

Nghiên cứu tình trạng thiếu máu thiếu sắt ở trẻ viêm loét dạ dày tá tràng điều trị tại Khoa Nhi bệnh viện Trung ương Huế

Phạm Võ Phương Thảo^{1,3}, Võ Thị Thu Hà², Nguyễn Thị Cự³

(1) Nghiên cứu sinh, Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

(2) Bệnh viện Phụ Sản - Nhi Đà Nẵng

(3) Bộ môn Nhi, Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Thiếu máu thiếu sắt có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau: cung cấp thiếu sắt, hấp thu sắt kém, nhu cầu sắt cao và mất máu qua đường tiêu hóa, tiết niệu, chu kì kinh nguyệt.... Nguyên nhân thiếu máu thiếu sắt thường gặp trong viêm loét dạ dày tá tràng hiện nay và nhiều nghiên cứu trên thế giới đã xác định đó là xuất huyết tiêu hóa và tình trạng nhiễm *Helicobacter pylori*. **Mục tiêu:** Xác định một số yếu tố liên quan đến tình trạng thiếu máu thiếu sắt ở trẻ bị viêm loét dạ dày tá tràng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Theo phương pháp mô tả cắt ngang, cỡ mẫu thuận tiện. **Kết quả:** Trẻ bị viêm loét dạ dày tá tràng trong nghiên cứu thường gặp ở lứa tuổi lớn (10- 15 tuổi); tuổi trung bình trong nghiên cứu là $10,7 \pm 0,3$ tuổi; viêm loét dạ dày tá tràng trong nhóm nghiên cứu gặp ở trẻ trai nhiều hơn ở trẻ gái, tỷ lệ nam/nữ: 2,63. Tỷ lệ thiếu máu thiếu sắt ở trẻ viêm loét dạ dày tá tràng mà HP âm tính chỉ có 6,9%, tỷ lệ này ở trẻ HP dương tính là 81,8% và cao gấp 60,8 lần so với trẻ có HP âm tính. **Kết luận:** Từ kết quả mà chúng tôi thu thập được khi nghiên cứu 40 trẻ viêm loét dạ dày tá tràng tại Khoa Nhi Bệnh Viện Trung Ương Huế, chúng tôi đã ghi nhận được rằng có sự khác biệt về thiếu máu thiếu sắt ở trẻ viêm loét dạ dày tá tràng có HP dương tính và trẻ viêm loét dạ dày tá tràng có HP âm tính. Đồng thời ghi nhận có sự khác biệt về tình trạng thiếu máu thiếu sắt giữa hình thái tổn thương loét dạ dày tá tràng và viêm dạ dày tá tràng. Do đó nội soi dạ dày tá tràng không chỉ quan trọng trong chẩn đoán mà còn tiên lượng khả năng gây thiếu máu thiếu sắt ở bệnh nhân.

Từ khóa: thiếu máu thiếu sắt, viêm loét dạ dày tá tràng do HP.

Abstract

The status of iron deficiency anemia in children with peptic ulcer disease at Hue Central Hospital

Phạm Võ Phương Thảo^{1,3}, Võ Thị Thu Hà², Nguyễn Thị Cự³

(1) PhD student of Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

(2) Danang Hospital for Women and Children

(3) Department of Pediatric, Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Background: Iron deficiency anemia can be caused by a variety of causes: iron deficiency, poor iron absorption, high iron requirements and blood loss through the gastro-intestinal tract, urinary tract, menstrual cycle. Causes of iron deficiency anemia are common in peptic ulcer disease. Many studies in the world have identified that one of causes is gastrointestinal bleeding and *Helicobacter pylori* infection. **Objective:** To determine some factors related to iron deficiency anemia in children with peptic ulcer disease. **Methods:** According to the method of cross-sectional description. **Results:** Children with gastro- duodenal ulcer in the study were more likely to be at older ages (10-15 years). The mean age of the study was 10.7 ± 0.3 years. Gastroduodenal ulcer in the study group was found to be more common in boys than girls, with a male / female ratio of 2.63. The prevalence of iron-deficiency anemia in children with peptic ulcer was only 6.9% in HP-negative, 81.8% in HP children with HP. positive. **Conclusions:** From the results in the study of 40 children with gastroduodenal ulcer at Hue Children's Hospital, we have noted that there are differences in iron deficiency anemia in children peptic gastric ulcer HP positive and children peptic ulcer peptic ulcer HP negative. At the same time, there was a difference in the pattern of iron deficiency anemia between the lesions of duodenal ulcer and gastroduodenitis. Duodenal gastric endoscopy is not only important in diagnosis but also predicts the possibility of causing iron deficiency anemia in patients.

Key words: iron deficiency anemia, *Helicobacter Pylori* Infection.

Địa chỉ liên hệ: Phạm Võ Phương Thảo, email: pvpthao@huemed-univ.edu.vn

DOI: 10.34071/jmp.2019.6_7.30

Ngày nhận bài: 17/10/2019; Ngày đồng ý đăng: 22/11/2019.; Ngày xuất bản: 28/12/2019

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu máu thiếu sắt là tình trạng thiếu sắt cho quá trình tổng hợp hemoglobin, là một bệnh về máu phổ biến nhất ở trẻ em. Ước tính khoảng 30% dân số toàn cầu bị thiếu máu thiếu sắt và ảnh hưởng nhiều nhất đến các nước đang phát triển. Thiếu máu thiếu sắt có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau: cung cấp thiếu sắt, hấp thu sắt kém, nhu cầu sắt cao và mất máu qua đường tiêu hóa, tiết niệu, chu kì kinh nguyệt.... Nguyên nhân thiếu máu thiếu sắt thường gặp trong viêm loét dạ dày tá tràng hiện nay và nhiều nghiên cứu trên thế giới đã xác định đó là xuất huyết tiêu hóa và tình trạng nhiễm *Helicobacter pylori*. 15%- 20% trẻ viêm loét dạ dày tá tràng có biến chứng xuất huyết tiêu hóa và gây nên tình trạng thiếu máu ở nhiều mức độ khác nhau. *Helicobacter pylori* đóng vai trò quan trọng và là nguyên nhân chính trong bệnh sinh của viêm loét dạ dày - tá tràng, ung thư dạ dày và thiếu máu thiếu sắt.

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về bệnh lý viêm loét dạ dày tá tràng khá nhiều nhưng chưa đề cập nhiều đến tình trạng thiếu máu thiếu sắt. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài nhằm 2 mục tiêu:

1. *Mô tả tình trạng thiếu máu thiếu sắt ở trẻ bị*

viêm loét dạ dày tá tràng.

2. *Xác định một số yếu tố liên quan đến tình trạng thiếu máu thiếu sắt ở trẻ bị viêm loét dạ dày tá tràng.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 40 bệnh nhi tại phòng khám và phòng tiêu hóa, Khoa Nhi, Bệnh Viện Trung Ương Huế từ tháng 4/2013 đến tháng 6/2014.

2.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Trẻ từ 6 đến 15 tuổi

- Có triệu chứng lâm sàng: đau bụng vùng thượng vị, nôn mửa... Và được xác định bằng hình ảnh nội soi có biểu hiện viêm và/hoặc loét dạ dày hay tá tràng.

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Các bệnh nhân bị rối loạn tâm thần không hợp tác trong nội soi.

- Bệnh nhân nghi ngờ bụng ngoại khoa.

- Bệnh nhân đang trong tình trạng cấp cứu.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang với cỡ mẫu thuận tiện. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0.

3. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi chọn ra 40 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh.

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm		Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	29	72,5
	Nữ	11	27,5
Nhóm tuổi	6-9	10	25,0
	10-15	30	75,0

Trẻ bị viêm loét dạ dày tá tràng trong nghiên cứu thường gặp ở lứa tuổi 10- 15 tuổi. Tuổi trung bình trẻ trong nghiên cứu là $10,7 \pm 0,3$ tuổi. Viêm loét dạ dày tá tràng trong nhóm nghiên cứu gặp ở trẻ trai nhiều hơn ở trẻ gái, tỷ lệ nam/nữ: 2,63.

3.2. Phân bố về loại tổn thương đại thể dạ dày - tá tràng

Bảng 2. Phân bố về loại tổn thương đại thể dạ dày - tá tràng

Tổn thương đại thể	Số trường hợp (n)	Tỷ lệ (%)
Loét dạ dày	2	5,0
Loét tá tràng	7	17,5
Viêm dạ dày	9	22,5
Viêm tá tràng	22	55,0
Tổng	40	100

Trong 40 trẻ trong nghiên cứu thì tổn thương viêm chiếm đa số 77,5%, loét có tỷ lệ thấp hơn chỉ chiếm 22,5%.

3.3. Tỷ lệ nhiễm *Helicobacter Pylori* (HP) ở trẻ viêm loét dạ dày trong nghiên cứu

Bảng 3. Tỷ lệ nhiễm *Helicobacter Pylori* (HP) ở trẻ viêm loét dạ dày trong nghiên cứu

Nhiễm HP	Số trường hợp (n)	Tỷ lệ (%)
Có	11	27,5
Không	29	72,5
Tổng	40	100

Tỷ lệ nhiễm HP ở trẻ viêm loét dạ dày tá tràng trong nhóm nghiên cứu là 27,5% (11/40).

3.4. Phân bố tỷ lệ thiếu máu ở trẻ viêm loét dạ dày tá tràng

Bảng 4. Phân bố tỷ lệ thiếu máu ở trẻ viêm loét dạ dày tá tràng

Thiếu máu	Số trường hợp (n)	Tỷ lệ (%)
Thiếu máu thiếu sắt	11	27,5
Thiếu máu không thiếu sắt	0	0,0
Thiếu sắt đơn thuần	0	0,0
Không thiếu máu thiếu sắt	29	72,5
Tổng	40	100

Trong 40 trẻ viêm loét dạ dày tá tràng có 11 trẻ có tình trạng thiếu máu thiếu sắt, chiếm tỷ lệ 27,5%, không có trẻ nào thiếu máu mà không thiếu sắt hoặc thiếu sắt đơn thuần.

3.5. Liên quan giữa tình trạng thiếu máu thiếu sắt với tình trạng nhiễm H.P

Bảng 5. Liên quan giữa tình trạng thiếu máu thiếu sắt với tình trạng nhiễm H.P

Nhiễm HP	Thiếu máu thiếu sắt		Không thiếu máu thiếu sắt		OR, p
	n	%	n	%	
Có (n=11)	9	81,8	2	18,2	OR=60,8 P <0,01
Không (n=29)	2	6,9	27	93,1	

Có sự khác biệt về thiếu máu thiếu sắt ở trẻ viêm loét dạ dày tá tràng có HP dương tính và trẻ viêm loét dạ dày tá tràng có HP âm tính. Tỷ lệ thiếu máu thiếu sắt ở trẻ viêm loét dạ dày tá tràng mà HP âm tính chỉ có 6,9%, tỷ lệ này ở trẻ HP dương tính là 81,8% và cao gấp 60,8 lần so với trẻ có HP âm tính.

3.6. Liên quan giữa thiếu máu với vị trí tổn thương

Bảng 6. Liên quan giữa thiếu máu với vị trí tổn thương

Vị trí tổn thương	Thiếu máu thiếu sắt		Không thiếu máu thiếu sắt		p
	n	%	n	%	
Dạ dày (n= 11)	4	63,6	7	36,4	>0,05
Tá tràng (n= 29)	7	24,1	22	75,9	

Không có sự khác biệt về tình trạng thiếu máu thiếu sắt giữa trẻ có tổn thương dạ dày với trẻ có tổn thương tá tràng với p >0,05.

3.7. Liên quan giữa thiếu máu với hình thái tổn thương

Bảng 7. Liên quan giữa thiếu máu với hình thái tổn thương

Hình thái tổn thương	Thiếu máu thiếu sắt		Không thiếu máu thiếu sắt		p
	n	%	n	%	
Viêm dạ dày hoặc tá tràng (n=31)	4	12,9	27	87,1	<0,01
Loét dạ dày hoặc tá tràng (n=9)	7	77,8	2	22,2	

Có sự khác biệt về tình trạng thiếu máu thiếu sắt giữa hình thái tổn thương loét dạ dày tá tràng và viêm dạ dày tá tràng, 77,8% so với 12,9%. Và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p <0,01.

3.8. Liên quan giữa mức độ thiếu máu với tình trạng nhiễm HP

Bảng 8. Liên quan giữa mức độ thiếu máu với tình trạng nhiễm HP

Nhiễm HP	Thiếu máu nhẹ		Thiếu máu vừa		Thiếu máu nặng		P
	n	%	n	%	n	%	
Có (n= 9)	2	22,2	5	56,6	2	22,2	> 0,05
Không (n=2)	0	0,0	2	100	0	0,0	

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ thiếu máu giữa trẻ viêm loét dạ dày tá tràng nhiễm HP và không nhiễm HP.

3.9. Liên quan giữa mức độ thiếu máu với vị trí tổn thương

Bảng 9. Liên quan giữa mức độ thiếu máu với vị trí tổn thương

Vị trí tổn thương	Thiếu máu nhẹ		Thiếu máu vừa		Thiếu máu nặng		P
	n	%	n	%	n	%	
Dạ dày (n=4)	0	0,0	2	50,0	2	50,0	> 0,05
Tá tràng (n=7)	2	28,5	5	71,5	0	0,0	

Không có sự khác biệt về mức độ thiếu máu giữa vị trí tổn thương dạ dày và tá tràng với $p > 0,05$.

3.10. Liên quan giữa mức độ thiếu máu với hình thái tổn thương

Bảng 10. Liên quan giữa mức độ thiếu máu với hình thái tổn thương

Hình thái tổn thương	Thiếu máu nhẹ		Thiếu máu vừa		Thiếu máu nặng		P
	n	%	n	%	n	%	
Viêm dạ dày hoặc tá tràng (n=4)	0	0,0	3	75,0	1	25,0	> 0,05
Loét dạ dày hoặc tá tràng (n=7)	2	28,6	4	57,1	1	14,3	

Không có sự khác biệt về mức độ thiếu máu giữa hai nhóm hình thái tổn thương: viêm dạ dày tá tràng và loét dạ dày tá tràng với $p > 0,05$.

4. BÀN LUẬN

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là trẻ em viêm loét dạ dày tá tràng từ 6 tuổi trở lên. Theo nghiên cứu của chúng tôi thì viêm loét dạ dày tá tràng thường gặp ở trẻ lớn (10- 15 tuổi). Tuổi trung bình là $10,7 \pm 0,3$ tuổi. Và kết quả này tương đương với các tác giả nước ngoài, chẳng hạn như: nghiên cứu của Elisabete Kawakami về biểu hiện lâm sàng và đặc tính mô học của loét dạ dày ở trẻ em và trẻ vị thành niên cho thấy tuổi trung bình là 10,9 tuổi, và theo chính tác giả này thì viêm loét dạ dày tá tràng có thể gặp bất kì lứa tuổi nào nhưng gia tăng tần suất sau 10 tuổi. và sự gia tăng này được cho là có liên quan đến tình trạng nhiễm HP - là nguyên nhân chính gây viêm loét dạ dày tá tràng ở trẻ em [7]. Có sự khác biệt về tình trạng viêm loét dạ dày tá tràng ở trẻ nam và nữ. Theo nghiên cứu của chúng tôi thì nam gặp nhiều hơn nữ với tỷ lệ nam: nữ là 2,6/1. Kết quả này phù hợp với các tác giả trong nước cũng như nước ngoài. Trong nghiên cứu của Ngô Thị Kim Loan và Trần Thị Thanh Tâm về đặc điểm xuất huyết tiêu hóa ở trẻ em viêm loét dạ dày tá tràng có helicobacter pylori tại khoa nhi tiêu hóa Bệnh Viện

Nhi Đồng 1 và Nhi Đồng 2 năm 2009 thì viêm loét dạ dày tá tràng gặp ở trẻ nam nhiều hơn trẻ nữ với tỷ lệ nam/ nữ là 1,3/1 [1]. Kết quả nghiên cứu của Elisabete Kawakami về biểu hiện lâm sàng và đặc tính mô học của loét dạ dày ở trẻ em và trẻ vị thành niên thì tỷ lệ viêm loét dạ dày tá tràng ở nam và nữ là: 1,65/1 [7].

Trong 40 trẻ viêm loét dạ dày tá tràng được nghiên cứu thì tổn thương viêm chiếm đa số 77,5%, loét có tỷ lệ thấp hơn chỉ chiếm 22,5%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Egbaria tại Israel, loét dạ dày tá tràng chiếm tỷ lệ 22,5% và trong một nghiên cứu đa trung tâm tiến cứu ở Châu Âu về xuất độ loét dạ dày tá tràng ở trẻ em, Kalach và cộng sự nhận thấy loét chỉ xảy ra ở 10,6 % số trường hợp [10].

Trong nghiên cứu của chúng tôi thì tỷ lệ nhiễm HP ở trẻ viêm loét dạ dày tá tràng là 27,5% (11/40). Điều này phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả nước ngoài. Một nghiên cứu ở Đài Loan về tỷ lệ nhiễm HP ở trẻ em là 23,7%. Nghiên cứu khác của Yen và cộng sự cũng cho thấy tỷ lệ nhiễm HP ở trẻ viêm loét dạ dày tá tràng là 33,3%. Và theo nghiên cứu của R.P. Allaker được thực hiện tại London năm

2002 thì tỷ lệ nhiễm HP ở trẻ viêm loét dạ dày tá tràng là 22% [12]. Một nghiên cứu nữa về bệnh loét dạ dày tá tràng năm 2012 tại Mỹ cũng cho thấy 20% trẻ em và người lớn bị viêm loét dạ dày tá tràng có HP dương tính [2]. Tuy nhiên tỷ lệ nhiễm HP của chúng tôi là khá thấp so với một số nghiên cứu khác như 45% ở Mexico và 55% ở Ấn Độ. Điều này được giải thích là do cỡ mẫu của chúng tôi nhỏ, tỷ lệ bệnh nhân loét của chúng tôi không nhiều, viêm tá tràng chiếm đa số.

Trong 40 trẻ viêm loét dạ dày tá tràng được chúng tôi nghiên cứu thì có 11 trẻ có thiếu máu thiếu sắt, chiếm tỷ lệ 27,5%. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Ngô Thị Kim Loan và Trần Thị Thanh Tâm năm 2009 tại Bệnh Viện Nhi Đồng 1 và 2, tỷ lệ thiếu máu thiếu sắt là 20%. Và các tác giả này đã khuyến cáo tầm soát thiếu máu thiếu sắt ở trẻ viêm loét dạ dày tá tràng [1]. Các nghiên cứu của các tác giả nước ngoài cũng cho kết quả tương tự. Tại khoa nhi bệnh viện Tampere, Phần Lan tỷ lệ thiếu máu trong 400000 trẻ viêm loét dạ dày tá tràng trong suốt 8 năm từ năm 1991 đến năm 1998 là 20%, Một nghiên cứu khác tại Hàn Quốc thì cho thấy tỷ lệ này là 16%.

Từ kết quả mà chúng tôi thu thập được khi nghiên cứu 40 trẻ viêm loét dạ dày tá tràng tại Khoa Nhi Bệnh Viện Trung Ương Huế, chúng tôi đã ghi nhận được rằng có sự khác biệt về thiếu máu thiếu sắt ở trẻ viêm loét dạ dày tá tràng có Hp dương tính và trẻ viêm loét dạ dày tá tràng có Hp âm tính. Và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $P < 0,01$. Và rất nhiều nghiên cứu của các tác giả nước ngoài cũng đã tìm ra mối liên quan giữa nhiễm Hp và tình trạng thiếu máu thiếu sắt [3], [4], [6], [8], [9]. Một nghiên cứu lớn từ Bắc Mỹ ghi nhận HP là một yếu tố nguy cơ của thiếu máu thiếu sắt ở 668 trẻ ở lứa tuổi đi học từ Alaska và 7462 trẻ em, trẻ vị thành niên và người lớn từ Mỹ. Trong nghiên cứu được thực hiện bởi Cardenas và cộng sự, nhiễm HP là liên quan với thiếu máu thiếu sắt với OR: 2,6 với độ tin cậy 95% [13]. Nghiên cứu của Lun- Hua Chen và cộng sự thực hiện tại Trung Quốc năm 2007 để đánh giá ảnh hưởng của nhiễm HP trong liệu pháp bổ sung sắt bằng đường uống để điều trị thiếu máu thiếu sắt cho thấy điều trị HP có thể nâng cao hiệu quả của liệu pháp sắt succinate ở bệnh nhân viêm loét dạ dày tá tràng có nhiễm Hp [11]. Kết quả của nghiên cứu thiếu máu thiếu sắt ở trẻ người Alaska bản địa cho thấy có đến 80% trẻ em thiếu máu có nhiễm HP, còn tỷ lệ nhiễm HP ở trẻ không thiếu máu chỉ 20% với. Và các tác giả đã kết luận rằng nhiễm HP có sự liên quan đáng kể với thiếu máu ($p:0,02$) và thiếu sắt ($P:0,04$) [5].

Không có sự khác biệt về tình trạng thiếu máu thiếu sắt giữa trẻ có tổn thương dạ dày với trẻ có tổn thương tá tràng với $p > 0,05$ trong 40 trẻ bị viêm loét dạ dày tá tràng được chúng tôi nghiên cứu. Thiếu máu thiếu sắt có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau và một nguyên nhân thiếu máu thiếu sắt thường gặp hiện nay và nhiều nghiên cứu trên thế giới đã xác định là viêm loét dạ dày tá tràng có nhiễm Hp. Và theo nhiều nghiên cứu thì nhiễm Hp ở trẻ có tổn thương viêm dạ dày hoặc loét tá tràng có tỷ lệ cao hơn trẻ có tổn thương loét dạ dày hoặc viêm tá tràng. Trong nghiên cứu 40 trẻ viêm loét dạ dày tá tràng của chúng tôi thì tỷ lệ gặp viêm dạ dày và loét tá tràng có tỷ lệ gần tương đương nhau lần lượt là 22,5% và 17,5%. Vì vậy không có sự khác biệt về tình trạng thiếu máu thiếu sắt giữa tổn thương dạ dày và tá tràng là có thể giải thích được.

Chúng tôi đã tìm thấy sự khác biệt về tình trạng thiếu máu thiếu sắt giữa hình thái tổn thương viêm dạ dày tá tràng và loét dạ dày tá tràng. Như chúng ta đã biết loét dạ dày tá tràng có nhiều nguyên nhân gây ra, chẳng hạn như: yếu tố di truyền, yếu tố môi trường và thói quen... Và HP giữ vai trò quan trọng trong việc gây nên loét ở trẻ em. Theo nhiều công trình nghiên cứu gần đây thì nhiễm HP liên quan đến tình trạng thiếu máu thiếu sắt và trong nghiên cứu của chúng tôi cũng đã tìm thấy mối liên quan này. Vì vậy thiếu máu thiếu sắt liên quan đến hình thái tổn thương là điều có thể giải thích được.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi đã cho thấy không có sự khác biệt về mức độ thiếu máu giữa trẻ viêm loét dạ dày tá tràng có nhiễm HP và trẻ viêm loét dạ dày tá tràng mà không nhiễm HP. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Theo Victor M. Cardenas và cộng sự khi tiến hành nghiên cứu 7462 bệnh nhân tại Mỹ đã ghi nhận được kết quả tương tự với kết quả của chúng tôi. Đó là tình trạng nhiễm Hp liên quan đến tình trạng thiếu máu thiếu sắt nhưng lại không liên quan đến mức độ thiếu máu [13].

Không có sự khác biệt về mức độ thiếu máu giữa vị trí tổn thương dạ dày và tá tràng với $p: 0,059 > 0,05$. Trong nghiên cứu của chúng tôi tình trạng thiếu máu thiếu sắt không liên quan đến vị trí tổn thương tổn ở dạ dày hay tá tràng, vì vậy mức độ thiếu máu không có sự khác biệt giữa hai vị trí tổn thương cũng là điều phù hợp. Giữa hai hình thái viêm dạ dày tá tràng và loét dạ dày tá tràng không có sự khác biệt về mức độ thiếu máu thiếu sắt.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thiếu máu thiếu sắt ở trẻ viêm loét dạ dày tá tràng là 27,5%. Tỷ lệ thiếu máu thiếu sắt gặp

nhiều ở trẻ nam, nhóm 10-15 tuổi. Nhiễm HP: thiếu máu thiếu sắt gặp ở trẻ viêm loét dạ dày tá tràng có nhiễm HP nhiều hơn so với không nhiễm HP (OR=60,8, $p < 0,01$). Hình thái tổn thương: giữa tổn thương viêm và loét thì loét có tỷ lệ thiếu máu thiếu

sắt cao hơn (77,8% so với 12,9%, $p < 0,01$). Vị trí tổn thương: dạ dày hay tá tràng, tình trạng nhiễm HP và cả hình thái tổn thương đều không liên quan đến mức độ thiếu máu ở trẻ viêm loét dạ dày tá tràng có thiếu máu thiếu sắt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Thị Kim Loan, Trần Thị Thanh Tâm (2009), “Đặc điểm xuất huyết tiêu hóa ở trẻ viêm loét dạ dày tá tràng có helicobacter pylori tại Khoa Nhi Tiêu Hóa Bệnh Viện Nhi Đồng 1 và Nhi Đồng 2”, *Y Học TP Hồ Chí Minh*, 13(2), tr.148 - 152.
2. Anand (2012), “Peptic Ulcer Disease”, *eMedicine’s Esophagus, Stomach and Intestine Center*, 7 pages.
3. Bader Faiyaz Zuberi, Salahuddin Afsar et al (2007), “Hemoglobin, ferritin, vitamin B12 and Helicobacter pylori infection: a study in patients underwent upper GI endoscopy at civil hospital Karachi”, *JCPSP*; 17(9):546-549.
4. Barabino Arrigo Dufour (1999), “Unexplained refractory iron deficiency anemia associated with helicobacter pylori gastric infection in children: Further clinical evidence”, *Journal Pediatric Gastroenterology and Nutrition*; 28(1):116-119.
5. CDC (2011), “Deficiency anemia in Alaska Native children - Hooper Bay, Alaska”, *Centers for Disease Control and Prevention*; 48(32):714-716.
6. Dulciance Maria Magalhaes Queiroz, Paul R. Scanderson et al (2013), “Iron status and helicobacter pylori infection in symptomatic children: An international Multi-Center Study”, *PloS One*; 8(7): e68833.
7. Elisabete Kawakami, Rodrigo S. Machado et al (2004), “Clinical and histological features of duodenal ulcer in children and adolescent”, *Journal de Pediatria*; 80(4):321-5.
8. Helena Monzón, Montserrat Forné et al (2013), “Helicobacter pylori infection as a cause of iron deficiency anaemia of unknown origin”, *World J Gastroenterol*; 19(26): 4166-4171.
9. Henry. J. Windle, Dermot Kelleher (2007), “Childhood Helicobacter pylori Infection and Growth Impaired in Developing Countries: A Vicious Cycle”, *Official Journal of The American Academy of Pediatrics*; 119:e754.
10. Lucica Pacifico (2010), “Consequences of Helicobacter pylori infection in children”, *World J Gastroenterol*; 16(41):5181-5194.
11. Lun-Hua Chen, He-Sheng Luo (2007), Effects of Hpylori therapy on erythrocytic and iron parameters in iron deficiency anemia patients with H pylori- positive chronic gastritis, *World J Gastroenterol*; 13(40):5380-5383.
12. R.P. Allaker, K.A. Young et al (2002), “Prevalence of helicobacter pylori at oral and gastrointestinal sites in children: evidence for possible oral-to-oral transmission”, *J. Med. Microbiol*; 51:312-317.
13. Victor M. Cardenas, Zuber D. Mulla (2006), “Iron deficiency and helicobacter pylori infection in the United States”, *Am J Epidemiol*; 163(2): 127-34.

