

Đánh giá hiệu quả truyền khối hồng cầu tại Khoa Huyết học lâm sàng-Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Evaluating the effects of red blood cells transfusion at Hematological Department, 108 Military Central Hospital

Đỗ Thị Lý, Phạm Thị Thu Hằng, Phan Văn Phương,
Bùi Thị Lan, Phạm Thị Thanh Huế,
Nguyễn Thị Thanh Vân, Phạm Văn Hiệu

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Khảo sát sự thay đổi của tế bào máu ngoại vi và đánh giá một số phản ứng sớm liên quan đến truyền khối hồng cầu. **Đối tượng và phương pháp:** 65 lượt bệnh nhân thiếu máu được truyền khối hồng cầu tại Khoa Huyết học lâm sàng - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 01/2022 đến tháng 04/2022. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân được truyền khối hồng cầu là $61,1 \pm 17,7$ (21 - 93) tuổi, độ tuổi > 60 chiếm tỷ lệ cao nhất với 52,3%, tỷ lệ nam/nữ lần lượt là 1,7/1. Có 6,16% bệnh nhân gặp phản ứng sớm liên quan đến truyền khối hồng cầu. 100% bệnh nhân sau truyền có số lượng hồng cầu, huyết sắc tố tăng. Lượng huyết sắc tố sau truyền 100ml khối hồng cầu trung bình tăng $66,52 \pm 41,42$ mg/kg. **Kết luận:** Số lượng hồng cầu, lượng huyết sắc tố, hematocrit tăng sau truyền khối hồng cầu. Không có sự thay đổi có ý nghĩa về số lượng bạch cầu và số lượng tiểu cầu. Tỷ lệ phản ứng sớm liên quan đến truyền khối hồng cầu chiếm 6,16%. Phản ứng truyền máu sớm hay gặp là sốt, ngứa, nổi mề đay và rét run. Phản ứng gặp nhiều hơn ở bệnh nhân mắc bệnh máu ác tính và truyền máu nhiều lần.

Từ khóa: Khối hồng cầu, truyền khối hồng cầu, huyết sắc tố, phản ứng sớm.

Summary

Objective: To investigate the change of blood cells after red blood cells transfusion and evaluate some of early reactions in relation with blood transfusion. **Subject and method:** 65 turns of anemia patients were been transfused with red blood cells at Hematological Department, 108 Military Central Hospital from 01/2022 - 4/2022. A cross-sectional study. **Result:** The median age of patients was 61.1 ± 17.7 (21 - 93), age > 60 accounted for the highest rate with 52.3%, the proportion of males and females female was 1.7/1. There were 6.16% of patients experiencing an early reaction related to red blood cells transfusion. 100% of patients after transfusion had increased red blood cells and hemoglobin. The amount of hemoglobin after transfusion of 100ml of red blood cells on average increased by 66.52 ± 41.42 mg/kg. **Conclusion:** The number of red blood cells, hemoglobin and hematocrit increased after red blood cells transfusion. There were no significant changes in white blood cell and platelet counts. The rate of early reactions related to transfusion accounted for 6.16%. The early reactions were commonly ever, itching, hives and chills.

Keywords: Red blood cell, transfusion, hemoglobin, early reaction.

Ngày nhận bài: 21/6/2021, ngày chấp nhận đăng: 5/8/2022

Người phản hồi: Đỗ Thị Lý, Email: lycanon1996@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

1. Đặt vấn đề

Hiện nay trên thế giới và ở Việt Nam, các bệnh lý về máu hoặc bệnh lý liên quan đến truyền máu ngày càng tăng. Máu có vai trò đặc biệt quan trọng trong điều trị, việc sử dụng máu và các chế phẩm máu chưa có thuốc nào thay thế được. Truyền máu không thể thiếu được trong các kỹ thuật y học hiện đại như: Phẫu thuật cấy, ghép mô và tổ chức, thận nhân tạo, mổ tim hở, thay máu cho trẻ sơ sinh, trao đổi huyết tương, hỗ trợ hóa trị liệu để điều trị ung thư,... [5].

Các đơn vị khối hồng cầu dù loại nào và sản xuất ở điều kiện nào cũng không tránh khỏi những phản ứng khi truyền cho người bệnh do khối hồng cầu có một số thành phần khác chứa trong đó như bạch cầu, chất bảo quản, protein huyết tương ...[1].

Nhiều phản ứng phụ có thể xảy ra trong hoặc sau khi truyền máu và các sản phẩm máu. Quá tải tuần hoàn liên quan đến truyền máu (tức là quá tải thể tích) là nguyên nhân phổ biến nhất gây tử vong liên quan đến các chế phẩm máu. Sự thay đổi đối với các chế phẩm máu có thể ngăn ngừa hoặc giảm nguy cơ xảy ra các phản ứng có hại liên quan đến truyền máu [7].

Tại Khoa Huyết học lâm sàng-Bệnh viện TWQĐ 108 trung bình mỗi năm điều trị cho hàng trăm bệnh nhân bị bệnh máu (Đa u tủy xương, u lympho, hội chứng rối loạn sinh tủy, bạch cầu cấp...) và nhiều bệnh nhân phải truyền khối hồng cầu, thậm chí truyền nhiều lần trong quá trình điều trị. Do đó theo dõi và chăm sóc của điều dưỡng trong và sau truyền khối hồng cầu có ý nghĩa quan trọng trong phát hiện sớm và xử trí kịp thời tai biến.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đánh giá hiệu quả truyền khối hồng cầu tại Khoa Huyết học lâm sàng-Bệnh viện Trung ương Quân đội 108" với mục tiêu: *Khảo sát sự thay đổi của tế bào máu ngoại vi sau truyền khối hồng cầu. Đánh giá một số phản ứng sớm liên quan đến truyền khối hồng cầu.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

65 lượt bệnh nhân thiếu máu truyền khối hồng cầu không loại bỏ bạch cầu tại Khoa Huyết học lâm

sàng- Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 01/2022 đến tháng 4/2022.

2.2. Phương pháp

Thiết kế: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Nội dung và các biến số nghiên cứu:

Thông tin bệnh nhân: Tuổi, giới, chẩn đoán lâm sàng, nhóm máu, số lần truyền máu.

Các biến số đánh giá chỉ định và hiệu quả truyền KHC.

Phản ứng truyền máu sớm: Là phản ứng truyền máu xảy ra trong vòng 24 giờ sau khi truyền [1].

Ngứa: Bệnh nhân ngứa toàn thân hoặc cục bộ phải gọi nhân viên y tế (NVYT).

Mày đay: Nổi mày đay rõ thành đám.

Sốt: Nhiệt độ trên 38,5 độ C mà trước truyền không sốt. Loại trừ các sốt kéo dài đã xác định rõ nguyên nhân do bệnh lý.

Rét run: bệnh nhân có cảm giác lạnh, run tay, chân, miệng hoặc toàn thân.

Khó thở: khi nhịp thở tăng và bệnh nhân có dấu hiệu khó thở hoặc phải thở oxy.

Chỉ định truyền khối hồng cầu: Chỉ định truyền KHC cấp hay có kế hoạch:

Truyền cấp cứu: Bệnh nhân được chỉ định truyền cấp cứu ngay khi vào viện hoặc ngay khi khám lâm sàng và có xét nghiệm tổng phân tích máu phát hiện có dấu hiệu thiếu máu nặng hay có dấu hiệu chảy máu cấp kèm theo giảm thể tích tuần hoàn.

Truyền có kế hoạch: Chỉ định truyền trên những bệnh nhân mổ phiên hoặc chỉ định truyền theo ngày cho thuốc của bác sĩ.

Triệu chứng lâm sàng: Đánh giá tình trạng lâm sàng trước và sau truyền KHC:

Triệu chứng da xanh, niêm mạc nhợt.

Dấu hiệu thần kinh: Hoa mắt, chóng mặt, đau đầu, ngất...

Dấu hiệu tim mạch: Nhịp tim, huyết áp, hồi hộp, đánh trống ngực, thối tâm thu cơ năng...

Dấu hiệu hô hấp: Khó thở khi gắng sức, nhịp thở nhanh...

Có tình trạng chảy máu cấp không: Có dấu hiệu mất máu nhiều trên lâm sàng (thể tích máu mất >

20% thể tích máu cơ thể), mạch nhanh nhỏ khó bắt, huyết áp tụt, da lạnh, vã mồ hôi, niêm mạc nhợt nhạt, vật vã hoặc lơ đãng, đái ít hoặc vô niệu...

Tình trạng lâm sàng khác: Tình trạng nhiễm trùng, lách to.

Dấu hiệu cận lâm sàng:

Xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi.

Dựa vào lượng huyết sắc tố (HST) chia thành các nhóm thiếu máu:

Huyết sắc tố > 100g/l: Thiếu máu nhẹ, không cần truyền máu.

$80 \leq \text{HST} \leq 100\text{g/l}$: Thiếu máu trung bình, cân nhắc nhu cầu truyền máu.

$\text{HST} < 80\text{g/l}$: Thiếu máu nặng, cần truyền máu.

$\text{HST} < 60\text{g/l}$: Cần truyền máu cấp cứu [1].

Lượng HST tăng lên vào cuối đợt điều trị:

$\text{HST tăng lên (g/l)} = \text{HST sau truyền} - \text{HST trước truyền}$.

Phân loại bệnh máu:

Bệnh máu ác tính: Bệnh bạch cầu cấp, bệnh bạch cầu mạn, đa u tủy xương, u lympho, rối loạn sinh tủy, suy tủy xương.

Bệnh máu lành tính: Thiếu máu do thiếu sắt, thiếu máu do thiếu vitamin B12.

Thời điểm lấy máu xét nghiệm, truyền máu nhắc lại, theo dõi bệnh nhân trước và sau truyền KHC:

Bệnh nhân được lấy máu xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi lần đầu tại phòng khám. Sau khi có kết quả được chỉ định nhập viện và truyền KHC. Theo dõi các dấu hiệu lâm sàng sau truyền KHC và làm xét nghiệm nhắc lại là 24 giờ sau khi bắt đầu truyền KHC, theo dõi các phản ứng truyền máu sớm trong vòng 24 giờ sau truyền KHC.

Truyền máu nhắc lại cách lần truyền máu đầu tiên ít nhất 24 giờ, sau khi đã làm xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi và có chỉ định truyền KHC.

Phương tiện nghiên cứu:

Hồ sơ: Hồ sơ trên bệnh án, phiếu lĩnh máu, cấp phát máu của bệnh viện.

Xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi: Thực hiện trên máy phân tích tế bào máu tự động ADVIA 2120i - Siemens - Đức, tại Khoa Huyết học, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 theo quy trình xét nghiệm phù hợp tiêu chuẩn ISO 15189:2012.

2.4. Xử lý số liệu

Số liệu được phân tích bằng phần mềm thống kê y học SPSS 22.0.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n = 65)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Tuổi > 60 tuổi		34	52,3
Tuổi ≤ 60 tuổi		31	47,7
Tuổi lớn nhất (tuổi)		21	
Tuổi nhỏ nhất (tuổi)		93	
Tuổi trung bình ± SD (tuổi)		61,1 ± 17,7	
Giới	Nam	41	63,1
	Nữ	24	36,9
Chẩn đoán lâm sàng	Bệnh máu lành tính	12	18,5
	Bệnh máu ác tính	53	81,5
Số lần truyền máu	Truyền máu lần đầu	25	38,4
	Truyền máu nhắc lại	40	61,6

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân > 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 52,3%. Tuổi trung bình của bệnh nhân truyền KHC là: $61,1 \pm 17,7$ tuổi, bệnh nhân cao tuổi nhất là 93 tuổi, nhỏ tuổi nhất là 21 tuổi. Bệnh nhân nam giới chiếm đa số (63,1%); tỷ lệ nam/ nữ: 1,7/1; 81,5% bệnh nhân bị bệnh máu ác tính; 61,6% bệnh nhân truyền KHC nhắc lại.

3.2. Hiệu quả của truyền KHC

Bảng 2. Dấu hiệu lâm sàng của bệnh nhân trước và sau truyền KHC (n = 65)

Dấu hiệu lâm sàng	Trước truyền KHC		Sau truyền KHC		p
	Số lượng (n)	Tỷ lệ %	Số lượng (n)	Tỷ lệ %	
Da xanh, niêm mạc nhợt	47	72,3	36	55,4	0,046
Dấu hiệu tim mạch	13	20	7	10,8	0,15
Dấu hiệu thần kinh	21	32,2	4	6,2	0,34
Dấu hiệu hô hấp	10	15,4	3	4,6	0,17

Nhận xét:

Dấu hiệu da xanh, niêm mạc nhợt hay gặp nhất với 72,3%. Dấu hiệu thần kinh và tim mạch cũng hay gặp với tỉ lệ tương ứng 32,2% và 20%. Dấu hiệu hô hấp ít gặp nhất với 15,4%.

Một bệnh nhân có thể gặp nhiều hơn một dấu hiệu lâm sàng.

Dấu hiệu niêm mạc nhợt và dấu hiệu tim mạch được cải thiện và giảm triệu chứng so với trước truyền KHC, với tỷ lệ giảm lần lượt là 15,4% và 9,2%. Dấu hiệu thần kinh và hô hấp cải thiện ít nhất với 7,6% và 7,7%.

Sự thay đổi triệu chứng da xanh, niêm mạc nhợt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3. Sự thay đổi các chỉ số xét nghiệm tế bào máu ngoại vi sau truyền KHC (n = 65)

Chỉ số	Trước truyền KHC ($\bar{X} \pm SD$)	Sau truyền KHC ($\bar{X} \pm SD$)	p
Số lượng bạch cầu (SLBC)	$3,53 \pm 81,5$	$3,27 \pm 72,9$	$> 0,05$
SLBC đoạn trung tính	$4,44 \pm 28,1$	$4,87 \pm 27,5$	$> 0,05$
SLBC mono	$1,05 \pm 13,7$	$1,15 \pm 16,3$	$> 0,05$
SLBC lympho	$3,88 \pm 66,7$	$2,78 \pm 20,5$	$> 0,05$
Số lượng hồng cầu	$2,14 \pm 0,75$	$2,62 \pm 0,7$	$< 0,001$
Lượng huyết sắc tố	$74,84 \pm 11,9$	$88,34 \pm 13,0$	$< 0,001$
Hematocrit	$0,236 \pm 0,037$	$0,275 \pm 0,037$	$< 0,001$
Số lượng tiểu cầu	$148,97 \pm 143,32$	$153,52 \pm 156$	$> 0,05$

Nhận xét: Sau truyền KHC, không có sự thay đổi về số lượng bạch cầu và tiểu cầu ($p > 0,05$). Số lượng hồng cầu, lượng huyết sắc tố (HST) và tỷ lệ hematocrit tăng lên có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 4. Đánh giá hiệu quả truyền KHC theo nhóm bệnh (n = 65)

Chỉ số	HST trung bình sau truyền KHC (g/l)	HST trung bình tăng so với trước truyền KHC (g/l)	HST trung bình tăng/100ml KHC sau truyền (g/100ml)	p
	($\bar{X} \pm SD$)	($\bar{X} \pm SD$)	($\bar{X} \pm SD$)	
Bệnh máu lành tính	$84,72 \pm 15,53$	$13,67 \pm 8,97$	$3,17 \pm 2,15$	$> 0,05$
Bệnh máu ác tính	$89,72 \pm 11,82$	$13,43 \pm 9,17$	$3,06 \pm 1,66$	$> 0,05$

Nhận xét: Lượng HST trung bình sau truyền 100ml khối hồng cầu trung bình tăng $66,52 \pm 41,42\text{mg/kg}$. Sự khác biệt về số lượng HST trước và sau truyền KHC ở bệnh nhân bệnh máu lạnh tính và ác tính là không có ý nghĩa thống kê.

3.3. Các phản ứng sớm gặp khi truyền KHC

Bảng 5. Các phản ứng sớm gặp khi truyền KHC (n = 65)

Các phản ứng sớm gặp khi truyền KHC	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Shock	0	0
Ngứa	01	1,54
Nổi mào đay	01	1,54
Rét run	01	1,54
Khó thở	0	0
Sốt	01	1,54
Tổng cộng	04	6,16

Nhận xét: Không gặp trường hợp bệnh nhân bị shock do truyền KHC. Có 6,16% bệnh nhân sau truyền KHC có phản ứng, bao gồm ngứa (1,54%), sốt (1,54%), nổi mào đay (1,54%), rét run (1,54%).

Bảng 6. Liên quan giữa tỷ lệ phản ứng sớm khi truyền KHC với một số yếu tố khác (n = 65)

	Số lượng (n)	Số lần phản ứng (n)	Tỷ lệ %
Số lần truyền máu			
Truyền máu lần đầu	25	1	25
Truyền máu nhắc lại	40	3	75
Nhóm bệnh			
Bệnh máu lạnh tính	25	1	25
Bệnh máu ác tính	40	3	75

Nhận xét:

Phản ứng truyền máu sớm gặp nhiều ở bệnh nhân truyền máu nhắc lại.

Tỷ lệ gặp phản ứng truyền máu sớm sau truyền KHC nhiều nhất là trên nhóm bệnh nhân bệnh máu ác tính và cũng là nhóm bệnh nhân phải truyền KHC nhiều nhất.

4. Bàn luận

Trong nghiên cứu này, chúng tôi theo dõi 65 lượt bệnh nhân thiếu máu được truyền khối hồng cầu tại Khoa Huyết học lâm sàng - Bệnh viện TWQĐ 108 từ tháng 01/2022 - 04/2022 thấy tỷ lệ nam/nữ lần lượt là 1,7/1 và có tuổi trung bình $61,1 \pm 17,7$ (21-93)

tuổi, độ tuổi > 60 chiếm tỷ lệ cao nhất với 52,3%. Kết quả này thấp hơn thống kê của Nguyễn Thị Hương Thủy (2014) nghiên cứu tại Bệnh viện Hữu Nghị với độ tuổi trung bình là $76 \pm 11,3$ tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 2,7/1. Do đối tượng bệnh nhân điều trị tại Khoa Huyết học lâm sàng, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 lượng bệnh nhân với nhiều độ tuổi khác nhau, thuộc các đối tượng từ bảo hiểm khác đến quân nhân, quân hưu, trong khi tại Bệnh viện Hữu Nghị lượng bệnh nhân chủ yếu là bệnh nhân cao tuổi.

Kết quả chung

Đánh giá tình trạng lâm sàng trước truyền KHC chúng tôi nhận thấy dấu hiệu da xanh và niêm mạc nhợt hay gặp nhất với 72,3%. Đây là dấu hiệu lâm

sàng điển hình, dễ phát hiện và phản ánh khách quan tình trạng thiếu máu. Dấu hiệu thần kinh cũng hay gặp 32,2% bệnh nhân với các biểu hiện thường gặp như hoa mắt chóng mặt; biểu hiện đau đầu, ngất ít gặp hơn. Dấu hiệu tim mạch chiếm 20% với các biểu hiện như nhịp tim nhanh, huyết áp thấp. Dấu hiệu hô hấp ít gặp hơn, chỉ có ở 15,4% bệnh nhân với các biểu hiện khó thở khi gắng sức, nhịp thở nhanh (Đã loại trừ nguyên nhân khác như suy tim, suy hô hấp...). Các dấu hiệu tim mạch, thần kinh, hô hấp xuất hiện ở bệnh nhân thiếu máu thể hiện cơ thể mất khả năng bù với tình trạng thiếu oxy [4].

Chúng tôi nhận thấy tỷ lệ bệnh nhân có cải thiện về da, niêm mạc là dễ nhận thấy nhất. Sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Dấu hiệu về tim mạch được cải thiện khá tốt, giảm 9,2% so với trước truyền KHC. Triệu chứng tim mạch dễ nhận thấy sự thay đổi nhất là nhịp tim [4]. Các dấu hiệu thần kinh, hô hấp được cải thiện ít hơn vì phụ thuộc vào giai đoạn bệnh lý máu và bệnh kèm theo. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả của tác giả Nguyễn Thị Hương Thủy (2014) [4].

Sau truyền KHC, không có sự thay đổi về số lượng bạch cầu và tiểu cầu ($p > 0,05$). Số lượng hồng cầu và HST tăng lên sau khi bệnh nhân được truyền KHC, sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này tương tự nghiên cứu năm 2006 của tác giả Nguyễn Thị Hồng tại Bệnh viện Bạch Mai [2].

Chúng tôi tính toán được lượng HST tăng trung bình sau khi truyền 100ml KHC là $66,52 \pm 41,42$ mg/kg thể trọng bệnh nhân. Đây là căn cứ quan trọng giúp các bác sĩ lâm sàng ước tính được lượng hồng cầu cần truyền cho người bệnh trước khi chỉ định truyền khối hồng cầu. So sánh hiệu quả truyền KHC qua lượng HST trung bình tăng/100ml máu truyền, chúng tôi thấy sự khác biệt sau truyền KHC ở bệnh nhân bệnh máu ác tính và bệnh máu lành tính không có ý nghĩa thống kê.

Có 6,16% bệnh nhân gặp phản ứng sớm sau truyền KHC, hay gặp là sốt, ngứa, nổi mề đay và rét run. Tỷ lệ phản ứng truyền máu sớm hay gặp ở bệnh nhân nhóm bệnh máu ác tính và truyền KHC nhiều lần do ở những bệnh nhân này thường truyền KHC nhiều lượt nên tỷ lệ xuất hiện kháng thể bất thường

cao hơn, dẫn đến hiện tượng truyền máu không hiệu lực. Bên cạnh đó, ở những bệnh nhân bị bệnh máu ác tính, tình trạng sinh máu tại tủy xương giảm do xâm lấn tủy xương hoặc rối loạn sinh tủy.

Các phản ứng đều hết sau khi xử lý bằng phương pháp thông thường: Chườm mát, kháng histamine, corticoid... và không có trường hợp nào để lại di chứng nặng nề do truyền KHC. Theo tác giả Nguyễn Thị Hồng tại Bệnh viện Bạch Mai (2006), tỷ lệ phản ứng sớm sau truyền KHC là 0,17%; theo tác giả Susan K. Frazier (2017), tỷ lệ phản ứng sớm bất lợi sau truyền các chế phẩm máu là 660 trên 100.000 bệnh nhân (tức 0,66%). Kết quả của chúng tôi cao hơn các tác giả trên có thể là do cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ (65 lượt bệnh nhân), đồng thời hiện nay chế phẩm KHC được cung cấp truyền tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 là KHC đậm đặc, đã tách huyết tương nhưng chưa loại bỏ thành phần bạch cầu, cũng là tác nhân chính gây nên phản ứng truyền máu sớm.

Tại Khoa Huyết học lâm sàng- Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, nhóm bệnh phải truyền KHC nhiều nhất là nhóm bệnh máu ác tính, chính vì thế phản ứng sớm khi truyền KHC cũng gặp nhiều nhất trên nhóm bệnh lý này. Các chiến lược hiện đang được sử dụng để giảm các phản ứng bất lợi khi truyền máu bao gồm sàng lọc người hiến máu, loại bỏ bạch cầu, chiếu xạ, điều trị trước bằng acetaminophen, diphenhydramine và furosemide... [6].

5. Kết luận

Nghiên cứu đánh giá hiệu quả của việc truyền khối hồng cầu trên 65 lượt bệnh nhân tại Khoa Huyết học lâm sàng- Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 1/2022 đến tháng 4/2022, chúng tôi có các kết luận sau đây:

Số lượng hồng cầu, huyết sắc tố, lượng hematocrit tăng sau truyền KHC. Không có sự thay đổi có ý nghĩa về số lượng bạch cầu và số lượng tiểu cầu.

Lượng HST trung bình tăng sau khi truyền 100ml KHC là $66,52 \pm 41,42$ mg/kg thể trọng bệnh nhân.

Tỷ lệ phản ứng sớm liên quan đến truyền KHC chiếm 6,16%. Phản ứng sớm hay gặp là sốt, ngứa, nổi mề đay và rét run. Phản ứng gặp nhiều hơn ở

bệnh nhân mắc bệnh máu ác tính và truyền máu nhiều lần.

Khuyến nghị

Thực hiện đầy đủ, chính xác quy trình truyền KHC trên lâm sàng.

Khối hồng cầu đậm đặc có thể nên được loại bỏ bạch cầu để hạn chế tối đa phản ứng sớm gặp phải liên quan đến truyền KHC.

Công tác điều dưỡng trong theo dõi, chăm sóc bệnh nhân khi truyền KHC có ý nghĩa quan trọng trong phát hiện sớm và xử trí kịp thời tai biến.

Tài liệu tham khảo

1. Viện Huyết học Truyền máu Trung ương (2011) *Sử dụng máu trong lâm sàng*, tr. 129-142.
2. Nguyễn Thị Hồng (2006) *Nghiên cứu tình hình sử dụng máu và các chế phẩm máu phục vụ cho cấp cứu và điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai*. Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
3. Nguyễn Thị Hương Liên (2006) *Nghiên cứu thực trạng truyền máu tại Hà Tây trước và sau khi nhận máu của Trung tâm truyền máu khu vực Hà Nội*. Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
4. Nguyễn Thị Hương Thủy (2014) *Nghiên cứu chỉ định và hiệu quả truyền khối hồng cầu, khối tiểu cầu tại Bệnh viện Hữu Nghị*. Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
5. Nguyễn Thị Minh An (2004) *Các loại bệnh cần có điều trị hỗ trợ bằng truyền máu*. Một số chuyên đề Huyết học- Truyền máu, 2, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 170-187.
6. Susan KF, Jacob H, Andrew B, Allison RJs, Michelle RB (2017) *Adverse Reactions to Transfusion of Blood Products and Best practices for Prevention*. [Critical Care Nursing Clinics of North America](#) 29(3): 271-290.
7. Raval JS, Griggs JR, Fleg A (2022) *Blood product transfusion in adults: indications, adverse reactions, and modifications*. *Am Fam Physician* 102(1): 30-38.