

DOI: 10.58490/ctump.2025i86.3573

TÌNH TRẠNG THIẾU MÁU THIẾU SẮT VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN GÂY THIẾU MÁU THIẾU SẮT Ở TRẺ VIÊM LOÉT DẠ DÀY Tá TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG CẦN THƠ

Bùi Quang Nghĩa, Phạm Thị Cẩm Tú*, Lê Thị Hoàng Mỹ

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: ptctu.08@gmail.com

Ngày nhận bài: 27/3/2025

Ngày phản biện: 23/4/2025

Ngày duyệt đăng: 25/4/2025

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm loét dạ dày tá tràng là bệnh lý tiêu hóa phổ biến ở trẻ em và có thể dẫn đến thiếu máu thiếu sắt. Tuy nhiên, các yếu tố nguy cơ liên quan đến tình trạng này vẫn chưa được hiểu rõ. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở trẻ viêm loét dạ dày tá tràng và xác định tỷ lệ thiếu máu thiếu sắt, các yếu tố liên quan gây thiếu máu thiếu sắt ở trẻ viêm loét dạ dày tá tràng tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 112 trẻ em từ 5-16 tuổi được chẩn đoán viêm loét dạ dày tá tràng và điều trị tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ. **Kết quả:** Tất cả 112 trẻ đều có triệu chứng đau bụng (100%), chủ yếu ở vùng thượng vị (84,8%). Các triệu chứng khác bao gồm nôn ói (49,1%), ợ hơi ợ chua (33,9%), nóng rát thượng vị (29,5%), biếng ăn (8,9%), nôn ra máu (7,0%) và tiêu phân đen (11,4%). Tỷ lệ thiếu máu thiếu sắt ở nhóm trẻ này là 7,1%. Các dấu hiệu thiếu máu thiếu sắt bao gồm niêm nhợt (100%), da xanh xao (87,5%), lòng bàn tay nhợt (50%). Các chỉ số Hb, MCV, MCH và nồng độ sắt huyết thanh, ferritin đều thấp hơn đáng kể ở nhóm thiếu máu thiếu sắt. Các yếu tố nguy cơ liên quan đến thiếu máu thiếu sắt bao gồm nhóm tuổi, trình độ học vấn của mẹ và vị trí tổn thương trên nội soi. **Kết luận:** Trẻ viêm loét dạ dày tá tràng có các triệu chứng không đặc hiệu. Tỷ lệ thiếu máu thiếu sắt ở trẻ viêm loét dạ dày tá tràng là 7,1%. Nhóm tuổi, trình độ học vấn của mẹ và vị trí tổn thương trên nội soi là các yếu tố liên quan đến tình trạng thiếu máu thiếu sắt.

Từ khóa: Thiếu máu, thiếu sắt, viêm loét dạ dày tá tràng.

ABSTRACT

IRON DEFICIENCY ANEMIA AND RELATED RISK FACTORS IN CHILDREN WITH PEPTIC ULCER DISEASE AT CAN THO CHILDREN'S HOSPITAL

Bui Quang Nghia, Pham Thi Cam Tu*, Le Thi Hoang My

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Peptic ulcer disease is a common gastrointestinal condition in children and can lead to iron deficiency anemia. However, the risk factors associated with this condition remain poorly understood. **Objective:** To describe the clinical and paraclinical characteristics of 112 children with peptic ulcers and to determine the prevalence of iron deficiency anemia, along with the factors related to its occurrence in children with peptic ulcers at Can Tho Children's Hospital. **Materials and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on all children aged 5-16 years diagnosed with peptic ulcers and treated at Can Tho Children's Hospital. **Results:** All 112 children had abdominal pain (100%), predominantly in the epigastric region (84.8%). Other symptoms included vomiting (49.1%), acid reflux (33.9%), epigastric burning sensation (29.5%), poor appetite (8.9%), hematemesis (7.0%), and melena (11.4%). The prevalence of iron deficiency anemia in this group was 7.1%. Symptoms of iron deficiency anemia included pallor (100%), pale

skin (87.5%), and pale palms (50%). Hemoglobin (Hb), mean corpuscular volume (MCV), mean corpuscular hemoglobin (MCH), and serum iron and ferritin levels were significantly lower in the iron-deficient group. Risk factors related to iron deficiency anemia included age group, maternal education level, and the location of lesions observed on endoscopy. **Conclusion:** Children with peptic ulcers present with nonspecific symptoms. The prevalence of iron deficiency anemia in children with peptic ulcers is 7.1%. Age group, maternal education level, and the location of lesions on endoscopy are factors associated with iron deficiency anemia.

Keywords: Anemia, iron deficiency, peptic ulcer disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm loét dạ dày tá tràng là một bệnh lý tiêu hóa phổ biến ở trẻ em. Bệnh có thể do nhiễm *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) hoặc không rõ nguyên nhân, với các triệu chứng lâm sàng như đau bụng tái diễn, buồn nôn, chán ăn và đôi khi xuất huyết tiêu hóa [1]. Một trong những biến chứng quan trọng của viêm loét dạ dày tá tràng là thiếu máu thiếu sắt, gây ảnh hưởng đến sự phát triển thể chất và nhận thức của trẻ. Thiếu máu thiếu sắt có thể do mất máu tiềm ẩn do viêm loét dạ dày tá tràng, giảm hấp thu sắt hoặc sự cạnh tranh sắt từ vi khuẩn *H. pylori*. Mặc dù có nhiều nghiên cứu quốc tế về sự liên quan giữa viêm loét dạ dày tá tràng và thiếu máu thiếu sắt, nhưng tại Việt Nam, nghiên cứu về vấn đề này vẫn còn hạn chế. Xuất phát từ thực tế trên, nghiên cứu được thực hiện với 2 mục tiêu: 1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của trẻ viêm loét dạ dày tá tràng tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ. 2) Xác định tỷ lệ thiếu máu thiếu sắt và các yếu tố liên quan đến thiếu máu thiếu sắt ở trẻ viêm loét dạ dày tá tràng tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Những bệnh nhi được chẩn đoán viêm loét dạ dày tá tràng điều trị tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Trẻ em từ 5 đến 16 tuổi có một trong các triệu chứng lâm sàng gợi ý viêm loét dạ dày tá tràng: đau bụng tái diễn, nôn, buồn nôn, chướng bụng, ợ chua, ợ hơi, nóng rát thượng vị, nôn ra máu, tiêu phân đen. Gia đình và bệnh nhi đồng ý tham gia nghiên cứu. Tất cả được nội soi thực quản – dạ dày – tá tràng có hình ảnh tổn thương viêm dạ dày theo phân loại Sydney [2] và/hoặc loét dạ dày hay tá tràng.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Trẻ em đã sử dụng các thuốc kháng sinh, bismuth trong vòng 4 tuần hoặc nội soi hoặc đã sử dụng các thuốc ức chế bơm proton trong vòng 2 tuần trước khi nội soi thực quản – dạ dày – tá tràng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

- **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** 112 trường hợp được chọn mẫu thuận tiện trong thời gian nghiên cứu.

- **Nội dung nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bao gồm các biến số về đặc điểm chung (tuổi, giới tính), đặc điểm lâm sàng gồm các triệu chứng bệnh lý đường tiêu hóa (đau bụng, biếng ăn, nôn ói, nóng rát thượng vị, ợ hơi ợ chua, xuất huyết tiêu hóa), triệu chứng thiếu máu (niêm nhợt, da xanh xao, lòng bàn tay nhợt, chóng mặt, nhịp tim nhanh), triệu chứng thiếu sắt (móng tay dẹt, tóc dễ gãy rụng) và đặc điểm cận lâm sàng gồm tình trạng thiếu máu (Hb, MCV, MCH), thiếu sắt (ferritin, sắt huyết thanh).

Tỷ lệ thiếu máu thiếu sắt được tính dựa trên số lượng trẻ được chẩn đoán xác định thiếu máu thiếu sắt theo WHO [3] trên tổng số trẻ tham gia nghiên cứu. Các yếu tố liên quan gây thiếu máu thiếu sắt được đánh giá bao gồm giới tính, tuổi con, tuổi mẹ, trình độ học vấn của mẹ, nơi cư trú, kinh tế, tiền sử gia đình nhiễm *H. pylori*, suy dinh dưỡng, chế độ ăn giàu sắt, tình trạng bổ sung sắt và vitamin C, số giun hay tình trạng nhiễm *H. pylori*, vị trí tổn thương trên nội soi.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS, các biến định lượng có phân phối chuẩn sẽ được mô tả bằng trung bình và độ lệch chuẩn. Các biến định tính sẽ được trình bày bằng tần số và tỷ lệ. Các phép kiểm thống kê sẽ được sử dụng bao gồm kiểm χ^2 hoặc Fisher's Exact. Các test có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

- **Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** Số liệu nghiên cứu được thu thập tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ từ tháng 03/2023 đến tháng 01/2025.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu đã được phê duyệt bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ thông qua phiếu chấp thuận số 23.095.HV/PCT-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Tất cả 112 trường hợp được chẩn đoán viêm loét dạ dày trong thời gian nghiên cứu trong đó có 66 nữ (58,9%). Tuổi trung bình là $10,5 \pm 2,7$.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở trẻ viêm loét dạ dày tá tràng

Triệu chứng		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Đau bụng		112	100
Vị trí đau bụng	Thượng vị	95	84,8
	Quanh rốn	5	10,7
	Cả hai vị trí	12	4,5
Nôn ói		55	49,1
Ợ hơi, ợ chua		38	33,9
Nóng rát thượng vị		33	29,5
Biếng ăn		10	8,9
Nôn ra máu		8	7,0
Tiêu phân đen		13	11,4

Nhận xét: Trong 112 trẻ viêm loét dạ dày tá tràng, đau bụng là một triệu chứng luôn xuất hiện (100%), với phần lớn ở vùng thượng vị (84,8%). Các triệu chứng liên quan như nôn ói, ợ hơi, ợ chua và nóng rát thượng vị cũng phổ biến với tỷ lệ lần lượt là 49,1%, 33,9%, 29,5%. Trong khi các triệu chứng biếng ăn, nôn ra máu, tiêu phân đen ít gặp hơn nhưng vẫn đáng chú ý (8,9%, 7,0% và 11,4%).

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng ở trẻ viêm loét dạ dày tá tràng có thiếu máu thiếu sắt

Triệu chứng	Tần số (n=8)	Tỷ lệ (%)
Chóng mặt	3	37,5%
Niêm nhợt	8	100%
Da xanh xao	7	87,5%
Lòng bàn tay nhợt	4	50%
Nhịp nhanh	3	37,5%
Móng tay dẹt	1	12,5%
Tóc dễ gãy rụng	1	12,5%

Nhận xét: Niêm nhợt và da xanh xao là những triệu chứng thường gặp ở trẻ viêm loét dạ dày tá tràng có thiếu máu thiếu sắt (100% và 87,5%). Các triệu chứng chóng mặt, nhịp nhanh, móng tay dẹt và tóc dễ gãy rụng có tần số xuất hiện thấp.

Bảng 3. Các chỉ số huyết học ở trẻ viêm loét dạ dày tá tràng có thiếu máu thiếu sắt

Chỉ số	Giá trị (n=8)
Hb (g/dL)	7,5 ± 2,3
MCV (fL)	70,5 ± 9,4
MCH (pg)	20,4 ± 4,4
Sắt huyết thanh (mmol/L)	4,1 (0,31 – 12,9)
Ferritin (ng/mL)	6,8 (1,1 – 23)

Nhận xét: Giá trị của các chỉ số huyết học ở trẻ viêm loét dạ dày tá tràng có thiếu máu thiếu sắt thấp hơn so với giới hạn bình thường.

3.2. Tỷ lệ và các yếu tố liên quan đến thiếu máu thiếu sắt

Kết quả nghiên cứu có 8 trường hợp thiếu máu thiếu sắt chiếm tỷ lệ là 7,1%, trong đó có 5 nữ (62,5%). Bên cạnh đó có 15 trường hợp thiếu máu chiếm 13,4%.

Bảng 4. Các yếu tố liên quan đến thiếu máu thiếu sắt ở trẻ viêm loét dạ dày tá tràng

Các yếu tố liên quan		Thiếu máu thiếu sắt (n=8) n, %	Không thiếu máu (n=80) n, %	p
Giới tính	Nữ	3 (5,6)	51 (94,4)	0,146*
	Nam	5 (14,7)	29 (85,3)	
Tuổi	5 – 10 tuổi	0 (0)	45 (100)	0,002*
	11 – 16 tuổi	8 (18,6)	35 (81,4)	
Nơi cư trú	Nông thôn	2 (25,0)	45 (43,3)	0,563*
	Thành thị	6 (75,0)	58 (56,7)	
Kinh tế gia đình	Mức sống từ trung bình	3 (12)	22 (88)	0,805*
	Hộ cận nghèo – hộ nghèo	5 (8,1)	57 (91)	
Học vấn mẹ	TH cơ sở	7 (13,0)	47 (87,0)	0,012*
	TH phổ thông	1 (2,9)	33 (97,1)	
Tuổi mẹ	< 35 tuổi	6 (75,0)	65 (62,5)	0,479
	≥ 35 tuổi	2 (25,0)	39 (37,5)	
Chế độ ăn giàu sắt	Không	5 (8,3)	55 (91,7)	0,717
	Có	3 (10,7)	25 (89,3)	
Bổ sung sắt và vitamin C	Không	7 (11,1)	56 (88,9)	0,295
	Có	1 (4,0)	24 (96,0)	
Sổ giun	Không	4 (7,1)	52 (92,9)	0,400
	Có	4 (12,5)	28 (87,5)	
Suy dinh dưỡng	Không	6 (8,7)	63 (91,3)	0,806
	Có	2 (10,5)	17 (89,5)	
Tiền sử gia đình nhiễm <i>H. pylori</i>	Không	7 (8,8)	73 (91,3)	0,725*
	Có	1 (12,5)	7 (87,5)	
Nhiễm <i>H. pylori</i>	Không	0 (0)	3 (100)	0,577*
	Có	8 (9,4)	77 (90,6)	
Vị trí tổn thương trên nội soi	Viêm, loét dạ dày	2 (3,1)	63 (96,9)	0,006*
	Viêm, loét tá tràng	0 (0)	4 (100)	
	Cả hai vị trí	6 (31,6)	13 (68,4)	

*Phép kiểm định Fisher's Exact

Nhận xét: Có sự khác biệt giữa độ tuổi, học vấn của mẹ và vị trí tổn thương trên nội soi giữa hai nhóm có thiếu máu thiếu sắt và không thiếu máu. Tỷ lệ thiếu máu thiếu sắt ở trẻ viêm loét dạ dày tá tràng trong độ tuổi 5 - <11 tuổi là 0%, ở trẻ > 11 tuổi là 18,6% và ở mẹ có học vấn trung học cơ sở là 13%, từ trung học phổ thông trở lên 2,9%. Tương tự, trẻ có tổn thương ở cả dạ dày và tá tràng có tỷ lệ thiếu máu thiếu sắt (68,4%) cao hơn so với trẻ chỉ bị viêm loét dạ dày hoặc tá tràng. Các yếu tố còn lại không có khác biệt.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy viêm loét dạ dày tá tràng chủ yếu gặp ở trẻ lớn trong độ tuổi từ 10 đến 16, với tuổi trung bình là $10,7 \pm 0,3$ tuổi. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu quốc tế trước đây, đặc biệt là nghiên cứu của Elisabete Kawakami (2018), trong đó tuổi trung bình được ghi nhận là 10,9 tuổi [4]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Cẩm Tú cũng ghi nhận độ tuổi trung bình là $9,1 \pm 2,4$ [1]. Theo Kawakami, viêm loét dạ dày tá tràng có thể xuất hiện ở mọi lứa tuổi, tuy nhiên, tần suất mắc bệnh tăng dần sau tuổi 10. Sự gia tăng này được cho là có liên quan đến tình trạng nhiễm *H. pylori* - nguyên nhân chính gây viêm loét dạ dày tá tràng và là một trong những nguyên nhân gây thiếu máu thiếu sắt.

Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy tỷ lệ viêm loét dạ dày tá tràng ở trẻ em có sự khác biệt giữa nam và nữ, tỷ lệ nữ/nam là 1,4/1, thấp hơn so với một số nghiên cứu khác như Mohammad Taghi Haghi-Ashtiani với tỷ lệ trẻ trai là 58% hay nghiên cứu của Ngô Thị Kim Loan và Trần Thị Thanh Tâm vào năm 2009 [5]. Thực tế kết quả có sự khác biệt có thể do thời điểm và đối tượng trong từng nghiên cứu khác nhau. Tuy nhiên, nhìn chung các nghiên cứu khác đa số trẻ trai có khả năng mắc bệnh cao hơn trẻ gái.

Về triệu chứng lâm sàng, trong số 112 trẻ viêm loét dạ dày tá tràng, 100% bệnh nhân đau bụng và chủ yếu ở vùng thượng vị (84,8%). Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Cẩm Tú thực hiện tại hai Bệnh viện Nhi đồng tại Thành phố Hồ Chí Minh cũng cho thấy triệu chứng phổ biến nhất cũng là đau bụng với tỷ lệ 95,2% trẻ được nghiên cứu, trong đó đau thượng vị chiếm 75,3% [1]. Kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ của tác giả Trần Đức Long có tỷ lệ đau bụng ở trẻ em cũng chiếm 91,7% [6]. Điều này cho thấy đây là triệu chứng thường gặp ở trẻ viêm loét dạ dày tá tràng. Bên cạnh đó, các triệu chứng như nôn ói cũng thường xuất hiện với tỷ lệ 49,1%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, trẻ có triệu chứng nôn ra máu và tiêu phân đen lần lượt chiếm 7% và 11,4%. Những triệu chứng này cũng được ghi nhận ở nghiên cứu của Trần Đức Long với tỷ lệ gần tương đồng [6].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các triệu chứng thiếu máu thiếu sắt ở trẻ em viêm loét dạ dày tá tràng khá đa dạng bao gồm niêm nhợt (100%), da xanh xao (87,5%) và lòng bàn tay nhợt (50%). Niêm nhợt là triệu chứng phổ biến nhất, tương tự như trong nghiên cứu của Phạm Võ Phương Thảo (36,4%) [7]. Các triệu chứng khác như móng tay dẹt và tóc dễ rụng hoặc gãy đều chỉ gặp ở 12,5% trẻ. Các chỉ số huyết học liên quan đến thiếu máu như Hb, MCV và MCH ở các trẻ trong nhóm thiếu máu thiếu sắt thấp hơn so với nhóm không thiếu máu. Kết quả trên tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Kiều Oanh tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ (2024) [8]. Nồng độ ferritin (trung vị 6,8 ng/mL) và sắt huyết thanh (trung vị 4,1 mmol/L) ở nhóm thiếu máu thiếu sắt lại thấp hơn đáng kể so với giới hạn bình thường. Nghiên cứu về tình trạng thiếu máu thiếu sắt tại Bệnh viện Trung ương Huế, tác giả Phạm Võ Phương Thảo cũng ghi nhận nồng độ ferritin và sắt huyết thanh ở trẻ có thiếu máu thiếu sắt thấp [7]. Ngoài ra, nghiên cứu của M. Ashor trên trẻ em nhiễm *H. pylori* cũng cho thấy sự suy giảm đáng kể nồng độ ferritin trung bình [9].

4.2. Tỷ lệ và các yếu tố liên quan đến thiếu máu thiếu sắt

Trong 112 trẻ được chúng tôi nghiên cứu thì có 8 trẻ có thiếu máu, chiếm tỷ lệ 7,1% và 15 trường hợp thiếu máu không thiếu sắt chiếm 13,4%. Kết quả này khá thấp so với kết quả nghiên cứu 27,5% của tác giả Phạm Võ Phương Thảo (2019) [7]. Nghiên cứu của tác giả A. Emin Kurekci và cộng sự thực hiện trên 140 trẻ em từ 6-16 tuổi tại Thổ Nhĩ Kỳ cũng nhận thấy tỷ lệ thiếu máu và thiếu máu thiếu sắt khá cao lần lượt là 25,7% ($n = 36$) và 12,9% ($n = 18$) [10]. Sự khác biệt có thể liên quan đến đặc điểm dân số nghiên cứu, điều kiện sống, chế độ dinh dưỡng hoặc mức độ phổ biến của tình trạng viêm loét dạ dày tá tràng ở các khu vực khác nhau.

Kết quả nghiên cứu cho thấy độ tuổi là một yếu tố quan trọng liên quan đến tình trạng thiếu máu thiếu sắt. Tần suất thiếu máu thiếu sắt tăng dần theo độ tuổi, với nhóm trẻ lớn (11–16 tuổi) có tỷ lệ mắc cao hơn so với nhóm 6–10 tuổi và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Một nghiên cứu quy mô lớn ở Bắc Mỹ của tác giả HC Baggett và cộng sự được thực hiện trên 668 trẻ em trong độ tuổi đi học và 7.462 trẻ em, thanh thiếu niên tập trung vào trẻ em từ 7 đến 11 tuổi cũng cho kết quả 38% trẻ em bị thiếu sắt, trong đó 7,8% thiếu máu do thiếu sắt [11]. Sự gia tăng nhu cầu sắt trong giai đoạn dậy thì có thể là một yếu tố quan trọng góp phần vào tình trạng thiếu sắt ở trẻ lớn. Hơn nữa, tỷ lệ nhiễm vi khuẩn *H. pylori* khá cao trong nhóm trẻ này cũng được ghi nhận, làm trầm trọng thêm tình trạng thiếu máu bằng cách gây ảnh hưởng đến quá trình hấp thu sắt từ chế độ ăn uống.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng phát hiện sự khác biệt giữa hai nhóm trẻ có mẹ có trình độ học vấn cao và thấp trong nhóm bệnh nhi viêm loét dạ dày tá tràng có thiếu máu thiếu sắt. Những trẻ có mẹ có trình độ học vấn cao hơn thường có điều kiện kinh tế tốt hơn, dễ dàng tiếp cận các dịch vụ y tế chất lượng, chế độ dinh dưỡng đầy đủ và môi trường sống sạch sẽ hơn. Những yếu tố này có thể làm giảm nguy cơ nhiễm *H. pylori*, từ đó giảm nguy cơ thiếu máu thiếu sắt. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Moaz Elshair và cộng sự, khi tác giả ghi nhận rằng tình trạng kinh tế xã hội thấp có liên quan đến tỷ lệ nhiễm *H. pylori* cao hơn [12].

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trẻ có tổn thương phối hợp cả dạ dày và tá tràng có tỷ lệ thiếu máu thiếu sắt cao hơn đáng kể so với nhóm chỉ bị viêm loét dạ dày hoặc tá tràng riêng lẻ ($p = 0,006$). Điều này gợi ý rằng mức độ tổn thương lan rộng hơn có thể làm tăng nguy cơ mất máu vi thể kéo dài, ảnh hưởng đến quá trình hấp thu sắt và dẫn đến thiếu máu thiếu sắt. Nghiên cứu của M. Ashorn và cộng sự (2001) về thiếu máu thiếu sắt ở trẻ em nhiễm *H. pylori* cũng ghi nhận mối liên quan giữa tổn thương niêm mạc dạ dày - tá tràng và giảm nồng độ ferritin huyết thanh. Theo nghiên cứu này, trẻ có tổn thương niêm mạc dạ dày hoặc tá tràng có nồng độ ferritin trung bình thấp hơn so với nhóm không tổn thương ($17,9 \mu\text{g/L}$ so với giá trị bình thường) [9].

V. KẾT LUẬN

Đau bụng, đặc biệt ở vùng thượng vị, là triệu chứng phổ biến nhất ở trẻ viêm loét dạ dày tá tràng. Các triệu chứng thiếu máu thường không biểu hiện đầy đủ, trong đó triệu chứng thường gặp nhất là niêm nhợt và da xanh xao. Tỷ lệ thiếu máu thiếu sắt ở trẻ viêm loét dạ dày tá tràng khá thấp (7,1%), nhưng các chỉ số huyết học và nồng độ sắt huyết thanh, ferritin đều giảm đáng kể. Các yếu tố liên quan đến thiếu máu thiếu sắt ở trẻ viêm loét dạ dày tá tràng là nhóm tuổi, trình độ học vấn của mẹ và vị trí tổn thương trên nội soi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Cẩm Tú, Phạm Thị Ngọc Tuyết, Nguyễn Anh Tuấn. Viêm loét dạ dày tá tràng do *Helicobacter pylori* ở trẻ em: Đặc điểm lâm sàng, nội soi và hiệu quả tiết khuẩn của phác đồ OAC. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2011. 15(1), 294–301.
2. Dixon M.F., Genta R.M., Yardley J.H., Correa P., et al. Classification and grading of gastritis: The updated Sydney system. *American Journal of Surgical Pathology*. 1996. 20(10), 1161–1181, doi: 10.1097/00000478-199610000-00001.
3. World Health Organization. Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity. *Vitamin and Mineral Nutrition Information System*. Geneva: WHO; 2011. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-MNM-11.1>.
4. Kawakami E., Patrício F.R.S., Fonseca F., Silva H.N., Machado R.S. Clinical and histological features of duodenal ulcer in children and adolescents. *Jornal de Pediatria*. 2004. 80(4), 321–325, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15309235/>.
5. Nguyễn Thị Kim Loan, Trần Thị Thanh Tâm. Đặc điểm xuất huyết tiêu hóa ở trẻ viêm loét dạ dày tá tràng có *Helicobacter pylori* tại Khoa Nhi Tiêu Hóa Bệnh viện Nhi Đồng 1 và Nhi Đồng 2. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2008. 13, 148–152.
6. Trần Đức Long, Nguyễn Trung Kiên, Nguyễn Thị Thanh Cúc. Tình hình nhiễm *Helicobacter pylori*, đặc điểm lâm sàng và hình ảnh nội soi ở trẻ viêm, loét dạ dày-tá tràng từ 6–15 tuổi tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2019. 19, 1–8, <https://www.researchgate.net/publication/378372685>.
7. Phạm Võ Phương Thảo, Võ Thị Thu Hà, Nguyễn Thị Cự. Nghiên cứu tình trạng thiếu máu thiếu sắt ở trẻ viêm loét dạ dày tá tràng điều trị tại Khoa Nhi Bệnh viện Trung ương Huế. *Tạp chí Y Dược học*. 2019. 9(6,7), 202. doi: 10.34071/jmp.2019.6_7.30.
8. Nguyễn Thị Kiều Oanh, Nguyễn Ngọc Rạng. Đặc điểm lâm sàng và các yếu tố gây thiếu máu ở trẻ nhiễm *Helicobacter pylori* tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2024. 73, 173–179, doi: 10.58490/ctump.2024i73.2546.
9. Ashorn M., Ruuska T., Mäkipernaa A. *Helicobacter pylori* and iron deficiency anaemia in children. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. 2001. 36(7), 701–705, doi: 10.1080/003655201300191950.
10. Kurekci A.E., Atay A.A., Kocyigit A., Sarikayalar F. Is there a relationship between childhood *Helicobacter pylori* infection and iron deficiency anemia? *Journal of Tropical Pediatrics*. 2005. 51(3), 166–169, doi: 10.1093/tropej/fmi004.
11. Baggett H.C., Parkinson A.J., Muth P.T., Gold B.D., Gessner B.D. Endemic iron deficiency associated with *Helicobacter pylori* infection among school-aged children in Alaska. *Pediatrics*. 2006. 117(3), 396–e404, doi: 10.1542/peds.2005-1129.
12. Elshair M., Yamazaki K., Endo S., Fujii M., Kojima M. Impact of socioeconomic status and sibling number on the prevalence of *Helicobacter pylori* infection: a cross-sectional study in a Japanese population. *Nagoya Journal of Medical Science*. 2022. 84(2), 3. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35967946/>.