

ອັດຕາການເກີດ Autoimmune Hemolytic Anemia (AIHA) ໃນຄົນເຈັບທີ່ເປັນພະຍາດ ທາລາຊີເມຍ ທີ່ຕ້ອງໄດ້ຮັບເລືອດ ຢູ່ຫ້ອງກວດເຂດນອກ, ພະແນກພະຍາດເລືອດ, ໂຮງໝໍ ເດັກ, ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ, ສປປ ລາວ.

ຄູນທະວີ ພົງສະຫວັດ^{1*}, ບຸນປະລິສອນ ສຸວັນລາສີ², ສຸລະເດດ ແສງຈັນ¹, ຈິລະພາ ແກ້ວຄຳຜຸຍ³, ວຽງນະຄອນ ວົງໄຊ⁴

1. ຄະນະແພດສາດ, ມະຫາວິທະຍາໄລ ວິທະຍາສາດ ສຸຂະພາບ, ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ, ສປປ ລາວ
2. ພະແນກພະຍາດເລືອດ, ໂຮງໝໍເດັກ, ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ, ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ, ສປປ ລາວ
3. ສູນບໍລິຈາກເລືອດແຫ່ງຊາດ, ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ, ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ, ສປປ ລາວ
4. ຄະນະສາທາລະນະສຸກສາດ ມະຫາວິທະຍາໄລ ວິທະຍາສາດ ສຸຂະພາບ, ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ, ສປປ ລາວ

ໄດ້ຮັບຕົ້ນສະບັບ ທີ 10 ມິຖຸນາ 2020, ໄດ້ຮັບບົດທີ່ກວດແກ້ຄືນ ທີ 20 ກໍລະກົດ 2020, ເຫັນດີໃຫ້ຈັດພິມ 12 ສິງຫາ 2020

ບົດຄັດຫຍໍ້

ຄວາມເປັນມາ: ພາວະທີ່ຮ່າງມີພູມຄຸ້ມກັນທຳລາຍເມັດເລືອດແດງໂຕເອງ (Autoantibody) ມີເຖິງ 5-30% ໃນທົ່ວໂລກ; ໃນອາຊີພາກໃຕ້ມີພາວະນີ້ ເຖິງ 22% ເຊິ່ງການໃຫ້ເລືອດເປັນສາເຫດຫຼັກ ໂດຍສະເພາະ ຄົນເຈັບພະຍາດທາລາຊີເມຍ ທີ່ຕ້ອງປ່ຽນປົວດ້ວຍການສົ່ງເລືອດ. ເຖິງແນວໃດກໍຕາມໃນ ສປປ ລາວ ແມ່ນຍັງບໍ່ມີການກວດກັນຕ່າງທາພາວະນີ້ໃນເມັດເລືອດແດງກ່ອນການສົ່ງເລືອດ.

ຈຸດປະສົງ: ເພື່ອສຶກສາອັດຕາການເກີດ Autoimmune Hemolytic Anemia (AIHA) ໃນຄົນເຈັບທີ່ເປັນພະຍາດທາລາຊີເມຍ.

ວິທີວິທະຍາ: ເປັນການສຶກສາແບບພັນລະນານະຈຸດເວລາໃດໜຶ່ງ ໃນຄົນເຈັບທີ່ເປັນພະຍາດທາລາຊີເມຍ ທີ່ໄດ້ຮັບເລືອດທຸກຄົນທີ່ມາກວດຢູ່ຫ້ອງກວດເຂດນອກຂອງພະແນກພະຍາດເລືອດ, ໂຮງໝໍເດັກ, ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ ໂດຍອີງໃສ່ຜົນກວດ Direct Coombs Test ໃຫ້ຜົນບວກ. ໄລຍະການສຶກສາແຕ່ເດືອນ ພຶດສະພາ ຫາ ເດືອນ ກັນຍາ ປີ 2018. ໂດຍມີຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມ 338 ຄົນ ດ້ວຍຄວາມສະໝັກໃຈ ແລະ ຄວາມເຫັນດີຂອງຜູ້ປົກຄອງຄົນເຈັບ ແລະ ການສຶກສາວິເຄາະດ້ວຍ Program SPSS version 24 ໂດຍໃຊ້ສະຖິຕິພັນລະນາ ແລະ ວິເຄາະທາຄວາມສຳພັນຂອງຕົວຜັນແປແຕ່ລະຕົວກັບການເປັນ AIHA ແລະ ບໍ່ເປັນ AIHA.

ຜົນການຄົ້ນຄວ້າ: ການສຶກສາພົບອັດຕາການເກີດພາວະ AIHA ໃນຄົນເຈັບພະຍາດທາລາຊີເມຍແມ່ນມີ 12 ຄົນ (3.6%) ໃນນັ້ນເພດຊາຍຫຼາຍກວ່າເພດຍິງ 3:1, ອາຍຸສະເລ່ຍ 11.5 ± 3 ໃນການວິເຄາະພົບວ່າ ອາຍຸມີຄວາມສຳພັນດ້ານສະຖິຕິກັບການເກີດພາວະ AIHA, $P\text{-value}=0.001$. ໃນນັ້ນເມື່ອຄິດໄລ່ເປັນຄວາມແຕກຕ່າງໃນການເກີດພາວະ AIHA ເຫັນວ່າຜູ້ໃສ່ເລືອດປະຈຳ (Transfusion Dependent Thalassemia) ເກີດ AIHA 10 ຄົນ (83.3%) ສູງກວ່າຜູ້ທີ່ໃສ່ເລືອດແບບບໍ່ປະຈຳ (Non-Transfusion Dependent Thalassemia). ກຸ່ມຄົນເຈັບທີ່ເປັນ AIHA ແມ່ນມີຄ່າ Reticulocyte ທີ່ສູງ ($\text{Mean} \pm \text{SD} = 8.61 \pm 10.57$) ເຊິ່ງສູງກວ່າກຸ່ມຄົນເຈັບທີ່ບໍ່ເປັນ AIHA (1.18 ± 1.14) ເຊິ່ງມີຄວາມສຳພັນດ້ານສະຖິຕິ $P\text{-value} < 0.001$. ສ່ວນຂໍ້ມູນທາງດ້ານປະຊາກອນອື່ນໆ ເຊັ່ນ: ເພດ, ຊະນິດຂອງພະຍາດທາລາຊີເມຍ, ອາຍຸທີ່ຖືກປົວມະຕິ, ຈຳນວນເລືອດທີ່ໃສ່ຕໍ່ປີ, ອາຍຸທີ່ເລີ່ມໃສ່ເລືອດ, ໝວດເລືອດ ແລະ Hemoglobin ກ່ອນການສົ່ງເລືອດແມ່ນ ພົບວ່າບໍ່ມີຄວາມສຳພັນທາງດ້ານສະຖິຕິ ໃນການເກີດພາວະ AIHA.

ສະຫຼຸບ: ການເກີດ AIHA ໃນຄົນເຈັບທີ່ເປັນພະຍາດທາລາຊີເມຍຈະພົບໜ້ອຍ ແຕ່ຄວນໄດ້ຮັບການເອົາໃສ່ ເພື່ອລຸດຄວາມສ່ຽງຕໍ່ການເກີດອາການສົນ ແລະ ຄວນເຮັດການສຶກສາເພີ່ມກ່ຽວກັບປັດໃຈທີ່ເຮັດໃຫ້ເກີດ AIHA ໃນເດັກຕື່ມ.

ຄຳສັບຫຍໍ້: AIHA, ທາລາຊີເມຍ, ການໃສ່ເລືອດ, ເດັກນ້ອຍ

***ຕິດຕໍ່ຜູ້ຂຽນ:** ທ່ານ ຄູນທະວີ ພົງສະຫວັດ, ອີເມວ: katou_pv@hotmail.com

ພາກສະເໜີ

Autoimmune Hemolytic Anemia (AIHA) ຈັດຢູ່ໃນກຸ່ມພາວະເລືອດຈາກຈາກເມັດເລືອດແດງແຕກທີ່ເກີດຈາກພູມຄຸ້ມກັນ (Immune Hemolytic anemia) ເຊິ່ງເປັນພາວະທີ່ຮ່າງກາຍມີການສ້າງພູມຄຸ້ມກັນ ຫຼື ແອນຕີບໍດີ (Antibody) ທີ່ຜິດປົກກະຕິມາທຳລາຍເມັດເລືອດແດງຂອງຕົນເອງເຮັດໃຫ້ເມັດເລືອດແດງມີອາຍຸສັ້ນລົງ ຫຼື ເວົ້າໄດ້ວ່າ Hemolysis ເກີດຂຶ້ນ. ສຳລັບ AIHA ຖ້າແບ່ງຕາມຄຸນສົມບັດຂອງການເຮັດປະຕິກິລິຍາຂອງ autoantibody ຫຼື complement ຕໍ່ຜະໜັງຂອງເມັດເລືອດແດງອຸນນະພູມທີ່ແຕກຕ່າງກັນສາມາດແບ່ງອອກເປັນ 3 ຊະນິດ ຄື: Warm type, Cold type ແລະ Mixed type. ເຖິງແມ້ວ່າ AIHA ຈະເປັນພາວະທີ່ບໍ່ຄ່ອຍພົບເລື້ອຍ ເຊິ່ງມີການລາຍງານວ່າພົບຢູ່ປະມານ 1:80.000 ກໍລະນີ ແລະ ພົບໃນເດັກເພີ່ມຂຶ້ນ 1:1000. ຊະນິດທີ່ພົບຫຼາຍໃນເດັກແມ່ນ warm type (Gupta, 2008).

AIHA Warm type ເປັນພາວະທີ່ພົບໄດ້ຫຼາຍທີ່ສຸດປະມານ 70-80% ຂອງ AIHA ໃນເດັກ. ມັກເກີດຈາກ autoantibody ຊະນິດ IgG ແລະ ຮອງມາແມ່ນ IgM ແລະ IgA. ໂດຍທົ່ວໄປ autoantibody ຈະສາມາດຈັບກັບ Rh erythrocyte antigens ເທິງຜະໜັງຂອງເມັດເລືອດແດງໄດ້ດີທີ່ສຸດຢູ່ອຸນນະພູມ 37°C ແລະ ກະຕຸ້ນໃຫ້ເກີດພາວະເມັດເລືອດແດງແຕກ ແລະ ຄວາມຮຸນແຮງຂອງຊະນິດ warm AIHA ຈະຂຶ້ນຢູ່ກັບປະລິມານ antibody ທີ່ຈັບຢູ່ຜະໜັງຂອງເມັດເລືອດເປັນຫຼັກ. ສຳລັບໃນຄົນເຈັບທີ່ມີການສົ່ງເລືອດເປັນປະຈຳແມ່ນມີຄວາມສ່ຽງສູງເພີ່ມຂຶ້ນ 20-60% ໂດຍສະເພາະໃນຄົນເຈັບທີ່ເປັນທາລາຊີເມຍຊະນິດ Beta ທີ່ຈະຕ້ອງໄດ້ຮັບການສົ່ງເລືອດປະຈຳຕະຫຼອດຊີວິດຍິ່ງມີຄວາມສ່ຽງສູງ ຜົນຕາມມາຈະເຮັດໃຫ້ການປິ່ນປົດດ້ວຍການສົ່ງເລືອດຍາກຂຶ້ນ. ຈຶ່ງຈຳເປັນມີການກວດກັນຕອງ antibodies ກ່ອນການສົ່ງເລືອດຖ້າບໍ່ດັ່ງນັ້ນກໍຈະເຮັດໃຫ້ເກີດຄວາມຫຍຸ້ງຍາກໃນການໄດ້ຮັບເລືອດ ແລະ ເຮັດໃຫ້ການຮັບເລືອດບໍ່ໄດ້ປະສິດທິຜົນ (Gupta, 2008).

ທົ່ວໂລກ, ຄົນເຈັບທາລາຊີເມຍທີ່ມີ Autoantibody ຕໍ່ເມັດເລືອດແດງມີເຖິງ 5-30% ຈາກການກວດ coombs test ໃຫ້ຜົນບວກ. ໃນອາຊີພົບຄົນທີ່ມີ Autoantibody ເຖິງ 22%. ເຊິ່ງການປິ່ນປົດພະຍາດທາລາຊີເມຍສາຍເບຕ້າແມ່ນຕ້ອງໄດ້ໃຫ້ເລືອດໃຫ້ທຸກ 3-4 ອາທິດ ເຊິ່ງການໃຫ້ເລືອດກໍເປັນສາເຫດຫຼັກໃນການສ້າງ Autoantibody ຕ້ານຕໍ່ເມັດເລືອດແດງ ແລະ ພາໃຫ້ເກີດພາວະເມັດເລືອດແດງແຕກ. ມີການລາຍງານວ່າກຸ່ມປະຊາກອນ 0.3-38% ພົບມີ autoantibody ເຊິ່ງເຂົາເຈົ້າໄດ້ຮັບຫຼັງຈາກການສົ່ງເລືອດ.

ສຳລັບຄົນເຈັບທີ່ໄດ້ສົ່ງເລືອດປະຈຳມື້ Autoantibody ພົບສ່ວນຫຼາຍເຂດພາກຕາເວັນຕົກ ຫຼື ຊາວເມດີເຕລານຽນ ໃນການສຶກສາຂອງຊາວອີຕາລີ ທ່ານ Sirchia ແລະ ເພື່ອນຮ່ວມງານໄດ້ກວດກັນຕອງພົບມີ Autoantibody 5.2 % ໃນຄົນເຈັບທາລາຊີເມຍຊະນິດຮ້າຍແຮງ 1,234 ຄົນ ໃນການຕິດຕາມໄລຍະ 5 ປີ (John, 2017).

ການສຶກສາຂອງ Spanos ແລະ ເພື່ອນຮ່ວມງານໃນຄົນເຈັບ 1,200 ຄົນ ພົບ 23.5% ມີ Autoantibody ຫຼັງການໃສ່ເລືອດສູງກວ່າພາວະໝວດເລືອດ ABO, Rh ບໍ່ເຂົ້າກັນມີແຕ່ 3.7%. ປີ 2015 ໃນປະເທດອິນເດຍຄາດຄະເນພະຍາດທາລາຊີເມຍມີ 8000-10.000 ຄົນຕໍ່ປີ ພົບຫຼາຍໃນເມືອງບັນຈາ, Sindhis, Bengalis ແລະ Gujaratis. ສ່ວນຫຼາຍແມ່ນປິ່ນປົດດ້ວຍການສົ່ງເລືອດ. ຢູ່ປະເທດອິນເດຍມີການລາຍງານກວດກັນຕອງທາ Antibody ໃນເມັດເລືອດແດງ ເຊິ່ງພົບມີປະມານ 5-50% ໃນຄົນເຈັບທາລາຊີເມຍ. ໃນປະເທດຈີນລາຍງານວ່າໃນຄົນເຈັບທີ່ເປັນພະຍາດທາລາຊີເມຍ ທີ່ສົ່ງເລືອດເປັນປະຈຳທັງໝົດແມ່ນໄດ້ມີການກວດກັນຕອງຂອກ Antibody ຕໍ່ເມັດເລືອດແດງ ກ່ອນການສົ່ງເລືອດ ເຊິ່ງພົບເຖິງ 5.2-23.5%. ໃນປະເທດມາເລເຊຍມີ 5-30% ເຊິ່ງມັນມີຄວາມຍາກຫຍຸ້ງຍາກໃນການຫາເລືອດຜູ້ບໍລິຈາກທີ່ຈະເຂົ້າກັບເລືອດຜູ້ທີ່ຈະຮັບ (Datta, 2015).

ປີ 2016-2017 ສະຖິຕິຢູ່ພະແນກພະຍາດເລືອດ, ໂຮງໝໍເດັກ, ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ ສປປ ລາວ ຄົນເຈັບທີ່ມີພາວະເມັດເລືອດແດງ AIHA ມີປະມານ 10 ຄົນ. ແຕ່ຍັງບໍ່ມີການກວດກັນຕອງ Antibody ກ່ອນການໃຫ້ເລືອດໃນຄົນເຈັບທາລາຊີເມຍ. ສ່ວນຫຼາຍຢູ່ບ້ານເຮົາຈະສັງກວດກໍຕໍ່ເມື່ອຄົນເຈັບມີອາການທີ່ຂ້ອນຂ້າງຮຸນແຮງແລ້ວເພາະອາການກໍຂ້ອນຂ້າງບໍ່ມັດຕິຍາກສຳລັບຄົນເຈັບຜູ້ທີ່ມີເຫຼືອງ, ບ້າງໃຫຍ່ ດັ່ງໃນຄົນເຈັບ Thalassemia. ບ້າງຄັ້ງການບັງມະຕິໄດ້ຈາກການລາຍງານຂອງສູນເລືອດແຫ່ງຊາດວ່າບໍ່ສາມາດຫາເລືອດທີ່ເຂົ້າກັບຄົນເຈັບໄດ້ຈຶ່ງໄດ້ມີການກວດຊອກຫາ ແລະ ໃຫ້ການປິ່ນປົດ ແລະ ຍັງບໍ່ທັນມີການສຶກສາເຖິງບັນຫາການເກີດ AIHA ໃນຄົນເຈັບ Thalassemia ໃນປະເທດລາວ (ສະຖິຕິພະຍາດ, 2017).

ຈຸດປະສົງໃນການສຶກສາຄັ້ງນີ້ແມ່ນເພື່ອສຶກສາອັດຕາການເກີດ AIHA ໃນຄົນເຈັບທີ່ເປັນພະຍາດທາລາຊີເມຍທີ່ໄດ້ຮັບເລືອດ ເພື່ອຄິດໄລ່ເປີເຊັນຄວາມແຕກຕ່າງລະຫວ່າງຄົນເຈັບພະຍາດທາລາຊີເມຍຜູ້ທີ່ໄດ້ໃສ່ເລືອດປະຈຳ (Transfusion Dependent Thalassemia) ແລະ ຜູ້ທີ່ໃສ່ເລືອດບໍ່ປະຈຳ (Non Transfusion Dependent Thalassemia) ແລະ ເພື່ອສົມທົບຂໍ້ມູນດ້ານປະຊາກອນ, ຂໍ້ມູນດ້ານປະຫວັດພະຍາດ ແລະ ຜົນການກວດວິເຄາະເລືອດ

ຄັງສຸດທ້າຍທີ່ກວດ ໃນຄົນເຈັບທາລາຊີເມຍທີ່ມີພາວະ AIHA ແລະ ບໍ່ມີ AIHA ຢູ່ຫ້ອງກວດເຂດນອກ ຂອງພະແນກພະຍາດເລືອດ, ໂຮງໝໍເດັກ, ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ, ສປປລາວ.

ການສຶກສານີ້ອາດເປັນປະໂຫຍດເພື່ອເປັນບ່ອນອີງໃຫ້ພະນັກງານແພດໝໍເຮົາມີຄວາມຮູ້ຄວາມເຂົ້າໃຈເຖິງອາການ, ອາການສະແດງ, ການພິຈາລະນາສັງກວດເພີ່ມເຕີມເພື່ອຊອກຫາ AIHA ແລະ ປິ່ນປົວ ໃຫ້ຖືກຕ້ອງ, ເພາະສົມ ແລະ ທັນເວລາ. ເຮັດໃຫ້ຄົນເຈັບມີຄຸນນະພາບຊີວິດທີ່ດີ ແລະ ສາມາດຮັບເລືອດໄດ້ຢ່າງປອດໄພ. ເປັນບ່ອນອີງໃຫ້ແກ່ສູນເລືອດແຫ່ງຊາດ ໃນການພິຈາລະນາສັງກວດກັນຕ່າງໆ antigen ແລະ Antibody ໃນຄົນເຈັບ thalassemia ທີ່ໄດ້ຮັບເລືອດ ແລະ ຜູ້ບໍລິຈາກເລືອດເຊິ່ງຈະເຮັດໃຫ້ສາມາດຫຼຸດຜ່ອນອັດຕາການເກີດ AIHA ແລະ ການເສຍຊີວິດຂອງເດັກກຸ່ມນີ້ໄດ້ໃນລະດັບໃດໜຶ່ງ.

ວິທີວິທະຍາການຄົ້ນຄວ້າ

ຮູບແບບການສຶກສາ

ການສຶກສານີ້ແບບພັນລະນານະຈຸດເວລາໃດໜຶ່ງ ໃນຄົນເຈັບທີ່ເປັນພະຍາດທາລາຊີເມຍ ທີ່ໄດ້ຮັບເລືອດທຸກຄົນ ທີ່ມາກວດຢູ່ຫ້ອງກວດເຂດນອກ ຂອງພະແນກພະຍາດເລືອດ, ໂຮງໝໍເດັກ, ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ, ສປປ ລາວ ໂດຍອີງໃສ່ຜົນກວດ Direct Coombs Test ໃຫ້ຜົນບວກ.

ໄລຍະເວລາ ແລະ ປະຊາກອນການສຶກສາ

ໄລຍະການສຶກສາແຕ່ເດືອນ ພຶດສະພາ ຫາ ເດືອນ ກັນຍາ ປີ 2018. ປະຊາກອນເຂົ້າຮ່ວມໃນການສຶກສາຄັ້ງນີ້ ແມ່ນ ເດັກນ້ອຍນັກຮຽນອາຍຸ 15 ປີ ລົງມາ ໂດຍມີຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມ 338 ຄົນ ດ້ວຍຄວາມສະໝັກໃຈ ແລະ ຄວາມເຫັນດີຂອງຜູ້ປົກຄອງຄົນເຈັບ. ເງື່ອນໄຂເຂົ້າຮ່ວມແມ່ນ: ຄົນເຈັບພະຍາດທາລາຊີເມຍທຸກຄົນທີ່ຕ້ອງໃສ່ເລືອດ ແລະ ຍິນຍອມເຂົ້າຮ່ວມການສຶກສາ.

ການສຸ່ມຕົວຢ່າງ

ວິທີການເລືອກຕົວຢ່າງ ແລະ ການສຸ່ມຕົວຢ່າງ ແມ່ນໄດ້ເຈາະຈົງເອົາຄົນເຈັບທຸກຄົນທີ່ເປັນພະຍາດທາລາຊີເມຍທີ່ມາກວດຢູ່ຫ້ອງກວດເຂດນອກ, ພະແນກພະຍາດເລືອດ, ໂຮງໝໍເດັກ. ໄດ້ຮັບອະນຸມັດຈັນຍາທຳໂດຍ ມະຫາວິທະຍາໄລ ວິທະຍາສາດ ສຸຂະພາບ.

ການເກັບຂໍ້ມູນ

ກ່ອນລົງມືເກັບຂໍ້ມູນຕົວຈິງກໍ່ໄດ້ມີການສ້າງແບບ

ຟອມສອບຖາມເປັນ 3 ພາກຄື: ຂໍ້ມູນດ້ານປະຊາກອນ, ປະຫວັດພະຍາດ ແລະ ການກວດວິເຄາະເລືອດ, ທົດລອງປະຕິບັດ ແລະ ກວດແກ້ຟອມກ່ອນ. ເມື່ອເຫັນວ່າສົມບູນ ແລະ ສອດຄ່ອງກັບຈຸດປະສົງແລ້ວຈຶ່ງໄດ້ລົງມື ປະຕິບັດ.

ການວິເຄາະຂໍ້ມູນ

ການສຶກສາວິເຄາະດ້ວຍ Program SPSS version 24 ໂດຍໃຊ້ Descriptive statistic ແລະ ລາຍງານເປັນຈຳນວນ ແລະ ເປີເຊັນສຳລັບຂໍ້ມູນແບບຄຸນນະພາບ ແລະ ເປັນຄ່າສະເລ່ຍ ແລະ ຄ່າປ່ຽງເບນມາດຕະຖານ ພ້ອມດ້ວຍຄ່າຕໍ່າສຸດ ແລະ ຄ່າສູງສຸດ ສຳລັບຂໍ້ມູນແບບປະລິມານ ແລະ ໃຊ້ Pearson Chi-square test ເພື່ອສົມທຽບຄວາມແຕກຕ່າງທາງສະຖິຕິຂອງຕົວຜັນແປແບບກຸ່ມ.

ຈັນຍາທຳໃນການຄົ້ນຄວ້າ

ຜູ້ເຮັດການຄົ້ນຄວ້າໄດ້ຂໍອະນຸຍາດຜູ້ປົກຄອງ, ຄູ່ປະຈຳຫ້ອງ ແລະ ເດັກ ກ່ອນຈະສຳພາດ ໂດຍຈະບໍ່ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນຈາກເອກະສານທີ່ມີເນື້ອໃນກ່ຽວຂ້ອງກັບບົດການຄົ້ນຄວ້າ. ການສຶກສາຄັ້ງນີ້ກ່ອນສຳພາດແຕ່ລະຄົນ, ຜູ້ເຮັດການຄົ້ນຄວ້າໄດ້ແນະນຳຕົວເອງ, ແຈ້ງຈຸດປະສົງຂອງການຄົ້ນຄວ້າ, ອະທິບາຍ ແລະ ແນະນຳລາຍລະອຽດຂໍ້ມູນຕ່າງໆຂອງຂະບວນການສຶກສາຄົ້ນຄວ້າໃຫ້ຜູ້ທີ່ເຂົ້າຮ່ວມການສຶກສາເຂົ້າໃຈລະອຽດ, ການເຂົ້າຮ່ວມການສຶກສາແມ່ນອີງໃສ່ຄວາມສະໝັກໃຈໂດຍບໍ່ມີການບັງຄັບແຕ່ຢ່າງໃດ ແລະ ຜູ້ທີ່ເຂົ້າຮ່ວມການສຶກສາແຕ່ລະຄົນໄດ້ລົງລາຍເຊັນໄວ້ຢູ່ໃນໃບຍິນຍອມເຂົ້າຮ່ວມໃນການສຶກສາຄົ້ນຄວ້າເພື່ອເປັນຫຼັກຖານເພື່ອໃຫ້ຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍ ແລະ ບໍ່ເປັນການບັງຄັບຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມໃນການສຶກສາຄັ້ງນີ້ ດັ່ງນັ້ນຈຶ່ງຕ້ອງມີໃບຍິນຍອມເຂົ້າຮ່ວມການຄົ້ນຄວ້າ.

ຜົນຂອງການຄົ້ນຄວ້າ

ອັດຕາການເກີດ AIHA ໃນຄົນເຈັບທາລາຊີເມຍອີງຕາມ Direct Coombs Test ໃຫ້ຜົນບວກ ຈາກກຸ່ມປະຊາກອນຕົວຢ່າງ 338 ຄົນ ພົບວ່າ ເປັນ AIHA 12 ຄົນ (3.6%) ແລະ ບໍ່ເປັນ AIHA 326 ຄົນ (96.4%).

ຂໍ້ມູນທົ່ວໄປຂອງຄົນເຈັບ

ການສຶກສາຄັ້ງນີ້ໄດ້ຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມທັງໝົດ 338 ຄົນ ເປັນເພດຊາຍ 177 ຄົນ (52.4%) ແລະ ຍິງ 161 ຄົນ (47.6%). ອາຍຸສະເລ່ຍ $7.67.6 \pm 4.2$ ປີ ໃນນັ້ນ ກຸ່ມອາຍຸທີ່ພົບ

ຫຼາຍກວ່າໝູ່ແມ່ນ 5 ຫາ <10 ປີ ມີ 154 ຄົນ (45.6%), ຮອງລົງມາແມ່ນ 2 ຫາ <5 ປີ ມີ 87 ຄົນ (25.7%), 10

ຫາ <15 ປີ ມີ 53 ຄົນ (15.7%) ແລະ 1 ເດືອນ ຫາ <2 ປີ ມີ 26 ຄົນ (7.7%), ຕາມລຳດັບ. ໃນນັ້ນ ຄົນເຈັບທີ່ມີພາວະ AIHA ພົບຫຼາຍທີ່ສຸດໃນກຸ່ມອາຍຸ 10 ຫາ <15 ປີ ຢ່າງມີຄວາມສຳຄັນທາງດ້ານສະຖິຕິ ດັ່ງສະແດງໃຫ້ເຫັນໃນຕາຕະລາງທີ 1.

ຕາຕະລາງທີ 1 ຂໍ້ມູນດ້ານປະຊາກອນ

ຕົວຜັນແປ	AIHA (N=12) n(%)	Non AIHA (N=326) n(%)	P- value
ອາຍຸ (ປີ)			
Mean±SD: 7.6±4.2			
Min-Max: 0.7 – 20			
1 ເດືອນ - <2	00 (00)	26 (100)	0.001
2 - <5	01 (0.14)	86 (98.86)	
5 - <10	03 (2)	151 (98)	
10 - <15	07 (13.20)	46 (86.80)	
15 - 20	01 (5.56)	17 (94.44)	
ເພດ			0.11
	3 (25)	158 (48.5)	
ຍິງ			
ຊາຍ	9 (75)	168 (51.5)	

ຂໍ້ມູນປະຫວັດພະຍາດ

ພະຍາດທາລາຊີເມຍທີ່ພົບຫຼາຍກວ່າໝູ່ແມ່ນ β^0/E thalassemia ມີ 226 ຄົນ (66.9%), ຮອງລົງມາແມ່ນ HbH with Constang Spring 49 ຄົນ (14.5%), β^+/E thalassemia 23 ຄົນ (6.8%), EABart disease 16 ຄົນ (4.7%), HbH disease 13 ຄົນ (3.8%) ແລະ Heterozygous β^0/β^+ 5 ຄົນ (1.5%). ອາຍຸຖືກບົ່ງມະຕິຄັ້ງທຳອິດສະເລ່ຍແມ່ນ 2.35 ± 2.05 ປີ ເຊິ່ງສ່ວນຫຼາຍແມ່ນໄດ້ຮັບການບົ່ງມະຕິຄັ້ງທຳອິດໃນ ຊ່ວງອາຍຸລະຫວ່າງ 1 ເດືອນ ຫາ <2 ປີ ມີ 213 ຄົນ (63%), ຕໍ່ມາ 2 ຫາ <5 ປີ ມີ 96 ຄົນ (28.4%) ແລະ 5-12 ປີ ມີ 29 ຄົນ (8.6%). ສ່ວນຫຼາຍແມ່ນຄົນເຈັບທາລາຊີເມຍທີ່ມາໃສ່ເລືອດປະຈຳມື 254 ຄົນ (75.1%) ແລະ ໃສ່ເລືອດບາງຄັ້ງ 84 ຄົນ (24.9%). ໃນນັ້ນ ເຫັນວ່າຈຳນວນຄັ້ງທີ່ຄົນເຈັບໃສ່ເລືອດຕໍ່ປີແມ່ນ >10 ຄັ້ງ ມີ 242 ຄົນ (71.6%); >5 ຄັ້ງມີ 71 ຄົນ (21%) ແລະ ≤5 ຄັ້ງມີ 25 ຄົນ (7.4%). ຄົນເຈັບເລີ່ມໃສ່ເລືອດຄັ້ງທຳອິດຕອນອາຍຸ 1-3 ປີມີ 128 ຄົນ (37.9%), <1 ປີ 115 ຄົນ (34%), 3 ຫາ <5 ປີ 67 ຄົນ (19.8%) ແລະ 5-12 ປີ 28 ຄົນ (8.3%) ຕາມລຳດັບ, ອາຍຸສະເລ່ຍເລີ່ມໃສ່ເລືອດແມ່ນ 2.35 ± 2.05 ປີ. ຄົນເຈັບທີ່ມາກວດແມ່ນມີປະຫວັດເຄີຍແພ້ຈາກການໃສ່ເລືອດມີເຖິງ 111 ຄົນ (32.8%) ແລະ ຜູ້ທີ່ບໍ່ເຄີຍມີປະຫວັດແພ້ແມ່ນມີ 227 ຄົນ (67.2%). ການວິເຄາະເຫັນວ່າ ຊະນິດຂອງພະຍາດທາລາຊີເມຍ, ອາຍຸທີ່ຖືກບົ່ງມະຕິ, ຈຳນວນເລືອດທີ່ໃສ່ຕໍ່ປີ, ອາຍຸທີ່ເລີ່ມໃສ່ເລືອດ, ປະຫວັດການແພ້ ບໍ່ມີຄວາມແຕກຕ່າງກັນໃນ

ການເກີດພາວະ AIHA ຢ່າງມີຄວາມສຳຄັນທາງດ້ານສະຖິຕິ ດັ່ງສະແດງໃຫ້ເຫັນໃນຕາຕະລາງທີ 2.

ຕາຕະລາງທີ 2 ຂໍ້ມູນດ້ານປະຫວັດພະຍາດ

ຕົວຜັນແປ	AIHA (N=12) n(%)	Non AIHA (N=326) n(%)	P- value
ຊະນິດທາລາຊີເມຍ			
β^0/E thalassemia	8 (66.7)	218 (66.9)	0.93
β^+/E thalassemia	1 (8.3)	22 (6.7)	
HbH disease	0 (0.0)	13 (4.0)	
HbH with C/S	3 (25.0)	16 (5)	
EABart disease	0 (0.0)	46 (14.1)	
EABart with C/S	0 (0.0)	5 (1.5)	
EF bart disease	0 (0.0)	1 (0.3)	
β^0/β^+ Heterozygous	0 (0.0)	5 (1.5)	
ອາຍຸຕອນຖືກບົ່ງມະຕິ(ປີ)			
Mean±SD	2.63±3.18	2.34±2.00	0.64
ອາຍຸເລີ່ມໃສ່ເລືອດຄັ້ງທຳອິດ (ປີ)			
Mean±SD	2.63±3.18	2.42±2.04	0.73
ການໃສ່ເລືອດ			
ໃສ່ເລືອດປະຈຳ(TDT)	10 (83.3)	224 (74.8)	0.50
ໃສ່ເລືອດບາງຄັ້ງ (NTDT)	2 (16.7)	82 (25.2)	
ຈຳນວນການໃສ່ເລືອດ			
ເທື່ອຕໍ່ປີ			0.11
<5 ເທື່ອ ຕໍ່ ປີ	2 (16.7)	23 (7.1)	
>5 ເທື່ອ ຕໍ່ ປີ	0 (0.0)	71 (21.8)	
>10 ເທື່ອ ຕໍ່ ປີ	10 (83.3)	232 (71.2)	
ປະຫວັດແພ້ຈາກການໃສ່ເລືອດ			
ເລືອດ			0.19
ເຄີຍ	6 (50.0)	105 (32.2)	
ບໍ່ເຄີຍ	6 (50.0)	221 (67.8)	

ຂໍ້ມູນດ້ານຜົນວິເຄາະເລືອດ

ຄົນເຈັບສ່ວນຫຼາຍທີ່ມາກວດແມ່ນມີໝວດເລືອດ O ມີຈຳນວນ 130 ຄົນ (38.5%), ຮອງລົງມາແມ່ນໝວດເລືອດ B ມີ 121 ຄົນ (35.8%), ໝວດເລືອດ A ມີ 68 ຄົນ (20.1%), ໝວດເລືອດ AB ມີ 19 ຄົນ (5.6%) ເຊິ່ງທັງໝົດແມ່ນມີ Rh positive 338 (100%). ການຊອກຄວາມສຳພັນຂອງໝວດເລືອດ, ລະດັບ Hemoglobin ກ່ອນໃສ່ເລືອດ ລະຫວ່າງ 2 ກຸ່ມເຫັນວ່າບໍ່ມີຄວາມສຳພັນກັນທາງດ້ານສະຖິຕິ ($P = 0.64$ ແລະ 0.06 ຕາມລຳດັບ). ການຊອກຄວາມສຳພັນຂອງຄ່າ Reticulocyte ກ່ອນການໃສ່ເລືອດລະຫວ່າງຄົນເຈັບທີ່ເປັນ AIHA ແລະ ບໍ່ເປັນ AIHA ເຫັນວ່າ ມີຄວາມສຳພັນກັນທາງດ້ານສະຖິຕິ ($P = <0.001$) ເຊິ່ງຖ້າເບິ່ງຜົນດ້ານວິເຄາະຕື່ມຈະເຫັນວ່າໃນກຸ່ມຄົນເຈັບທີ່ເປັນ AIHA ແມ່ນມີຄ່າ Reticulocyte ກ່ອນໃສ່ເລືອດສູງ (Mean±SD=8.61±10.57) ເຊິ່ງສູງກວ່າກຸ່ມຄົນເຈັບທີ່ບໍ່ເປັນ AIHA (Mean±SD= 1.18±1.14) ເຊິ່ງແຕກຕ່າງກັນຢ່າງມີ

ຄວາມສຳພັນທາງດ້ານສະຖິຕິ ດັ່ງສະແດງໃຫ້ເຫັນໃນ ຕາຕະລາງທີ 3.

ຕາຕະລາງທີ 3 ຂໍ້ມູນດ້ານຜົນກວດວິເຄາະເລືອດ

ຕົວຜົນແບບ	AIHA (N=12) n(%)	Non AIHA (N=326) n(%)	P- value
ໝວດເລືອດ			
A	3 (25)	65 (20.0)	0.64
B	3 (25)	118 (36.2)	
AB	0 (00)	19 (5.8)	
O	6 (50)	124 (38.0)	
Hemoglobinກ່ອນໃສ່			
ເລືອດ (g/dl)	5.83±1.62	7.65±1.05	0.06
Mean±SD			
Reticulocyteກ່ອນໃສ່			
ເລືອດ(%)	8.61±10.57	1.18±1.14	<0.001
Mean±SD			

ສົນທະນາ

ຜົນຂອງການສຶກສາອັດຕາການເກີດ Autoimmune Hemolytic Anemia (AIHA) ໃນຄົນເຈັບທີ່ ເປັນພະຍາດທາລາຊີເມຍທີ່ຕ້ອງໄດ້ໃສ່ເລືອດ ຢູ່ຫ້ອງກວດ ເຂດນອກ ຂອງພະແນກພະຍາດເລືອດ, ໂຮງໝໍເດັກ, ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ ເຫັນວ່າ ຈາກຈຳນວນປະຊາກອນ ຕົວຢ່າງ 338 ຄົນ ມີຄົນເຈັບທີ່ເປັນ AIHA 12 ຄົນ (3.6%) ຈາກການກວດ direct coombs test positive ເຊິ່ງ ຄ້າຍຄືການສຶກສາຂອງທ່ານການສຶກສາຂອງ Pampee, 2003 ທີ່ເຮັດການສຶກສາຢູ່ປະເທດອາເມລິກາຈາກຄົນເຈັບ ຈຳນວນ 2,618 ທີ່ມີ direct coombs test positive ພົບ 121 ຄົນ (4.62%) ທີ່ເປັນ AIHA.

ການສຶກສາຄັ້ງນີ້ພົບຫລາຍແມ່ນ ເພດຊາຍ 52.4%, ເຊິ່ງກຸ່ມອາຍຸທີ່ພົບ Antibody ຫຼາຍທີ່ສຸດແມ່ນ 10-15 ປີ ເຊິ່ງຄ້າຍຄືການສຶກສາຂອງ Azita, 2011 ຢູ່ ປະເທດອິລານສຶກສາການກວດຊອກຫາ Antibody ໃນຄົນ ເຈັບຢູ່ສູນບໍລິຈາກເລືອດ 4 ແຫ່ງໃນເດັກເຊິ່ງພົບ 34.4% ໃນກຸ່ມເດັກແມ່ນອາຍຸແຕ່ 10-15 ປີ ແລະ ແມ່ນເພດຊາຍ 49.8%.

ການສຶກສາຄັ້ງນີ້ເຫັນວ່າຄົນເຈັບພະຍາດທາລາຊີ ເມຍສ່ວນຫຼາຍແມ່ນ ຄົນເຈັບທີ່ໄດ້ໃສ່ເລືອດປະຈຳ 75.1% ແລະ ໃສ່ເລືອດບາງຄັ້ງ 24.9% ເຊິ່ງຄົນເຈັບໃສ່ເລືອດ >10 ເທື່ອຕໍ່ປີມີ 71.6% ແລະ ໃນຜູ້ໃສ່ເລືອດປະຈຳເຫັນວ່າມີ AIHA 10 ຄົນ (83.3%) ແລະ ໃສ່ເລືອດບາງຄັ້ງ ພົບ 2 ຄົນ (16.7%) ເຊິ່ງຕ່າງຈາກການສຶກສາຂອງ Suvro, 2015 ຢູ່ປະເທດອິນເດຍ ກວດຄັດກອງຫາ antibodies ໃນຄົນ ເຈັບພະຍາດທາລາຊີເມຍ 500 ຄົນ ແຕ່ເພິ່ນເລືອກເອົາແຕ່ຜູ້ ໃສ່ທີ່ໃສ່ເລືອດປະຈຳ ພົບວ່າ 28 ຄົນ ມີການສ້າງ

Alloantibodies 5.6% ແລະ 5 ຄົນ (1%) ມີ Autoantibodies.

ສຳລັບຜົນການສຶກສາອາການກ່ອນມາພົບແພດ ເຫັນວ່າ ຄົນເຈັບທີ່ມາກວດແມ່ນບໍ່ມີອາການຫຍັງມາກ່ອນ 87.9%, ມີອາການອິດເມື່ອຍ 8%, ໄຂ້ 2.4%, ຈືດມ້ານ ຫຼາຍກວ່າເກົ່າ 1.5% ແລະ ອາການຫາຍໃຈຍາກ 0.3% ເຊິ່ງຄ້າຍຄືການສຶກສາຂອງ ພອນສະຫວັນ, 1997 ຢູ່ສະຖາ ບັນສຸຂະພາບເດັກແຫ່ງຊາດມະຫາລາຊິນີ ປະເທດໄທ ສຶກ ສາແບບຍ້ອນຫຼັງຄົນເຈັບ AIHA ອາການທີ່ມາພົບແພດ.

ຈາກການສຶກສາການປະເມີນຄວາມສຳພັນ ລະຫວ່າງອາຍຸກັບຄົນເຈັບທີ່ເປັນ AIHA ແລະ ບໍ່ເປັນ AIHA ເຫັນວ່າມີຄວາມສຳພັນກັນທາງດ້ານສະຖິຕິ ແຕ່ຖ້າ ເບິ່ງຕາມແຕ່ລະການວິເຄາະດ້ານສະຖິຕິ ກໍ່ເຫັນໄດ້ວ່າ: ກຸ່ມທີ່ເປັນ AIHA ມີ ອາຍຸສະເລ່ຍ ສູງກວ່າກຸ່ມ non AIHA ໝາຍຄວາມວ່າພາວະ AIHA ແມ່ນພົບໃນເດັກໃຫຍ່ ອາດເປັນຍ້ອນເຂົາເຈົ້າໄດ້ຮັບເລືອດເປັນປະຈຳແຕ່ອາຍຸຍັງ ນ້ອຍ ແລະ ໄດ້ຮັບເລືອດຈາກຜູ້ບໍລິຈາກຫຼາຍຄົນຈຶ່ງ ເຮັດ ໃຫ້ເຂົາເຈົ້າມີພາວະ AIHA. ເມື່ອເບິ່ງຄວາມສຳພັນ ລະຫວ່າງການໃສ່ເລືອດປະຈຳ ແລະ ໃສ່ເລືອດບາງຄັ້ງ ກັບ ຄົນເຈັບທີ່ເປັນ AIHA ແລະ ບໍ່ເປັນ AIHA ເຫັນວ່າບໍ່ມີ ຄວາມສຳພັນກັນທາງດ້ານສະຖິຕິ ແລະ ຈຳນວນເທື່ອການ ໃສ່ເລືອດກັບການເປັນ AIHA ແລະ ບໍ່ເປັນ AIHA ແມ່ນ ບໍ່ມີຄວາມສຳພັນກັນທາງດ້ານສະຖິຕິ. ແຕ່ໃນນີ້ຖ້າເບິ່ງການ ວິເຄາະ ເຫັນໄດ້ວ່າຄົນເຈັບສ່ວນຫຼາຍແມ່ນໄດ້ຮັບການໃສ່ ເລືອດຫຼາຍກວ່າ 10 ເທື່ອ ຕໍ່ ປີ 71.6% ທັງ 2 ກຸ່ມເຊິ່ງ ອາດເປັນສາຍເຫດທີ່ເຮັດໃຫ້ບໍ່ມີຄວາມແຕກ ຕ່າງດ້ານ ສະຖິຕິ. ຄວາມສຳພັນລະຫວ່າງຊະນິດຂອງພະຍາດທາລາຊີ ເມຍ ກັບ ຄົນເຈັບທີ່ເປັນ AIHA ແລະ ບໍ່ເປັນ AIHA ເຫັນວ່າບໍ່ມີຄວາມສຳພັນກັນທາງດ້ານສະຖິຕິ. ການປະເມີນ ຄວາມສຳພັນລະຫວ່າງຄ່າ Reticulocyte ກ່ອນການໃສ່ ເລືອດ ກັບ ຄົນເຈັບທີ່ເປັນ AIHA ແລະ ບໍ່ເປັນ AIHA ເຫັນວ່າ ແມ່ນມີຄວາມສຳພັນກັນທາງດ້ານສະຖິຕິ ແລະ ຖ້າ ເບິ່ງຜົນດ້ານວິເຄາະຈະເຫັນວ່າ ໃນກຸ່ມຄົນເຈັບທີ່ເປັນ AIHA ແມ່ນມີຄ່າ Reticulocyte ກ່ອນໃສ່ເລືອດສູງ ເຊິ່ງ ສູງກວ່າກຸ່ມຄົນເຈັບທີ່ບໍ່ເປັນ AIHA ເຊິ່ງແຕກຕ່າງກັນຢ່າງມີ ຄວາມສຳພັນທາງດ້ານສະຖິຕິສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າຜູ້ເປັນ AIHA ແມ່ນມີພາວະເມັດເລືອດແດງແຕກເພີ່ມຂຶ້ນ.

ເຖິງຢ່າງໃດກໍ່ຕາມການສຶກສາຄັ້ງນີ້ ແມ່ນຍັງມີຂໍ້ ຈຳກັດໃນດ້ານເວລາຈຳກັດເນື່ອງຈາກ ການສຶກສານີ້ເປັນ ຫຼັກສູດເຮັດບົດຈົບຊັ້ນແພດຊ່ຽວຊານຂັ້ນ 1 ຈຶ່ງຕ້ອງປະຕິບັດ ໃຫ້ໄດ້ຮັບຜົນຕາມເວລາທີ່ກຳນົດໄວ້ ແລະ ເປັນພຽງການສຶກ ສານະຈຸດເວລາໃດໜຶ່ງ ຈຶ່ງບໍ່ໄດ້ຕິດຕາມຄຸນນະພາບຊີວິດ ຂອງຄົນເຈັບ ນອກຈາກນັ້ນຍັງສູນບໍລິຈາກເລືອດ ບໍ່ສາມາດ

ກວດ Indentify Antibody ໄດ້ວ່າແມ່ນຊະນິດໃດ ຍ້ອນຂາດອຸປະກອນ ແລະ ເຕັກນິກ. ສະນັ້ນ ການສຶກສາຄັ້ງຕໍ່ໄປຈຶ່ງຄວນເບິ່ງກ່ຽວກັບ Indentify Antibody ແລະ ເພີ່ມໄລຍະເວລາ, ຂະໜາດຕົວຢ່າງຂຶ້ນຕື່ມ ພ້ອມທັງຕິດຕາມຄຸນນະພາບຊີວິດຂອງເດັກທີ່ເປັນ AIHA.

ສະຫຼຸບ

ຜົນການສຶກສາດັ່ງກ່າວເຮົາເຫັນວ່າ ອັດຕາການເກີດພາວະ AIHA ໃນຄົນເຈັບພະຍາດທາລາຊີເມຍທີ່ຕ້ອງໄດ້ຮັບເລືອດແມ່ນພົບນ້ອຍ ໃນຄົນເຈັບທີ່ເປັນພະຍາດທາລາຊີເມຍທີ່ຕ້ອງໃສ່ເລືອດ ແຕ່ກໍ່ສາມາດພົບ ແລະ ເປັນບັນຫາຕໍ່ສຸຂະພາບໃນເດັກ ໂດຍສະເພາະຜູ້ທີ່ໃສ່ເລືອດປະຈຳ ຈຶ່ງເປັນບັນຫາທີ່ຄວນ ໄດ້ຮັບການປ້ອງກັນ, ບົ່ງມະຕິ ແລະ ປິ່ນປົວໃຫ້ໄດ້ໄວ ເພື່ອໃຫ້ຄົນເຈັບມີຄຸນນະພາບຊີວິດທີ່ດີ ແບບ ໄດ້ຮັບເລືອດຢ່າງປອດໄພ ສະນັ້ນຄວນມີການກວດ Reticulocyte count, Direct coombs test ເພື່ອຊອກຫາພາວະ AIHA ໃນຄົນເຈັບທຸກຄົນທີ່ຕ້ອງໃສ່ເລືອດ ເພື່ອປ້ອງກັນ ແລະ ປິ່ນປົວໂດຍໄວ ເຊິ່ງສາມາດຫຼຸດຜ່ອນການພັດທະນາ Antibody ໂຕອື່ນອີກໃນຮ່າງກາຍຂອງຄົນເຈັບ ຫຼື ຍິ່ງເປັນການດຶກຖາທາງທະນາຄານເລືອດ ສາມາດກວດ Indentify antibody ໃນກຸ່ມຄົນເຈັບທີ່ມີ AIHA.

ເອກະສານອ້າງອີງ

Ahmed AM. (2010). Red cell alloimmunization and autoantibodies in Egyptian transfusion-dependent thalassaemia patients. p.2-3.

Azarkeivan A, Ansari S, Ahmadi MH, Hajibeigy B, Maghsudlu M, Nasizadeh S, Shaigan M,

Toolabi A and Salahmand M. (2011). Blood Transfusion and Alloimmunization in Patients with Thalassemia: Multicenter Study. P.479–485

Datta SS, Mukherjee S, Talukder B, Bhattacharya P and Mukherjee K. (2015). Frequency of Red Cell Alloimmunization and Autoimmunization in

Gupta V, Shukla VJ, and Bhatia BD. (2008). Autoimmune Hemolytic Anemia. P.451-454

John M, Steven R, Sloan H. (2017). Stochastic modeling of human RBC alloimmunization: evidence for a distinct population of immunologic responders. P. 2546-2547

Pampee P, Alison Uzieblo, Elbert Trulock, Doug M. Lublin, and Lawrence T. (2004). Autoantibody formation after alloimmunization: are blood transfusions a risk factor for autoimmune hemolytic anemia?. P.67-72

ສະຖິຕິພະຍາດ. (2017). AIHA ຫ້ອງກວດພະຍາດເລືອດ, ໂຮງໝໍເດັກ.

ພອນສະຫວັນ ຜູ້ແສ. (1997). Autoimmune Hemolytic Anemia ໃນເດັກ. ສະຖາບັນເດັກແຫ່ງຊາດມະຫາຣາຊິນີ, ປະເທດໄທ P.1-2.

ວັນໄຊ ວະນະຊີວະນາວິນ. (2009). Autoimmune Hemolytic Anemia. ໂຮງໝໍສິຣິລາດ, ປະເທດໄທ. P.1-2.

Autoimmune Hemolytic Anemia (AIHA) among Children with Transfusion Dependent Thalassemia at the Pediatric Hematology Department, Children's Hospital, Vientiane Capital, Lao PDR

Khounthavy Phongsavath^{1*}, Bounpalisone Souvannasy², Soulideth Sengchanh,¹ Jilapha Keokaphu³,
Viengnakone Vongxay⁴

1. Faculty of Medicine, University of Health Sciences, Ministry of Health, Vientiane Capital, Lao PDR
2. Hematology Department, Children's Hospital, Ministry of Health, Vientiane Capital, Lao PDR
3. Lao National Red Cross, Ministry of Health, Vientiane Capital, Lao PDR
4. Faculty of Public Health, University of Health Sciences, Ministry of Health, Vientiane Capital, Lao PDR

Received 10 June 2020; received in revised form 20 July 2020; accepted 12 August 2020

Abstract

Background: The prevalence of Autoimmune Hemolytic Anemia (AIHA) globally ranges from 5-30%, but relatively high in Asia, 22%. This condition is commonly found among patients with thalassemia. However, no data are available about this disease in Lao PDR.

Objective: To determine the proportion of AIHA among Lao children with thalassemia.

Methodology: A cross-sectional study was conducted from May to September 2018 in pediatric patients with thalassemia who received blood transfusion at the Children's Hospital, Vientiane Capital. There were 338 patients included in the study. Data analysis was done using SPSS, and Pearson chi-square was used to compare the two proportions.

Findings: We found that the proportion of AIHA was 3.6% (12/336) amongst those with thalassemia with more males than females (3:1). The mean (SD) age was 11.5 ± 3 years old. The older age of patients was significantly associated with AIHA, $p=0.001$. We also found that patients with transfusion dependent thalassemia were more likely to have AIHA than those who were not. The mean reticulocyte count (%) was significantly higher in patients with AIHA than those without AIHA (8.61 ± 10.57 versus 1.18 ± 1.14 , $p<0.001$). Other variables such as sex, type of thalassemia, age at diagnosis, the frequency of blood transfusion, age at first blood transfusion, blood group and hemoglobin before blood transfusion were not significantly associated with AIHA.

Conclusion: The proportion of AIHA remains low in Lao children with transfusion dependent thalassemia, but requires further attention to reduce its complications. There is a need to identify factors associated with AIHA among Lao patients with Transfusion Dependent Thalassemia.

Copyright: © 2020 Phongsavath *et al.* This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Licence, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Keywords: Autoimmune hemolytic anemia, Thalassemia, Blood transfusion, Children, Vientiane, Lao PDR

*Corresponding author: Khounthavy Phongsavath, Email: katou_pv@hotmail.com