

Van ICV	Mất (n=11)	1(9,1%)	1090,9%)	7(63,6%)	4(36,4%)	4(26,7%)	7(35%)
	Còn (n=24)	3(12,5%)	2187,5%)	14(58,3%)	10(41,7%)	11(45,8%)	13(54,2%)
	p	1,000*		1,000*		0,721*	
Đại tràng	Nguyên vẹn (n=22)	313,6%)	19(86,4%)	13(59,1%)	9(40,9%)	10(45,5%)	12(54,5%)
	Mất** (n=13)	1(7,7%)	12(92,3%)	8(59,1%)	5(40,9%)	5(38,5%)	8(61,5%)
	p	1,000*		1,000*		0,737*	

*p value theo kiểm định Fisher, **Mất 1 phần hay hoàn toàn

^a số đợt nhiễm trùng huyết trung bình là $(2,17 \pm 1,5)$ đợt, số ca cấy máu dương tính 28/35 ca chiếm 80%. ^b thời gian nuôi ăn tĩnh mạch kéo dài trung bình các ca bệnh có tắc mật là $(114,8 \pm 19,5)$ ngày. ^c thời gian nuôi ăn tĩnh mạch kéo dài trung bình các ca bệnh có tăng men gan là $(155,6 \pm 30,5)$ ngày.

Mất van hồi manh tràng tỷ lệ NTH, có tắc mật và tăng men gan lần lượt là 90,9%; 36,4% và 35,0%; $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm mẫu nghiên cứu, bệnh nguyên, triệu chứng lâm sàng. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận, đủ tháng chiếm 48,6%, non tháng chiếm 51,4%, trong đó sơ sinh cực non là 27,8%, rất non là 38,9%, sơ sinh non tháng muộn là 22,2%, sơ sinh non vừa là 11,1%. Tương tự với nhiều nghiên cứu trước đây cho rằng, trẻ sinh non tháng có nhiều nguy cơ mắc HCRN hơn nhóm trẻ đủ tháng [4]. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận không có sự khác biệt đáng kể chắc có lẽ do còn hạn chế về số lượng mẫu.

Trong 3 tháng cuối thai kỳ, chiều dài hồng tràng và đại tràng có thể tăng lên gấp đôi, vì vậy nếu sơ sinh non tháng bị HCRN sau phẫu thuật, được chăm sóc tốt, không xảy ra các biến chứng của bệnh, bệnh có khả năng phục hồi tốt hơn trẻ lớn và người lớn do khả năng dài ra vượt trội của ruột sau sinh [6]. Theo tác giả Galea và cộng sự, sự thích nghi xảy ra sớm hơn ở trẻ non tháng < 35 tuần tuổi thai với thời gian trung bình cần nuôi ăn tĩnh mạch hoàn toàn là 6 tuần, đối với trẻ trên 35 tuần tuổi thì cần trung bình là 17 tuần.

Cũng giống như chúng tôi nhóm bệnh nguyên chính thường gặp là Viêm ruột hoại tử, bẩm sinh (Ruột xoay bất toàn, teo ruột non, tắc ruột non, tắc ruột phân sự, Hirschsprung, ruột xoay bất toàn/xoắn ruột hoại tử, hở thành bụng).

Chúng tôi ghi nhận tiêu chảy, sốt, chậm nhu động ruột, chướng bụng chiếm tỉ lệ cao theo thứ tự lần lượt là 100%, 82,9%, 68,6% và 62,9%. Điều này liên quan đến cấu trúc và chức năng mà từng đoạn ruột đảm nhận trong việc bài tiết và hấp thu dịch tiết của ruột và dịch thức ăn.

Đặc điểm liên quan biến chứng. Chậm nhu động ruột sau phẫu thuật do mất chủ yếu hồi tràng (73,3%) và mất chủ yếu cả 2 đoạn ruột (92,3%) cao hơn vượt trội so với nhóm chỉ mất chủ yếu hồng tràng chỉ (14,3%), $p = 0,002$. Điều này phù hợp với sinh lý bệnh học của hồi tràng, do hồi tràng là vùng tiết enteroglucagon và peptide YY, những hormon ruột đóng vai trò điều hòa vận động ruột, mất hồi tràng vận động ruột non bị ảnh hưởng. Hơn nữa, việc cắt phần xa hồi tràng cũng thường đi kèm cắt van hồi manh tràng (ICV) khiến cho việc những rối loạn về hấp thu và vận động ruột càng nặng nề và ảnh hưởng đến tiên lượng của bệnh nhân HCRN [7]. Van hồi manh tràng được cho là đóng vai trò quan trọng trong việc điều hòa hệ vi khuẩn đường ruột bằng cách ngăn chặn sự di chuyển ngược dòng và sự phát triển quá mức của vi khuẩn đại tràng, phát triển mạnh ở những vùng giãn nở của ruột và suy giảm nhu động ruột.

NATM trong thời gian dài có liên quan đến tỷ lệ mắc nhiều biến chứng, bao gồm bệnh gan liên quan đến NATM và NTH liên quan đến catheter tĩnh mạch. Tác giả Caporilli C ghi nhận tỉ lệ NTH liên quan đến catheter dao động khoảng 1,3-10,2/1000 ngày catheter với nguy cơ cao ở trẻ dưới 1 tuổi [8]. Nghiên cứu chúng tôi, 100% đều có đặt catheter trung tâm nuôi ăn tĩnh mạch. NTH ghi nhận là 31/35 (88,6%). Vấn đề kiểm soát nhiễm khuẩn cần cải thiện hơn nữa trong thời gian đến. Ngoài ra chúng tôi còn ghi nhận mất van hồi manh tràng tỷ lệ NTH, có tắc mật và tăng men gan lần lượt là 90,9%; 36,4% và 35,0%; $p > 0,05$.

V. KẾT LUẬN

Nhóm tuổi sơ sinh chiếm tỷ lệ cao 91,4%, nhóm non tháng là 51,4%. Nguyên nhân gây phẫu thuật dẫn đến HCRN chủ yếu là viêm ruột hoại tử (54,3%), teo ruột non (22,9%), tắc ruột non (20%). NTH có tỷ lệ cao là 88,6%, cần cải thiện công tác kiểm soát nhiễm khuẩn trong thời gian tới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Höllwarth ME. (2017). Surgical strategies in short bowel syndrome. *Pediatric surgery international*. Apr 2017; 33(4), 413-419.
2. Chandra R, Kesavan A. (2018) Current treatment paradigms in pediatric short bowel

- syndrome. Clin J Gastroenterol. Apr 2018; 11(2), 103-112.
3. **Chiara C, Giuliana G, Federica G.** (2023) An Overview of Short-Bowel Syndrome in Pediatric Patients: Focus on Clinical Management and Prevention of Complications. *Nutrients*, 2023, 15, 2341.
 4. **Wales PW, de Silva N, Kim J, et al** (2004). Neonatal short bowel syndrome: population-based estimates of incidence and mortality rates. *Journal of pediatric surgery*. May 2004; 39(5):690-5.
 5. **Merritt RJ, Cohran V, Raphael BP, et al.** (2017) Intestinal Rehabilitation Programs in the Management of Pediatric Intestinal Failure and Short Bowel Syndrome. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* Nov 2017; 65(5):588-596.
 6. **Struijs MC, Diamond IR, de Silva N, et al.** (2009) Establishing norms for intestinal length in children. *Journal of pediatric surgery*. May 2009; 44(5), 933-8.
 7. **Spencer AU, Neaga A, West B.** (2005) Pediatric short bowel syndrome: redefining predictors of success. *Annals of surgery*. Sep 2005; 242(3), 403-9.
 8. **Caporilli C, Gianni G, Grassi F, Esposito S.** (2023) An Overview of Short-Bowel Syndrome in Pediatric Patients: Focus on Clinical Management and Prevention of Complications. *Nutrients*, 2023; 15(10).

KHẢO SÁT THỰC TRẠNG THIẾU MÁU CỦA SẢN PHỤ TRƯỚC MỔ LẤY THAI

**Đặng Minh Đắc¹, Hoàng Quốc Thắng², Nguyễn Thị Phương Dung³,
Trương Thị Thuỳ Trang¹, Đỗ Xuân Thuốc¹, Đặng Đình Khoa Huân¹,
Phan Vương Thảo My¹, Đoàn Minh Bền⁴, Trần Văn Đủ⁴**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chẩn đoán và điều trị kịp thời bệnh thiếu máu khi mang thai, là điều bắt buộc để bảo vệ sản phụ và thai nhi khỏi những hậu quả bất lợi tiềm ẩn liên quan đến những biến chứng của tình trạng này. **Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ thiếu máu của sản phụ trước mổ lấy thai (MLT) và các nguyên nhân dẫn đến sản phụ không được quản lý thiếu máu. **Phương pháp nghiên cứu:** Lấy mẫu toàn bộ các sản phụ được MLT tại bệnh viện (BV) Hùng Vương từ tháng 03/2024 đến tháng 05/2024. **Kết quả:** có 73 sản phụ thiếu máu mạn tính trước MLT trong tổng số 480 sản phụ tham gia khảo sát (15,2%), trong đó 59 sản phụ thiếu máu mức độ nhẹ (80,8%), 14 sản phụ thiếu máu mức độ trung bình (19,2%). Các nguyên nhân dẫn đến sản phụ không được quản lý thiếu máu: không khám thai (2,7%), chưa được ghi nhận nguyên nhân thiếu máu (13,7%), khám thai dưới 5 lần trong thai kỳ (16,9%), uống thuốc sắt trung bình dưới 5 lần/tuần trong thai kỳ (30%), uống thuốc có nồng độ sắt dưới 60 mg/ngày (58%), không uống sắt sau ăn (26%), uống thuốc sắt kèm với thức uống làm giảm hấp thu sắt (40%), không được tư vấn dinh dưỡng (87,7%), không ăn đủ 4 nhóm thực phẩm hằng ngày (23,3%). **Kết luận:** Tỉ lệ thiếu máu mạn tính của sản phụ trước MLT tại bệnh viện Hùng Vương vẫn tương đối cao (15,2%). Vì vậy, cần tư vấn dinh dưỡng,

hướng dẫn sản phụ về thời điểm uống và thức uống theo kèm khi uống thuốc sắt.

Từ khóa: thiếu máu, sản phụ, trước mổ lấy thai.

SUMMARY

SURVEY ON THE STATUS OF ANEMIA IN PREGNANT WOMEN BEFORE CAESAR SURGERY

Background: Timely diagnosis and treatment of anemia during pregnancy are essential to protect both the mother and the fetus from potential adverse outcomes related to complications of this condition. **Objective:** To determine the prevalence of anemia in pregnant women before cesarean section and to identify the causes leading to the inadequate management of anemia in these patients. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on all pregnant women undergoing cesarean section at Hung Vuong Hospital from March 2024 to May 2024. **Results:** Among the 480 pregnant women surveyed, 73 had chronic anemia before cesarean section (15.2%), including 59 cases of mild anemia (80.8%) and 14 cases of moderate anemia (19.2%). The main causes of inadequate anemia management were: no antenatal care (2.7%), unrecorded causes of anemia (13.7%), fewer than five prenatal visits during pregnancy (16.9%), taking iron supplements fewer than five times per week (30%), consuming iron supplements with a dosage of less than 60 mg/day (58%), not taking iron after meals (26%), taking iron with drinks that reduce iron absorption (40%), lack of nutritional counseling (87.7%), and not consuming all four essential food groups daily (23.3%). **Conclusion:** The prevalence of chronic anemia in pregnant women before cesarean section at Hung Vuong Hospital remains relatively high (15.2%). Therefore, it is essential to provide nutritional counseling and guide pregnant women on the appropriate timing and accompanying beverages when

¹Bệnh viện Hùng Vương

²Bệnh viện Nhân Dân Gia Định

³Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

⁴Đại Học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Minh Đắc

Email: dangminhdac@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.7.2025

Ngày duyệt bài: 27.8.2025

taking iron supplements. **Keywords:** anemia, pregnant women, pre-caesarean section.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu máu ở sản phụ trước mổ lấy thai là tình trạng phổ biến [1], với tỉ lệ khoảng 28,3%. Tình trạng này có thể làm tăng nguy cơ xảy ra các biến chứng nghiêm trọng trong và sau phẫu thuật, bao gồm mất máu nhiều, băng huyết sau sinh, cần truyền máu, nhiễm trùng và thậm chí tử vong. Ngoài ra, thiếu máu còn liên quan đến trầm cảm sau sinh, làm chậm phục hồi, kéo dài thời gian nằm viện và tăng chi phí điều trị. Một nghiên cứu quan sát [2] đã cho thấy mối liên hệ tuyến tính giữa nồng độ hemoglobin và tỉ lệ tử vong ở sản phụ; mỗi 10 g/L hemoglobin tăng thêm làm giảm nguy cơ tử vong 29%.

Mặc dù các nghiên cứu trước đây thường tập trung vào tình trạng thiếu máu của sản phụ trước sinh, vẫn còn thiếu số liệu cụ thể về thiếu máu trước mổ lấy thai. Tại Việt Nam, nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Tường Thái [3] thực hiện năm 2020 tại BV Thành phố Thủ Đức trên 300 sản phụ cho thấy tỉ lệ thiếu máu 14,3%, chủ yếu thiếu máu nhẹ (79,1%) và trung bình (20,9%). Tương tự, tác giả Lê Thị Huyền [4] năm 2021 đã nghiên cứu tỉ lệ thiếu máu ở 225 sản phụ, với kết quả 14,1%, trong đó thiếu máu mức độ nhẹ chiếm 83,3% và mức độ trung bình chiếm 16,7%.

Bệnh viện Hùng Vương là một trong những trung tâm sản phụ khoa tuyến cuối tại miền Nam Việt Nam. Tuy đã có nhiều nỗ lực cải tiến và áp dụng phác đồ điều trị thiếu máu, vẫn chưa có số liệu phản ánh đầy đủ về tình trạng thiếu máu ở sản phụ trước MLT. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với câu hỏi nghiên cứu: "*Tỉ lệ thiếu máu mạn tính ở sản phụ được MLT ở Bệnh viện Hùng Vương là bao nhiêu?*". Kết quả nghiên cứu không chỉ giúp đồng nghiệp hiểu rõ hơn về tình trạng thiếu máu ở sản phụ mà còn là cơ sở để xây dựng kế hoạch kiểm soát, cải thiện chất lượng chăm sóc, tăng cường an toàn phẫu thuật và đảm bảo sự an tâm cho sản phụ cùng gia đình.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu cắt ngang

2.2. Tiêu chuẩn chọn mẫu. Chúng tôi chọn những sản phụ được MLT tại BV Hùng Vương thoả các tiêu chuẩn sau để đưa vào nghiên cứu:

- **Tiêu chuẩn nhận vào:**
 - Sản phụ đủ 18 tuổi trở lên.
 - Đồng ý tham gia
- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Những sản phụ không thể trả lời phỏng vấn (VD: câm, điếc, rối loạn tâm thần).

- Những trường hợp thiếu máu do nguyên nhân cấp tính.

2.3. Cỡ mẫu. Lấy mẫu toàn bộ những sản phụ được MLT tại BV Hùng Vương từ tháng 03/2024 đến tháng 05/2024.

2.4. Phương pháp lấy mẫu. Chúng tôi lập danh sách những sản phụ sẽ được MLT theo quy trình tại BV Hùng Vương. Tại phòng chăm sóc hậu phẫu, nghiên cứu viên sẽ giới thiệu cho sản phụ về thông tin, lợi ích và hạn chế khi tham gia. Tất cả sản phụ thoả tiêu chuẩn nghiên cứu sẽ được thu thập thông tin bằng Bảng thu thập thông tin phỏng vấn và Bảng ghi nhận thông tin Hemoglobin do nghiên cứu viên soạn sẵn.

Thu thập thông tin bằng bộ câu hỏi phỏng vấn

2.5. Phương pháp tiến hành. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu theo các bước sau:

Bước 1: Chuẩn bị cho nghiên cứu.

Bước 2: Phỏng vấn thử.

Bước 3: Liên hệ ban lãnh đạo, khoa Phẫu thuật gây mê hồi sức.

Bước 4: Sàng lọc đối tượng nghiên cứu theo tiêu chuẩn chọn mẫu.

Bước 5: Ghi nhận thông tin xét nghiệm Hemoglobin.

Bước 6: Thu thập thông tin.

Bước 7: Phân tích số liệu và hoàn thành.

2.6. Công cụ nghiên cứu. Bộ công cụ thu thập thông tin nghiên cứu của chúng tôi là Bảng thu thập thông tin phỏng vấn và Bảng ghi nhận thông tin Hemoglobin được nghiên cứu viên soạn sẵn.

Biến số nghiên cứu chính:

Thiếu máu: được định nghĩa theo Tổ Chức Y Tế Thế Giới [5].

Bảng 1. Định nghĩa và phân loại thiếu máu

Thiếu máu	Nồng độ Hemoglobin trước MLT (g/l)
Không thiếu máu	Hb $\geq$ 110 g/l
Có thiếu máu	Hb < 110 g/l
- Thiếu máu nhẹ	100 $\leq$ Hb < 110
- Thiếu máu trung bình	70 $\leq$ Hb < 100
- Thiếu máu nặng	Hb < 70

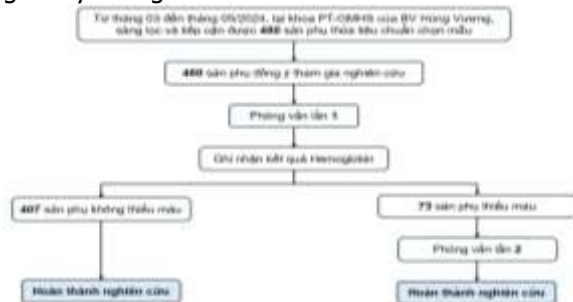
Xử lý và phân tích số liệu: Nhập liệu và xử lý số liệu bằng phần mềm Microsoft Excel for Microsoft bản quyền do Đại Học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh cấp, sử dụng một số thống kê mô tả như tần số, tỉ lệ, trung bình, lớn nhất, nhỏ nhất.

2.7. Đạo đức trong nghiên cứu y sinh. Đề tài được tiến hành sau khi thông qua hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của

Trường Đại học Y Dược theo quyết định số 53/HĐĐĐ-ĐHYD và được sự đồng ý của BV Hùng Vương thông qua quyết định số 1528/QĐ-BVHV.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 03/2024 đến tháng 05/2024, tại khoa Phẫu Thuật-Gây Mê Hồi Sức bệnh viện Hùng Vương, chúng tôi tiếp cận được 480 sản phụ thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu. Tất cả 480 phụ nữ này sau khi được nghiên cứu viên thông tin và giới thiệu về nghiên cứu, đều tự nguyện tham gia đầy đủ nghiên cứu.

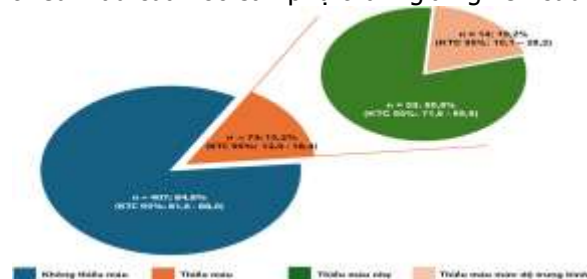


Hình 1. Sơ đồ tóm tắt nghiên cứu

Đa số các thai phụ tham gia nghiên cứu trong độ tuổi 18 - 34 tuổi, chiếm 73,8%. Sinh con lần đầu (46,7%); còn lại là những thai phụ đã từng sinh ít nhất 1 con (53,4%). Có 56,7% sản phụ chưa từng có tiền căn MLT; có 30,8% sản phụ từng MLT 1 lần và 12,5% sản phụ đã MLT ≥ 2 lần. Đa số các sản phụ có tình trạng thể chất theo ASA (Hiệp hội Gây mê Hoa Kỳ) là loại II (83,5%) và còn lại là loại III (16,5%).

3.1. Tỷ lệ và mức độ thiếu máu

Hình 1 trình bày tỷ lệ thiếu máu và mức độ thiếu máu của 480 sản phụ tham gia nghiên cứu.



Hình 2. Tỷ lệ thiếu máu và mức độ thiếu máu

Dựa vào kết quả xét nghiệm CTM, mà cụ thể là chỉ số nồng độ Hemoglobin, chúng tôi ghi nhận có 73 sản phụ bị thiếu máu mạn chiếm tỷ lệ 15,2% (KTC 95: 12,0 - 18,4). Trong số 73 sản phụ bị thiếu máu này có 59 sản phụ bị thiếu máu nhẹ, chiếm tỷ lệ 80,8% (KTC 95%: 71,8 - 89,9). Còn lại 14 sản phụ bị thiếu máu mức độ trung bình, chiếm 19,2% (KTC 95%: 10,1 - 28,2) và không có trường hợp nào thiếu máu mức độ nặng.

3.2. Nguyên nhân gây thiếu máu

Bảng 2. Các nguyên nhân dẫn đến sản phụ không được quản lý thiếu máu

Đặc điểm	Tần suất (%)
Không khám thai (n=73)	2 (2,7)
Chưa ghi nhận nguyên nhân thiếu máu (n=73)	10 (13,7)
Tổng số lần khám thai dưới 5 lần (n=71)	12 (16,9)
Tần suất uống sắt dưới 5 lần/tuần (n=50)	15 (30)
Nồng độ sắt đang sử dụng dưới 60 mg/ngày (n=50)	29 (58)
Không uống sắt sau ăn (n=50)	13 (26)
Thức uống đi kèm ảnh hưởng hấp thu sắt (n=50)	20 (40)
Không được tư vấn dinh dưỡng (n=73)	64 (87,7)
Không ăn đủ 4 nhóm thực phẩm hằng ngày (n=73)	17 (23,3)

Trong 73 sản phụ thiếu máu, có 2 sản phụ, chiếm tỷ lệ 2,7%, không khám thai vì gia đình khó khăn; 17 sản phụ, chiếm tỷ lệ 23,3%, khám thai chính tại bệnh viện Hùng Vương; 54 sản phụ, chiếm tỷ lệ 74%, khám thai chính ngoài bệnh viện Hùng Vương.

Trong 73 sản phụ thiếu máu, ghi nhận theo hồ sơ bệnh án được 42 trường hợp, chiếm tỷ lệ 57,5%, thiếu máu thiếu sắt; 21 trường hợp, chiếm tỷ lệ 28,8%, thalassemia; có 10 trường hợp, chiếm tỷ lệ 13,7%; không được ghi nhận nguyên nhân thiếu máu trong hồ sơ bệnh án, số khám thai.

Trong 71 sản phụ có đi khám thai, có 12 sản phụ, chiếm tỷ lệ 16,9%, khám thai dưới 5 lần với các lý do: gia đình khó khăn, xa chỗ khám thai, mất số khám thai, bận chăm sóc người nhà bệnh nặng, đổi chỗ ở liên tục,...

Trong 73 sản phụ thiếu máu, có 23 sản phụ, chiếm tỷ lệ 31,5%, không dùng thuốc sắt trong thai kỳ vì được chẩn đoán thalassemia, không khám thai.

Trong 50 sản phụ có uống sắt trong thai kỳ, có 15 sản phụ, chiếm tỷ lệ 30%, uống sắt dưới 5 lần/tuần vì gặp tác dụng phụ (buồn nôn, táo bón) và thường xuyên quên, có 29 sản phụ, chiếm tỷ lệ 58%, uống sắt có nồng độ dưới 60 mg/ngày; 13 sản phụ, chiếm tỷ lệ 26%, không uống sắt sau ăn; 20 sản phụ, chiếm tỷ lệ 40%, uống sắt kèm với thức uống ảnh hưởng hấp thu sắt (trà sữa, café, viên canxi,...)

Trong 73 sản phụ thiếu máu, có 64 sản phụ, chiếm tỷ lệ 87,7%, không được tư vấn dinh dưỡng; 17 sản phụ, chiếm tỷ lệ 23,3%, không ăn đủ 4 nhóm thực phẩm hằng ngày vì ghen, ăn

chạy theo tôn giáo, không được hướng dẫn, gia đình khó khăn.

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi tiến hành khảo sát 480 sản phụ được chỉ định mổ lấy thai. Kết quả cho thấy 73 sản phụ (chiếm 15,2%) có tình trạng thiếu máu trước khi mổ lấy thai. So sánh với các nghiên cứu quốc tế, tỉ lệ thiếu máu trước mổ lấy thai tại Việt Nam cao hơn so với một số quốc gia phát triển như Canada [6] (12,8%) và Úc [7] (12,2%). Sự khác biệt này có thể được giải thích bởi sự phát triển kinh tế - xã hội và hệ thống y tế vượt trội tại các quốc gia này, nơi sản phụ được tiếp cận với dịch vụ chăm sóc y tế toàn diện hơn, bao gồm khám thai định kỳ, xét nghiệm, và bổ sung dinh dưỡng phòng ngừa thiếu máu. Ngược lại, tại các quốc gia đang phát triển như Ethiopia [1], tỉ lệ thiếu máu trước mổ lấy thai lên tới 28,3%, cao hơn đáng kể so với kết quả của chúng tôi. Điều này phản ánh sự hạn chế trong tiếp cận dịch vụ y tế và chế độ dinh dưỡng không đầy đủ tại các khu vực này. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi (15,2%) tương đồng với các nghiên cứu tại Trung Quốc [8] (16,6%) và Đài Loan [9] (16,3%). Sự tương đồng này có thể do các quốc gia trong khu vực châu Á có nhiều điểm chung về văn hóa, xã hội, và hệ thống y tế. Mặc dù hệ thống y tế tại các quốc gia này đang phát triển, vẫn tồn tại những hạn chế trong quản lý sức khỏe thai sản, đặc biệt ở các vùng nông thôn hoặc khu vực khó tiếp cận.

Trong số 73 sản phụ thiếu máu, 59 trường hợp (80,8%) được ghi nhận thiếu máu mức độ nhẹ và 14 trường hợp (19,2%) thiếu máu mức độ trung bình. Tỉ lệ này khác biệt so với nghiên cứu tại Ethiopia [1], nơi tỉ lệ thiếu máu mức độ trung bình chiếm 55,1%. Sự khác biệt này có thể do điều kiện y tế và chế độ dinh dưỡng khác nhau giữa hai quốc gia. Tại Việt Nam, kết quả của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu trong nước, như nghiên cứu của Nguyễn Thị Tường Thái [3] (79,1% thiếu máu nhẹ và 20,9% thiếu máu trung bình) và Lê Thị Huyền [4] (83,3% thiếu máu nhẹ và 16,7% thiếu máu trung bình).

Trong khảo sát của chúng tôi, 86,3% sản phụ được chẩn đoán thiếu máu mạn tính, với nguyên nhân chủ yếu là thiếu máu thiếu sắt (66,7%) và thalassemia (33,3%). Thiếu máu thiếu sắt là nguyên nhân phổ biến nhất, phù hợp với các nghiên cứu quốc tế như Sifakis [10] (75%) và Dennis [7] (62,1%). Thalassemia, một bệnh lý di truyền phổ biến tại Việt Nam và Đông Nam Á, cũng đóng vai trò quan trọng trong tình trạng thiếu máu mạn tính.

Theo Luật Bảo hiểm xã hội số 58/2014/QH13, sản phụ có quyền nghỉ làm 5 ngày trong thai kỳ để đi khám thai. 5 lần khám này được xem là mức tối thiểu mà một sản phụ cần thực hiện. Trong khảo sát của chúng tôi, 2,7% sản phụ không đi khám thai, và 16,9% khám dưới 5 lần trong thai kỳ do các lý do như gia đình khó khăn, ở xa cơ sở y tế, hoặc bận chăm sóc người nhà. Việc đi khám thai không đạt được số lần tối thiểu ảnh hưởng đến việc theo dõi và điều trị thiếu máu. Ngoài ra, 23 sản phụ không uống thuốc sắt trong thai kỳ, trong đó 21 trường hợp do mắc thalassemia và 2 trường hợp không đi khám thai.

Khảo sát của chúng tôi ghi nhận 15 sản phụ dùng dưới 5 lần/tuần, trong đó 66,7% gặp tác dụng phụ (buồn nôn, táo bón) và 33,3% thường quên. Sản phụ cần 30 mg sắt/ngày để dự phòng và 60-120 mg/ngày để điều trị. Tuy nhiên, 58% sản phụ trong khảo sát dùng dưới 60 mg/ngày, có thể do chưa chuyển từ liều dự phòng sang điều trị.

Sản phụ nên uống thuốc sắt trong bữa ăn để tăng hấp thu. Tuy nhiên, trên thực tế, nhiều người được khuyên uống sau ăn để thuận tiện. Trong khảo sát của chúng tôi, 13 sản phụ không uống thuốc sau bữa ăn, và 20 sản phụ thường dùng thuốc kèm thức uống làm giảm hấp thu sắt như trà, cà phê hoặc canxi. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Lê Thị Huyền [4], cho thấy việc dùng trà thường xuyên làm giảm hấp thu sắt, tăng nguy cơ thiếu máu. Cần cải thiện hướng dẫn sử dụng thuốc, bao gồm thời điểm uống và tránh các thức uống cản trở hấp thu, để đạt hiệu quả tối ưu.

Có 87,7% sản phụ không nhận được tư vấn dinh dưỡng, và 23,3% không đảm bảo chế độ ăn đủ 4 nhóm thực phẩm do tình trạng nghèo, ăn chay, hoặc thiếu hướng dẫn. Điều này làm tăng nguy cơ thiếu vi chất và thiếu máu trong thai kỳ.

Điểm mới tính ứng dụng: NC của chúng tôi cung cấp số liệu thực chứng về tỉ lệ thiếu máu mạn ở những sản phụ được MLT.

Điểm hạn chế: Một hạn chế lớn là dữ liệu thu thập chủ yếu dựa trên hồ sơ bệnh án và lời khai của sản phụ, không có can thiệp vào quy trình chẩn đoán hay điều trị. Do đó, kết quả phụ thuộc vào độ chính xác của hồ sơ và mức độ trung thực trong lời khai.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ thiếu máu của sản phụ trước mổ lấy thai là tương đối cao: 15,2% (80,8% sản phụ thiếu máu mức độ nhẹ, 19,2% sản phụ thiếu máu mức độ trung bình). Cần tư vấn dinh