

with percutaneous non-tunnelled central venous catheters. *Br J Anaesth*. 2019;123(3):316-324. doi:10.1016/j.bja.2019.04.055

6. **Smitherman AB, Alexander T, Connelly M, et al.** The Incidence of Catheter-Associated Venous Thrombosis in Noncritically Ill Children. *Hospital Pediatrics*. 2015;5(2):59-66. doi:10.1542/hpeds.2014-0041
7. **Tran M, Shein SL, Ji X, Ahuja SP.** Identification of

a “VTE-rich” population in pediatrics – Critically ill children with central venous catheters. *Thrombosis Research*. 2018;161:73-77. doi:10.1016/j.thromres.2017.11.014

8. **Wisecup S, Eades S, Turiy Y.** Characterizing the Risk Factors Associated With Venous Thromboembolism in Pediatric Patients After Central Venous Line Placement. *J Pediatr Pharmacol Ther*. 2015;20(5):358-66. doi:10.5863/1551-6776-20.5.358

ĐẶC ĐIỂM THIẾU MÁU HỒNG CẦU NHỎ NHƯỢC SẮC Ở BỆNH NHI DƯỚI 5 TUỔI TẠI KHOA SỐT XUẤT HUYẾT - HUYẾT HỌC BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Tô Minh Thi^{1,2}, Trần Cao Dung^{1,2}, Nguyễn Minh Tuấn²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc là dạng thiếu máu thường gặp ở trẻ dưới 5 tuổi. Trong đó thiếu máu thiếu sắt là nguyên nhân phổ biến nhất, tuy nhiên Thalassemia và thiếu máu do viêm mạn hoặc bệnh mạn tính cũng cần được chẩn đoán phân biệt. Tại Bệnh viện Nhi Đồng 1, dữ liệu về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm bệnh này còn hạn chế.

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỷ lệ thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc ở trẻ từ 6 tháng đến dưới 5 tuổi nhập viện, đồng thời xác định tỷ lệ các nguyên nhân và mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng của các nhóm nguyên nhân trong quần thể nghiên cứu.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện trên 170 trẻ từ 6 tháng đến 5 tuổi nhập viện tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ tháng 12/2025 đến tháng 03/2026.

Kết quả: 170 trẻ được khảo sát ghi nhận có 75 trường hợp thiếu máu, chiếm 33,3%. Trong số các trường hợp thiếu máu, 48 trường hợp thiếu máu hồng

cầu nhỏ nhược sắc, chiếm 64%. Thiếu máu thiếu sắt là nguyên nhân thường gặp nhất (62,5%), tiếp theo là Thalassemia (12,5%), thiếu máu do bệnh mạn tính (10,4%) và các trường hợp khác (14,6%). Hơn một nửa trường hợp có thiếu máu mức độ nặng (54,2%). Xanh xao là dấu hiệu lâm sàng thường gặp nhất. Gan to và lách to gặp nhiều hơn ở các nhóm nguyên nhân không phải thiếu máu thiếu sắt ($p < 0,05$). Vai trò của mẹ là người chăm sóc chính có sự khác biệt giữa các nhóm nguyên nhân ($p = 0,014$). Các chỉ số Hb, MCV, MCH, MCHC, RDW, ferritin và sắt huyết thanh có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm nguyên nhân.

Kết luận: Thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc chiếm tỷ lệ tương đối cao ở trẻ từ 6 tháng đến 5 tuổi nhập viện, trong đó thiếu máu thiếu sắt là nguyên nhân chủ yếu. Các đặc điểm lâm sàng kết hợp với xét nghiệm huyết học có giá trị trong định hướng và phân biệt nguyên nhân thiếu máu.

Từ khóa: Thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc; Thiếu máu thiếu sắt; Thalassemia; Trẻ dưới 5 tuổi.

SUMMARY

CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF MICROCYTIC HYPOCHROMIC ANEMIA IN CHILDREN UNDER FIVE YEARS OF AGE AT CHILDREN'S HOSPITAL 1

Background: Microcytic hypochromic anemia is a common type of anemia in children under five years

¹Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, Tp. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhi Đồng 1

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Tô Minh Thi

Email: minhthi2751999@gmail.com

Mã bài: **NĐ1-39**

Ngày nhận bài: 27/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 26/3/2026

Ngày duyệt bài: 20/5/2026

of age. Iron deficiency anemia is the most frequent cause; however, Thalassemia and anemia related to chronic inflammation or chronic diseases should also be considered in the differential diagnosis. At Children's Hospital 1, data describing the clinical and laboratory characteristics of this condition remain limited.

Objectives: To determine the prevalence of microcytic hypochromic anemia among hospitalized children aged 6 months to under 5 years, and to identify the etiologies as well as describe the epidemiological, clinical, and laboratory characteristics of the different causes in the study population.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 170 hospitalized children aged 6 months to 5 years at Children's Hospital 1 from December 2025 to March 2026.

Results: Among the 170 children included in the study, 75 cases of anemia were identified (33.3%). Among these, 48 cases were microcytic hypochromic anemia, accounting for 64% of all anemia cases. Iron deficiency anemia was the most common cause (62.5%), followed by Thalassemia (12.5%), anemia of chronic disease (10.4%), and other causes (14.6%). More than half of the cases had severe anemia (54.2%). Pallor was the most common clinical manifestation. Hepatomegaly and splenomegaly were more frequently observed in non-iron deficiency anemia groups ($p < 0.05$). The role of the mother as the primary caregiver differed significantly among etiological groups ($p = 0.014$). Hematological and iron metabolism parameters, including Hb, MCV, MCH, MCHC, RDW, ferritin, and serum iron, showed significant differences among etiological groups.

Conclusions: Microcytic hypochromic anemia accounts for a relatively high proportion of anemia among hospitalized children aged 6 months to 5 years, with iron deficiency anemia being the predominant cause. Clinical features combined with hematological investigations are valuable in guiding the etiological diagnosis of anemia.

Keywords: Microcytic Hypochromic Anemia; Iron-Deficiency Anemia; Thalassemia; Child, Preschool.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu máu là một trong những vấn đề sức khỏe cộng đồng quan trọng trên toàn cầu, đặc biệt ở trẻ em dưới 5 tuổi. Ước tính khoảng 40% trẻ em trong nhóm tuổi này trên toàn thế giới bị thiếu máu, tương đương hơn 260 triệu trẻ, với gánh nặng bệnh tật tập trung chủ yếu ở các quốc

gia thu nhập thấp và trung bình.

Thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc là hình thái thiếu máu thường gặp nhất ở trẻ em. Nguyên nhân thường gặp nhất là thiếu máu thiếu sắt, bên cạnh đó còn có các rối loạn huyết sắc tố như Thalassemia và thiếu máu do bệnh mạn tính hoặc tình trạng viêm.

Nhiều nghiên cứu quốc tế đã ghi nhận tỷ lệ thiếu máu cao ở trẻ nhỏ.

Tại Việt Nam, kết quả Tổng điều tra Dinh dưỡng toàn quốc giai đoạn 2019 – 2020 ghi nhận tỷ lệ thiếu máu ở trẻ dưới 5 tuổi là 19,6%. Một nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 cho thấy 69% trường hợp thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc do thiếu sắt, trong khi khoảng 31% không do thiếu sắt, chủ yếu liên quan đến Thalassemia.

Tuy nhiên, dữ liệu cập nhật về tỷ lệ, nguyên nhân và đặc điểm lâm sàng – cận lâm sàng của thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc ở trẻ từ 6 tháng đến 5 tuổi nhập viện vẫn còn hạn chế. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng của các nhóm nguyên nhân thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc trong quần thể nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả.

Thời gian nghiên cứu: Từ 12/2025 đến 03/2026.

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả trẻ từ 6 tháng đến 5 tuổi nhập khoa Sốt xuất huyết – Huyết học Bệnh viện Nhi Đồng 1 được làm xét nghiệm máu trong thời gian nghiên cứu.

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỉ lệ. Trong đó $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ khi $\alpha = 0,05$, $d = 0,07$. Chúng tôi chọn $p = 0,288$ theo kết quả tỷ lệ thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc của tác giả Adu-Amankwaah và cộng sự⁽⁴⁾. Vậy cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu là 161 bệnh nhân.

Kỹ thuật chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Tiêu chuẩn nhận vào: Trẻ từ 6 tháng đến 5 tuổi nhập khoa Sốt xuất huyết – Huyết học Bệnh viện Nhi Đồng 1.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Trẻ đã được chẩn đoán xác định nguyên nhân thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc. Trẻ đã hoặc đang được điều trị thiếu máu trước nhập viện. Bệnh nhi xuất viện trong vòng 24 giờ nhập khoa.

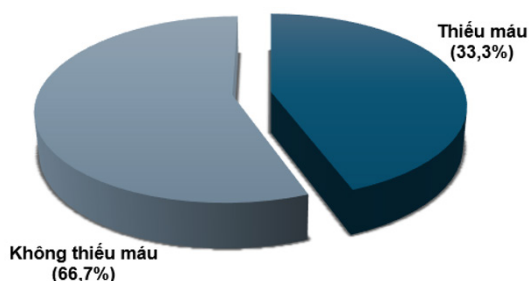
2.2. Phương pháp thu thập số liệu: Phòng vấn bệnh nhân và thu thập các đặc điểm liên quan cần khảo sát trên bệnh nhân, kết hợp hồ sơ bệnh án, điền vào bảng thu thập số liệu soạn sẵn.

Xử lý số liệu: Dữ liệu được thu thập vào bảng excel và xử lý thống kê bằng phần mềm Stata 14.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu này đã được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Bệnh viện Nhi Đồng 1, số 1288/GCN-BVND1.

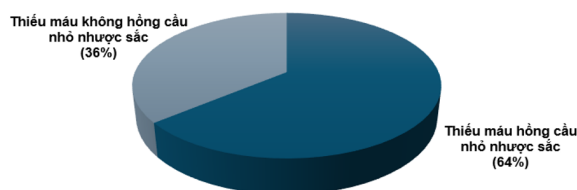
III. KẾT QUẢ

Từ tháng 12/2025 đến tháng 03/2026, thu nhận được 170 bệnh nhân thỏa tiêu chí nhận bệnh. Hình 1, 2, 3, 4 lần lượt trình bày tỷ lệ thiếu máu ở trẻ nhập viện, tỷ lệ thiếu máu hồng cầu nhỏ trong nhóm thiếu máu, tỷ lệ mức độ thiếu máu trong nhóm thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc và tỷ lệ các nhóm nguyên nhân thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc.



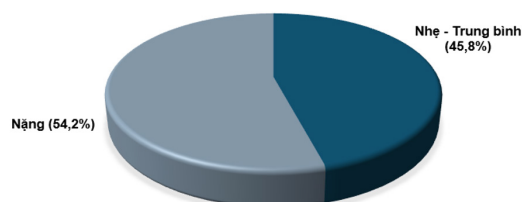
Hình 1. Tỷ lệ thiếu máu ở trẻ từ 6 tháng đến 5 tuổi nhập viện.

Trong tổng số 170 trẻ dưới 5 tuổi nhập viện có chỉ định xét nghiệm công thức máu, có 75 trường hợp thiếu máu, chiếm 33,3%.



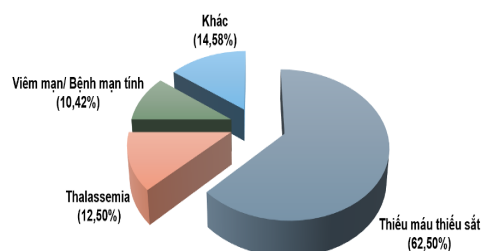
Hình 2. Tỷ lệ thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc ở trẻ từ 6 tháng đến 5 tuổi nhập viện có thiếu máu.

Trong số 75 trẻ được chẩn đoán thiếu máu, 48 trường hợp (64%) thuộc nhóm thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc.



Hình 3. Tỷ lệ mức độ thiếu máu trong nhóm thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc.

Trong nhóm 48 trẻ thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc, 26 trẻ có thiếu máu mức độ nhẹ – trung bình (45,8%) và 22 trẻ bị thiếu máu nặng (54,2%).



Hình 4. Nguyên nhân thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc (n=48).

Nguyên nhân thường gặp nhất của thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc là thiếu máu thiếu sắt (62,50%), tiếp theo là Thalassemia (12,50%), thiếu máu do viêm hoặc bệnh mạn tính (10,40%) và các trường hợp khác (14,60%).

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng theo từng nhóm nguyên nhân thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc (n = 48)

Đặc điểm	Thiếu máu thiếu sắt (n = 30)	Thalassemia (n = 6)	Viêm mạn/ Bệnh mạn tính (n = 5)	Khác (n = 7)	P
Xanh xao, n (%)	26 (92,86)	3 (50,00)	2 (40,00)	5 (71,43)	0,005*
Suy dinh dưỡng, n (%)	20 (66,67)	2 (33,33)	4 (80,00)	1 (14,29)	0,056*
Gan to, n (%)	4 (13,33)	2 (33,33)	3 (60,00)	5 (71,43)	0,004*
Lách to, n (%)	1 (3,33)	3 (50,00)	4 (80,00)	4 (57,14)	<0,001*
Sốt, n (%)	20 (66,67)	3 (50,00)	2 (40,00)	4 (57,14)	0,643*
Vàng da, n (%)	0 (0)	1 (20,00)	0 (0)	2 (28,57)	0,031*

*Phép kiểm Fisher. †Nhóm khác: 2 trường hợp vừa Thalassemia kèm thiếu máu thiếu sắt, 2 trường hợp bệnh lý HbC và HbE và 3 trường hợp không đủ kết luận nguyên nhân (bilan sắt và điện di Hb bình thường).

Xanh xao chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm thiếu máu thiếu sắt. Ngược lại, gan lách to và vàng da xuất hiện chủ yếu ở nhóm Thalassemia và các trường hợp khác, trong đó tỷ lệ lách to ở nhóm thiếu máu thiếu sắt là thấp nhất.

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng theo từng nhóm nguyên nhân thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc (n = 48)

Đặc điểm	Thiếu máu thiếu sắt (n = 30)	Thalassemia (n = 6)	Viêm mạn/ Bệnh mạn tính (n = 5)	Khác† (n = 7)	P
Số lượng hồng cầu ($\times 10^6/\mu\text{L}$)	3,88 $\pm$ 1,19	5,07 $\pm$ 0,94	4,51 $\pm$ 1,48	4,47 $\pm$ 0,9	0,113*
Hb (g/dL)	5,94 $\pm$ 2,58	9,07 $\pm$ 1,8	9,60 $\pm$ 2,02	8,30 $\pm$ 2,09	0,002*
MCV (fL)	53,89 $\pm$ 8,71	57,30 $\pm$ 2,74	69,06 $\pm$ 7,17	59,70 $\pm$ 9,47	0,004*
MCH (pg)	14,05 (11,7 – 16,0)	18,35 (17,7 – 18,7)	23 (19 – 24,4)	19,20 (15,7 – 21,8)	0,001*
MCHC (pg)	27,3 $\pm$ 5,44	31,33 $\pm$ 1,62	31,76 $\pm$ 1,55	31,22 $\pm$ 2,23	0,001*
RDW (%)	22,8 (19,9 – 26,0)	17,55 (16,0 – 25,2)	15,35 (14,3 – 17,1)	24,25 (16,0 – 26,0)	0,041*
Ret (%)	1,37 (0,95 – 1,99)	3,115 (1,28 – 4,95)	0,53 (0,24 – 5,66)	1,99 (0,8 – 3,18)	0,769*
Số lượng tiểu cầu ($\times 10^3/\mu\text{L}$)	434 (266 – 557)	350 (138 – 375)	187 (130 – 341)	413 (379 – 531)	0,051*
Ferritin ($\mu\text{g/L}$)	7,7 (5 – 16,2)	113,05 (42,30 – 123)	219 (41,6 – 288,2)	99,75 (46,6 – 168,3)	<0,001*
Sắt huyết thanh ($\mu\text{g/dL}$)	1,98 (1,37 – 2,95)	12,91 (11,98 – 15,90)	8,675 (4,44 – 12,91)	8,85 (5,92 – 10,05)	<0,001*

**Phép kiểm Fisher.*

Nồng độ Hb, MCV, MCH và MCHC, ferritin và sắt huyết thanh thấp khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm nguyên nhân, thấp nhất ở nhóm thiếu máu thiếu sắt và cao hơn ở các nhóm còn lại. RDW cao hơn ở nhóm thiếu máu thiếu sắt.

IV. BÀN LUẬN**Tỷ lệ thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc và mức độ thiếu máu ở trẻ em từ 6 tháng đến 5 tuổi.**

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong tổng số 170 trẻ từ 6 tháng đến 5 tuổi nhập viện có chỉ định xét nghiệm công thức máu, có 75 trẻ thiếu máu (33,3%). Trong số các trường hợp thiếu máu, thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc chiếm 66,7%.

Tỷ lệ này tương đối tương đồng với các nghiên cứu quốc tế Alqahtani và cộng sự (2019) tại Ả Rập Xê Út ghi nhận 26,4% trẻ bị thiếu máu và 26,9% có thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc⁽⁵⁾. Tương tự, Adu-Amankwaah và cộng sự (2018) tại Ghana ghi nhận thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc chiếm 60,4% trong các trường hợp thiếu máu, trong khi nghiên cứu của Ocan và cộng sự (2018) tại Uganda ghi nhận tỷ lệ này là 65,4%. Những kết quả này cho thấy thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc là dạng thiếu máu phổ biến ở trẻ em tại nhiều quốc gia, đặc biệt ở các nước đang phát triển.

Về mức độ thiếu máu, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 54,2% trường hợp thiếu máu nặng, cao hơn so với nghiên cứu Bharath 2025 tại Ấn Độ (15%). Sự khác biệt này có thể liên quan đến đối tượng nghiên cứu của chúng tôi thực hiện tại khoa huyết học, trong khi nghiên cứu tại Ấn Độ thực hiện tại khoa Nhi nói chung.

Tỷ lệ các nguyên nhân gây thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thiếu máu thiếu sắt chiếm tỷ lệ cao nhất (62,5%), tiếp theo là Thalassemia (12,5%), thiếu máu do viêm hoặc bệnh mạn tính (10,4%) và các trường hợp khác (14,6%). Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên

cứu trước đây cho thấy thiếu máu thiếu sắt vẫn là nguyên nhân hàng đầu của thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc ở trẻ em.

Tại Việt Nam, nghiên cứu của Trần Anh Huân (2018) tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 ghi nhận thiếu máu thiếu sắt chiếm 69% trong các trường hợp thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc. Tương tự, nghiên cứu của Nguyễn Minh Tuấn và cộng sự (2020) cũng ghi nhận thiếu máu thiếu sắt chiếm 50,6% và Thalassemia chiếm 46% ở nhóm trẻ có hồng cầu nhỏ⁽³⁾.

Các nghiên cứu quốc tế cũng ghi nhận xu hướng tương tự. Bharath và Subhadarshini (2025) cho thấy 62% trẻ thiếu máu có nồng độ ferritin thấp, xác định thiếu sắt là nguyên nhân chủ yếu⁽⁷⁾. Nghiên cứu của AlQarni và cộng sự (2024) trên trẻ có hồng cầu nhỏ cho thấy thiếu máu thiếu sắt chiếm 79,5%, trong khi Thalassemia chiếm tỷ lệ đáng kể ở các vùng có tần suất mang gen cao⁽⁶⁾.

Những kết quả này cho thấy mặc dù thiếu máu thiếu sắt vẫn là nguyên nhân chủ yếu, nhưng Thalassemia và các bệnh lý mạn tính cũng cần được chú ý trong chẩn đoán phân biệt, đặc biệt ở những khu vực có tỷ lệ mang gen Thalassemia cao như Đông Nam Á.

Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng của các nhóm nguyên nhân thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc trong quần thể nghiên cứu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm thiếu máu thiếu sắt có tỷ lệ trẻ nam cao hơn nữ (70% so với 30%). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Trần Xuân Tuấn (2022), trong đó trẻ nam chiếm 74,7% trong nhóm thiếu máu thiếu sắt. Tuy nhiên, một số nghiên cứu quốc tế lại ghi nhận tỷ lệ thiếu máu cao hơn ở trẻ nữ, như nghiên cứu của Adu-Amankwaah (2018). Sự khác biệt này có thể liên quan đến đặc điểm dân số nghiên cứu hoặc các yếu tố dinh dưỡng và chăm sóc trẻ khác nhau giữa các khu vực. Yếu tố dịch tễ thứ hai có ý nghĩa thống kê trong nghiên cứu của là vai trò của mẹ là người chăm sóc chính. Đây là một điểm đáng chú ý vì khác với các biến kinh điển như nơi cư trú, trình độ học vấn hay nghề nghiệp của mẹ,

vai trò chăm sóc trực tiếp phản ánh gần hơn chất lượng nuôi dưỡng và theo dõi trẻ hằng ngày. Dù trong các nghiên cứu đã công bố chưa phân tích riêng biệt này, nhiều công trình cho thấy các yếu tố liên quan đến người chăm sóc có ảnh hưởng rõ đến nguy cơ thiếu máu. Lê Văn Khoa và cộng sự (2024) ghi nhận thiếu máu thiếu sắt liên quan với kiến thức hạn chế của mẹ về thực phẩm giàu sắt, còn Nguyễn Minh Tuấn và cộng sự (2020) cho thấy chế độ ăn thiếu sắt là yếu tố liên quan độc lập với thiếu máu thiếu sắt^(3,1). Tương tự, Bharath và Subhadarshini (2025) cũng nhận thấy thiếu máu phổ biến hơn ở nhóm trẻ có mẹ học vấn thấp và điều kiện kinh tế – xã hội kém⁷.

Xanh xao là dấu hiệu lâm sàng thường gặp nhất, đặc biệt ở nhóm thiếu máu thiếu sắt (92,9%). Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu trong nước. Nguyễn Thị Trang (2021) ghi nhận da xanh và niêm mạc nhợt chiếm khoảng 92% ở trẻ thiếu máu thiếu sắt, trong khi Trần Xuân Tuấn (2022) ghi nhận niêm mạc nhợt là triệu chứng phổ biến nhất (91,6%)^(2,8). Gan to và lách to gặp nhiều hơn ở nhóm Thalassemia và thiếu máu do bệnh mạn tính. Điều này phù hợp với cơ chế bệnh sinh của các bệnh lý tan máu mạn tính, trong đó sự phá hủy hồng cầu kéo dài và tăng sinh tủy xương có thể dẫn đến phì đại gan lách.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nồng độ Hb thấp nhất ở nhóm thiếu máu thiếu sắt, đồng thời các chỉ số MCV, MCH và MCHC đều giảm, phản ánh đặc điểm hồng cầu nhỏ nhược sắc điển hình. RDW tăng cao hơn ở nhóm thiếu máu thiếu sắt, cho thấy sự biến thiên kích thước hồng cầu trong tình trạng thiếu sắt. Nồng độ ferritin và sắt huyết thanh giảm rõ rệt ở nhóm thiếu máu thiếu sắt, trong khi CRP tăng cao hơn ở nhóm thiếu máu do viêm hoặc bệnh mạn tính. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Trang và cộng sự (2021), ghi nhận Hb trung bình $75,6 \pm 10,9$ g/L, MCV $65,9 \pm 8,5$ fL và MCH $20,8 \pm 3,8$ pg ở trẻ thiếu máu thiếu sắt. Tương tự, Trần Xuân Tuấn và cộng sự (2022) cũng ghi nhận Hb và các chỉ số hồng cầu giảm rõ rệt, cùng với nồng độ sắt huyết thanh và ferritin thấp⁽⁸⁾. Những

kết quả này cho thấy các chỉ số huyết học và xét nghiệm sắt có giá trị quan trọng trong định hướng chẩn đoán và phân biệt nguyên nhân thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc ở trẻ em.

V. KẾT LUẬN

Thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc là tình trạng thường gặp ở trẻ từ 6 tháng đến 5 tuổi nhập viện tại Bệnh viện Nhi Đồng 1, chiếm tỷ lệ đáng kể trong các trường hợp thiếu máu. Trong đó, thiếu máu thiếu sắt là nguyên nhân chủ yếu, tiếp theo là Thalassemia và thiếu máu do viêm nhiễm hoặc bệnh mạn tính. Các biểu hiện lâm sàng thường gặp nhất là xanh xao, trong khi gan to và lách to có xu hướng xuất hiện nhiều hơn ở các nguyên nhân không do thiếu sắt. Các chỉ số Hb, MCV, MCH, MCHC, RDW, ferritin và sắt huyết thanh cho thấy sự khác biệt rõ rệt giữa các nhóm nguyên nhân, góp phần quan trọng trong định hướng chẩn đoán và phân biệt thiếu máu thiếu sắt với các nguyên nhân khác. Kết quả nghiên cứu nhấn mạnh vai trò của đánh giá toàn diện lâm sàng kết hợp xét nghiệm huyết học, đồng thời cho thấy tầm quan trọng của cải thiện dinh dưỡng và sàng lọc các bệnh lý huyết học nhằm phát hiện sớm và quản lý hiệu quả thiếu máu ở trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Khoa, Phan TT, Ông HT, Võ TXH. Khảo sát tình trạng thiếu máu thiếu sắt và một số yếu tố liên quan ở trẻ em 12 tháng đến 5 tuổi suy dinh dưỡng tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2022–2023. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2024;81doi:10.58490/ctump.2024i81.2356
2. Nguyễn Thị Trang, Nguyễn NS, Vũ VQ, Nguyễn TNT. Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến thiếu máu thiếu sắt ở trẻ từ 6 tháng đến 5 tuổi. *Công trình Nghiên cứu khoa học Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*. 2022;
3. Nguyễn Minh Tuấn và cộng sự. Đặc điểm nguyên nhân thiếu máu hồng cầu nhỏ ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2020;497(2):35-42.
4. Adu-Amankwaah J, Allotey EA, Kwasie DA, et al. Prevalence and morphological types of anaemia among children under-five years in the Volta regional hospital of Ghana. *Open Access Library*

Journal. 2018;5(2):1-10.

5. **Alqahtani SM.** Prevalence of anemia among preschool age children in Southwest Saudi Arabia. *Bahrain Medical Bulletin*. 2019;41(2):67-70.
6. **AlQarni AM, Althumairi A, Alkaltham NK, et al.** Diagnostic Test Performance of the Mentzer Index in Evaluating Saudi Children With Microcytosis. *Frontiers in Medicine*. 2024;11doi:10.3389/fmed.2024.1361805
7. **Bharath GK, Subhadarshini S.** Prevalence and

Determinants of Microcytic Hypochromic Anemia in Children Under Five in Chikkamagaluru: A Two Year Study. *International Journal of Medicine and Public Health*. 2025;15(1):409-412.

8. **Tran XT, Nguyen VS.** Clinical, Paraclinical Characteristics and Risk Determinants of Iron Deficiency Anemia among Patient from 2 Months to 60 Months Treated in Thai Nguyen A Hospital. *TNU Journal of Science and Technology*. 2022/08/08 2022;227(14):22-27.

PHẢN ỨNG CẢM XÚC TĂNG THEO DIỆN TÍCH BÔNG: BẰNG CHỨNG TỪ MỘT NGHIÊN CỨU CẮT NGANG TRÊN 146 BỆNH NHÂN BÔNG NỘI TRÚ

Phạm Thị Mai Phương¹, Nguyễn Tiến Dũng¹, Hà Thị Hải Yến²,
Nguyễn Huỳnh Anh Thư³, Nguyễn Thành Chung¹, Hoàng Đức Minh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm khảo sát mối liên hệ giữa các chỉ số lâm sàng của vết thương bỏng (TBSA, độ sâu bỏng) với phản ứng cảm xúc và các chiến lược điều tiết cảm xúc (dồn nén cảm xúc, tái cấu trúc nhận thức) ở bệnh nhân bỏng.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện từ tháng 10/2024 đến tháng 01/2025 trên 146 bệnh nhân bỏng nội trú (từ 18 đến 80 tuổi) tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác. Phân tích tương quan Pearson và ANOVA một chiều được sử dụng để xác định mối liên hệ giữa các biến với phản ứng cảm xúc.

Kết quả: Phản ứng cảm xúc có tương quan thuận với TBSA ($r = 0,31$, $p = 0,001$), trong khi độ sâu bỏng không cho thấy ảnh hưởng đáng kể đến phản ứng cảm xúc ($F(2, 143) = 0,849$, $p = 0,43$). Dồn nén cảm xúc ($r =$

$0,293$, $p = 0,002$) và tái cấu trúc nhận thức ($r = 0,314$, $p = 0,001$) trong điều tiết cảm xúc ($r = 0,34$, $p = 0,001$) đều cho thấy tương quan thuận với phản ứng cảm xúc.

Kết luận: Trong các yếu tố lâm sàng được khảo sát, diện tích bỏng (TBSA) cho thấy mối liên hệ đáng kể với phản ứng cảm xúc, trong khi độ sâu bỏng không có ảnh hưởng ý nghĩa thống kê. Các chiến lược điều tiết cảm xúc cũng cho thấy mối liên hệ mật thiết đến mức độ phản ứng cảm xúc. Cần ưu tiên đánh giá và can thiệp tâm lý sớm cho bệnh nhân có vùng bỏng lớn và tích hợp các biện pháp hỗ trợ tâm lý tập trung vào cơ chế điều tiết cảm xúc lành mạnh vào quy trình chăm sóc bỏng để giúp bệnh nhân kiểm soát phản ứng cảm xúc hiệu quả hơn, thay vì dồn nén cảm xúc.

Từ khóa: Bỏng, phản ứng cảm xúc, điều tiết cảm xúc, TBSA, độ sâu bỏng.

SUMMARY

EMOTIONAL REACTIVITY INCREASES WITH BURN SURFACE AREA: EVIDENCE FROM A CROSS-SECTIONAL STUDY OF 146 HOSPITALIZED BURN PATIENTS

Objective: This study aimed to investigate the relationship between clinical indicators of burn wounds (TBSA, burn depth) and emotional reactivity, as well as emotion regulation strategies (emotional suppression, cognitive reappraisal) in burn patients.

¹Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác, Học viện Quân y

²Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn

³Đại học Lao động - Xã hội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Mai Phương

Email: phammaiphuong71vbqg@gmail.com

Mã bài: N765

Ngày nhận bài: 31/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 31/3/2026

Ngày duyệt bài: 15/5/2026