

CHARACTERISTICS AND SOME FACTORS RELATED TO DEGREE OF BLEEDING IN CHILDREN FROM 2 MONTHS TO 15 YEARS OLD WITH IMMUNE THROMBOCYTOPENIA AT THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL

Nguyen Thi Thanh*, Nguyen Van Son

TNU - University of Medicine and Pharmacy

ARTICLE INFO	ABSTRACT
Received: 06/8/2023	The study aims to describe the characteristics and some factors related to the degree of bleeding in children aged 2 months to 15 years with immune thrombocytopenic purpura at Thai Nguyen Central Hospital. Subjects included in the study included 42 children aged 2 months to 15 years who were diagnosed with immune thrombocytopenic purpura at Thai Nguyen Central Hospital from June 2021 to May 2023. The research method used is a cross-sectional descriptive study. Research results showed that the disease occurs all year round, was most common in the age group from 2 months to 5 years old, the proportion of males was higher than that of females. Manifestations of subcutaneous bleeding accounted for 100%, of which bleeding under the skin and mucous membranes accounted for the highest rate of 69%, internal bleeding was rare. Platelet count at admission was low, 78,6% of children had a platelet count less than 20000/mm ³ . Platelet count related to degree of bleeding. No association was found between age, anemia and the degree of bleeding.
Revised: 28/9/2023	
Published: 28/9/2023	
KEYWORDS	
Purpura	
Thrombocytopenia	
Immune thrombocytopenia	
Degree of bleeding	
Factors associated with degree of bleeding	

ĐẶC ĐIỂM VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN MỨC ĐỘ XUẤT HUYẾT Ở TRẺ EM TỪ 2 THÁNG ĐẾN 15 TUỔI MẮC BỆNH XUẤT HUYẾT GIẢM TIỂU CẦU MIỄN DỊCH TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Thị Thanh*, Nguyễn Văn Sơn

Trường Đại học Y Dược - ĐH Thái Nguyên

THÔNG TIN BÀI BÁO	TÓM TẮT
Ngày nhận bài: 06/8/2023	Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm và một số yếu tố liên quan đến mức độ xuất huyết ở trẻ từ 2 tháng đến 15 tuổi mắc bệnh xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Đối tượng được đưa vào nghiên cứu gồm 42 trẻ từ 2 tháng đến 15 tuổi được chẩn đoán là xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 6/2021 đến hết tháng 5/2023. Phương pháp nghiên cứu được sử dụng là nghiên cứu mô tả cắt ngang. Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh xảy ra quanh năm, gặp nhiều nhất ở lứa tuổi từ 2 tháng đến 5 tuổi, tỷ lệ nam nhiều hơn nữ. Biểu hiện xuất huyết dưới da chiếm 100%, trong đó xuất huyết dưới da và niêm mạc chiếm tỷ lệ cao nhất 69%, xuất huyết nội tạng ít gặp. Số lượng tiểu cầu lúc vào viện thấp, 78,6% trẻ có số lượng tiểu cầu < 20000/mm ³ . Mức độ xuất huyết của bệnh liên quan đến số lượng tiểu cầu. Không thấy mối liên quan giữa độ tuổi, thiếu máu và mức độ xuất huyết.
Ngày hoàn thiện: 28/9/2023	
Ngày đăng: 28/9/2023	
TỪ KHÓA	
Xuất huyết	
Giảm tiểu cầu	
Giảm tiểu cầu miễn dịch	
Mức độ xuất huyết	
Yếu tố liên quan đến mức độ xuất huyết	

DOI: <https://doi.org/10.34238/tnu-jst.8497>

* Corresponding author. Email: hoaitanh1995tnmc@gmail.com

1. Đặt vấn đề

Xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch (XHGTC MD) là một bệnh tự miễn dịch có thể gây rối loạn chảy máu do tiểu cầu bị phá hủy sớm ở ngoại vi bởi tự kháng thể, nó là bệnh hay gặp nhất trong các bệnh rối loạn đông cầm máu ở trẻ em. Trong một nghiên cứu năm quốc gia Bắc Âu (1998-2000), tỷ lệ mắc hàng năm là 4,8/100.000 trẻ dưới 15 tuổi [1]. Theo James B Bussel (2019) cho thấy tỷ lệ mắc là từ 1-6,4/100.000 trẻ hàng năm [2]. Ở Việt Nam, XHGTC MD cấp chiếm ưu thế (71,5%) trong các bệnh giảm tiểu cầu điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 [3]. Lâm sàng của bệnh thường đa dạng, dễ nhầm lẫn với một số bệnh khác có kèm giảm tiểu cầu. Việc chẩn đoán chủ yếu vẫn dựa vào kinh nghiệm lâm sàng và các xét nghiệm thường quy, sau khi đã loại trừ các bệnh giảm tiểu cầu thứ phát. Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, cao nhất là từ 1 tháng đến 5 tuổi [4], [5]. Theo Lâm Thị Mỹ (2003) tại Bệnh viện Nhi Đồng 1, XHGTC MD cấp đa số gặp ở trẻ dưới 6 tuổi (91,6%), liên quan tới các bệnh lý nhiễm trùng hô hấp hay tiêu hóa ở trẻ nhỏ, tỷ lệ nam/nữ = 1,55 [3]. Bệnh chia thành nhiều mức độ, có thể diễn biến nặng do giảm số lượng tiểu cầu (SLTC) nhiều như xuất huyết niêm mạc nặng, xuất huyết tiêu hóa, xuất huyết nội sọ, thậm chí gây tử vong nếu không được điều trị kịp thời. Theo Lê Thị Mai Linh (2019), xuất huyết mức độ trung bình, nặng chiếm đa số > 70% [6]. Có nhiều yếu tố liên quan đến mức độ xuất huyết (XH) trong XHGTC MD như: tuổi, số lượng tiểu cầu, mức độ thiếu máu, tiền sử dùng thuốc, nhiễm trùng... Điều này được chứng minh trong một số nghiên cứu trong và ngoài nước như Cindy E. Neunert (2008), Nguyễn Văn Long (2020) cho thấy SLTC có liên quan đến mức độ xuất huyết [7], [8]. Tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên hằng năm có một tỷ lệ không nhỏ trẻ em phải nhập viện do xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch với các biểu hiện lâm sàng khác nhau. Do vậy, với mục đích giúp các bác sĩ lâm sàng có thêm kinh nghiệm chẩn đoán, tiên lượng nhằm nâng cao chất lượng điều trị, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch và phân tích một số yếu tố liên quan đến mức độ xuất huyết ở trẻ em từ 2 tháng đến 15 tuổi, năm 2021–2023.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tuổi từ 2 tháng đến 15 tuổi; Lần đầu tiên được chẩn đoán xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch; Triệu chứng lâm sàng: có biểu hiện xuất huyết đa hình thái, đa lứa tuổi, thiếu máu tương xứng với mức độ xuất huyết, SLTC giảm < 100.000 TC/mm³.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Cần loại trừ các nguyên nhân giảm tiểu cầu thứ phát hoặc trẻ đang mắc các bệnh khác có triệu chứng giảm tiểu cầu. Các bệnh do chất lượng tiểu cầu, rối loạn chức năng tiểu cầu mắc phải.
- XHGTC không phải lần đầu hoặc mạn tính.
- Trẻ không được làm xét nghiệm về đông máu, huyết học hoặc được làm các xét nghiệm nhưng kết quả có sự sai lệch do kỹ thuật.
- Người giám hộ không đồng ý lấy máu xét nghiệm hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Hồ sơ bệnh án không rõ, thiếu dữ liệu nghiên cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Trung tâm Nhi khoa và khoa Huyết học lâm sàng - Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 6/2021 đến hết tháng 5/2023.

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

2.4. Mẫu nghiên cứu

- Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn tất cả các trẻ đáp ứng đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu, thực tế chúng tôi thu thập được 42 trẻ.

- Kỹ thuật chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

2.5. Chỉ số và biến số nghiên cứu

- Vị trí xuất huyết: (1) Dưới da; (2) Niêm mạc: chảy máu cam, chảy máu củng mạc, màng tiếp hợp, chân răng, lợi, niêm mạc miệng họng; (3) Nội tạng: nôn, đi ngoài ra máu, rong kinh, đái máu, xuất huyết não - màng não.

- Mức độ xuất huyết:

+ Độ I: Ít xuất huyết dạng chấm/nốt (tổng số ≤ 100) hoặc ≤ 5 mảng xuất huyết (≤ 3 cm).

Không có chảy máu niêm mạc.

+ Độ II: Nhiều chấm/nốt (tổng số > 100) và/hoặc > 5 mảng xuất huyết (> 3 cm).

+ Độ III: Chảy máu mức độ trung bình, chảy máu niêm mạc, ảnh hưởng lối sống.

+ Độ IV: Chảy máu niêm mạc rõ, nhiều vị trí hoặc nghi ngờ chảy máu trong.

- Mức độ thiếu máu dựa vào Hemoglobin (WHO): (1) Thiếu máu nhẹ: Hb: 9 - <12 g/dL. (2) Thiếu máu trung bình: Hb: 6 - <9 g/dL. (3) Thiếu máu nặng: Hb: <6 g/dL.

- Mức độ giảm tiểu cầu: (1) $<20.000/\text{mm}^3$; (2) $20.000 - <50.000/\text{mm}^3$; (3) $50.000 - <100.000/\text{mm}^3$.

- Liên quan giữa số lượng tiểu cầu, nhóm tuổi, mức độ thiếu máu với mức độ xuất huyết.

2.6. Thu thập số liệu

Khám lâm sàng do các bác sĩ nội trú Nhi, bác sĩ chuyên khoa Nhi, chuyên khoa Huyết học thực hiện, các xét nghiệm được thực hiện bằng máy huyết học tự động tại khoa Huyết học Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

2.7. Xử lý số liệu

Tính toán các số liệu bằng phần mềm SPSS 25.0. Các thuật toán thống kê và mô tả được sử dụng để tính tần số, tỷ lệ %, trung bình, kiểm định χ^2 (Chi Square), test Fisher's Exact hoặc test Phi and Cramer's V.

3. Kết quả

Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi thu thập được 42 trẻ đủ tiêu chuẩn nghiên cứu và kết quả như dưới đây.

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu được trình bày trong bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân theo tuổi, giới, địa dư

Đặc điểm		Mức bệnh	
		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
Lứa tuổi	2 tháng – <1 tuổi	15	35,7
	1 – 5 tuổi	16	38,1
	6 – 10 tuổi	9	21,4
	11 – 15 tuổi	2	4,8
Giới	Nam	22	52,4
	Nữ	20	47,6
Địa dư	Thành thị	13	30,9
	Nông thôn	29	69,1
Tổng		42	100

Nhận xét: Theo bảng 1 cho thấy, trong 42 bệnh nhân mắc XHGTC MD, tỷ lệ bệnh gặp phổ biến ở nhóm tuổi 2 tháng - 5 tuổi chiếm 73,8%. Ít gặp hơn ở nhóm tuổi 6-10 tuổi và 11-15 tuổi

với tỷ lệ lần lượt là 21,4% và 4,8%. Nam chiếm ưu thế hơn nữ, tỷ lệ nam/nữ là 1,1:1. Số trẻ ở thành thị thấp hơn ở nông thôn, tỷ lệ thành thị/nông thôn là 1:2,23.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Kết quả nghiên cứu về các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch được trình bày trong bảng 2, bảng 3, bảng 4 và bảng 5.

Bảng 2. Hoàn cảnh và thời điểm khởi phát bệnh

Hoàn cảnh	Thời điểm				Tổng	
	≥ 3 ngày		< 3 ngày			
	n	%	n	%	n	%
Tự phát	11	32,4	23	67,6	34	80,9
Sang chấn	5	62,5	3	37,5	8	19,1
Tổng	16	38,1	26	61,9	42	100

Nhận xét: Kết quả tại bảng 2 cho thấy, xuất huyết tự phát là phổ biến nhất chiếm tỷ lệ 80,9%, xuất huyết sau sang chấn chiếm tỷ lệ thấp hơn, chiếm 19,1%. Thời điểm xuất hiện triệu chứng đầu tiên < 3 ngày trước khi vào viện chiếm tỷ lệ 61,9%, cao hơn nhóm từ 3 ngày trở lên chiếm tỷ lệ 38,1%.

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân

Đặc điểm lâm sàng		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Vị trí	XH dưới da đơn thuần	12	28,6
	XH dưới da + niêm mạc	29	69
	XH dưới da + niêm mạc + nội tạng	1	2,4
Hình thái xuất huyết	Chấm/nốt đơn thuần	7	16,7
	Mảng đơn thuần	0	0
	Đa hình thái	35	83,3
Lứa tuổi xuất huyết	Một lứa tuổi	0	0
	Đa lứa tuổi	42	100
Tổng		42	100

Nhận xét: Theo bảng 3, xuất huyết dưới da kèm xuất huyết niêm mạc chiếm ưu thế (69%), xuất huyết dưới da đơn thuần chiếm tỷ lệ thấp hơn (28,6%). Chỉ có 1/42 bệnh nhân xuất huyết cả da, niêm mạc và nội tạng, chiếm 2,4%.

Hình thái xuất huyết thường gặp nhất là xuất huyết đa hình thái (bao gồm cả chấm, nốt, mảng xuất huyết...) chiếm 83,3%. Xuất huyết đa lứa tuổi chiếm 100%.

Bảng 4. Phân loại mức độ xuất huyết của bệnh nhân

Mức độ xuất huyết	Mức bệnh	
	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
Độ III, IV	30	71,4
Độ I, II	12	28,6
Tổng	42	100

Nhận xét: Qua bảng 4 cho thấy, đa số bệnh nhân xuất huyết mức độ III, IV chiếm tỷ lệ 71,4%, cao hơn xuất huyết mức độ I, II chiếm tỷ lệ 28,6%.

Bảng 5. Phân loại mức độ thiếu máu của bệnh nhân

Mức độ thiếu máu	Mức bệnh	
	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
Nặng	0	0
Trung bình	3	7,1
Nhẹ	8	19,1
Không thiếu máu	31	73,8
Tổng	42	100

Nhận xét: Theo bảng 5, bệnh nhân không thiếu máu chiếm tỷ lệ cao nhất là 73,8%, thiếu máu mức độ nhẹ chiếm 19,1% và thiếu máu mức độ trung bình chiếm 7,1%. Không gặp trường hợp nào thiếu máu mức độ nặng.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Theo kết quả nghiên cứu, số lượng tiểu cầu của bệnh nhân lúc vào viện được trình bày trong bảng 6.

Bảng 6. Đặc điểm số lượng tiểu cầu lúc vào viện

Số lượng tiểu cầu (TC/mm ³)	Mức bệnh	
	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
< 20.000	33	78,6
20.000 - < 50.000	5	11,9
50.000 - < 100.000	4	9,5
Trung bình	15.547 ± 18.681	
Tổng	42	100

Nhận xét: Qua bảng 6 cho thấy, bệnh nhân có số lượng tiểu cầu lúc vào viện giảm nặng, trung bình là 15.547 ± 18.681 (TC/mm³). Tỷ lệ bệnh nhân có SLTC < 20.000 (TC/mm³) chiếm đa số (78,6%), có 11,9% bệnh nhân có SLTC từ 20.000 - < 50.000 (TC/mm³). Chỉ có 9,5% bệnh nhân có SLTC từ 50.000 - < 100.000 (TC/mm³).

3.4. Một số yếu tố liên quan đến mức độ xuất huyết

Kết quả nghiên cứu trên 42 bệnh nhân về một số yếu tố liên quan đến mức độ xuất huyết của bệnh được trình bày trong bảng 7.

Bảng 7. Mối liên quan giữa các yếu tố với mức độ xuất huyết

Mức độ xuất huyết		Độ III, IV		Độ I, II		Tổng		P
Yếu tố liên quan		n	%	n	%	n	%	
SLTC (TC/mm ³)	< 20.000	28	93,4	5	41,7	33	78,6	= 0,001
	> 20.000	2	6,6	7	58,3	9	21,4	(<0,05)
Thiếu máu	Có	9	30	2	16,7	11	26,2	= 0,464
	Không	21	70	10	83,3	31	73,8	(>0,05)
Độ tuổi	2 tháng – <1 tuổi	10	33,3	5	41,7	15	35,7	= 0,418
	1 – 5 tuổi	13	43,3	3	25	16	38,1	
	6 – 10 tuổi	5	16,7	4	33,3	9	21,4	
	11 – 15 tuổi	2	6,7	0	0	2	4,8	
Tổng		30	100	12	100	42	100	

Nhận xét: Số liệu tại bảng 7 chỉ ra rằng, tỷ lệ bệnh nhân xuất huyết mức độ III, IV cao hơn tỷ lệ bệnh nhân xuất huyết độ I, II ở nhóm SLTC giảm nặng dưới 20.000 TC/mm³. Với nhóm SLTC cao hơn thì xuất huyết độ I, II chiếm ưu thế. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p = 0,001.

Tỷ lệ bệnh nhân xuất huyết mức độ III, IV và mức độ I, II đều chiếm tỷ lệ cao ở nhóm không thiếu máu, lần lượt là 70% và 83,3%. Trong đó, xuất huyết mức độ III, IV chiếm tỷ lệ cao hơn so với xuất huyết mức độ I, II ở nhóm có thiếu máu. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p = 0,464.

Trong tổng số 42 bệnh nhân, tỷ lệ bệnh nhân có độ tuổi từ 2 tháng đến 5 tuổi cao hơn so với tỷ lệ bệnh nhân từ 6 tuổi đến 15 tuổi. Trong đó, xuất huyết mức độ III, IV và mức độ I, II đều chiếm tỷ lệ cao ở nhóm tuổi từ 2 tháng đến 5 tuổi, lần lượt là 76,6% và 66,7%, cao hơn so với các nhóm tuổi lớn hơn. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p = 0,418.

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Về tuổi: Lứa tuổi trung bình của trẻ khi nhập viện là 3,48 ± 3,062 tuổi, trong đó nhỏ nhất là 2 tháng tuổi và lớn nhất là 11 tuổi, lứa tuổi hay gặp từ 2 tháng đến 5 tuổi, chiếm 73,8% (bảng 1). Theo đó, kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Long (2020) trên 165 bệnh nhân có tuổi trung bình là 2,2 ± 2,9 tuổi và thường gặp nhất ở lứa tuổi dưới

1 tuổi và từ 1-5 tuổi, lần lượt là 55,8% và 29,7% [4]. Tương tự, theo Nguyễn Thị Thúy Hạnh (2012) tại Thanh Hóa, tuổi trung bình mắc bệnh là $3,2 \pm 3,9$ tuổi, trong đó độ tuổi 1 tháng đến 5 tuổi chiếm 74,4% [5]. Theo Trần Ngọc Huy Hoàng (2022), tại Bệnh viện Nhi Đồng 1, tuổi trung vị là 6,3 tháng, lứa tuổi hay gặp nhất là 1-12 tháng tuổi (59,0%), sau đó là 1-5 tuổi (29%), ít nhất là lứa tuổi trên 5 tuổi (12%) [4]. Trong nghiên cứu của Nazari (2012) trên 172 bệnh nhân, tuổi trung bình là 3,46 tuổi, trong đó nhóm trẻ có độ tuổi từ 1 tháng đến 5 tuổi > 50% [9]. Do đó kết quả của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu trên về độ tuổi mắc bệnh.

Phân phối theo giới: Trong số 42 trẻ bệnh, có 22 nam và 20 nữ, tỷ lệ nam/nữ = 1,1:1. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu khác có tỷ lệ nam chiếm ưu thế hơn nữ. Các nghiên cứu trong nước như Trần Ngọc Huy Hoàng (2022), trong 100 bệnh nhân nghiên cứu thì tỷ lệ nam nhiều hơn nữ (61% so với 39%) [4], Lê Thị Mai Linh tỷ lệ nam/nữ là 1,72/1 [6], Nguyễn Văn Long là 1,58/1 [8]. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của nhóm nghiên cứu liên lục địa về XHGT MD ở trẻ em (ICIS) bao gồm hơn 2.000 trẻ, tỷ lệ nam/nữ là 1,7:1 [2].

Theo địa dư: Số trẻ ở thành thị thấp hơn ở nông thôn, tỷ lệ thành thị/nông thôn = 1:2,23. Kết quả của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu khác. Cụ thể, theo Lâm Thị Mỹ (2003), tỷ lệ phân bố bệnh theo địa phương/thành thị = 2,04 [3]. Trần Ngọc Huy Hoàng (2022) cho thấy tỷ lệ bệnh nhân sống ở thành thị thấp hơn nhiều so với ở các địa phương, tại thành phố Hồ Chí Minh là 29%, so với địa phương khác chiếm 71% (chiếm tỷ lệ 2,44) [4]. Kết quả này cho thấy sự phân bố bệnh xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch là rải rác, không tập trung, do đó công tác chẩn đoán và theo dõi bệnh cần đặt ra ở các tuyến địa phương.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Thời điểm và hoàn cảnh xuất hiện: Theo nghiên cứu của chúng tôi, xuất huyết tự phát là phổ biến nhất (chiếm 80,9%), xuất huyết sau sang chấn chiếm tỷ lệ thấp hơn (chiếm 19,1%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lê Thị Mai Linh (2019), xuất huyết tự nhiên chiếm 96,7%, sau sang chấn chiếm 3,3% [6]. Theo Nguyễn Thị Thúy Hạnh (2012) xuất huyết tự nhiên là 92,6%, sau sang chấn chiếm 7,4% [5]. Cũng theo Nguyễn Văn Long (2020), xuất huyết tự nhiên là 94,5%, sau va chạm là 5,5% [8].

Thời điểm xuất hiện triệu chứng đầu tiên < 3 ngày trước khi vào viện chiếm tỷ lệ cao 61,9% và từ 3 ngày trở lên chiếm tỷ lệ 38,1%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Long (2020), > 60% bệnh nhân có biểu hiện bệnh dưới 3 ngày trước khi vào viện [8].

Trong 42 bệnh nhân, 100% bệnh nhân xuất huyết dưới da, trong đó xuất huyết dưới da kèm xuất huyết niêm mạc chiếm ưu thế (69%), xuất huyết dưới da đơn thuần chiếm tỷ lệ thấp hơn (28,6%). Chỉ có 1/42 bệnh nhân xuất huyết cả da, niêm mạc và nội tạng, chiếm 2,4%. Kết quả này tương đồng với Lê Thị Mai Linh (2019), 100% có xuất huyết dưới da, xuất huyết niêm mạc chiếm 71,7%, xuất huyết nội tạng chỉ chiếm 6,7% [6]. Theo Nguyễn Văn Long (2020), xuất huyết dưới da đơn thuần chiếm 23,6%, da + niêm mạc chiếm 74,6%, có xuất huyết nội tạng là 1,8% [8].

Hình thái xuất huyết thường gặp nhất là xuất huyết đa hình thái (bao gồm cả chấm, nốt, mảng xuất huyết...) chiếm 83,3%. Xuất huyết dạng chấm/nốt đơn thuần chiếm 16,7%. Tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Long, xuất huyết đa hình thái chiếm 85,5% [8].

Mức độ xuất huyết: Theo nghiên cứu, đa số bệnh nhân xuất huyết mức độ III, IV chiếm tỷ lệ 71,4%, cao hơn xuất huyết mức độ I, II chiếm tỷ lệ 28,6%. Tương đồng với nghiên cứu của Lê Thị Mai Linh (2019), xuất huyết mức độ trung bình, nặng chiếm đa số > 70% [6].

Mức độ thiếu máu: Trong số 42 bệnh nhân, tỷ lệ bệnh nhân không thiếu máu chiếm đa số (73,8%), thiếu máu mức độ nhẹ chiếm 19,1% và thiếu máu mức độ trung bình chiếm 7,1%. Không gặp trường hợp nào thiếu máu mức độ nặng. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Lê Thị Mai Linh (2019), đa số trẻ thiếu máu nhẹ hoặc bình thường, chiếm 76,7% [6]. Theo Nguyễn Thị Thúy Hạnh (2012), có 62,2% không thiếu máu, 29,3% thiếu máu nhẹ, thiếu

máu vừa là 8,5%, không có thiếu máu nặng [5]. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả của các nghiên cứu trên.

Bệnh nhân có số lượng tiểu cầu giảm nặng, số lượng tiểu cầu trung bình là 15.547 ± 18.681 (TC/mm³). Tỷ lệ bệnh nhân có SLTC < 20.000 (TC/mm³) chiếm 78,6%, có 11,9% bệnh nhân có SLTC trong khoảng từ 20.000 - < 50.000 (TC/mm³). Chỉ có 9,5% bệnh nhân có SLTC trong khoảng từ 50.000 - < 100.000 (TC/mm³). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Lê Thị Mai Linh (2019) [6].

4.3. Một số yếu tố liên quan đến mức độ xuất huyết

Tỷ lệ bệnh nhân xuất huyết mức độ III, IV cao ở nhóm SLTC giảm nặng dưới 20.000 TC/mm³. Với nhóm SLTC cao hơn thì xuất huyết độ I, II chiếm ưu thế. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,001$. Theo đó SLTC càng thấp thì nguy cơ xuất huyết mức độ nặng càng cao. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Long (2020) cho kết quả tương tự, SLTC có liên quan đến mức độ xuất huyết với $p < 0,05$ [8]. Các nghiên cứu khác trên thế giới như nghiên cứu của Cindy E. Neunert (2008) cũng cho kết quả như nghiên cứu của chúng tôi, sự khác biệt về SLTC có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm xuất huyết (không/nhẹ, trung bình, nặng) [7].

Tỷ lệ bệnh nhân xuất huyết mức độ III, IV và mức độ I, II đều chiếm tỷ lệ cao ở nhóm không thiếu máu, lần lượt là 70% và 83,3%. Trong đó, xuất huyết mức độ III, IV chiếm tỷ lệ cao hơn so với xuất huyết mức độ I, II ở nhóm có thiếu máu. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,464$ ($>0,05$). Do đó, thiếu máu không liên quan đến mức độ xuất huyết. Kết quả này khác hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Long, có lẽ do tình trạng thiếu máu thiếu sắt trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi khá phổ biến.

Trong 42 bệnh nhân nghiên cứu, xuất huyết mức độ III, IV và mức độ I, II đều chiếm tỷ lệ cao ở nhóm tuổi từ 2 tháng đến 5 tuổi, cao hơn so với các nhóm tuổi lớn hơn. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,418$. Kết quả nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Long cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa độ tuổi và mức độ xuất huyết ở bệnh nhân XHGTC MD [8]. Tương tự, theo Trần Thị Mạnh (2019) cho thấy dù nhóm tuổi nào thì xuất huyết độ III chiếm cao nhất, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê [10]. Điều này cũng phù hợp với đặc điểm của bệnh XHGTC MD với biểu hiện xuất huyết tương đương nhau ở hầu hết các lứa tuổi.

5. Kết luận

Qua nghiên cứu 42 bệnh nhân XHGTC MD tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, chúng tôi rút ra kết luận sau:

Bệnh xảy ra quanh năm, gặp nhiều nhất ở lứa tuổi từ 2 tháng đến 5 tuổi, tỷ lệ nam chiếm ưu thế hơn so với nữ. Biểu hiện xuất huyết tự nhiên chiếm 80,9%, xuất huyết dưới da và niêm mạc là 69%, xuất huyết đa hình thái là 83,3%, đa lứa tuổi chiếm 100% và xuất huyết mức độ III, IV là 71,4%. Tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu chiếm 26,2% và 78,6% bệnh nhân có SLTC < 20.000 TC/mm³.

Yếu tố liên quan đến mức độ xuất huyết của bệnh XHGTC MD là SLTC.

TÀI LIỆU THAM KHẢO/ REFERENCES

- [1] J. Rajantie, B. Zeller *et al.*, "Childhood idiopathic thrombocytopenic purpura in the Nordic countries: Epidemiology and predictors of chronic disease," *Acta Paediatr*, vol. 94, no. 2, pp. 178-184, 2005.
- [2] J. B. Bussel, "Immune thrombocytopenia (ITP) in children: Clinical features and diagnosis," Uptodate, 2022. [Online]. Available: <https://www.uptodate.com>. [Accessed Apr. 28, 2022].
- [3] T. M. Lam, "Diagnosis and treatment of immune thrombocytopenic purpura," *Ho Chi Minh city Journal of Medicine*, vol. 7, no. 1, pp. 33-37, 2003.
- [4] N. H. H. Tran, "Treatment results and 3-month progress of newly diagnosed immune thrombocytopenia patients at childrens hospital 2 from June 2020 to May 2021," *Ho Chi Minh city Journal of Medicine*, vol. 26, no. 1, pp. 367-373, 2022.

-
- [5] T. T. H. Nguyen, "Research on clinical epidemiology and review results of treatment of primary thrombocytopenic purpura at Thanh Hoa Children's Hospital," (in Vietnamese), Thesis of Master of Medicine, Hanoi Medical University, 2012.
 - [6] T. M. L. Le, "Characteristics of children immune thrombocytopenic purpura at children's hospital can tho from 2018 to 2019," *Vietnamese Medical Journal*, vol. 483, no. 2, pp. 71-77, 2019.
 - [7] C. E. Neunert, "Severe hemorrhage in children with newly diagnosed immune thrombocytopenic purpura," *Blood*, vol. 112, no. 10, pp. 4003-4008, 2008.
 - [8] V. L. Nguyen, "Clinical epidemiological characteristics of idiopathic thrombocytopenic purpura in children at Saint Paul General Hospital," (in Vietnamese), Thesis of Master of Medicine, Hanoi Medical University, 2020.
 - [9] S. H. Nazari, A. Gorji, and Sadeghi-Koupai, "Epidemiology of Idiopathic Thrombocytopenic Purpura in Children," *Iranian Journal of Pediatric Hematology Oncology*, vol. 2, no. 1, pp. 35-39, 2012.
 - [10] T. M. Tran, "Reviewing the results of treatment of primary thrombocytopenic purpura in children from 1 month to 24 months of age at the National Children's Hospital," *Journal of Pediatric Research and Practice*, vol. 3, no. 2, pp. 122-129, 2019.