

MỘT SỐ NGUYÊN NHÂN GÂY THIẾU MÁU THIẾU SẮT Ở BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Hà Văn Quang^{1*}, Nguyễn Văn Bằng¹
Nguyễn Phương Hiền², Nguyễn Thị Thịnh³

Tóm tắt

Mục tiêu: Xác định một số nguyên nhân gây thiếu máu thiếu sắt (TMTS) ở bệnh nhân (BN) điều trị tại Bệnh viện Quân y 103. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 118 BN điều trị TMTS tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 01/2022 - 4/2024 và được chia thành 3 nhóm: Nhóm mất máu mạn tính (79 BN), nhóm không hoặc hạn chế hấp thu sắt (28 BN) và nhóm phối hợp (11 BN). **Kết quả:** Tỷ lệ nữ/nam là 2,3/1. Nguyên nhân TMTS chủ yếu là do mất máu mạn tính (66,9%), thiếu máu mức độ vừa (57,6%) hoặc nặng (33,9%). Ở nhóm không hoặc hạn chế hấp thu sắt, nguyên nhân chủ yếu là do viêm dạ dày, bệnh nhiễm trùng khác hoặc do ăn kiêng; ở nhóm mất máu mạn tính: Nam giới > 40 tuổi bị trĩ hoặc polyp đại tràng; nữ giới từ 41 - 60 tuổi bị u xơ tử cung hoặc rối loạn kinh nguyệt là nguyên nhân phổ biến. 13/118 BN bị ung thư đường tiêu hóa. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi trung bình, nhóm tuổi và mức độ thiếu máu ở các nhóm nghiên cứu, với $p < 0,0001$ và $p < 0,05$. **Kết luận:** Mất máu mạn tính là nguyên nhân chủ yếu gây TMTS, nên tầm soát ung thư đường tiêu hóa ở BN TMTS.

Từ khóa: Thiếu máu thiếu sắt; Nguyên nhân thiếu sắt; Bệnh viện Quân y 103.

SOME CAUSES OF IRON DEFICIENCY ANEMIA IN PATIENTS TREATED AT MILITARY HOSPITAL 103

Abstract

Objective: To identify causes of iron deficiency anemia in patients treated at Military Hospital 103. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted

¹Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

²Học viện Y học cổ truyền

³Trường Đại học Hoà Bình

*Tác giả liên hệ: Hà Văn Quang (haquangss@gmail.com)

Ngày nhận bài: 17/7/2024

Ngày được chấp nhận đăng: 14/8/2024

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v49i8.917>

on 118 patients diagnosed with and treated for iron deficiency anemia at Military Hospital 103 from January 2022 to April 2024 and divided into 3 groups: Chronic blood loss group (79 patients), no or limited iron absorption group (28 patients), and combination group (11 patients). **Results:** The female to male rate was 2.3/1. Iron deficiency anemia was mostly caused by chronic blood loss (66.9%), moderate anemia (57.6%), and severe anemia (33.9%). In no or limited iron absorption group, the main causes were gastritis, other infections, and poor diet while in the chronic blood loss group, males > 40 years old with hemorrhoids or colon polyps and women aged 41 - 60 years old with uterine fibroids or menstrual disorders were common causes. 13/118 patients had gastrointestinal cancer. There were statistically significant differences in average age, age groups, and anemia levels in the study groups, with $p < 0.0001$ and $p < 0.05$. **Conclusion:** Chronic blood loss is the primary cause of iron deficiency anemia, and patients with iron deficiency anemia should be screened for gastrointestinal cancer.

Keywords: Iron deficiency anemia; Cause of iron deficiency; Military Hospital 103.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu máu thiếu sắt là bệnh lý do thiếu vi chất dinh dưỡng hay gặp trên thế giới, gây ảnh hưởng đến 1/4 dân số thế giới và chiếm 8,8% tổng gánh nặng bệnh tật toàn cầu; trong đó, hơn 90% các trường hợp TMTS là ở các nước đang phát triển [1]. Tại Việt Nam, TMTS vẫn đang là vấn đề quan trọng đối với sức khỏe cộng đồng, gây ảnh hưởng đến nhiều lứa tuổi và nhóm đối tượng khác nhau. Triệu chứng lâm sàng của TMTS thường không rõ rệt khi BN bị thiếu máu mức độ nhẹ, nhiều BN tình cờ phát hiện TMTS khi kiểm tra sức khỏe định kỳ hoặc đi khám bệnh vì lý do khác. Trong thực tế lâm sàng, TMTS thường được phát hiện khi BN bị thiếu máu ở mức độ nặng hoặc vừa với các

triệu chứng thường gặp là mệt mỏi, hoa mắt chóng mặt,... hoặc do một số triệu chứng của các bệnh lý gây TMTS như đi ngoài ra máu, rối loạn kinh nguyệt, ra máu bất thường vùng âm đạo...[2, 3]. Nguyên nhân của TMTS là do không hoặc hạn chế hấp thu sắt, mất sắt do mất máu mạn tính hoặc rối loạn chuyển hóa sắt bẩm sinh [4]. Trong đó, TMTS do mất máu mạn tính là nguyên nhân hay gặp trên lâm sàng ở các đối tượng trung niên, người già, phụ nữ có thai và thiếu nữ tuổi dậy thì. Các nghiên cứu đã xác định được nhiều trường hợp BN bị ung thư đường tiêu hóa, ung thư tử cung,... [2, 5]. Chẩn đoán TMTS được xác định dựa vào bệnh cảnh lâm sàng, tổng phân tích máu ngoại vi và xét nghiệm bilan sắt (ferritin, transferin, độ bão hòa transferrin) [4]. Tuy nhiên, việc xác

định nguyên nhân gây TMTS đôi khi còn gặp nhiều khó khăn. Bên cạnh đó, do điều kiện sống, điều kiện làm việc, điều kiện sinh hoạt, môi trường sống... thay đổi nhanh chóng trong thời đại hiện nay nên nguyên nhân gây TMTS cũng thay đổi theo thời gian. Xuất phát từ thực tế đó, nghiên cứu được tiến hành nhằm: *Xác định một số nguyên nhân gây TMTS ở BN điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 từ năm 2022 - 2024.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

118 BN được chẩn đoán và điều trị TMTS tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 01/2022 - 4/2024

* *Tiêu chuẩn lựa chọn:* BN ≥ 18 tuổi; BN được chẩn đoán và điều trị TMTS; BN tự nguyện tham gia nghiên cứu.

* *Tiêu chuẩn loại trừ:* BN thiếu máu có kèm theo mắc các bệnh lý khác như suy thận, bệnh máu ác tính, bệnh lý bẩm sinh dòng hồng cầu...; phụ nữ có thai hoặc đang cho con bú trong vòng 12 tháng.

2. Phương pháp nghiên cứu

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

* *Cỡ mẫu nghiên cứu:* Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho một tỷ lệ:

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{(p(1-p))}{d^2}$$

Với $p = 0,06$ là tỷ lệ TMTS (Nguyễn Phương Linh Hoàng và CS (2021) [6]), chọn $d = 0,05$ thì $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$, tính được $n \approx 87$. Trong nghiên cứu này, chọn được 118 BN.

- Chẩn đoán TMTS dựa theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế năm 2022 [4]: Hb < 130 g/L đối với nam giới và Hb < 120 g/L đối với nữ giới; hồng cầu nhỏ (MCV < 80fL); nhược sắc (MCH < 27pg); ferritin huyết thanh < 30 ng/mL.

- Chẩn đoán mức độ thiếu máu theo Bộ Y tế [4]: Thiếu máu nhẹ: Huyết sắc tố từ 90 - 120 g/L; thiếu máu vừa: Huyết sắc tố từ 60 - < 90 g/L; thiếu máu nặng: Huyết sắc tố từ 30 - < 60 g/L; thiếu máu rất nặng: Huyết sắc tố < 30 g/L.

* *Các bước tiến hành:* BN TMTS đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn chia thành ba nhóm bệnh theo Bộ Y tế (2022) [1]: Nhóm mất máu mạn tính (79 BN), nhóm không hoặc hạn chế hấp thu sắt (28 BN) và nhóm phối hợp (11 BN). Sau đó tiến hành thu thập các thông tin: Tuổi, giới tính, công thức máu, sinh hóa máu, mô bệnh học, chẩn đoán hình ảnh và các xét nghiệm khác.

* *Xử lý số liệu:* Sử dụng phần mềm SPSS 25.0. Sự khác biệt về tỷ lệ giữa các nhóm được xác định bằng kiểm định Chi-square test. Sự khác biệt về giá trị trung bình được xác định bằng kiểm định T-test (2 nhóm) hoặc Anova (3 nhóm). Sự khác biệt về giá trị trung

vị được xác định bằng kiểm định Mann-Whitney (2 nhóm) hoặc Kruskal-Wallis (3 nhóm).

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu phục vụ công tác chẩn đoán và điều trị bệnh, không can thiệp

trên đối tượng nghiên cứu. BN tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện, không phải trả chi phí. Số liệu bài báo đã được Bệnh viện Quân y 103 cho phép sử dụng và công bố. Chúng tôi cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

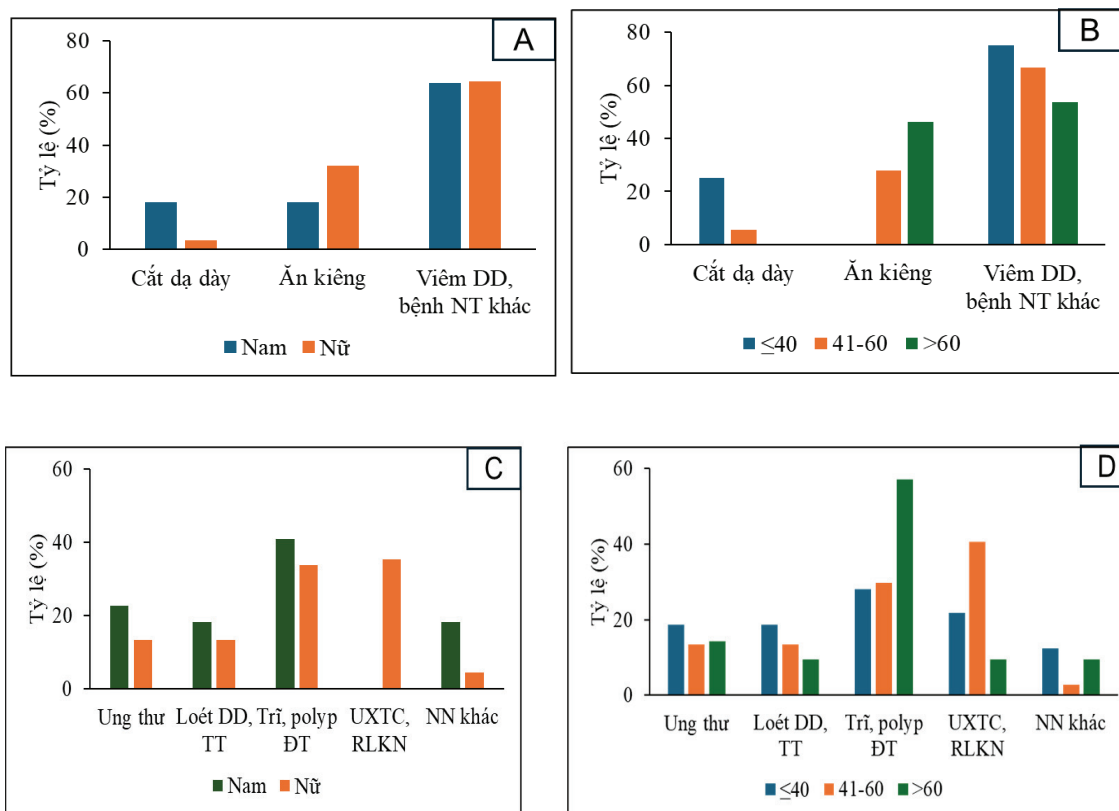
Chỉ tiêu nghiên cứu	Số lượng (n = 118)	Tỷ lệ (%)	Min - max
Tuổi	≤ 40	34	28,8
	> 40 - 60	49	41,5
	> 60	35	29,7
	$\bar{X} \pm SD$	50,4 ± 19,1	
Giới tính	Nam	36	30,5
	Nữ	82	69,5
Nguyên nhân	Mất sắt	79	66,9
	Không cung cấp đủ	28	23,7
	Phối hợp	11	9,3
Mức độ thiếu máu	Nhẹ	10	8,5
	Vừa	68	57,6
	Nặng	40	33,9
MCV (fL)	65,6 ± 8,1		44,8 - 90,5
MCH (pg)	19,1 ± 3,3		12,4 - 30,0
MCHC (g/L)	289,1 ± 20,7		236 - 334
Sắt (μmol/L)	4,00 (3,03 - 5,09)		0,9 - 31,11
Ferritin (ng/mL)	4,00 (2,80 - 8,00)		0,8 - 27,6

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $50,4 \pm 19,1$; trong đó, tuổi từ 41 - 60 chiếm tỷ lệ cao nhất (41,5%). Tỷ lệ nữ/nam: 2,3/1. Nguyên nhân gây TMTS chủ yếu là do mất máu mạn tính (66,9%). Phần lớn BN TMTS vào viện trong tình trạng thiếu máu mức độ vừa hoặc nặng với tỷ lệ tương ứng là 57,6% và 33,9%. Giá trị trung bình của MCV, MCH, MCHC và giá trị trung vị của nồng độ sắt và ferritin huyết thanh thấp hơn bình thường.

Bảng 2. Phân bố nhóm tuổi và giới tính của BN theo nhóm nguyên nhân gây bệnh.

Chỉ tiêu nghiên cứu	Nhóm mất sắt (n = 79) (1)		Nhóm không hoặc hạn chế hấp thu sắt (n = 28) (2)		Nhóm phối hợp (n = 11) (3)		
	n	%	n	%	n	%	
	$\bar{X} \pm SD$	45,6 ± 14,6		50,5 ± 20,1		80,6 ± 10,1	
	$p < 0,0001$ ($p_{(1-2)} = 0,041$; $p_{(1-3)} = 0,014$; $p_{(2-3)} = 0,003$)						
Tuổi	≤ 40	27	34,2	7	25,0	0	0,0
	41 - 60	36	45,6	13	46,4	0	0,0
	≥ 61	16	20,3	8	28,6	11	100,0
	$p < 0,0001$ ($p_{(1-2)} = 0,552$; $p_{(1-3)} < 0,0001$; $p_{(2-3)} < 0,0001$)						
Giới tính	Nữ	57	72,2	20	71,4	5	45,5
	Nam	22	27,8	8	28,6	6	54,5
	$p = 0,119$ ($p_{(1-2)} = 0,957$; $p_{(1-3)} = 0,091$; $p_{(2-3)} = 0,128$)						

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi trung bình và nhóm tuổi ở các nhóm nghiên cứu, với $p < 0,0001$. Tuy nhiên, không có sự khác biệt theo giới tính giữa các nhóm nghiên cứu, với $p > 0,05$.



Biểu đồ 1. Phân bố tỷ lệ BN theo nhóm tuổi và giới tính ở từng nhóm nghiên cứu A và B: Nhóm không hoặc hạn chế hấp thu sắt; C và D: Nhóm mất máu mạn tính.

Ở nhóm không hoặc hạn chế hấp thu sắt: TMTS chủ yếu do viêm dạ dày, bệnh nhiễm trùng khác hoặc do ăn kiêng. Trong đó, ăn kiêng thường gặp ở nữ giới hơn nam giới, viêm dạ dày hoặc các bệnh nhiễm trùng khác thường gặp ở BN ≤ 40 tuổi.

Ở nhóm mất máu mạn tính: Nguyên nhân gây TMTS chủ yếu do trĩ, polyp

đại tràng hoặc do u xơ tử cung, rối loạn kinh nguyệt. Trĩ hoặc polyp đại tràng thường gặp ở nam giới > 40 tuổi, u xơ tử cung hoặc rối loạn kinh nguyệt thường gặp ở nữ giới từ 41 - 60 tuổi. Đáng chú ý, có 14/118 BN TMTS do nguyên nhân ung thư. Trong đó, ung thư đường tiêu hóa chiếm 13/14 trường hợp trong tổng số BN bị ung thư.

Bảng 3. Phân bố mức độ thiếu máu và một số chỉ số hồng cầu của BN theo nhóm nguyên nhân gây bệnh.

Chỉ tiêu nghiên cứu		Nhóm mất sắt (n = 79) (1)		Nhóm không hoặc hạn chế hấp thu sắt (n = 28) (2)		Nhóm phối hợp (n = 11) (3)	
		n	%	n	%	n	%
Mức độ thiếu máu	Nhẹ	3	3,8	5	17,9	2	18,2
	Vừa	43	54,4	17	60,7	8	72,7
	Nặng	33	41,8	6	21,4	1	9,1
$p = 0,021$ ($p_{(1-2)} = 0,019$; $p_{(1-3)} = 0,032$; $p_{(2-3)} = 0,654$)							
MCV (fL)		65,9 ± 7,9		65,3 ± 8,9		64,5 ± 8,8	
$p = 0,843$ ($p_{(1-2)} = 0,18$; $p_{(1-3)} = 0,589$; $p_{(2-3)} = 0,731$)							
MCH (pg)		19,0 ± 3,3		19,2 ± 2,9		19,1 ± 3,3	
$p = 0,981$ ($p_{(1-2)} = 0,135$; $p_{(1-3)} = 0,941$; $p_{(2-3)} = 0,218$)							
MCHC (g/L)		286,3 ± 21,1		291,8 ± 21,9		299,2 ± 9,3	
$p = 0,108$ ($p_{(1-2)} = 0,548$; $p_{(1-3)} = 0,057$; $p_{(2-3)} = 0,015$)							

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ thiếu máu ở các nhóm nghiên cứu, với $p < 0,05$. Phần lớn BN thiếu máu mức độ vừa hoặc nặng ở nhóm mất sắt hoặc không cung cấp đủ sắt. Tuy nhiên, không có sự khác biệt về giá trị trung bình của 3 chỉ số hồng cầu MCV, MHC và MCHC giữa các nhóm nghiên cứu.

Bảng 4. Phân bố nồng độ sắt và ferritin của BN theo nhóm nguyên nhân gây bệnh.

Chỉ tiêu nghiên cứu	Nhóm mất sắt (n = 79) (1)		Nhóm không hoặc hạn chế hấp thu sắt (n = 28) (2)		Nhóm phối hợp (n = 11) (3)		
	n	%	n	%	n	%	
Sắt ($\mu\text{mol/L}$)	< 8	72	91,1	28	100,0	10	90,9
	8 - 29	5	6,3	0	0,0	1	9,1
	> 29	2	2,5	0	0,0	0	0,0
	p = 0,528 (p ₍₁₋₂₎ = 0,103; p ₍₁₋₃₎ = 0,98; p ₍₂₋₃₎ = 0,106)						
	Trung vị (25 - 75%)	3,93 (3,01 - 5,00)		4,10 (3,06 - 5,40)		3,61 (2,90 - 5,40)	
p = 0,882 (p ₍₁₋₂₎ = 0,684; p ₍₁₋₃₎ = 0,269; p ₍₂₋₃₎ = 0,651)							
Ferritin (ng/mL)	< 15	71	89,9	25	89,3	11	100,0
	15 - < 30	8	10,1	3	10,7	0	0,0
	p = 0,534 (p ₍₁₋₂₎ = 0,93; p ₍₁₋₃₎ = 0,839; p ₍₂₋₃₎ = 0,258)						
		Trung vị (25 - 75%)	3,88 (2,70 - 6,49)		5,90 (3,45 - 8,60)		3,07 (2,40 - 5,55)
p = 0,146 (p ₍₁₋₂₎ = 0,134; p ₍₁₋₃₎ = 0,301; p ₍₂₋₃₎ = 0,086)							

Không có sự khác biệt về giá trị trung vị của nồng độ sắt và ferritin giữa các nhóm nghiên cứu, với $p > 0,05$.

BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của BN TMTS là 50,4 và độ tuổi chiếm tỷ lệ cao là từ 41 - 60 (41,5%), hay gặp ở nữ giới (66,9%). Tương tự, theo WHO, ở các nước đang

phát triển, TMTS ở phụ nữ không có thai từ 15 - 49 tuổi chiếm 42,3%, nam giới từ 15 - 59 tuổi chiếm 30,0% và > 60 tuổi là 45,2% [7]. Theo Hoàng Văn Phóng và CS (2022), có 76,2% BN TMTS ≥ 16 tuổi là nữ giới [8]. Theo

Calim và CS (2020), tỷ lệ BN nữ TMTS là 60% và độ tuổi trung bình của BN nam là 60,9 và BN nữ là 48,7 [2]. Theo Jericó và CS (2020), có 84,55% BN nữ TMTS trong tổng số 303 BN, 77,65% BN \leq 65 tuổi, 22,4% BN từ 66 - 80 tuổi và 10,9% BN $>$ 80 tuổi [3]. Như vậy, mặc dù kết quả có khác nhau, nhưng nhìn chung đều cho thấy TMTS thường gặp ở nữ giới và ở độ tuổi trung niên.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 66,9% BN TMTS do mất máu mạn tính, 23,7% BN do không hoặc hạn chế hấp thu sắt và 9,3% BN do nguyên nhân phối hợp. Trong nhóm mất máu mạn tính: Trĩ (đối với nam giới $>$ 40 tuổi: 57,1%) và u xơ tử cung hoặc rối loạn kinh nguyệt (đối với nữ giới từ 41 - 60 tuổi: 40,5%) là nguyên nhân thường gặp nhất. Trĩ làm cho thành mạch của hậu môn bị tổn thương dẫn đến dễ thủng và vỡ gây chảy máu, tình trạng chảy máu kéo dài dẫn đến TMTS. Bên cạnh đó, u xơ tử cung gây rối loạn kinh nguyệt như rong kinh, đa kinh là nguyên nhân chính gây TMTS trong nhóm mất máu ở nữ giới, với tỷ lệ 35,3% (trong đó, độ tuổi từ 41 - 60 là 40,5%). Theo Calim và CS (2020), có 15,5% BN TMTS là do u xơ tử cung gây ra [2]. Theo Jericó và CS (2020), 53,1% BN TMTS là do chảy máu phụ khoa, 30,7% là do xuất huyết tiêu hóa [3]. Ung thư đường tiêu hóa cũng là nguyên nhân hay gặp dẫn đến

tình trạng TMTS, trong nghiên cứu này chúng tôi gặp 13/118 BN (11,0%). Trong đó, có 6 BN ung thư đại tràng và 7 BN ung thư dạ dày, gặp ở cả 2 giới với nam giới là 5 BN (22,7%) và nữ giới là 8 BN (13,2%), 8/13 BN có biểu hiện đi ngoài phân đen hoặc ra máu đỏ tươi và 5/13 BN không có biểu hiện mất máu qua đường tiêu hóa. Tương tự, theo Killip và CS (2007), có 9% BN TMTS do ung thư đường tiêu hóa [5]. Calim và CS (2020) nghiên cứu trên 150 BN TMTS, có 10% BN bị ung thư dạ dày và 4,6% BN bị ung thư đại tràng [2]. Như vậy, ung thư đường tiêu hóa gây chảy máu ở đường tiêu hóa kéo dài dẫn đến tình trạng TMTS, do đó, việc tầm soát ung thư đường tiêu hóa ở BN TMTS là cần thiết. 11 BN TMTS là do loét dạ dày - hành tá tràng, trong đó 18,2% là nam giới và 13,2% là nữ giới. Các BN này soi dạ dày thấy hình ảnh trượt nông, trượt lõm gây tình trạng chảy máu rỉ rả kéo dài, BN chỉ đi khám khi thấy triệu chứng của thiếu máu nặng, vì vậy, nguyên nhân loét dạ dày - hành tá tràng dẫn đến tình trạng TMTS có thể bị bỏ qua. Có 7/118 (5,9%) BN TMTS không xác định được nguyên nhân. Tương tự, theo Calim và CS (2020), trong 150 BN TMTS có 15,3% BN TMTS không xác định được nguyên nhân. Theo Jericó và CS (2020), có 11,2% BN TMTS không xác định được nguyên nhân hoặc do nguyên nhân khác [2].

Không hoặc hạn chế hấp thu sắt dẫn đến TMTS xuất hiện ở cả nam và nữ giới, phần lớn trong độ tuổi từ 41 - 60, các BN này khi vào viện điều trị trong tình trạng bị thiếu máu mức độ vừa hoặc nặng và không có các triệu chứng lâm sàng của bệnh lý dạ dày - tá tràng như đau thượng vị, ợ hơi, ợ chua... Tuy nhiên, khi nội soi dạ dày thấy hình ảnh viêm, xung huyết dạ dày, hang vị. Trong nghiên cứu này, chúng tôi phát hiện 63,60% BN nam và 64,3% BN nữ có bất thường về đường tiêu hóa. Theo Calim và CS (2020), tỷ lệ BN TMTS do viêm dạ dày ăn mòn là 23,3% (ở nam giới là 25% và ở nữ giới là 22,2%). Bên cạnh TMTS do viêm dạ dày, ăn kiêng là một nguyên nhân hay gặp trong TMTS, bệnh thường gặp ở nữ giới (32,1%) hơn nam giới (18,2%) [2]. Có 3 BN TMTS do bệnh nhiễm trùng mạn tính gây ra (2 BN viêm khớp dạng thấp, 1 BN Lupus ban đỏ hệ thống). Các BN này khi xét nghiệm đều có nồng độ ferritin trong máu > 100 ng/dL, nhưng nồng độ sắt huyết thanh và độ bão hoà transferritin giảm (< 20%). Nhiễm trùng mạn tính làm gan tăng tổng hợp hepcidin dẫn tới giảm khả năng hấp thu sắt của các tế bào niêm mạc ruột và giảm khả năng giải phóng sắt dự trữ trong ferritin ở đại thực bào, hậu quả là cơ thể không có đủ lượng sắt để tham gia vào quá trình tạo

hồng cầu mặc dù nồng độ ferritin trong máu bình thường hoặc thậm chí tăng [9]. Bên cạnh đó, trong nhóm không hoặc hạn chế hấp thu sắt, chúng tôi quan sát thấy có 2 BN nam và 1 BN nữ có cắt đoạn dạ dày. Do vậy, bổ sung sắt đường tiêm cho BN sau phẫu thuật cắt đoạn dạ dày là cần thiết.

Đa số BN TMTS vào viện trong tình trạng thiếu máu mức độ vừa hoặc nặng ở tất cả các nhóm nghiên cứu, với tỷ lệ tương ứng là 57,6% và 33,9%. Tương tự, theo Hoàng Văn Phóng và CS (2022), BN TMTS nhập viện trong tình trạng mức độ thiếu máu vừa là 61,2%; và thiếu máu nặng là 32%. Ở nhóm thiếu máu mức độ nặng, tỷ lệ BN nam cao hơn BN nữ [8]. Theo Jericó và CS (2020), BN TMTS có nồng độ huyết sắt tố trung bình 65 g/L. Trong đó, 78,9% BN TMTS có nồng độ huyết sắt tố từ > 60 - 70 g/L; 17,5% BN TMTS có nồng độ huyết sắt tố từ > 50 - 60 g/L và 3,6% BN TMTS có nồng độ huyết sắt tố \leq 50 g/L [3]. Điều này có thể do TMTS là bệnh lý mạn tính, diễn biến từ từ, BN thường nhập viện khi xuất hiện các triệu chứng của thiếu máu rõ rệt hoặc do có các triệu chứng bất thường của nguyên nhân gây TMTS. Bên cạnh đó, chúng tôi cũng không quan sát thấy sự khác nhau về nồng độ sắt và ferritin ở các nhóm nghiên cứu.

KẾT LUẬN

Thiếu máu thiếu sắt thường gặp ở nữ giới, BN thường vào viện trong tình trạng thiếu máu mức độ vừa hoặc nặng, 66,9% BN TMTS là do mất máu mạn tính. Nam giới tuổi > 40 bị trĩ hoặc polyp đại tràng hoặc nữ giới từ 41 - 60 tuổi bị u xơ tử cung hoặc rối loạn kinh nguyệt là nguyên nhân phổ biến gây TMTS. Tỷ lệ, BN TMTS do ung thư đường tiêu hóa là 11%. Cần nghiên cứu trên cỡ mẫu lớn hơn và đối với BN TMTS cần lưu ý các nguyên nhân ác tính đường tiêu hóa, kể cả những đối tượng không có triệu chứng mất máu qua đường tiêu hóa.

Lời cảm ơn: Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Bệnh viện Quân y 103 và các BN đã đồng ý tham gia nghiên cứu trong thời gian từ tháng 01/2022 - 4/2024.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kassebaum NJ, Jasrasaria R, Naghavi M, Wulf S. K, Johns N, Lozano R, et al. A systematic analysis of global anemia burden from 1990 to 2010. *Blood, the Journal of the American Society of Hematology*. 2014; 123(5):615-624.

2. Calim A, Kanat E, Mazi EE, Oygen S, Karabay U, Borlu F. Evaluation of in-patients with iron deficiency anemia in terms of etiology. *The Medical Bulletin of Sisli Etfal Hospital*. 2020; 54(4):428.

3. Jericó C, Beverina I, Quintana-Diaz M, Salvadori U, Melli CM, Rondinelli B, et al. Efficacy and safety of high-dose intravenous iron as the first-choice therapy in outpatients with severe iron deficiency anemia. *Transfusion*. Jul 2020; 60(7):1443-1449.

4. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý huyết học. 2022:16-19.

5. Killip S, Bennett JM, Chambers MD. Iron deficiency anemia. *American Family Physician*. 2007; 75(5):671-678.

6. Nguyễn Phương Linh Hoàng, Nguyễn Hồng Trường, Nguyễn Song Tú, Lê Danh Tuyên. Tình trạng thiếu máu và dự trữ sắt ở phụ nữ 15 - 35 tuổi tại một huyện miền núi phía Bắc, năm 2018. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021; 507(2):261-265.

7. WHO. Iron deficiency anemia. assessment, prevention, and control. *A guide for Programme Managers*. 2001:47-62.

8. Hoàng Văn Phóng và Nguyễn Thị Ngọc Anh. Nghiên cứu các chỉ số hồng cầu máu ngoại vi và các chỉ số bilan sắt ở bệnh nhân thiếu máu thiếu sắt điều trị tại Trung tâm Huyết học Truyền máu Hải Phòng năm 2020 - 2021. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022; 520 (số đặc biệt): 231-238.

9. Tomas Ganz. Hcpidin and iron regulation, 10 years later. *Blood*. 2011; 117:4425-4433.