

hơn so với nhóm bệnh lý khác và có tần số thấp; để xác định rõ vai trò của B.hominis trong bệnh sinh viêm đại tràng, cần thêm các nghiên cứu sử dụng phương pháp có độ nhạy hơn (PCR, phân loại subtype) và kiểm soát các yếu tố gây nhiễu.

VI. LỜI CẢM ƠN

Cảm ơn Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh đã tài trợ kinh phí cho chúng tôi thực hiện nghiên cứu. Nhóm tác giả cũng xin gửi lời cảm ơn đến Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM đã hỗ trợ chúng tôi trong quá trình thu thập dữ liệu.

VII. NGUỒN TÀI TRỢ

Nghiên cứu này được tài trợ kinh phí bởi Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh theo hợp đồng số 134/2023/HĐ-ĐHYD ngày 14/9/2023.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aydemir S, Barlik F, Yurekturk S, Saygin M, Hakan Unlu, et al. Prevalence of Blastocystis infection in humans in Türkiye: A systematic review and meta-analysis. *Microbial pathogenesis*, 2024, 195, 106876. //doi.org/10.1016/j.micpath. 2024.106876.
2. Bu S, Cheng X, Chen M, Yu Y. Ulcerative Colitis: Advances in Pathogenesis, Biomarkers, and therapeutic atategies. *Pharmgenomics Pers Med*. 2025; 18:219-238. doi:10.2147/PGPM. S536459.
3. Pawelec-Pęciak O, Łanocha-Arendarczyk N, Grzeszczak K, & Kosik-Bogacka D. The Role of Blastocystis spp. in the Etiology of gastrointestinal and autoimmune diseases. *Pathogens* (Basel, Switzerland), 2025, 14(4), 313. //doi.org/10.3390/pathogens14040313.
4. Matovelle C, Tejedor MT, Monteagudo LV, Beltrán A, Quílez J. Prevalence and associated factors of blastocystis sp. infection in patients with gastrointestinal symptoms in Spain: a case-control study. *Trop Med Infect Dis*. 2022; 7(9): 226.
5. Javaherizadeh H, Khademvatan S, Soltani S, Torabizadeh M, Yousefi E. Distribution of haematological indices among subjects with Blastocystis hominis infection compared to controls. *Prz Gastroenterol*. 2014; 9(1):38-42. doi:10.5114/pg.2014.40849.
6. Kök M, Çekin Y, Çekin AH, Uyar S, Harmandar F, Şahintürk Y. The role of Blastocystis hominis in the activation of ulcerative colitis. *Turk J Gastroenterol*. 2019; 30(1):40-46. doi:10.5152/tjg.2018.18498.
7. Al-Oda S, Abbas S, & Rasool K. Impact of Blastocystis hominis infection on immunological parameters in patients with diarrhea: a cross-sectional study. *Georgian medical news*, 2023, (338), 69–73.
8. Beyhan YE, Güven İ, & Aydın, M. Detection of Blastocystis sp. in ulcerative colitis, Crohn's and chronic diarrheal patients by microscopy, culture and real-time polymerase chain reaction. *Microbial pathogenesis*, 2023, 177, 106039. //doi.org/ 10.1016/j.micpath.2023.106039.
9. Billy V, Lhotská Z, Jirků M, et al. Blastocystis Colonization Alters the Gut Microbiome and, in Some Cases, Promotes Faster Recovery From Induced Colitis. *Front Microbiol*. 2021;12:641483. Published 2021 Apr 7. doi:10.3389/fmicb. 2021.641483.
10. Robles-Cabrera MX, Maguiña JL, Gonzales-Huerta L, Panduro-Correa V, Dámaso-Mata B, et al. Blastocystis species and gastrointestinal symptoms in Peruvian adults attended in a Public Hospital. *Infection & chemotherapy*, 2021, 53(2), 374–380.

TỶ LỆ, ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG TRẺ SƠ SINH NON THÁNG THIẾU MÁU TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NINH BÌNH NĂM 2025

Quách Hoàng Điệp¹, Nguyễn Thị Xuân Hương²

TÓM TẮT

404 trẻ sơ sinh non tháng được điều trị tại bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình từ 8/2024 đến tháng 7/2025. **Mục tiêu:** Tỷ lệ, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trẻ sơ sinh non tháng có thiếu máu, nam gặp nhiều hơn nữ. 54% trẻ sơ sinh từ 34 tuần trở lên, 42,3% trẻ từ 2000-2499 gram, trẻ dưới 1000 gram chiếm tỷ lệ 11,7%. 36,2% trẻ có xuất huyết, 6,7% bệnh nhân có da xanh. Trẻ dưới 34 tuần có Hb: 12,73±3,55 g/L, Hct: 41,83±5,26 %. Trong nghiên

cứu của chúng tôi Fibrinogen giảm gấp ở 71,2%, PT giảm chiếm 68,7%, APTT kéo dài chiếm 57,7%.

Từ khoá: Sơ sinh non tháng, thiếu máu.

SUMMARY

RATE, CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PREMATURE INFANTS WITH ANEMIA AT NINH BINH OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL IN 2025

A total of 404 premature infants were treated at Ninh Binh Obstetrics and Pediatrics Hospital from August 2024 to July 2025. **Results:** Anemia was more common in male infants. Of the study population, 54% were born at ≥34 weeks of gestation, 42.3% had a birth weight of 2000–2499 g, and 11.7% weighed <1000 g. Clinical manifestations included bleeding (36.2%) and pallor (6.7%). In infants born before 34 weeks, the Hb level was 12.73 ± 3.55 g/L and the Hct was 41.83 ± 5.26%. It is also found that reduced

¹Bệnh viện Sản nhi Ninh Bình

²Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Quách Hoàng Điệp

Email: dr.hoangdiep@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.9.2025

Ngày duyệt bài: 30.10.2025

fibrinogen was observed in 71.2% of cases, decreased PT in 68.7%, and prolonged APTT in 57.7%.

Keywords: Premature infants, anemia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu máu là tình trạng giảm khối lượng hồng cầu hoặc huyết sắc tố (Hb) trong máu dưới giới hạn bình thường của người cùng lứa tuổi. Trong thực hành, thiếu máu được định nghĩa khi Hematocrit hoặc Hemoglobin nhỏ hơn – 2SD so với tuổi. Giá trị của Hemoglobin và Hct thay đổi theo tuổi thai, tuổi sau sinh. Tỷ lệ thiếu máu ở trẻ sơ sinh sinh non khác nhau giữa các nghiên cứu với tỷ lệ rất dao động từ 6% đến 70% [8]. Tại Việt Nam, theo Hồ Thị Thúy Vi (2022) tỷ lệ thiếu máu ở trẻ sơ sinh đẻ non giai đoạn sơ sinh sớm là 32,4% [4].

Các dấu hiệu lâm sàng của thiếu máu sơ sinh rất đa dạng, thay đổi phụ thuộc vào mức độ thiếu máu và liên quan đến những bệnh khác kèm theo, các dấu hiệu thường gặp là: Chậm tăng cân mặc dù cung cấp đủ năng lượng, tăng nhu cầu oxy, tăng nhịp tim, thở nhanh, âm thổi thiếu máu, giảm cử động, lừ đừ, ngủ lịm, bú kém, xanh xao..., tuy nhiên cũng có những trường hợp bệnh nhân có thiếu máu trên xét nghiệm nhưng không hề có các triệu chứng lâm sàng nào điển hình. Theo Phạm Hồng Trinh triệu chứng: vàng da, rối loạn tri giác, da niêm nhạt nhợt, xuất huyết, hạ thân nhiệt, thở nhanh... là các triệu chứng thường gặp trên lâm sàng [5].

Tại khoa Sơ sinh bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình hàng năm có rất nhiều các bệnh nhân sơ sinh non tháng vào điều trị, có một số không nhỏ các bệnh nhân thiếu máu.

Mục tiêu đề tài: Xác định tỷ lệ trẻ sơ sinh non tháng có thiếu máu, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. Trẻ sơ sinh non tháng vào điều trị tại khoa Nhi sơ sinh bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình từ tháng 8/2024 đến tháng 10/2025.

2.1.1 Tiêu chuẩn lựa chọn

- Trẻ sơ sinh ≤ 7 ngày tuổi vào điều trị
- Tuổi thai khi sinh < 37 tuần
- Được làm xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngay khi vào điều trị tại khoa Nhi sơ sinh, bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình.

* Tiêu chuẩn chẩn đoán thiếu máu sơ sinh

Trẻ được chẩn đoán thiếu máu khi Hb hoặc Hct thấp hơn -2SD so với tuổi theo bảng sau:

Bảng 2.1. Giá trị Hb và Hct chẩn đoán thiếu máu theo bảng tham chiếu của Bộ Y tế 2015

Ngày tuổi	Hồng cầu ($10^{12}/l$)	Hb(g/dl)	Hct(%)
0-3 ngày	$<3,9$	$<14,5$	<45
4-7 ngày	$<4,0$	$<13,5$	<42

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Trẻ vào viện lần 2 trong giai đoạn sơ sinh.
- Trẻ đã được truyền máu hoặc lấy máu ở cơ sở khác.
- Tử vong trong 24h đầu.
- Các bệnh án không đầy đủ, gia đình từ chối tham gia nghiên cứu.

- Mẹ trẻ mắc các bệnh lý tâm thần, giảm trí nhớ không khai thác được thông tin nghiên cứu

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

2.2.1. Địa điểm nghiên cứu: Khoa Nhi sơ sinh - bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình

2.2.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 8/2024 đến tháng 10/2025

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.3.2. Cỡ mẫu: Mẫu thuận tiện

2.4. Các chỉ số nghiên cứu

- Tỷ lệ thiếu máu ở trẻ sơ sinh non tháng
- Các đặc điểm về lâm sàng: các chỉ số trên lâm sàng
- Các đặc điểm cận lâm sàng: xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu, xét nghiệm đông máu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	213	52,7
	Nữ	191	47,3
Tuổi thai	<28 tuần	28	6,9
	28- <32 tuần	55	13,6
	32- <34 tuần	68	16,8
	34- <37 tuần	253	62,7
Cân nặng	<1000 gram	31	7,7
	1000-1499gram	38	9,4
	1500-1999 gram	102	25,2
	2000-2499 gram	164	40,6
	≥ 2500 gram	69	17,1

Nhận xét: - Trong nghiên cứu của chúng tôi nam chiếm tỷ lệ 52,7%

- Tuổi thai ở trẻ sơ sinh non tháng chiếm tỷ lệ cao nhất là 62,7%, trẻ sơ sinh có tuổi thai từ 32- <34 tuần chiếm tỷ lệ 16,8%, thấp nhất là trẻ sơ sinh có tuổi thai dưới 28 tuần chiếm tỷ lệ 6,9%

- Cân nặng trẻ sơ sinh non tháng có cân nặng từ 2000-2499gram chiếm tỷ lệ cao nhất là 40,6%, trẻ sơ sinh có cân nặng dưới 1000gram chiếm tỷ lệ thấp nhất 7,7%

Bảng 3.2. Tỷ lệ thiếu máu theo giới

Đặc điểm		Có thiếu máu		Không thiếu máu		Tổng		p
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Giới	Nam	94	44,1	119	55,9	213	52,7	0,102
	Nữ	69	36,1	122	63,9	191	47,3	
Tổng		163	40,3	241	59,7	404	100	

Nhận xét: - Có 40,3% bệnh nhi nam có thiếu máu.

- Tỷ lệ thiếu máu ở nam là 44,1%, tỷ lệ thiếu máu ở nữ là 36,1%

Bảng 3.3. Đặc điểm theo tuổi thai của bệnh nhân thiếu máu (n=163)

Tuổi thai	Số lượng	Tỷ lệ (%)
<28 tuần	18	11
28 - <32 tuần	29	17,8
32 - <34 tuần	28	17,2
34 - <37 tuần	88	54
Tổng	163	100

Nhận xét: Trong các bệnh nhân đẻ non có thiếu máu sơ sinh tuổi thai thường gặp nhất là trẻ từ 34 đến dưới 37 tuần, trẻ sơ sinh non tháng vừa chiếm tỷ lệ 17,2%, trẻ rất non chiếm

tỷ lệ 17,8%, trẻ cực non chiếm tỷ lệ 11%.

Bảng 3.4. Đặc điểm theo cân nặng của bệnh nhân thiếu máu (n=163)

Cân nặng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
<1000 gram	19	11,7
1000-1499 gram	15	9,2
1500-1999 gram	31	19
2000-2499 gram	69	42,3
≥ 2500 gram	29	17,8
Tổng	163	100

Nhận xét: Trong nhóm sơ sinh đẻ non có thiếu máu cân nặng gặp nhiều nhất là trẻ từ 2000-2499 gram, trẻ dưới 1000 gram chiếm tỷ lệ 11,7%, trẻ từ 1000-1499 gram chiếm tỷ lệ 9,2%, có 17,8% trẻ sinh có cân nặng từ 2500gram trở lên.

Bảng 3.5. Đặc điểm lâm sàng trẻ thiếu máu (n=163)

Đặc điểm		Tuổi thai <34 tuần (n=75)		≥34 tuần (n=88)		Tổng	
		Số lượng	Tỷ lệ(%)	Số lượng	Tỷ lệ(%)	Số lượng	Tỷ lệ(%)
Nhịp tim	Nhanh	2	2,7	1	1,1	3	1,8
	Chậm	3	4	2	2,3	5	3,1
Nhịp thở	Nhanh	42	56	13	14,8	55	33,7
	Chậm	1	1,3	0	0	1	0,6
Cơ ngừng thở		5	6,7	1	1,1	6	3,7
Xuất huyết		32	42,7	27	30,7	59	36,2
Vàng da		23	30,7	21	23,9	44	27
Da xanh		8	10,7	3	3,4	11	6,7
Tím		55	73,3	20	22,7	75	46
Tiếng thổi tim		1	1,3	4	4,5	5	3,1
SpO ₂ giảm		58	77,3	23	26,1	81	49,7
Thở rên		39	52	14	15,9	53	32,5

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi các triệu chứng

- Bệnh nhân đẻ non có thiếu máu triệu chứng xuất huyết là 36,2% trong đó nhóm dưới 34 tuần chiếm tỷ lệ cao hơn là 42,7%,

- Vàng da chiếm tỷ lệ 27% nhóm dưới 34 tuần chiếm tỷ lệ 30,7%

- Thở rên chiếm tỷ lệ 32,5%, nhóm dưới 34 tuần chiếm tỷ lệ 52%

- Nhịp thở nhanh chiếm tỷ lệ 33,7%, nhóm dưới 34 tuần chiếm tỷ lệ 56%

- SpO₂ giảm chiếm tỷ lệ 49,7%, nhóm dưới 34 tuần chiếm tỷ lệ 77,3%.

Bảng 3.6. Đặc điểm huyết học bệnh nhân có thiếu máu (n=163)

Đặc điểm huyết học	< 34 tuần(n=75)	≥ 34 tuần(n=88)	Tổng
	X±SD Min-Max	X±SD Min-Max	X±SD Min-Max
RBC (T/l)	3,67±0,90 (1,3-5,89)	4,04±0,77 (1,2-5,81)	3,91±0,84 (1,2-5,89)
Hb (g/L)	12,73±3,55 (3,77-19,00)	13,5±2,71 (4,31-17,5)	13,14±3,14 (3,77-19)
HCT (%)	41,83±5,26 (20,8-52,8)	41,32±4,06 (27,4-51)	41,55±4,64 (20,8-52,8)
MCV (f/l)	107,05±9,72 (77,8-140,1)	100,41±8,31 (76,4-121)	103,47±9,55 (76,4-140,1)
MCH (pg)	36,28±3,35 (26,7-46,2)	34,39±3,30 (25,9-41,3)	35,26±3,44 (25,9-46,2)
MCHC (g/l)	33,86±1,17 (30,6-36,2)	34,32±2,02 (24,8-38,3)	34,11±1,69 (24,8-38,3)
Tiểu cầu (G/L)	261,2±74,36 (87-451)	273,13±78,33 (111-459)	267,64±76,53 (87-459)

P T(%)	61,22±15,18 (35-97,8)	63,02±15,94 (30,4-102)	62,19±15,58 (30,4-102)
Fibinogen(G/L)	1,97±0,71 (0,74-5,03)	2,06±0,5 (0,98-3,88)	2,02±0,61 (0,74-5,03)

Nhận xét: Tại thời điểm được chẩn đoán thiếu máu, giá trị trung bình của Hb là 13,14 ±3,14g/dl, giá trị nhỏ nhất là 3,77g/dl, giá trị lớn nhất là 19 g/dl; giá trị trung bình của HCT là 41,55±4,64%, giá trị nhỏ nhất là 20,8%, giá trị lớn nhất là 50,8%, giá trị trung bình của MCV là 103,47±9,55fl.

Bảng 3.8. Xét nghiệm đông máu của bệnh nhân thiếu máu sơ sinh (n=163)

Đặc điểm huyết học	Số lượng	Tỷ lệ
PT giảm	112	68,7
APTT bệnh/chứng	94	57,7
Fibinogen giảm	116	71,2

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi Fibrinogen giảm gặp ở 71,2%, PT giảm chiếm 68,7%, APTT kéo dài chiếm 57,7%.

IV. BÀN LUẬN

*** Tỷ lệ thiếu máu của đối tượng nghiên cứu.** Ở trẻ sơ sinh, thiếu máu là một vấn đề phổ biến và phức tạp do còn thay đổi rất nhiều về các thành phần trong máu.

Đối với thiếu máu ở lứa tuổi sơ sinh khi chúng tôi sử dụng tiêu chuẩn để chẩn đoán từ 1 - 3 ngày là giá trị Hb < 14,5 g/dl, trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu là 40,3%. Một số tác giả khác khi sử dụng tiêu chuẩn như chúng tôi có tỷ lệ như sau: Theo Hồ Thị Quý vi (2022) Tỷ lệ thiếu máu ở trẻ sơ sinh đẻ non giai đoạn sơ sinh sớm là 32,4% [4], theo Nguyễn Thị Thanh Bình (2022) cho thấy tỷ lệ thiếu máu là 18,9% [1].

Trong khi đó, một số nghiên cứu sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán thiếu máu của WHO với Hb < 13 g/dl, cho thấy kết quả khác biệt với nghiên cứu của chúng tôi như nghiên cứu của Deqalem Tilahun (2022) tại Ethiopia cho thấy tỷ lệ thiếu máu sơ sinh trong quần thể nghiên cứu là 30,1% (95% CI: 24,6–35,7) [9].

***Tuổi thai của trẻ sơ sinh thiếu máu.**

Trong các bệnh nhân đẻ non có thiếu máu sơ sinh tuổi thai thường gặp nhất là trẻ từ 34 tuần đến dưới 37 tuần, trẻ sơ sinh non tháng vừa chiếm tỷ lệ 17,2%, trẻ rất non chiếm tỷ lệ 17,8%, trẻ cực non chiếm tỷ lệ 11%. Điều này giải thích tại bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình luôn tiếp nhận đối tượng bệnh nhân rất đa dạng và phong phú, trong đó trẻ sơ sinh gặp nhiều nhất là trẻ sơ sinh có tuổi thai từ 34 tuần trở lên. Mô hình trẻ sơ sinh nhập viện của chúng tôi cũng tương tự trong một số nghiên cứu khác như trong nghiên cứu của Đặng Thị Ngọc Diệp (2024) tỷ lệ trẻ sinh non muộn chiếm tỷ lệ cao

nhất 64,4%; non vừa 18,8%; rất non 9,4% và cực non là 7,5% [2]. Mô hình trẻ đẻ non ở mỗi bệnh viện là khác nhau

***Cân nặng của trẻ sơ sinh có thiếu máu.**

Cân nặng trung bình của nóm trẻ sơ sinh là 1956±584,99 gram, thấp nhất là 500 gram, cao nhất là 3100 gram. Trong nhóm sơ sinh đẻ non có thiếu máu cân nặng gặp nhiều nhất là trẻ từ 2000-2499 gram, trẻ dưới 1000 gram chiếm tỷ lệ 11,7%, trẻ từ 1000-14999gram chiếm tỷ lệ 9,2%, có 17,8% trẻ sinh có cân nặng từ 2500gram trở lên. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu của Đặng Thị Ngọc Diệp (2024) Trẻ có cân nặng trên 2500 gram chiếm tỷ lệ 64,2%, trẻ có cân nặng từ 1500 gram đến 2500 gram, chiếm tỷ lệ 18,9%, trẻ có cân nặng từ 1000 gram đến 1500 gram là 12,5% trẻ có cân nặng dưới 1000 gram chiếm tỷ lệ 4,4%[2].

***Một số đặc điểm lâm sàng của trẻ sinh non có thiếu máu.** Các biểu hiện lâm sàng của thiếu máu ở trẻ SSDN rất đa dạng nhưng không đặc hiệu trong chẩn đoán do bị trùng lặp bởi các bệnh lý khác, vẫn có trẻ hoàn toàn không có các triệu chứng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi các triệu chứng bệnh nhân đẻ non có thiếu máu triệu chứng xuất huyết là 36,2%, triệu chứng vàng da chiếm tỷ lệ 27%, thở rên chiếm tỷ lệ 32,5%, nhịp thở nhanh chiếm tỷ lệ 33,7%, da xanh chiếm tỷ lệ 6,7%, tim chiếm tỷ lệ 46%, SpO₂ giảm chiếm tỷ lệ 49,7%, thở rên chiếm tỷ lệ 32,5%, nhịp tim nhanh chiếm tỷ lệ 3,1%, nhịp thở chậm chiếm tỷ lệ 0,6%.

Nghiên cứu của Đinh Văn Thức (2021) cho thấy da xanh chiếm tỷ lệ 91.6% [3]. Điều này được giải thích là do các bệnh nhân khi đến khoa Nhi sơ sinh chúng tôi các bệnh nhân đa phần từ khoa Sản sang do vậy khi lấy máu lần đầu chúng tôi đã đưa ra chẩn đoán, do vậy triệu chứng lâm sàng không rõ rệt như các nghiên cứu khác. Kết quả của chúng tôi tương tự kết quả của Nguyễn Thị Minh Tâm (2017) khi thấy các bệnh nhân xuất huyết không cần truyền máu chỉ chiếm tỷ lệ 4,6% [6]. Hơn thế đối với trẻ sơ sinh việc xác định vàng da trên lâm sàng là tương đối khó khăn trong những ngày đầu mới sinh vì bệnh nhân có đỏ da sinh lý do vậy triệu chứng thường không rõ rệt.

Triệu chứng xuất huyết của chúng tôi cũng tương đồng với một số tác giả khác như Đặng Văn Thức (2021) là 48,1% [3], nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh Tâm cũng cho thấy đối với các

bệnh nhân truyền máu tỷ lệ xuất huyết là 34,8% [6]. Các nghiên cứu khác nhau tỷ lệ có khác nhau. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng gặp các trường hợp bệnh nhân xuất huyết não và xuất huyết phổi tuy nhiên chiếm tỷ lệ thấp.

Thiếu máu, đặc biệt bởi số lượng hồng cầu thấp, có thể dẫn đến việc cung cấp oxy không đủ cho các mô, dẫn đến tổng hợp cơ sở tiềm ẩn và tăng nguy cơ tim mạch, bao gồm suy tim và tái tạo tim. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ gặp 3,1% bệnh nhân có nhịp tim nhanh và có 3 trường hợp bệnh nhân có nhịp tim chậm. Nhịp tim nhanh có thể là do các triệu chứng của bệnh lý khác kèm theo. Tác giả Đinh Văn Thức (2021) nhịp tim nhanh là 12% [3].

***Đặc điểm cận lâm sàng của trẻ sinh non có thiếu máu.** Tại thời điểm được chẩn đoán thiếu máu, giá trị trung bình của Hb là $13,14 \pm 3,14$ g/dl, giá trị nhỏ nhất là 3,77g/dl, giá trị lớn nhất là 19 g/dl; giá trị trung bình của HCT là $41,55 \pm 4,64$ %, giá trị nhỏ nhất là 20,8%, giá trị lớn nhất là 50,8%, giá trị trung bình của MCV là $103,47 \pm 9,55$ fl.

Kết quả của chúng tôi cũng tương tự kết quả của Hồ Thị Quý Vi (2022) tại thời điểm được chẩn đoán thiếu máu, giá trị trung bình của Hb là $12,2 \pm 1,6$ g/dl, giá trị nhỏ nhất là 5,7g/dl, giá trị lớn nhất là 14,4 g/dl; giá trị trung bình của HCT là $36,7 \pm 5,3$ %, giá trị nhỏ nhất là 18,4%, giá trị lớn nhất là 52,2%, giá trị trung bình của MCV là $110,1 \pm 10,6$ fl [4]. Theo Phạm Anh Đức (2025) các chỉ số huyết học ở nhóm trẻ non tháng lần lượt là HGB: $115,2 \pm 18,6$ g/l, RBC: $3,3 \pm 0,5$ T/l, HCT: $34,1 \pm 5$ %, MCV: $101,7 \pm 6$ fl, MCH: $34,3 \pm 2,2$ pg, MCHC: $337,2 \pm 14,3$ g/l có sự khác biệt là do nhóm đối tượng nghiên cứu khác nhau về thời gian, trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có những trẻ dưới 3 ngày tuổi.

Trong nhóm sơ sinh đẻ non có thiếu máu tỷ lệ thể tích hồng cầu lớn chiếm cao nhất với 70,6%, thể tích hồng cầu nhỏ chiếm tỷ lệ thấp nhất với 1,2%.

Lượng máu của trẻ sơ sinh trải qua sự thay đổi lớn trong những ngày đầu đời. Hầu hết các thay đổi này liên quan đến quá trình mất máu và tan máu như mất máu trước sinh (truyền máu song thai, truyền máu thai sang mẹ...), mất máu trong sinh... Trong khi giảm sản xuất hồng cầu bẩm sinh, tan máu do bệnh hồng cầu bẩm sinh là nhóm nguyên nhân hiếm gặp ở trẻ sơ sinh. Phần lớn các bất thường về HC bẩm sinh không biểu hiện cho đến ngoài thời kỳ sơ sinh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi Fibrinogen giảm gặp ở 71,2%, PT giảm chiếm 68,7%, APTT kéo dài chiếm 57,7%. Một nghiên cứu Ingrid

Hrubaru (2023) cho thấy Các thông số đông máu PT và aPTT cũng giảm ở nhóm sinh non (12,9 giây so với 13,3 giây, $p = 0,041$) và 26,7 giây so với 27,9 giây ($p < 0,001$) [7]

Trong giai đoạn sơ sinh, nhiều yếu tố đông máu có mặt ở nồng độ khác với nồng độ của trẻ lớn. Trong những tuần đầu tiên của cuộc đời, trẻ sơ sinh biểu hiện mức độ thấp hơn của các chất chống đông Protein C, Protein S và antithrombin; tuy nhiên, nó chống lại điều này một phần bằng mức độ cao hơn của chất ức chế thrombin $\alpha 2$ - macroglobulin. Do vậy cần rất nhiều các nghiên cứu để có thể đưa ra một thông số hằng định cho trẻ sơ sinh non.

V. KẾT LUẬN

Thiếu máu ở trẻ sinh non có đặc điểm lâm sàng còn phức tạp. Chưa có những thống nhất chung để có thể đưa ra được tỷ lệ chính xác ở bệnh nhân sơ sinh non tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Thanh Bình** (2022), "Nghiên cứu nồng độ hemoglobin ở trẻ sơ sinh bệnh lý giai đoạn sơ sinh sớm", Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế. 4(12), tr. 24-31.
2. **Đặng Thị Ngọc Diệp** (2024), "Nghiên cứu đặc điểm trẻ sơ sinh non tháng tại bệnh viện quốc tế hạnh phúc năm 2023-2024", Tạp chí Y học Việt Nam. 3(10), tr. 243-248.
3. **Đinh Văn Thức và Đinh Dương Tùng Anh** (2021), "Đặc điểm dịch tễ lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị thiếu máu ở trẻ đẻ non tại bệnh viện trẻ em hải phòng năm 2018-2019", Tạp chí Y học Việt Nam. 503(6), tr. 10-16.
4. **Hồ Thị Thủy Vi và Trần Kiên Hào** (2022), "Đặc điểm thiếu máu của trẻ sơ sinh đẻ non giai đoạn sơ sinh sớm", Tạp chí Y Dược học Phạm Ngọc Thạch. 1(3), tr. 169-175.
5. **Phạm Hồng Trinh, Nguyễn Thị Kiều Nhi và Trương Ngọc Phước** (2018), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị thiếu máu sơ sinh tại bệnh viện nhi đồng Cần Thơ", Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 16, tr. 1-8.
6. **Nguyễn Thị Minh Tâm** (2017), "Các yếu tố liên quan đến truyền máu ở trẻ sơ sinh non tháng tại bệnh viện nhi đồng 1", tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 21(3), tr. 137-143.
7. **I. Hrubaru và các cộng sự.** (2023), "Assessing the Utility of Hemoglobin, HALP Score, FAR Ratio, and Coagulation Parameters as Predictors for Preterm Birth", Children (Basel). 10(3).
8. **Z. E. Kalezi và các cộng sự.** (2023), "Prevalence of anaemia and associated factors among preterm infants at six weeks chronological age at Muhimbili National Hospital, Dar es Salaam, Tanzania: a cross-sectional study", Pan Afr Med J. 44, tr. 193.
9. **D. Tilahun, M. A. Yimer và T. G. Zamanuel** (2022), "High Magnitude of Neonatal Anemia Among Sick Newborns Admitted to University of Gondar Comprehensive Specialized Hospital, Northwest Ethiopia", J Blood Med. 13, tr. 293-302.