

DOI: 10.58490/ctjump.2026i101.4722

ĐẶC ĐIỂM THIẾU MÁU THIẾU SẮT VÀ BỆNH HEMOGLOBIN Ở TRẺ THIẾU MÁU HỒNG CẦU NHỎ NHƯỢC SẮC TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA VĨNH LONG

Châu Thị Anh Thu^{1,2}, Nguyễn Thanh Truyền¹, Trần Chí Công¹, Lư Trí Diên^{2*}

1. Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: lutridien@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 11/5/2026

Ngày phản biện: 14/7/2026

Ngày duyệt đăng: 20/8/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thiếu máu là một vấn đề sức khỏe toàn cầu và được coi là nghiêm trọng trên thế giới và Việt Nam. Thiếu máu thiếu sắt và bệnh hemoglobin (gồm thalassemia và biến thể bất thường hemoglobin) là nguyên nhân gây thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc thường gặp. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc; khảo sát một số yếu tố liên quan đến thiếu máu thiếu sắt và bệnh hemoglobin ở trẻ từ 1 đến 15 tuổi tại Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long năm 2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 55 trẻ từ 01 đến 15 tuổi được chẩn đoán thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc nhập viện tại Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long từ tháng 06 đến tháng 12 năm 2025, thu thập các thông tin về tuổi, giới tính, triệu chứng lâm sàng của thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc, xét nghiệm công thức máu, ferritin, điện di huyết sắc tố. **Kết quả:** 58,2% trẻ trai thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc, 50,9% trẻ thiếu máu từ 1 đến 2 tuổi, triệu chứng chủ yếu là da xanh, niêm nhạt, 81,8% thiếu máu nhẹ. Uống sữa trên 600 mL/ ngày, chưa xổ giun trong 6 tháng có mối liên quan có ý nghĩa đến thiếu máu thiếu sắt ($p < 0,05$). Bệnh hemoglobin gồm: 41,8% Beta thalassemia, 3,6% HbE, 7,3% HbE-Beta thalassemia, 1,8% HbJ, yếu tố liên quan bệnh là tiền sử gia đình có thiếu máu ($p < 0,05$). **Kết luận:** Thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc thường có da xanh, niêm nhạt; uống nhiều sữa, chưa xổ giun ảnh hưởng đến thiếu máu thiếu sắt. Bệnh hemoglobin thường gặp khi điện di là beta thalassemia, cần khai thác tiền sử thiếu máu trong gia đình.

Từ khóa: Thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc, thiếu máu thiếu sắt, bệnh hemoglobin.

ABSTRACT

CHARACTERISTICS OF IRON DEFICIENCY ANEMIA AND HEMOGLOBINOPATHIES IN CHILDREN WITH MICROCYTIC HYPOCHROMIC ANEMIA AT VINH LONG GENERAL HOSPITAL

Chau Thi Anh Thu¹, Nguyen Thanh Truyen¹, Tran Chi Cong¹, Lu Tri Dien^{2*}

1. Vinh Long General Hospital

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Anemia remains a significant global health burden and is categorized as a severe public health concern both worldwide and in Vietnam. Iron deficiency anemia (IDA) and hemoglobinopathies—including thalassemia and structural hemoglobin variants—are the most prevalent etiologies of microcytic hypochromic anemia. **Objectives:** To describe the clinical and laboratory features of microcytic hypochromic anemia. To investigate factors associated with iron deficiency anemia and hemoglobinopathies in children aged 1–15 years at Vinh Long General Hospital in 2025. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 55 children aged 1- 15 years diagnosed with microcytic hypochromic anemia who were admitted to

Vinh Long General Hospital between June and December 2025. Data collection included demographic information (age and sex), clinical manifestations of microcytic hypochromic anemia, and laboratory parameters, including complete blood count (CBC), serum ferritin, and hemoglobin electrophoresis. **Results:** Microcytic hypochromic anemia was observed in 58.2% of male children, with 50.9% in the 1- to 2-year age group. The main clinical symptoms were pallor of the skin and mucous membranes, with 81.8% of cases classified as mild anemia. A significant association was observed between iron-deficiency anemia and a daily milk intake of exceeding 600 mL, combined with a lack of deworming in the preceding 6 months. Hemoglobinopathies included beta-thalassemia in 41.8%, HbE in 3.6%, HbE/beta-thalassemia in 7.3%, and HbJ in 1.8%. Statistically significant associated factor ($p < 0.05$): family history of anemia. **Conclusion:** Microcytic hypochromic anemia commonly presents with skin and mucous membrane pallor; excessive fresh milk intake and lack of deworming contribute to iron deficiency anemia. Beta-thalassemia was the most common hemoglobinopathy on electrophoresis, associated with family history of anemia.

Keywords: Microcytic hypochromic anemia, iron deficiency anemia, hemoglobinopathies.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu máu là một vấn đề sức khỏe toàn cầu và được coi là nghiêm trọng trên thế giới và Việt Nam. Nguyên nhân thiếu máu thường gặp là thiếu máu thiếu sắt (TMTS) và bệnh hemoglobin (bệnh Hb) (gồm thalassemia và biến thể bất thường hemoglobin). Theo Tổ chức Y tế thế giới WHO 2011, ước tính trên toàn cầu, có hơn 2 tỷ người mắc thiếu máu, trong đó thiếu máu thiếu sắt chiếm hơn 50%, đặc biệt khoảng 600 triệu trẻ em ở độ tuổi tiền học đường bị thiếu máu thiếu sắt [1]. Viện Dinh Dưỡng quốc gia Việt Nam 2019-2020 ghi nhận có 19,6% trẻ em dưới 5 tuổi bị thiếu máu [2]. Bệnh hemoglobin gồm thalassemia và biến thể hemoglobin bất thường là nguyên nhân gây ra 3,4% tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi. Tại Việt Nam, bệnh thalassemia và HbE là bệnh thiếu máu di truyền phổ biến nhất, có tỷ lệ rất cao ở cộng đồng các dân tộc khu vực miền cao và biên giới so với tại các khu vực đồng bằng. Những nghiên cứu ở nước ta gần đây cho thấy, thalassemia ở nước ta thực sự là vấn đề nghiêm trọng, đe dọa chất lượng dân số và giống nòi, cả 63 tỉnh và 54 dân tộc đều có người mang gen bệnh thalassemia; tỷ lệ mang gen chung trên toàn quốc ước tính là 13,8% (khoảng 13- 14 triệu người) [3]. Cả thiếu máu do thiếu sắt và bệnh hemoglobin đều có thiếu máu hồng cầu nhỏ, nhược sắc. Tuy nhiên, trong khi thiếu máu thiếu sắt có thể được điều trị bằng cách bổ sung sắt, cải thiện chế độ dinh dưỡng thì bệnh hemoglobin, mà phổ biến là thalassemia lại là một rối loạn di truyền có thể gây ứ sắt trong cơ thể. Dù trên lâm sàng, thiếu máu thiếu sắt là nguyên nhân phổ biến hay gặp nhất, nhưng cũng không thể vì vậy mà bỏ sót bệnh hemoglobin, do đó làm sao để phát hiện thiếu máu thiếu sắt với bệnh lý hemoglobin trong cộng đồng là rất quan trọng. Tuy nhiên, trong khu vực đồng bằng sông Cửu Long, số lượng công trình nghiên cứu về vấn đề này còn hạn chế. Trên cơ sở đó, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc; khảo sát một số yếu tố liên quan đến thiếu máu thiếu sắt và bệnh hemoglobin ở trẻ từ 01 đến 15 tuổi tại Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long năm 2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Trẻ từ 1 tuổi đến 15 tuổi được chẩn đoán thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc nhập viện tại Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long từ tháng 06 đến tháng 12 năm 2025.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Trẻ từ 01 đến 15 tuổi được chẩn đoán thiếu máu theo tổ chức y tế thế giới WHO 2011 [4] trẻ 6 tháng- 59 tháng Hb <11 g/dl, 5-11 tuổi : Hb <11,5

g/dl, 12-15 tuổi: Hb < 12 g/dl, có thể tích trung bình hồng cầu MCV < 80 fl, lượng huyết sắc tố trung bình hồng cầu MCH < 28 pg, thân nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Trẻ mắc các bệnh mạn tính: gan, thận, tim bẩm sinh... đã được chẩn đoán trước đó, thiếu máu do mất máu cấp.

- **Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** Tại Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long từ tháng 06 đến tháng 12 năm 2025.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang.

- **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** Cỡ mẫu dự đoán tối thiểu là 30 trường hợp. Nghiên cứu thu được 55 trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu.

- **Nội dung nghiên cứu:** Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, dân tộc. Triệu chứng lâm sàng: da xanh; niêm nhạt; lòng bàn tay nhợt nhạt; chán ăn. Xét nghiệm cận lâm sàng: Hb giảm theo tuổi, MCV < 80 fl; MCH < 28 pg; TMTS khi Ferritin huyết thanh < 30 ng/mL [5], điện di hemoglobin bất thường, gồm: beta thalassemia: HbA2 > 3,5% và hoặc HbF tăng; alpha thalassemia: HbH dương, Hb Bart dương, HbCS dương; hemoglobin bất thường khác: HbE, hbS... [5]. Yếu tố liên quan TMTS gồm: giới, tuổi, tuần tuổi thai lúc sanh, cân nặng lúc sanh, lượng sữa/ngày, xổ giun trong 6 tháng. Yếu tố liên quan bệnh Hb: giới tính, tuổi, dân tộc, tuần tuổi thai lúc sanh, cân nặng lúc sanh, tiền sử gia đình thiếu máu.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Phỏng vấn theo bộ câu hỏi trong phiếu thu thập số liệu, ghi nhận triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm từ hồ sơ. Phân nhóm lâm sàng: TMTS đơn thuần khi Ferritin < 30 ng/mL và điện di không bất thường; bệnh Hb: điện di bất thường và Ferritin ≥ 30 ng/mL; nhóm bệnh kết hợp khi Ferritin < 30 ng/mL và điện di bất thường, nhóm thiếu máu chưa xác định nguyên nhân: ferritin > 30 ng/mL và điện di chưa ghi nhận bất thường.

- **Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:** Sử dụng phần mềm SPSS 26 để nhập và phân tích số liệu. Số liệu thống kê mô tả được trình bày theo tần số, tỷ lệ, trung vị. Thống kê phân tích sử dụng Kiểm định Chi bình phương để xác định mối liên quan giữa các biến, có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$ với độ tin cậy 95%. Trường hợp có số ô kỳ vọng < 5 quá 20% sẽ hiệu chỉnh bằng Fisher's Exact test.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được sự chấp thuận hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ số 25.431.HV/PCT-HĐĐĐ và được sự đồng ý của Ban giám đốc Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long. Tất cả thông tin liên quan đến đối tượng nghiên cứu được giữ bí mật, không làm ảnh hưởng hoặc tác hại đến đối tượng và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	trai	32	58,2
	gái	23	41,8
Nhóm tuổi	1 đến 2 tuổi	28	50,9
	2 đến 5 tuổi	14	25,5
	5 đến 15 tuổi	13	23,6

Nhận xét: Trẻ trai có tỷ lệ thiếu máu nhiều hơn, chiếm 58,2%, nhóm tuổi 1 đến 2 tuổi là 50,9%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc

Bảng 2. Đặc điểm thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Da xanh	55	100
Niêm nhợt	55	100
Lòng bàn tay nhợt	55	100
Chán ăn	40	72,7
Thiếu máu thiếu sắt	28	50,9
Bệnh lý hemoglobin	30	54,5

Nhận xét: Triệu chứng da xanh, niêm nhợt, lòng bàn tay nhợt gặp ở tất cả các trường hợp. Thiếu máu thiếu sắt chiếm 50,9% trong nghiên cứu.

Bảng 3. Kết quả cận lâm sàng thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Mức độ thiếu máu	Nhẹ	45
	Vừa	9
	Rất nặng	1
Điện di Hemoglobin	Bình thường	25
	Beta thalassemia	23
	HbE đồng hợp tử	2
	Beta thalassemia-HbE	4
	Khác (HbJ- Meerut)	1
Giá trị	Trung vị	Nhỏ nhất
Hb (g/dl)	10	2,1
MCV (fl)	60	44,3
MCH (pg)	19	11,4

Nhận xét: Thiếu máu nhẹ chiếm cao nhất 81,8%, tỷ lệ điện di có beta thalassemia chiếm 41,8%.

3.3. Yếu tố liên quan đến thiếu máu thiếu sắt và bệnh lý hemoglobin

Bảng 4. Yếu tố liên quan thiếu máu thiếu sắt

Yếu tố	Có TMTS n(%)	Không TMTS n(%)	p
Giới	Trai	14 (43,8%)	0,21
	Gái	14 (60,9%)	
Tuổi	1 đến 2 tuổi	17(60,7%)	0,20
	2 đến 5 tuổi	7(50%)	
	5 đến 15 tuổi	4(30,8%)	
Tiền căn sanh	<37 tuần	3 (10,7%)	0,41
	≥37 tuần	25(89,3%)	
Cân nặng lúc sanh (gram)	< 2500	3(10,7%)	0,64
	≥ 2500	25(89,3%)	
Lượng sữa (mL)	≥ 600	21 (75%)	0,00
	<600	7(25%)	
Xỏ giun trong 6 tháng	Có	5(17,9%)	0,002
	Không	23(82,1)	

Nhận xét: Yếu tố có ảnh hưởng đến thiếu máu thiếu sắt gồm trẻ uống ≥ 600 mL sữa/ngày, xổ giun trong 6 tháng ($p < 0,05$).

Bảng 5. Yếu tố liên quan bệnh lý hemoglobin

Yếu tố		Điện di bình thường n(%)	Điện di có bệnh Hb n (%)	p
Giới	Trai	14(56,0%)	18(60,0%)	0,76
	Gái	11(44,0%)	12(40,0%)	
Tuổi	1 đến 2 tuổi	8(32,0%)	20(66,7%)	0,04
	2 đến 5 tuổi	9(63,0%)	5(16,7%)	
	5 đến 15 tuổi	8(32,0%)	5(16,7%)	
Dân tộc	Kinh	25(100,0%)	29(96,7%)	0,35
	Khơ-me	0(0,0%)	1(3,3%)	
Tiền căn sanh	<37 tuần	1(4,0%)	7(23,3%)	0,04
	≥ 37 tuần	24(96,0%)	23(76,7%)	
Cân nặng lúc sanh (gram)	<2500	1(4,0%)	6(20,0%)	0,07
	≥2500	24(96%)	24(80,0%)	
Mức độ thiếu máu	Nhẹ	20(80,0%)	25(83,3%)	0,54
	Vừa	4(16,0%)	5(16,7%)	
	Rất nặng	1(4,0%)	0(0,0%)	
Tiền sử gia đình có thiếu máu	Có	4(16,0%)	19(63,3%)	0,00
	không	21(84,0%)	11(36,7%)	

Nhận xét: Yếu tố có ảnh hưởng đến bệnh lý hemoglobin gồm: nhóm tuổi, tiền căn sanh non <37 tuần, tiền sử gia đình có thiếu máu ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Nghiên cứu khảo sát 55 trẻ từ 1 đến 15 tuổi, được chẩn đoán thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc, nhập viện tại bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long từ tháng 6 đến 12 năm 2025, có 58,2% là trẻ trai, nhóm tuổi thiếu máu ghi nhận nhiều nhất là từ 1 đến 2 tuổi, chiếm 50,9%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lâm Thái Việt (2023) [6] tại bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên, ghi nhận tỷ lệ thiếu máu là 60,8% trẻ trai, 39,2% trẻ gái, 57,7% trẻ ở nhóm 7 – 24 tháng và nhóm 25 – 60 tháng là 41,5%.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc

Qua kết quả nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy triệu chứng da xanh, niêm nhạt, lòng bàn tay nhạt có ở tất cả các trẻ có thiếu máu hồng cầu nhỏ. 72,7% trẻ có biểu hiện chán ăn được ghi nhận. Đa phần các trẻ có thiếu máu mức độ nhẹ (81,8%). Hemoglobin có trung vị là 10 g/dl, nhỏ nhất là 2,1 g/dl ở trẻ có triệu chứng thiếu máu rất nặng, cần phải truyền máu trên lâm sàng. Chỉ số MCV nhỏ nhất là 44,3 fl, lớn nhất là 79,2 fl; MCH nhỏ nhất là 11,4 pg, lớn nhất là 26,7 pg. Kết quả này cũng tương đồng với Lâm Thái Việt (2023) [6] thiếu máu mức độ nhẹ hay gặp (83,1%), triệu chứng da xanh và lòng bàn tay nhợt chiếm 100%, Hb ($98,15 \pm 11,55$ g/L), MCV ($67,13 \pm 9,95$ fl), MCH ($21,57 \pm 3,9$ pg); Võ Thị Xuân Hương (2024) [7] triệu chứng da xanh xao thường gặp nhất với tỷ lệ 80,0%, kể đến là niêm nhợt, lòng bàn tay nhợt chiếm tỷ lệ lần lượt là 76,9% và 56,9%. Huyết sắc tố (Hb) trung bình là $75,40 \pm 19,48$ g/L.

Trong nghiên cứu có 31,0% TMTS đơn thuần, 34,5% bệnh Hb, beta thalassemia chiếm cao nhất trong nhóm bệnh Hb, 01 trường hợp biến thể HbJ-Meerut (1,8%). Nghiên cứu 2018 của Trần Anh Huân [8] ghi nhận 69% trẻ TMTS, 31% không TMTS, 33,9% beta

thalassemia, beta thalassemia-HbE 11,6%. Trong nghiên cứu những trẻ thiếu máu chưa định nguyên nhân sẽ được bác sĩ theo dõi, kiểm tra xét nghiệm, tư vấn làm xét nghiệm sinh học phân tử để tránh bỏ sót mang gen alpha thalassemia do điện di hemoglobin không phát hiện được [5], đây cũng là phần hạn chế của nghiên cứu khi chỉ dùng điện di để tầm soát ban đầu. Biến thể HbJ Meerut là một biến thể alpha globin tương đối hiếm gặp, được báo cáo ở các quần thể Ấn Độ, Thái Lan, Đài Loan, Trung Quốc, Malaysia, nó là kết quả đột biến tại codon 120 của gen alpha-globin, làm thay đổi alanine thành axit glutamic, đa phần trẻ sẽ không có triệu chứng nặng, chỉ biểu hiện thoáng qua thiếu máu nhẹ, được phát hiện tình cờ trong quá trình sàng lọc [9].

4.3. Yếu tố liên quan đến thiếu máu thiếu sắt và bệnh hemoglobin

Nghiên cứu ghi nhận việc trẻ uống sữa trên 600 mL/ngày, không được xổ giun trong vòng 6 tháng có ảnh hưởng đến thiếu máu thiếu sắt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$); các yếu tố về tuổi, giới, tuần tuổi thai lúc sanh không có khác biệt ý nghĩa. Lâm Thái Việt tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên ghi nhận 27,7% trẻ có tiền sử sinh non, cân nặng lúc sinh $< 2500\text{g}$ (9,2%) [6]. Tình trạng sinh non < 37 tuần, nhẹ cân lúc sanh $< 2500\text{gram}$, thường sẽ làm liên quan đến thiếu máu thiếu sắt ở trẻ dưới 6 tháng tuổi, do lượng sắt dự trữ được cung cấp qua nhau thai ít, tích lũy kém, trong khi nhu cầu cho phát triển cao, không cung cấp đủ, dẫn đến thiếu máu sớm ngay từ tháng đầu sau sanh. Sau 1 tuổi việc tạo máu dựa vào sắt có trong chất dinh dưỡng, trong khi tốc độ phát triển thể chất cao, nếu chỉ bú sữa là chính (đặc biệt ăn sữa trên 600 mL/ngày kéo dài) mà không ăn uống đa dạng thức ăn giàu sắt thì việc hấp thu chất sắt trong sữa là không đủ đáp ứng nhu cầu cơ thể, làm trẻ bị thiếu máu thiếu sắt [10]. Thiếu máu ảnh hưởng đến trẻ, làm trẻ chán ăn, bà mẹ hoặc người nuôi dưỡng trẻ lại bổ sung bằng việc cho trẻ uống sữa bù, càng làm cho tình trạng thiếu máu thiếu sắt ngày một nặng hơn. Giai đoạn dậy thì, nhu cầu sắt tăng ở trẻ trai do tăng khối cơ, tăng myoglobin và tạo hemoglobin, trẻ nữ nhu cầu sắt tăng do tăng trưởng và lượng sắt mất qua kinh nguyệt, do đó cần lưu ý việc bổ sung chế độ ăn giàu sắt phù hợp. Ở những vùng có tỷ lệ nhiễm ký sinh trùng đường tiêu hóa cao như giun móc, giun kim, sán chó, tỷ lệ thiếu máu tăng. Do đó, Bộ y tế đã khuyến nghị xổ giun cho các trẻ từ 12 tháng trở lên [11]. Theo Trần Anh Huân có 81,8% trẻ uống sữa $\geq 600\text{ mL/ngày}$, điều này có ảnh hưởng có ý nghĩa đến TMTS, tỷ lệ xổ giun ở nhóm TMTS là 79,9% [8]. Nghiên cứu 2022 của Andy Bauleni [12] ở châu Phi ghi nhận có 61,8% trẻ từ 6 -59 tháng bị thiếu máu, ở những trẻ không được xổ giun có tỷ lệ thiếu máu tăng cao hơn đáng kể so với nhóm trẻ được xổ giun.

Tiền sử gia đình có người thiếu máu (mẹ thiếu máu lúc mang thai, người thân có thiếu máu hoặc bị thalassemia...) có liên quan đến bệnh Hb có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nhóm tuổi bị thiếu máu, giới tính, dân tộc, tuần tuổi thai lúc sanh, nhẹ cân lúc sanh ảnh hưởng đến bệnh Hb trong nghiên cứu không đáng kể. Bệnh Hb là bệnh huyết học di truyền phổ biến nhất thế giới, gồm thalassemia và bệnh lý sắc tố hemoglobin, trong đó thalassemia chiếm đa số. Theo Nguyễn Thị Thu Hà [3] tỷ lệ người mang gen thalassemia tại Việt Nam có ở 54 dân tộc, người Kinh chiếm 9,8%, người Khơ-me có tỷ lệ HbE khá cao 29,7%. Mức độ thiếu máu cũng có liên quan giữa các thể bệnh hemoglobin, trong thể beta thalassemia đơn thuần, số lượng hồng cầu và lượng hemoglobin giảm nhiều hơn so với beta thalassemia/HbE. Ở những trẻ mang gen thalassemia thể ẩn đa phần thiếu máu nhẹ, không có biểu hiện lâm sàng [5], nên thường thân nhân thường không phát hiện, đưa trẻ đi khám sớm. Phát hiện ra các trẻ có bệnh hemoglobin, thalassemia trên điện di bước đầu giúp bác sĩ có cơ sở tư vấn cho thân nhân trẻ trong việc điều trị thiếu máu và tư vấn di truyền về sau. Bệnh hemoglobin

là một bệnh di truyền, việc khai thác kỹ tiền sử thiếu máu trong gia đình, đặc biệt mẹ có thiếu máu trong lúc mang thai cần phải được chú trọng, thiếu máu cũng ảnh hưởng đến thai kỳ, làm tăng nguy cơ sanh non, nhẹ cân ở trẻ. Hiện nay, việc sàng lọc bệnh hemoglobin cho phụ nữ mang thai, học sinh đang được triển khai ở nhiều khu vực trong cả nước.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu có 31,0% thiếu máu thiếu sắt đơn thuần, 34,5% bệnh hemoglobin, nhóm bệnh kết hợp 20,0%, đa số trẻ từ 1 đến 2 tuổi. Yếu tố liên quan thiếu máu thiếu sắt gồm uống sữa ≥ 600 mL/ngày, không xổ giun. Bệnh hemoglobin qua điện di thường gặp nhất là beta thalassemia. Tầm soát bước đầu giúp chẩn đoán, điều trị, tư vấn phù hợp hơn về chế độ dinh dưỡng, di truyền cho trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization, The global prevalence of anaemia in 2011. World Health Organization. 2015. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564960>.
 2. Bộ Y tế. Công bố kết quả Tổng điều tra Dinh dưỡng năm 2019-2020. Bộ Y tế. 2021. https://moh.gov.vn/hoat-dong-cua-lanh-dao-bo/-/asset_publisher/TW6LTp1ZtwaN/content/bo-y-te-cong-bo-ket-qua-tong-ieu-tra-dinh-duong-nam-2019-2020.
 3. Viện huyết học truyền máu trung ương. Thực trạng về bệnh thalassemia tại Việt Nam và một số giải pháp phòng bệnh. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022. (502), 3-88.
 4. World Health Organization. Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity. World Health Organization. 2011.
 5. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý huyết học. 2022. 10-32.
 6. Lâm Thái Việt, Nguyễn Thị Xuân Hương. Đặc điểm thiếu máu ở trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. *TNU Journal of Science and Technology*. 2023. 229(01). DOI: <https://doi.org/10.34238/tnu-jst.8727>.
 7. Võ Thị Xuân Hương, Nguyễn Đức Trí. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến mức độ thiếu máu ở trẻ thiếu máu thiếu sắt từ 6 tháng đến 60 tháng tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2024. (74), 132-138, DOI: 10.58490/ctump.2024i74.2561.
 8. Trần Anh Huân. Tỷ lệ và các yếu tố liên quan thiếu máu thiếu sắt ở trẻ em tại bệnh viện nhi đồng 1 từ 6/2017- 5/2018. Luận văn bác sĩ nội trú trường Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh. 2018. 25-71.
 9. Kataria, Aneesha, *et al* . Two Interesting Cases of a Rare Haemoglobin Variant – Haemoglobin J Meerut with Varied Clinical Presentations. *Hamdan Medical Journal*. 2023. 16(2), 124-126, DOI: 10.4103/hmj.hmj_9_23.
 10. Nguyễn Thị Mai Lan, Lâm Thị Mỹ. Nhi khoa tập 1, Nhà xuất bản đại học Quốc gia thành phố Hồ Chí Minh. 2020. 509-524. Thiếu máu do thiếu sắt.
 11. Bộ Y tế. Quyết định về việc ban hành tẩy giun đường ruột tại cộng đồng. 2018.
 12. Bauleni, A., F. N., *et al*. Effects of deworming medication on anaemia among children aged 6-59 months in sub-Saharan Africa. *Parasit Vectors*. 2022. 15, 7. <https://doi.org/10.1186/s13071-021-05123-4>.
-