

Khuyến khích hợp tác công tư: Tạo điều kiện cho tổ chức phi chính phủ và doanh nghiệp tham gia vào hoạt động y tế.

#### Kiến nghị đối với Sở Y tế tỉnh Bình Dương

Đào tạo: Tổ chức các khóa đào tạo cập nhật kiến thức và kỹ năng cho cán bộ y tế.

Giám sát định kỳ: Thiết lập hệ thống đánh giá để phát hiện và điều chỉnh kịp thời.

Tăng cường phối hợp: Thúc đẩy sự phối hợp với các cơ quan liên quan để tối ưu hóa nguồn lực.

#### Kiến nghị đối với Ủy ban Nhân dân cấp huyện

Tăng cường ngân sách: Phân bổ ngân sách hợp lý, bao gồm nâng cấp cơ sở hạ tầng.

Hỗ trợ nâng cấp cơ sở vật chất: Ưu tiên đầu tư nâng cấp cho các Trạm Y tế.

Đào tạo cán bộ: Phối hợp với Sở Y tế để tổ chức đào tạo cho cán bộ y tế trên địa bàn.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Nghị định số 117/2014/NĐ-CP của Chính phủ:** Quy định về Y tế xã, phường, thị trấn.

- Nghị quyết số 20-NQ/TW ngày 25/10/2017** của Ban Chấp hành Trung ương Đảng khóa XII: Tăng cường công tác bảo vệ chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới.
- Quyết định số 2348/QĐ-TTg** của Thủ tướng Chính phủ: Phê duyệt Đề án Xây dựng và phát triển mạng lưới y tế cơ sở trong tình hình mới.
- Quyết định số 6858/QĐ-BYT** của Bộ Y tế: Ban hành Bộ Tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện Việt Nam.
- Quyết định số 1300/QĐ-BYT** của Bộ Y tế: Ban hành bộ tiêu chí quốc gia về y tế xã giai đoạn đến năm 2030.
- Quyết định số 4747/QĐ-BYT** của Bộ Y tế: Ban hành nội dung kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện và khảo sát sự hài lòng người bệnh, nhân viên y tế năm 2023.
- Quyết định số 56/QĐ-BYT của Bộ Y tế:** Ban hành hướng dẫn về phương pháp đo lường hài lòng của người dân đối với dịch vụ y tế công giai đoạn 2024-2030.
- Lê Náo Anh, Lê Thị Thanh Hoa, Trương Thị Thủy Dương (2023).** Thực trạng nguồn nhân lực Trung tâm Y tế huyện Việt Yên, tỉnh Bắc Giang giai đoạn 2019 – 2021, Tạp chí Y học Việt Nam. Tập 525, số 1A.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG Ở NHỮNG BỆNH NHÂN CHẢY MÁU SẢN KHOA NẶNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Nguyễn Tiến Sơn<sup>1</sup>, Trần Văn Cường<sup>1</sup>,  
Nguyễn Đức Lam<sup>1,2</sup>, Mai Trọng Hưng<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng ở những bệnh nhân chảy máu sản khoa nặng tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu, hồi cứu 34 bệnh nhân chảy máu sản khoa nặng tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội (từ tháng 04/2024 đến tháng 08/2024). **Kết quả:** Tuổi trung bình của các sản phụ là 34. Các bệnh nhân chủ yếu sinh con rạ, trong đó đa số sinh con từ lần thứ 3 trở lên và có chỉ định mổ lấy thai(85,5%). Nguyên nhân gây chảy máu sản khoa nặng là rau tiền đạo, rau cài rặng lược chiếm tỷ lệ cao nhất (79,4 %). Huyết áp tâm thu/huyết áp tâm trương của nhóm bệnh nhân chảy máu sản khoa nặng là 90,7/52,6 và đa số các bệnh nhân đều có nhịp tim nhanh > 100l/p. Có 7 bệnh nhân có tình trạng thiếu niệu (20,6%), 1 bệnh nhân vô niệu (2,9%). Lượng máu mất trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 2229,4ml, bệnh nhân mất máu nhiều nhất là 6000ml. **Kết luận:** Nghiên cứu chỉ ra rằng các sản phụ chảy máu sản khoa nặng đa

số đều có rau tiền đạo, rau cài rặng lược và có mạch nhanh, huyết áp tụt. Một số sản phụ bị thiếu niệu và vô niệu do lượng máu mất nhiều. **Từ khóa:** đặc điểm lâm sàng, chảy máu sản khoa nặng.

#### SUMMARY

#### CLINICAL FEATURES IN PATIENTS WITH SEVERE POSTPARTUM HEMORRHAGE AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

**Objective:** To describe the clinical characteristics of patients with severe postpartum hemorrhage at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital. **Methods:** A prospective and retrospective descriptive study of 34 patients with severe postpartum hemorrhage at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital (from April 2024 to August 2024). **Results:** The average age of the mothers was 34. Most patients had previously given birth, with the majority being at least on their third delivery and undergoing cesarean sections (85.5%). The most common causes of severe postpartum hemorrhage were placenta previa and placenta accreta, accounting for the highest percentage (79.4%). The systolic/diastolic blood pressure of the patients with severe postpartum hemorrhage was 90.7/52.6, and most patients had a heart rate exceeding 100 beats per minute. Seven patients (20.6%) exhibited oliguria, while one patient (2.9%) had anuria. The average blood loss in the study group was 2229.4 ml, with the

<sup>1</sup>Bệnh Viện Phụ Sản Hà Nội

<sup>2</sup>Trường ĐHY Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tiến Sơn

Email: bs.sonnt92@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2024

Ngày duyệt bài: 9.10.2024

highest blood loss recorded at 6000ml.  
**Conclusion:** The study indicates that most mothers with severe postpartum hemorrhage have placenta previa and placenta accreta, along with tachycardia and hypotension. Some mothers experienced oliguria and anuria due to significant blood loss.  
**Keywords:** clinical features, severe postpartum hemorrhage.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Chảy máu sản khoa (CMSK) là nguyên nhân hàng đầu trong 5 tai biến sản khoa thường gặp mà bác sĩ sản khoa và bác sĩ gây mê hồi sức phải đối mặt với tình trạng nguy hiểm đến tính mạng của sản phụ<sup>1,2</sup>

Theo thống kê trên toàn cầu, CMSK là nguyên nhân tử vong của 27% số sản phụ sau sinh<sup>2</sup>. Nó cũng là nguyên nhân chính dẫn tới các tai biến nặng trong sản khoa và gia tăng tỷ lệ nhập khoa hồi sức tích cực, đặc biệt trong trường hợp chảy máu sản khoa nặng (khi lượng máu mất >1000ml)<sup>3</sup>. Tại Việt Nam, CMSK chiếm 3- 8% tổng số ca đẻ. Tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Duy Ánh và cộng sự, tỷ lệ sản phụ có CMSK trong vòng 24 giờ sau đẻ năm 2019-2020 là 0,28%, chủ yếu xảy ra trong 2 giờ đầu sau đẻ và nguyên nhân thường gặp là do đờ tử cung<sup>4</sup>. CMSK là tai biến thường gặp nhất (chiếm 50%) và cũng là nguyên nhân gây tử vong cao nhất (chiếm 78,8%).

Bệnh viện Phụ sản Hà Nội là bệnh viện chuyên khoa tuyến cuối của thủ đô, thường xuyên phải chẩn đoán và điều trị cho các sản phụ bị chảy máu sản khoa nặng. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: "Mô tả đặc điểm lâm sàng ở những bệnh nhân chảy máu sản khoa nặng tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội".

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Đối tượng nghiên cứu là các sản phụ sau đẻ đường âm đạo hay sau mổ lấy thai có chẩn đoán CMSK nặng bằng phương pháp đẻ thường hay đẻ mổ có lượng máu mất > 1000ml (≥ 20% thể tích máu) tại Bệnh viện phụ sản Hà Nội đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ sau đây:

**\*Tiêu chuẩn tuyển chọn :** Các Sản phụ ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán là chảy máu sản khoa nặng theo tiêu chuẩn của WHO 2012

**\* Tiêu chuẩn loại trừ:** Sản phụ không đồng ý tham gia nghiên cứu. Sản phụ mắc các bệnh lý nội ngoại khoa cấp và mạn tính hoặc Sản phụ thiếu máu từ trước

**\*Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 04/2024 đến tháng 08/2024

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**\*Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cả tiến cứu, hồi cứu

**\*Cỡ mẫu và chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện các trường hợp đủ tiêu chuẩn tuyển chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

**\*Công cụ nghiên cứu và kỹ thuật thu thập thông tin:**

- Bệnh án nghiên cứu được xây dựng và thu thập thông tin khi sản phụ có lượng máu mất >1000ml đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu

- Các thông tin quan trọng cần thu thập bao gồm: Tuổi, ASA, tiền sử sản khoa, số lần sinh, tuổi thai, phương pháp đẻ, tổng lượng máu mất, nguyên nhân gây chảy máu sản khoa, tình trạng lâm sàng: Mạch, huyết áp, SpO2, lượng nước tiểu, máu mất.

**\*Phân tích dữ liệu:** Theo phương pháp thống kê y học. Sử dụng phần mềm SPSS 20 và Excel 2013.

**2.3. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y học của Bệnh viện Phụ sản Hà Nội trước khi triển khai nghiên cứu. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm liên quan chung của sản phụ**

**Bảng 1. Đặc điểm liên quan đến tuổi và ASA**

Đặc điểm		Kết quả N=34	Tỉ lệ %
Tuổi	X±SD	34±4,05	
	Min-Max	25-42	
ASA	II	27	79,4%
	III	7	20,6 %

**Nhận xét:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 34±4,05. Trong đó tuổi thấp nhất là 25 và tuổi cao nhất là 42.

Về phân loại ASA của đối tượng nghiên cứu là ASA II và III. Bệnh nhân có ASA II chiếm đa số với 79,4%

**3.2. Đặc điểm liên quan đến sản khoa**

**Bảng 2. Đặc điểm liên quan đến sản khoa**

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Tiền sử	Bình thường	23	67,6%
	Tiền sản giật	1	2,9%
	Thai lưu	3	8,8%
	Sảy thai	7	20,6%
Số lần sinh (lần)	0	3	8,8%
	1	5	14,7%
	≥2	26	76,5%
Tuổi thai (tuần)	<37 tuần	16	47,1%
	≥37 tuần	18	52,9%

Phương pháp đẻ	Đẻ thường	5	14,7%
	Đẻ mổ	29	85,3%

**Nhận xét:** Đa số các bệnh nhân có tiền sử sản khoa bình thường 67,6%. Có 20,6% bệnh nhân tiền sử sảy thai, 8,8% thai lưu và 2,9% tiền sản giật.

Các bệnh nhân chủ yếu sinh con rạ, trong đó đa số sinh con từ lần thứ 3 trở lên (76,5%), con lần 2 là 14,7%, con số 8,8%

Về tuổi thai của sản phụ thường  $\geq 37$  tuần (52,9%). Và đa số các sản phụ trong nghiên cứu có chỉ định mổ lấy thai (85,3%) gấp 5,8 lần so với sản phụ đẻ thường.

### 3.3. Đặc điểm liên quan đến nguyên nhân chảy máu sản khoa

**Bảng 3. Đặc điểm liên quan đến các nguyên nhân gây chảy máu**

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	
Nguyên nhân chảy máu	Đờ tử cung	6	17,6%
	Rau tiền đạo, rau cài răng lược	27	79,4%
	Sốt rau	1	2,9%

**Nhận xét:** Trong số các nguyên nhân gây chảy máu sản khoa nặng, rau tiền đạo- rau cài răng lược là nguyên nhân phổ biến chiếm 79,4%, đờ tử cung 17,6% và có 1 trường hợp sốt rau chiếm 2,9%.

### 3.4. Tình trạng lâm sàng của bệnh nhân tại thời điểm chảy máu

**Bảng 4. Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân tại thời điểm chảy máu sản khoa nặng**

Đặc điểm	Kết quả	
Mạch (lần/phút)	X $\pm$ SD	105,9 $\pm$ 15,1
	Min-max	75-150
Huyết áp tâm thu (mmHg)	X $\pm$ SD	90,7 $\pm$ 14
	Min-max	60-120
Huyết áp tâm trương (mmHg)	X $\pm$ SD	52,6 $\pm$ 12,4
	Min-max	30-75
Nước tiểu (ml)	Bình thường	26(76,5%)
	Thiếu niệu	7(20,6%)
	Vô niệu	1(2,9%)
Lượng máu mất (ml)	X $\pm$ SD	2229,4 $\pm$ 982,1
	Min-max	1000-6000

**Nhận xét:** Huyết áp tâm thu/huyết áp tâm trương của nhóm bệnh nhân chảy máu sản khoa nặng là 90,7/52,6 trong đó huyết áp tâm thu thấp nhất là 60 và cao nhất là 120 mmHg.

Đa số các bệnh nhân đều có nhịp tim nhanh  $> 100$ /p và lượng nước tiểu bình thường (76,5%), có 20,6% bệnh nhân có thiếu niệu và 2,9% bệnh nhân vô niệu.

Lượng máu mất trung bình của nhóm bệnh

nhân nghiên cứu là 2229,4 $\pm$ 982,1 trong đó ít nhất là 1000 và bệnh nhân mất nhiều nhất là 6000ml.

## IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm chung của sản phụ.** Về tuổi: Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 34 bệnh nhân, tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 34 $\pm$ 4,05. Trong đó tuổi thấp nhất là 25 và tuổi cao nhất là 42.

Về phân loại ASA của đối tượng nghiên cứu là ASA II và III. Bệnh nhân có ASA II chiếm đa số với 79,4%, ASA III là 20,6%. Các sản phụ nghiên cứu đa số đều có tiền sử khoẻ mạnh hoặc mắc các bệnh lý nhẹ, không ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày

**4.2. Đặc điểm về sản khoa.** Đa số các bệnh nhân có tiền sử sản khoa bình thường (67,6%), có 7 sản phụ có tiền sử sảy thai chiếm 20,6%. Còn một số ít có tiền sử thai lưu (8,8%) và tiền sản giật (2,9%)

Về số lần sinh: Chỉ có 8,8% sản phụ sinh lần đầu. Còn đa số sản phụ sinh con rạ trong đó sinh con lần 3 chiếm đa số với 76,5%, sinh con lần 2 là 14,7%

Theo nghiên cứu của tác giả Võ Thị Tâm năm 2020 trên bệnh nhân chảy máu sau đẻ nhập viện tại khoa cấp cứu, hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai thì tỷ lệ sản phụ đẻ con rạ là 80,6%, gấp 4 lần số sản phụ đẻ con số 19,4%<sup>5</sup>

Nghiên cứu của chúng tôi cũng khá tương đồng với nghiên cứu trên

Tuổi thai trong nghiên cứu này không có sự chênh lệch nhiều giữa tuần  $< 37$  và  $\geq 37$  tuần (47,1% và 52,9%)

Trong nghiên cứu này của chúng tôi, tỉ lệ sản phụ đẻ mổ chiếm phần lớn (85,3%), 14,7% là đẻ thường. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng mổ đẻ là những cuộc đẻ có một hay nhiều yếu tố nguy cơ như rau tiền đạo, rau bong non, thai to, nhiễm độc thai nghén... Những trường hợp này làm tăng nguy cơ các biến chứng sau đẻ trong đó có chảy máu và rối loạn đông máu<sup>6</sup>

Hiện nay chỉ định mổ lấy thai có xu hướng tăng lên do việc đình chỉ thai nghén trong các trường hợp bệnh lý như tiền sản giật, sản giật, rau tiền đạo, thai to, thai già tháng... làm giảm đến mức thấp nhất các biến chứng cho cả mẹ và con. Bên cạnh đó có các chỉ định mổ vì lý do xã hội như mổ chọn ngày, chọn giờ sinh, mổ đẻ khi chưa có chuyển dạ, các bệnh lý kèm theo, việc sử dụng các thuốc giảm đau, gây tê, gây mê ảnh hưởng đến sự co hồi tử cung, cơ chế cầm máu sau đẻ làm tăng nguy cơ chảy máu sau đẻ và rối loạn đông máu.

**4.3. Đặc điểm liên quan đến nguyên nhân chảy máu sản khoa.** Trong bảng 3 cho thấy nguyên nhân gây chảy máu sản khoa nặng là Rau tiền đạo, rau cài răng lược chiếm tỷ lệ cao nhất (79,4 %) và đờ tử cung là (17,6 %). Có 1 trường hợp sót rau chiếm 2,9%

Theo tác giả James A và cs nghiên cứu năm 2015 thì nguyên nhân hàng đầu gây CMSĐ cũng là đờ tử cung, sau đó là sót rau hoặc các chảy máu vết rách, vết mổ <sup>7</sup>.

**4.4. Tình trạng lâm sàng của bệnh nhân tại thời điểm chảy máu.** Trong nghiên cứu của chúng tôi có 34 bệnh nhân thì có 7 bệnh nhân có tình trạng thiếu niệu (20,6%), 1 bệnh nhân vô niệu. Thiếu niệu ở đây do tình trạng sốc, tụt huyết áp, giảm cung lượng tim dẫn tới giảm tưới máu thận, kích thích thần kinh giao cảm, tăng tiết các catecholamin, angiotensin, prostaglandin gây co mạch đến, tái phân bố dòng máu từ vỏ thận đến tủy thận làm giảm mức lọc cầu thận. Mặt khác có thể do tình trạng RLDM, DIC làm tắc các mao mạch thận làm giảm tưới máu thận.

Huyết áp tâm thu/tâm trương của nhóm bệnh nhân: 90,7/52,6 mmHg, trong đó huyết áp tâm thu thấp nhất là 60 mmHg, cao nhất là 120 mmHg. Có 21/34 bệnh nhân có huyết áp tâm thu < 90 mmHg. Các bệnh nhân chảy máu sản khoa nặng đa số đều tụt huyết áp.

Đa số bệnh nhân có nhịp tim nhanh >100 lần/phút.

Theo tác giả Mathew <sup>8</sup> tần số tim, huyết áp trung bình tâm thu và tâm trương trung bình là: 89,6 ± 24,2; 113 ± 24,5 và 62,8 ± 15, theo thứ tự xuất hiện. Kết quả của chúng tôi khá tương đồng với kết quả trên.

Lượng máu mất trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 2229,4±982,1, trong đó bệnh nhân mất máu nhiều nhất lên đến 6000ml và ít nhất là 1000ml.

## V. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân chảy máu sản khoa nặng tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội: Tuổi trung bình (năm) của đối tượng nghiên cứu là 34±4,05, đa số các bệnh nhân có tiền sử khoẻ mạnh hoặc mắc các bệnh lý nhẹ, không ảnh

hướng đến sinh hoạt. Trong số các nguyên nhân gây chảy máu sản khoa nặng, rau tiền đạo-rau cài răng lược là nguyên nhân phổ biến nhất (79,4%). Các sản phụ chảy máu sản khoa nặng đa số đều có nhịp tim nhanh và tụt huyết áp và một số sản phụ bị thiếu niệu và vô niệu do lượng mất máu nhiều.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Snegovskikh D, Souza D, Walton Z, et al.** Point-of-care viscoelastic testing improves the outcome of pregnancies complicated by severe postpartum hemorrhage. *Journal of clinical anesthesia*. Feb 2018;44:50-56. doi:10.1016/j.jclinane.2017.10.003
- 2. Abdul-Kadir R, McLintock C, Ducloy AS, et al.** Evaluation and management of postpartum hemorrhage: consensus from an international expert panel. *Transfusion*. Jul 2014;54(7):1756-68. doi:10.1111/trf.12550
- 3. Escobar MF, Nassar AH, Theron G, et al.** FIGO recommendations on the management of postpartum hemorrhage 2022. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. Mar 2022;157 Suppl 1(Suppl 1):3-50. doi:10.1002/ijgo.14116
- 4. Anh ND.** Một số yếu tố liên quan đến chảy máu 24 giờ sau đẻ đường âm đạo tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội. *Tạp chí y học Việt Nam*. 2021;509(2):263-266.
- 5. Tâm VT.** Ứng dụng xét nghiệm đông học đông máu (ROTEM) trong chẩn đoán và điều trị rối loạn đông máu ở bệnh nhân chảy máu sau đẻ. *Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học y Hà Nội*. 2020
- 6. Haas T, Spielmann N, Mauch J, et al.** Comparison of thromboelastometry (ROTEM®) with standard plasmatic coagulation testing in paediatric surgery. *British Journal of Anaesthesia*. 2012;108(1):36-41.
- 7. James A, Cooper DL, Paidas MJ.** Hemostatic assessment, treatment strategies, and hematology consultation in massive postpartum hemorrhage: results of a quantitative survey of obstetrician-gynecologists. *IJWH*. Published online November 2015:873
- 8. Reed MJ, Nimmo AF, McGee D, et al.** Rotational thromboelastometry produces potentially clinical useful results within 10 min in bleeding emergency department patients: the DEUCE study. *European Journal of Emergency Medicine: Official Journal of the European Society for Emergency Medicine*. 2013;20(3):160-166.

## HÚT THUỐC LÁ TRONG THỜI KỲ MANG THAI LÀM GIẢM CÂN NẶNG SƠ SINH

Trương Hồng Sơn\*, Lê Minh Khánh\*

*\*Viện Y học ứng dụng Việt Nam*

Hút thuốc lá trong thời kỳ mang thai từ lâu đã được coi là một nguy cơ đối với sức khỏe của bà mẹ và thai nhi. Một trong những ảnh hưởng tiêu cực được ghi nhận rõ ràng của hành vi hút thuốc lá hay việc tiếp xúc với khói thuốc lá trong thời gian mang thai chính là tác động lên cân nặng khi sinh. Theo Tổ chức Y tế thế giới, cân nặng khi sinh thấp (dưới 2.500 gram) có liên quan đến gia tăng nguy cơ tử vong ở trẻ sơ sinh, gia tăng nguy cơ chậm phát triển thể chất và các tình trạng sức khỏe mạn tính khác trong tương lai.

### CƠ CHẾ TÁC ĐỘNG CỦA VIỆC HÚT THUỐC LÁ VÀ TÌNH TRẠNG CÂN NẶNG KHI SINH THẤP

Cơ chế tác động của việc hút thuốc lá là đến sự phát triển của bào thai là rất đa dạng. Nicotine – một thành phần chính trong thuốc lá – và các chất có hại khác trong thuốc lá đã được nghiên cứu và chứng minh khả năng gây co mạch, làm giảm lưu lượng máu tới nhau thai và từ đó hạn chế việc cung cấp oxy và các chất dinh dưỡng cần thiết cho thai nhi đang trong giai đoạn phát triển. Bên cạnh đó, khí carbon monoxide (CO) từ khói thuốc lá có thể làm giảm khả năng vận chuyển oxy trong máu của người mẹ, làm ảnh hưởng thêm đến quá trình hô hấp của thai nhi. Các tác động kết hợp của các yếu tố này có thể dẫn đến hạn chế sự tăng trưởng của trẻ từ trong tử cung, và cuối cùng là tình trạng trẻ sinh ra có cân nặng thấp.

Mẹ hút thuốc lá càng nhiều, cân nặng khi sinh của con càng giảm

Một phân tích tổng hợp toàn diện đã tổng hợp dữ liệu từ nhiều nghiên cứu để đánh giá tác động của việc hút thuốc lá ở bà mẹ đối với cân nặng khi sinh của trẻ. Theo kết quả phân tích, trung bình việc hút thuốc lá khi mang thai có liên quan đến khả năng giảm khoảng 200-250 gram cân nặng khi sinh. Bên cạnh đó, những bà mẹ hút thuốc lá càng nhiều thì cân nặng khi sinh của trẻ càng giảm nhiều hơn. Nghiên cứu đưa ra kết luận rằng hút thuốc lá là một trong những nguyên nhân gây ra cân nặng khi sinh thấp, tuy nhiên, điều này có thể phòng ngừa được.

Hút thuốc lá trong thời gian mang thai gây rối loạn chức năng nhau thai

Đã có các nghiên cứu đánh giá chức năng nhau thai trước ảnh hưởng của việc hút thuốc lá đối sự phát triển của thai nhi. Theo đó, các nghiên cứu cho thấy hút thuốc lá có liên quan đến việc giảm lưu lượng máu qua nhau thai và sự phát triển bất thường của nhau thai, bao gồm tăng độ dày của nhau thai và giảm diện tích bề mặt trao đổi chất dinh dưỡng. Những bất thường này có mối tương quan chặt chẽ với cân nặng khi sinh thấp hơn, cho thấy chức năng nhau thai bị suy giảm là cơ chế chính khiến việc hút thuốc lá dẫn đến hạn chế sự phát triển của thai nhi. Những kết quả này nhấn mạnh việc hút thuốc lá gây ra các ảnh hưởng tiêu cực tới thai nhi, đồng thời nêu rõ tầm quan trọng của việc không sử dụng thuốc lá trong thai kỳ.

Cai thuốc lá sớm trong giai đoạn mang thai giúp giảm thiểu tác động tiêu cực đến cân nặng khi sinh

Nhiều nghiên cứu đã đánh giá tác động của việc cai thuốc lá khi mang thai đối với cân nặng khi sinh. Theo đó, những bà mẹ từ bỏ việc hút thuốc lá trong ba tháng đầu tiên thai kỳ sẽ sinh ra các trẻ có cân nặng khi sinh tương đương các trẻ được sinh ra bởi các bà mẹ không hút thuốc lá. Đánh giá ở những bà mẹ tiếp tục hút thuốc lá sau khoảng thời gian 3 tháng đầu thai kỳ hay hút trong suốt thời gian mang thai cho thấy, các trẻ có cân nặng khi sinh thấp hơn. Những kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng đặc biệt của việc cai thuốc lá sớm, giúp cải thiện cân nặng khi sinh ở trẻ.

Hút thuốc lá và gen

Một số nghiên cứu gần đây đã bắt đầu khám phá các cơ chế ảnh hưởng của hút thuốc lá và sự đa hình di truyền trong gen. Theo các kết quả nghiên cứu, dường như có sự nhạy cảm về di truyền với những tác động có hại của khói thuốc lá và thai nhi. Các đa hình gen di truyền đã được chứng minh là ảnh hưởng đáng kể đến cân nặng khi sinh thấp và nguy cơ thai nhi bị hạn chế tăng trưởng ở những bà mẹ tiếp xúc với khói thuốc lá