

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lavanchy D. Hepatitis B virus epidemiology, disease burden, treatment, and current and emerging prevention and control measures. *J Viral Hepatol* 2004;11:97-107.
2. Lavanchy D. Worldwide epidemiology of HBV infection, disease burden, and vaccine prevention. *J Clin Virol* 2005;34(Suppl 1):S1-S3.
3. Lok AS. Chronic hepatitis B. *N Engl J Med* 2002;346:1682-1683.
4. Ngọc, T.T (2009). Bước đầu nhận xét tác dụng của Entercavir trong điều trị bệnh nhân viêm gan virus B mạn tính. *Y học lâm sàng Bệnh viện Bạch Mai* 37: p, 26-33.
5. Nguyễn Công Long (2012). Đánh giá đáp ứng điều trị viêm gan virus B mạn tính có HbeAg (+) và HbeAg (-) bằng Entercavir. Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. Fu Yang et al (2009). An Altered Pattern of Liver Apolipoprotein A-I Isoforms Is Implicated in Male Chronic Hepatitis B Progression. *Journal of Proteome Research*. 2010, 9, 1, 134-143. <https://doi.org/10.1021/pr900593r>
7. Thư, N. K., Thạch, P. N., & Hải, N. T. T. (2024). Giá trị của thuật toán GAAD trong hỗ trợ sàng lọc ung thư biểu mô tế bào gan nguyên phát trên bệnh nhân viêm gan B mạn có AFP < 20ng/ml. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 181 (8), 256 - 264. <https://doi.org/10.52852/tcnycy.v181i8.2723>
8. Nguyễn Thị Kim Chính (2007). Đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm trong viêm gan mạn và xơ gan sau viêm gan virus B có HbeAg âm tính và HbeAg dương tính. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
9. Aspinall E.J et al (2011). Hepatitis B prevention, diagnosis, treatment and care: a review. *Occupational Medicine*, Volume 61, Issue 8, December 2011, Pages 531-540, <https://doi.org/10.1093/occmed/kqr136>

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, XÉT NGHIỆM VÀ ĐIỀU TRỊ THIẾU MÁU DO THIẾU SẮT Ở TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI TẠI PHÒNG KHÁM NGOẠI TRÚ - BỆNH VIỆN NHI HẢI DƯƠNG NĂM 2024

Hà Quốc Dương¹, Trần Thị Nhung¹, Phùng Thế Khang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị thiếu máu do thiếu sắt ở trẻ em dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Hải Dương năm 2024.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện trên 250 trẻ phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn.

Kết quả: Tỷ lệ trẻ nam: nữ trên 250 trẻ được chọn nghiên cứu là 1,45:1, chủ yếu là nhóm trẻ từ 6 tháng - dưới 24 tháng (65,6%). Các biểu hiện lâm sàng chủ yếu là mệt mỏi (78,8%), ăn kém (73,6%), da, niêm mạc nhợt (81,2%), nhịp tim nhanh (25,6%). 54,5% trẻ bị thiếu máu nhẹ và 32,8% trẻ thiếu máu vừa. Đa số trẻ có nồng độ sắt huyết thanh dưới 7 $\mu\text{mol/l}$ (93,6%) và nồng độ ferritin dưới 15 ng/ml chiếm 76,4%. Điều trị bổ sung sắt đường uống có hiệu quả ở trẻ em thiếu máu thiếu sắt. Ngoài ra, điều chỉnh chế độ ăn tăng hàm lượng thịt động vật cũng góp phần cải thiện.

Kết luận: Cần phòng ngừa và phát hiện sớm thiếu máu thiếu sắt ở trẻ để điều trị kịp thời.

Từ khóa: thiếu máu thiếu sắt, trẻ dưới 5 tuổi.

SUMMARY

CLINICAL FEATURES, LABORATORY EXAMINATION AND TREATMENT OF IRON DEFICIENCY ANEMIA IN CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD AT OUTPATIENT CLINIC - HAI DUONG PEDIATRIC HOSPITAL 2024

Objective: To describe the clinical laboratory examination and treatment of iron deficiency anemia in children under 5 years old at Hai Duong Pediatric Hospital in 2024.

Subjects and methods: cross-sectional description, convenience sampling of 250 children who meet the selection criteria.

Results: The male to female ratio among over 250 children studied was 1.45:1, mainly in the age group from 6 months to under 24 months (65.6%). The main clinical manifestations were fatigue (78.8%), poor appetite (73.6%), pallor of skin and mucous membranes (81.2%), and rapid heartbeat (25.6%). 54.5% of children had mild anemia and 32.8% had moderate anemia. Most children had serum iron levels

¹ Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Hà Quốc Dương

Email: quocduong457@gmail.com

Mã bài: D116

Ngày nhận bài: 27.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 27.3.2026

Ngày duyệt bài: 6.5.2026

below 7 $\mu\text{mol/l}$ (93.6%) and ferritin levels below 15 ng/ml, accounting for 76.4%. Oral iron supplementation is effective in children with iron deficiency anemia. Additionally, adjusting the diet to increase the intake of animal meat also helps improve the condition.

Conclusion: Early prevention and detection of iron deficiency anemia in children are necessary for timely treatment.

Keywords: iron deficiency anemia, children under 5 years old.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu máu do thiếu sắt (IDA) là loại thiếu máu phổ biến nhất trên toàn thế giới. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) ước tính rằng gần hai tỷ người, tương đương 25% dân số thế giới, bị thiếu máu, và khoảng một nửa trong số họ bị thiếu máu do thiếu sắt [1].

Thiếu máu do thiếu sắt (IDA) thường được phát hiện ở một số nhóm có nguy cơ cao ở các nước phát triển, như trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ, phụ nữ và người cao tuổi. Ở các nước công nghiệp hóa, thiếu sắt là tình trạng thiếu hụt vi chất dinh dưỡng phổ biến duy nhất. Tại Mỹ, ước tính có ít nhất 2,7% trẻ nhỏ từ một đến hai tuổi bị thiếu máu do thiếu sắt [2]. Mặt khác, ước tính có đến 40% trẻ em trước tuổi đi học ở các nước thu nhập thấp và trung bình bị thiếu sắt và/hoặc thiếu máu. Bất kể có triệu chứng hay không, trẻ bị IDA nên được điều trị càng sớm càng tốt vì trẻ có nguy cơ bị thiếu máu cục bộ ở các cơ quan và tình trạng thiếu máu sẽ trở nên trầm trọng hơn nếu nguyên nhân cơ bản không được giải quyết và lượng sắt dự trữ trong tủy xương được bổ sung. Theo đó, trẻ em chỉ bị thiếu sắt cũng nên được điều trị vì chúng giảm sút có liên quan đến suy giảm nhận thức thần kinh kéo dài, giảm khả năng học tập và thay đổi chức năng vận động [3]. Việt Nam cũng là một trong những đất nước có tỉ lệ trẻ thiếu máu thiếu sắt còn cao. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: "Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị thiếu máu do thiếu sắt ở trẻ em dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Hải Dương năm 2024".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các trẻ từ 6 tháng đến 60 tháng tuổi được gia đình đưa đến khám tại Bệnh viện Nhi Hải Dương từ tháng 1/2024 đến tháng 12/2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Trẻ được chẩn đoán thiếu máu thiếu sắt theo tiêu chuẩn WHO năm 2001: Hb < 11g/l, Ferritin huyết thanh < 30ng/ml

- Trẻ không mắc bệnh cấp/mạn tính khác kèm theo

- Người nhà của trẻ đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Truyền máu, đã phẫu thuật hoặc đã dùng các chế phẩm sắt, thuốc bổ sung vi chất trước khi tiến hành nghiên cứu < 2 tháng.

- Trẻ đang mắc các bệnh chảy máu, rối loạn đông máu, xuất huyết...

- Người nhà của trẻ không đồng ý tham gia với bất kỳ lý do nào.

2.1.3. Tiêu chuẩn về mức độ thiếu máu

• Thiếu máu nhẹ: $90 \leq \text{Hb} < 110\text{g/l}$

• Thiếu máu vừa: $60 \leq \text{Hb} < 90\text{g/l}$

• Thiếu máu nặng: $30 \leq \text{Hb} < 60\text{g/l}$

• Thiếu máu rất nặng: $\text{Hb} < 30\text{g/l}$

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- Phương pháp chọn mẫu: lấy mẫu thuận tiện

2.3. Xử lý số liệu

- Số liệu sau khi thu thập được trình bày dưới dạng excel sau đó được lọc, mã hóa, xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

- Sử dụng phép phân tích thống kê mô tả.

2.4. Vấn đề đạo đức của đề tài nghiên cứu

- Mọi thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu sẽ được giữ kín, những người tham gia nghiên cứu sẽ được thông báo rằng việc tham gia nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện.

- Mọi kết quả chỉ được phục vụ cho mục đích nghiên cứu, không phục vụ cho mục đích khác.

- Tất cả các biến số, chỉ số nghiên cứu sẽ được thu thập một cách trung thực và khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Một số đặc điểm chung của 250 trẻ thiếu máu thiếu sắt

Đặc điểm		Số trẻ	Tỉ lệ %
Giới	Nam	148	59,2%
	Nữ	102	40,8%
Địa dư	Thành thị	187	74,8%
	Nông thôn	63	25,2%
Nhóm tuổi	6 - < 12 tháng	79	31,6%
	12 - < 24 tháng	85	34%
	24 - < 36 tháng	36	14,4%
	36 - < 48 tháng	32	12,8%
	48 - < 60 tháng	18	7,2%

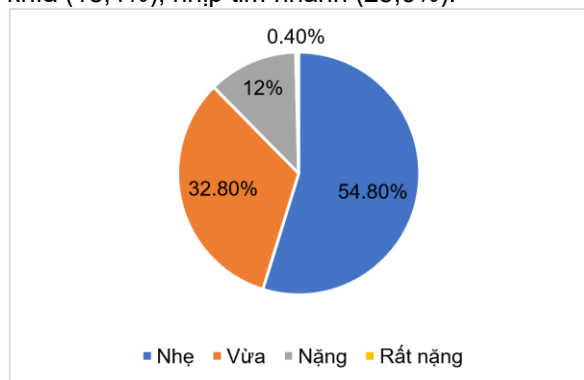
Nhận xét: Tỉ lệ trẻ nam: nữ là 1,45:1, nam nhiều hơn so với nữ. Đa số trẻ được khám sống

ở thành thị (74,8%). Trẻ từ 12 - dưới 24 tháng chiếm tỉ lệ cao nhất là 34%, sau đó đến trẻ từ 6 - dưới 12 tháng (31,6%).

Bảng 3.2. Triệu chứng lâm sàng của trẻ

Triệu chứng	Số trẻ	Tỉ lệ %
Mệt mỏi	197	78,8%
Hoa mắt chóng mặt	23	9,2%
Ăn kém	184	73,6%
Kém tập trung	15	2%
Da, niêm mạc nhợt	203	81,2%
Móng tay có khía dọc	46	18,4%
Rụng tóc, tóc khô dễ gãy	25	10%
Nhịp tim nhanh	64	25,6%

Nhận xét: Đa số trẻ có biểu hiện mệt mỏi (78,8%), ăn kém (73,6%), da, niêm mạc nhợt (81,2%), các biểu hiện ít gặp hơn là móng tay có khía (18,4%), nhịp tim nhanh (25,6%).



Biểu đồ 3.1. Phân bố mức độ thiếu máu

Nhận xét: Đa số trẻ thiếu máu nhẹ (54,8%) và thiếu máu vừa (32,8%).

Bảng 3.3. Kết quả xét nghiệm sắt huyết thanh và ferritin máu ở đối tượng nghiên cứu tại thời điểm đánh giá và sau 3 tháng điều trị sắt đường uống

Kết quả	Số trẻ (%) Thời điểm đánh giá	Số trẻ (%) Sau 3 tháng	p
Sắt huyết thanh			
< 4 $\mu\text{mol/l}$	139(55,6%)	64(25,6%)	< 0,05
4-7 $\mu\text{mol/l}$	95(38%)	51(20,4%)	< 0,05
7-27 $\mu\text{mol/l}$	16(6,4%)	58(23,2%)	< 0,05
Bình thường (> 27 $\mu\text{mol/l}$)	0	77(30,8%)	< 0,05
Ferritin huyết thanh			
< 15 ng/ml	191(76,4%)	0	< 0,05
15-30 ng/ml	59(23,6%)	147(58,8%)	< 0,05
Bình thường (>30ng/ml)	0	103(41,2%)	< 0,05

Nhận xét: Đa số trẻ có nồng độ sắt huyết thanh dưới 7 $\mu\text{mol/l}$ (93,6%), nồng độ ferritin dưới 15 ng/ml chiếm 76,4%. Sau điều trị sắt

đường uống 3 tháng, tỉ lệ trẻ thiếu sắt và ferritin huyết thanh giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Tỉ lệ trẻ nam: nữ trên 250 trẻ được chọn nghiên cứu là 1,45:1. Trẻ từ 12 - dưới 24 tháng chiếm tỉ lệ cao nhất là 34%, sau đó đến trẻ từ 6 - dưới 12 tháng (31,6%). Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Omar (2016) tại các nước đang phát triển, có kết quả tỉ lệ nam:nữ là 1,2:1, nhóm tuổi 6-23 tháng chiếm tỉ lệ nhiều nhất [4]. Đa số trẻ được khám sống ở thành thị (74,8%). Kết quả này cho thấy trẻ sống ở thành thị được cha mẹ quan tâm đến sức khỏe nhiều hơn, đặc biệt trẻ dưới 2 tuổi. Ở giai đoạn dưới 2 tuổi, cơ thể trẻ phát triển nhanh, nhu cầu sắt tăng cao, dễ thiếu sắt khi không được cung cấp đầy đủ. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với Nguyễn Thị Trang (2016) [5] và Gupta (2016) [6]. Đây là giai đoạn vàng để dự phòng, giúp cho trẻ phát triển toàn diện cả về thể chất và tinh thần. Những trẻ sống ở thành phố có điều kiện tiếp cận với các thông tin, tuyên truyền về các nhận biết các biểu hiện thiếu máu thiếu sắt của trẻ.

Trong 2 tháng đầu sau sinh có sự giảm Hb sinh lý và nồng độ Hb thấp nhất khi trẻ 6-8 tháng tuổi đồng thời có sự tăng dự trữ sắt. Hầu hết thiếu máu là tiến triển từ từ qua một thời gian dài và thiếu máu chủ yếu là do thiếu sắt nên thiếu máu thiếu sắt thường xuất hiện muộn. Thiếu máu thiếu sắt thường xuất hiện muộn từ tháng thứ 6 do từ 6 tháng trở đi sữa mẹ không đáp ứng đủ nhu cầu của trẻ, vì vậy trẻ chuyển sang ăn dặm. Giai đoạn chuyển đổi từ sữa mẹ sang thức ăn bổ sung, chủ yếu là bột và cháo nên hàm lượng dinh dưỡng cũng như sắt trong thức ăn thấp, do đó lứa tuổi 6 tháng đến dưới 24 tháng dễ bị thiếu máu thiếu sắt.

Trong thiếu máu do thiếu sắt, các biểu hiện lâm sàng có thể thấy như mệt, ăn kém, kém tập trung, da xanh xao. Tuy nhiên, tình trạng xanh xao tiến triển chậm đôi khi có thể bị gia đình bỏ sót. Phát hiện được nhấn mạnh nhất trong thiếu máu do thiếu sắt là ảnh hưởng của nó đến hệ thần kinh nhận thức. Lozoff đã chỉ ra rằng trẻ em bị thiếu sắt dễ mệt mỏi hơn, chơi ít hơn và do dự hơn so với trẻ em hoàn toàn khỏe mạnh [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 78,8% trẻ có biểu hiện mệt mỏi, 73,6% trẻ ăn kém liên quan tình trạng mệt mỏi này. Thiếu sắt tiến triển thành thiếu máu do thiếu sắt có thể gây rối loạn chức

năng tinh thần và vận động và những ảnh hưởng này có thể là vĩnh viễn [8].

Ngoài vai trò vận chuyển oxy trong máu đến các mô trong cơ thể, sắt cũng là thành phần của myoglobin, có trong cơ vân có tác dụng dự trữ oxy cho hoạt động cơ vân. Sắt cũng là thành phần cấu tạo nên một số protein và enzym có vai trò quan trọng trong quá trình giải phóng năng lượng khi oxy hóa chất dinh dưỡng và ATP. Khi thiếu máu, khả năng vận chuyển oxy của hồng cầu bị giảm, làm thiếu oxy ở các tổ chức đặc biệt là tim, cơ bắp, não nên trẻ có triệu chứng nhịp tim nhanh (25,6%), trẻ có thể bị suy tim do thiếu máu, hoa mắt chóng mặt do thiếu oxy não, cơ bắp yếu, mệt mỏi (78,8%), ăn kém (73,6%). Kết quả này của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Trang [5].

Sắt trong chế độ ăn tồn tại ở hai dạng, đó là sắt heme có nguồn gốc từ hemoglobin và myoglobin trong thịt và sắt nonheme có thể được chiết xuất từ thực vật và các sản phẩm từ sữa. Khả dụng sinh học của sắt heme cao hơn đáng kể (lên đến 25%), nhưng ngay cả ở các nước phát triển, hầu hết sắt trong chế độ ăn được hấp thụ dưới dạng sắt nonheme. Thiếu máu do thiếu sắt (IDA) là kết quả của sự giảm hàm lượng sắt trong cơ thể do mất máu, cung cấp sắt không đủ, giảm hấp thu sắt, hoặc sự kết hợp của các yếu tố trên. Ở nghiên cứu của chúng tôi, đa số trẻ có nồng độ sắt huyết thanh dưới 7 $\mu\text{mol/l}$ (93,6%), nồng độ ferritin dưới 15 ng/ml chiếm 76,4%. Nồng độ ferritin huyết thanh là chỉ số tốt nhất để đánh giá lượng sắt dự trữ trong cơ thể và là biến số sinh hóa đầu tiên thay đổi trong trường hợp thiếu sắt. Nồng độ ferritin huyết thanh dưới 10-12 $\mu\text{g/L}$ là dấu hiệu mạnh mẽ cho thấy thiếu sắt, nhưng ferritin là chất phản ứng giai đoạn cấp tính và cần lưu ý rằng nó có thể tăng lên trong trường hợp nhiễm trùng và viêm. Sắt huyết tương giảm khi lượng sắt trong cơ thể cạn kiệt. Do đối tượng nghiên cứu là trẻ khám ngoại trú nên tỉ lệ trẻ thiếu máu nhẹ và thiếu máu vừa tương đối cao lần lượt là 54,8% và 32,8%. Thiếu máu thiếu sắt ảnh hưởng lâu dài đến sự phát triển tinh thần cũng như thể chất của trẻ, do đó cần phòng ngừa và phát hiện sớm thiếu máu thiếu sắt ở trẻ để điều trị kịp thời.

Các nguyên tắc chính trong điều trị thiếu máu do thiếu sắt bao gồm chẩn đoán, điều tra nguyên nhân gây thiếu sắt và loại bỏ nguyên nhân này, bổ sung chất sắt thiếu hụt, cải thiện dinh dưỡng và giáo dục bệnh nhân và gia đình. Trong nghiên

cứu của chúng tôi, chúng tôi cho dùng 3-4 mg/kg/ngày sắt ferrous chia làm hai liều, 1 giờ trước hoặc 2 giờ sau bữa ăn. Kết quả cho thấy chỉ số sắt và ferritin huyết thanh cải thiện. Bổ sung sắt sulfat, theo từng đợt hoặc hàng tuần, là một chiến lược ngắn hạn có thể áp dụng trong các chương trình quy mô lớn, vì nó mang lại hai lợi ích: giảm tác dụng phụ do uống muối sắt và giảm chi phí sử dụng khoáng chất hàng ngày. Việc tăng cường dinh dưỡng trong thực phẩm nên được sử dụng như một biện pháp phòng ngừa, lựa chọn các loại thực phẩm cụ thể được người dân tiêu thụ thường xuyên [9]. Do đó, để cải thiện sự hấp thụ sắt, nên khuyến khích ăn thịt vì thịt giàu sắt có khả năng hấp thụ, và/hoặc nên bổ sung vitamin C khi chế độ ăn cung cấp lượng sắt có khả năng hấp thụ thấp.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ trẻ nam: nữ trên 250 trẻ được chọn nghiên cứu là 1,45:1, chủ yếu là nhóm trẻ từ 6 tháng - dưới 24 tháng (65,6%). Các biểu hiện lâm sàng chủ yếu là mệt mỏi (78,8%), ăn kém (73,6%), da, niêm mạc nhợt (81,2%), nhịp tim nhanh (25,6%). 54,5% trẻ bị thiếu máu nhẹ và 32,8% trẻ thiếu máu vừa. Đa số trẻ có nồng độ sắt huyết thanh dưới 7 $\mu\text{mol/l}$ (93,6%) và nồng độ ferritin dưới 15 ng/ml chiếm 76,4%. Điều trị bổ sung sắt đường uống có hiệu quả ở trẻ em thiếu máu thiếu sắt. Ngoài ra, điều chỉnh chế độ ăn tăng hàm lượng thịt động vật cũng góp phần cải thiện. Cần phòng ngừa và phát hiện sớm thiếu máu thiếu sắt ở trẻ để điều trị kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. de Benoist B, McLean E, Egli I, Cogswell M. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005: WHO global database on anaemia. https://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/anaemia_iron_deficiency/9789241596657/en/
2. Gupta PM, Perrine CG, Mei Z, Scanlon KS. Iron, anemia, and iron deficiency anemia among young children in the United States. *Nutrients*. 2016;8(6) doi: 10.3390/nu8060330. pii: E330
3. Baker RD, Greer FR Committee on Nutrition American Academy of Pediatrics. Diagnosis and prevention of iron deficiency and iron-deficiency anemia in infants and young children (0-3 years of age) *Pediatrics*. 2010;126(5):1040-1050. doi: 10.1542/peds.2010-2576
4. Omar Ali Jum, Zachary Obima Enumah et al (2016). Prevalence and assessment of malnutrition

- among children attending the Reproductive and Child Health clinic at Bagamoyo District Hospital, Tanzania, BMC Public Health, 16, 1094.
5. **Nguyễn Thị Trang, Nguyễn Ngọc Sáng, Vũ Văn Quang, Nguyễn Thị Ngọc Thủy** (2016). Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến thiếu máu thiếu sắt ở trẻ 6 tháng đến 5 tuổi. Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 503, tháng 6 - số đặc biệt - phần 2 (2021). Công trình nghiên cứu khoa học Đại học Y dược Hải Phòng.
 6. **Gupta PM et al** (2016). Iron, Anemia and Iron Deficiency Anemia among Young Children in the United States. Nutrients. 30(2016); 8(6).
 7. **Lozoff B, Klein NK, Nelson EC, et al.** Behavior of infants with iron deficiency anemia. Child Dev. 1998;69:24-36. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-8624.1998.tb06130.x>
 8. **Nihar Ozdemir** (2015). Iron deficiency anemia from diagnosis to treatment in children. Turk Pediatri Ars. 2015 Mar 1;50(1):11-19. doi: 10.5152/tpa.2015.2337
 9. **Dutra de Oliveira JE, de Almeida CA.** Domestic drinking water - an effective way to prevent anemia among low socioeconomic families in Brazil. Food Nutr Bull. 2002;23(3 Suppl):213-6.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ THỂ BỆNH Y HỌC CỔ TRUYỀN Ở BỆNH NHÂN CÓ HỘI CHỨNG SUY NHƯỢC MẠN TÍNH TẠI VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN QUÂN ĐỘI QUÝ I NĂM 2026

**Nguyễn Thị Quỳnh¹, Trần Thị Tuyết Nhung²,
Đào Thị Minh Châu¹, Lê Thị Minh Phương^{1*}**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và thể bệnh y học cổ truyền ở bệnh nhân có Hội chứng suy nhược mãn tính (HCSNMT) tại Viện Y học cổ truyền Quân đội quý I năm 2026.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 105 bệnh nhân có Hội chứng suy nhược mãn tính khám và điều trị tại Viện Y học cổ truyền Quân đội trong quý I năm 2026.

Kết quả: Tuổi trung bình $68,99 \pm 11,35$ tuổi; nhóm tuổi > 60 chiếm 79%. Tỷ lệ nữ và nam là 65% và 35% ~ 2:1. Ở nhà/nội trợ chiếm tỷ lệ cao nhất (48,6%), thấp nhất là trí thức (7,6%). Đa số có thời gian mắc bệnh trên 36 tháng (75,2%). Người bệnh mắc HCSNMT có bệnh lý tim mạch kèm theo chiếm tỷ lệ cao nhất (71,4%). Giảm khả năng lao động/học tập (93,3%), mệt mỏi không cải thiện rõ sau nghỉ ngơi (84,8%), mệt tăng sau gắng sức thể lực (90,5%), rối loạn giấc ngủ (80%) là các triệu chứng chính thường gặp nhất, tiếp đến là giảm tập trung (78,1%), giấc ngủ không hồi phục (77,1%), choáng váng khi đứng lâu (63,8%). Thể tâm tỳ lưỡng hư chiếm tỷ lệ cao nhất là 35,2%, thể can

thận âm hư là 30,5%, thấp nhất là thể tỳ thận dương hư 3,8%.

Kết luận: Bệnh nhân có HCSNMT tại Viện Y học cổ truyền Quân đội quý I năm 2026 phần lớn là người cao tuổi, mắc bệnh kéo dài, bệnh kèm theo chủ yếu là bệnh tim mạch, thể bệnh y học cổ truyền có tỉ lệ cao nhất là tâm tỳ lưỡng hư.

Từ khóa: Hội chứng suy nhược mãn tính; đặc điểm lâm sàng; y học cổ truyền.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND TRADITIONAL MEDICINE PATTERNS OF PATIENTS WITH CHRONIC FATIGUE SYNDROME AT THE MILITARY INSTITUTE OF TRADITIONAL MEDICINE IN THE FIRST QUARTER OF 2026

Objective: To describe the clinical characteristics and traditional medicine syndromes of patients with chronic fatigue syndrome (CFS) at the Military Institute of Traditional Medicine in 2026.

Subjects and Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 105 patients diagnosed with CFS who were examined and treated at the Military Institute of Traditional Medicine during the first quarter of 2026.

Results: The mean age was 68.99 ± 11.35 years; the percentage of patients aged over 60 years were 79%. The female-to-male ratio was 2:1 (65% vs. 35%). Homemakers were the highest percentage with 48.6%, while non-manual workers were the lowest

¹ Trường Đại học Y Hà Nội

² Viện Y học Cổ truyền Quân đội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Minh Phương

Email: lethiminhpheung@hmu.edu.vn

Mã bài: N743

Ngày nhận bài: 27.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 30.3.2026

Ngày duyệt bài: 7.5.2026