giảm này chưa đạt ý nghĩa thống kê ($p = 0,063 > 0,05$) nhưng điều trị thải sắt bước đầu cho thấy xu hướng ổn định hoặc giảm nhẹ Ferritin, cần thời gian theo dõi dài hơn và phân tích sâu hơn để đánh giá hiệu quả thực sự. Khi đối chiếu với nghiên cứu Phạm Thị Thuận (12 tháng, $p < 0,03$) hay Hồ Thị Phương Anh (trung vị Ferritin giảm từ 1652 ng/mL xuống 889,3 ng/mL, $p < 0,001$) và Nguyễn Thế Tùng (6 tháng, $p > 0,05$), có thể thấy yếu tố thời gian đóng vai trò quan trọng đối với khả năng đạt được sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, đặc biệt trên nhóm đối tượng có tải lượng sắt ban đầu ở mức rất cao [8], [10], [12].

4.5. Hạn chế của nghiên cứu

Bên cạnh những kết quả đạt được, nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn một số hạn chế nhất định. Do cỡ mẫu nhỏ ($n = 80$), chọn mẫu thuận tiện, thiết kế hồi cứu nên việc thu thập dữ liệu phụ thuộc hoàn toàn vào hệ thống lưu trữ dẫn đến khó khăn trong việc đánh giá chi tiết các biểu hiện lâm sàng, tác dụng phụ của thuốc cũng như sự tuân thủ phác đồ của bệnh nhân và chưa phân tích các yếu tố liên quan đến đáp ứng điều trị. Đồng thời, thời gian theo dõi thải sắt ngắn (3 tháng) và việc chỉ dựa vào chỉ số Ferritin huyết thanh mà chưa có MRI gan/tim để đánh giá quá tải sắt mô nên chưa phản ánh khách quan hiệu quả thực sự của liệu pháp thải sắt dài hạn.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy biểu hiện lâm sàng của đối tượng nghiên cứu điển hình với hội chứng thiếu máu, tán huyết và biến dạng xương. Người bệnh thường nhập viện muộn với mức Hb thấp ($68,29 \pm 9,82$ g/L). Liệu pháp truyền máu an toàn giúp cải thiện tình trạng thiếu máu. Liệu pháp thải sắt bước đầu ghi nhận xu hướng giảm nhẹ Ferritin huyết thanh,

tuy nhiên sự khác biệt chưa đạt ý nghĩa thống kê ($p = 0,063$), cần nghiên cứu với thời gian theo dõi dài hơn và đánh giá thêm mức độ tuân thủ điều trị để khẳng định hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Huyết học - Truyền máu. Kỹ yếu các công trình nghiên cứu khoa học Hội thảo khoa học về bệnh Thalassemia. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021, 502.
 2. Cappellini MD, Farmakis D, Porter J and Taher A. Guidelines for the management of transfusion dependent thalassaemia (TDT). Thalassaemia International Federation. 2021.
 3. World Health Organization. *WHO guideline on haemoglobin cutoffs to define anaemia in individuals and populations*. World Health Organization. 2024.
 4. Bộ Y tế. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý huyết học* (Ban hành kèm theo Quyết định số 1832/QĐ-BYT ngày 01/7/2022). Bộ Y tế. 2022.
 5. Lê Hoàng Thi, Lê Thị Hoàng Mỹ, Nguyễn Phúc Đức, Nguyễn Hữu Chương, Nguyễn Thanh Hải và cộng sự. Đặc điểm huyết học và các thể bệnh hemoglobin của sinh viên năm nhất trường Đại học Y dược Cần Thơ có hồng cầu nhỏ nhược sắc. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022. 516(1), 226-230, <https://doi.org/10.51298/vmj.v516i1.2990>.
 6. Hồ Thị Phương Anh, Nguyễn Thị Hiền. Đánh giá điều trị truyền máu trên bệnh nhân Thalassemia tại Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất tỉnh Đồng Nai năm 2024. *Tạp chí Khoa học Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng*. 2025. 33, 117-126, <https://doi.org/10.59294/HIUIS.33.2025.726>.
 7. Lê Thùy Dung, Phạm Kim Liên, Nguyễn Thế Tùng. 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*. 2022. 510(1), 12-16, <https://doi.org/10.51298/vmj.v510i1.1886>.
 8. 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, Trường Đại học Y Hà Nội. 2022. 120.
 9. Lại Thị Dung, Nguyễn Thị Thu Hà. 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. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2023. 522(1), 273-279, <https://doi.org/10.51298/vmj.v522i1.4277>.
 10. Hồ Thị Phương Anh, Bùi Văn Luân. Đánh giá điều trị thải sắt bằng Deferiprone trên bệnh nhân Thalassemia tại Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất tỉnh Đồng Nai năm 2025. *Tạp chí Khoa học Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng*. 2025. Số Đặc biệt 2, 1-8, <https://doi.org/10.59294/HIUIS20250125>.
 11. Lưu Thị Chính. Đặc điểm tình trạng quá tải sắt ở bệnh nhân Thalassemia được điều trị thải sắt tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn. *Vietnam Journal of Community Medicine*. 2024. 65(5), 231-240, <http://doi.org/10.52163/yhc.v65i5.1436>.
 12. Nguyễn Thế Tùng, Mã Thị Ánh, Nguyễn Quang Hào, Lê Thùy Dung. Đánh giá kết quả điều trị thải sắt trên bệnh nhân Thalassemia có quá tải sắt bằng Deferasirox tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022. 512(2), 14-18, <https://doi.org/10.51298/vmj.v512i2.2262>.
-