

- doi:10.4103/0378-6323.193617
3. **Romald PN, Kindo AJ, Mahalakshmi V, et al.** Epidemiological Pattern of Malassezia, its Phenotypic Identification and Antifungal Susceptibility Profile to Azoles by Broth Microdilution Method. *Indian J Med Microbiol.* 2020; 38(3-4): 351-356. doi:10.4103/ijmm. IJMM_20_106
 4. **Chebil W, Haouas N, Eskes E, et al.** In Vitro Assessment of Azole and Amphotericin B Susceptibilities of Malassezia spp. Isolated from Healthy and Lesioned Skin. *J Fungi Basel Switz.* 2022;8(9):959. doi:10.3390/jof8090959
 5. **Trần Cẩm V.** Xác định Malassezia trong bệnh lang ben và hiệu quả điều trị bằng thuốc kháng nấm nhóm azole .2017.
 6. **Gupta AK, Kohli Y, Batra R.** Antifungal treatment for Malassezia infections. *J Am Acad Dermatol.* 2014;70(5): 772-778. doi:10.1016/j.jaad.2013.12.020
 7. **Hamdino M, Saudy AA, El-Shahed LH, et al.** Identification of Malassezia species isolated from some Malassezia-associated skin diseases. *J Mycol Med.* 2022;32(4):101301. doi:10.1016/j.mycmed.2022.101301
 8. **Kim MH, Sohn KM, Oh BH, et al.** In vitro antifungal susceptibility of Malassezia species isolated from human skin. *Mycoses.* 2018;61(8): 507-514. doi:10.1111/myc.12768

KHẢO SÁT TỶ LỆ, MỨC ĐỘ NÔN NGHÉN VÀ ẢNH HƯỞNG CỦA NÔN NGHÉN ĐẾN CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA THAI PHỤ TRONG 3 THÁNG ĐẦU TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Đàm Như Bình¹, Bành Dương Yến Nhi², Lâm Đức Tâm³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nôn nghén trong thai kỳ là một tình trạng y khoa thường gặp ở phụ nữ mang thai. Xác định tỷ lệ thai phụ có nôn nghén và mức độ nôn nghén của thai phụ bằng bộ công cụ PUQE mang lại nhiều giá trị thực tiễn trong thực hành lâm sàng. **Mục tiêu:** Tìm hiểu các yếu tố liên quan đến mức độ nôn nghén. Đánh giá ảnh hưởng của nôn nghén lên chất lượng sống của thai phụ bằng sử dụng bộ công cụ NVPQOL. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang được thực hiện trên 89 thai phụ mang thai trong ba tháng đầu thai kỳ tại Khoa Khám Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ. Đánh giá mức độ nôn nghén bằng thang PUQE. Mức độ nôn nghén chia thành ba mức độ nhẹ Nhe: ≤ 6 điểm; Trung bình: 7-12 điểm; Nặng: ≥ 13 điểm. Số liệu thu thập được xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS. **Kết quả:** Tỷ lệ thai phụ nôn nghén trong ba tháng đầu thai kỳ là 85,2%. Mức độ nôn nghén ở thai phụ 3 tháng đầu thai kỳ theo phân độ PUQE nhẹ, vừa, nặng lần lượt là 28,4%, 59,1, 12,5%. Mức độ nôn nghén càng nặng chất lượng cuộc sống thai phụ càng giảm theo thành công cụ NVPQOL. **Kết luận:** Tỷ lệ thai phụ nôn nghén trong ba tháng đầu thai kỳ là 85,2%. Cần quan tâm nhiều hơn trong đánh giá mức độ nôn nghén trong quá trình khám thai định kỳ nhằm phát hiện và điều trị kịp thời. **Từ khóa:** nôn nghén, PUQE.

SUMMARY

SURVEY ON THE PREVALENCE, SEVERITY OF

¹Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

³Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Đức Tâm

Email: ldtam@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2025

Ngày duyệt bài: 8.12.2025

NAUSEA AND VOMITING, AND ITS IMPACT ON QUALITY OF LIFE AMONG PREGNANT WOMEN IN THE FIRST TRIMESTER AT CAN THO OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Objectives: To determine the prevalence of nausea and vomiting in pregnancy (NVP) and assess its severity using the PUQE scale; to identify factors associated with NVP severity; and to evaluate the impact of NVP on the quality of life of pregnant women using the NVPQOL instrument. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 89 pregnant women in their first trimester at the Outpatient Department of Can Tho Obstetrics and Gynecology Hospital. NVP severity was assessed using the PUQE scale and classified into three levels: mild (≤ 6 points), moderate (7–12 points), and severe (≥ 13 points). Data were analyzed using SPSS software. **Results:** The prevalence of NVP in the first trimester was 85.2%. Based on the PUQE scale, 28.4% had mild NVP, 59.1% had moderate NVP, and 12.5% had severe NVP. A higher PUQE score was associated with a greater decline in quality of life as measured by the NVPQOL scale. **Conclusion:** The prevalence of NVP in the first trimester was 85.2%. Greater attention should be given to assessing NVP severity during routine antenatal care to ensure timely detection and management. **Keywords:** nausea and vomiting in pregnancy, PUQE.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Buồn nôn và nôn trong thai kỳ (Nausea and vomiting of pregnancy-NVP) hay còn gọi là nôn nghén xảy ra khoảng 50-80% các trường hợp mang thai, thường vào 3 tháng đầu thai kỳ [1]. Tình trạng nôn nghén thường xuất hiện giữa tuần thứ 4 đến tuần thứ 6, đạt đỉnh giữa tuần thứ 8 đến tuần thứ 12 và biến mất vào tuần thứ 20 của thai kỳ[2]. Nghén nặng là lý do phổ biến nhất gây nhập viện trong 3 tháng đầu thai kỳ.

Những phụ nữ có triệu chứng nôn nghén nặng cho thấy giảm chất lượng sống về thể chất gần như những phụ nữ ung thư vú, và chất lượng sống về tinh thần giảm tương tự những phụ nữ bị trầm cảm sau sinh[3]. Nghiên cứu của tác giả Cao Thị Bích Trà (2018) đánh giá về tỉ lệ trầm cảm và lo âu ở thai phụ có và không có nôn nghén tại Bệnh viện Từ Dũ, Kết quả cho thấy nôn nghén làm tăng tỉ lệ trầm cảm, lo âu trong thai kỳ với OR lần lượt là OR=6,6 (95%CI: 2,29-18,99, p=0,0001); OR=3,6 (95%CI:1,51-8,87, p=0,0021)[1]. Tuy nhiên tại Bệnh viện phụ sản thành phố Cần Thơ, chúng tôi chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này. Từ đó, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu với mục tiêu: *Xác định tỷ lệ thai phụ có nôn nghén trong 3 tháng đầu thai kỳ, mức độ nôn nghén của thai phụ bằng bộ công cụ PUQE và đánh giá ảnh hưởng của nôn nghén lên chất lượng sống của thai phụ bằng sử dụng bộ công cụ NVPQOL.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: thai phụ có tuổi thai ≤ 14 tuần đến khám thai tại bệnh viện Phụ sản Cần Thơ.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu: Thai phụ đến khám thai tại phòng khám thai ở khu Khám Bệnh viện Phụ Sản Thành phố Cần Thơ, tuổi thai ≤ 14 tuần (dựa vào SA 3 tháng đầu thai kỳ), có trạng thái tinh thần, sức khỏe đủ để cho phép tiến hành nghiên cứu, có khả năng hiểu tiếng Việt. Đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu sau khi được giải thích mục đích của nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh lý nôn do thai khác: thai trứng, u nguyên bào nuôi. Tiền sử có bệnh lý đường tiêu hóa: viêm ruột thừa, viêm dạ dày, viêm túi mật, viêm tụy, xuất huyết tiêu hóa, tắc ruột, ung thư đường tiêu hóa. Có bệnh lý nội, ngoại khoa khác trong quá trình mang thai buộc phải can thiệp. Bệnh lý suy giảm miễn dịch HIV- AIDS, suy gan thận nặng, lao đang tiến triển.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có phân tích trên 89 thai phụ có tuổi thai ≤ 14 tuần và đồng ý tham gia nghiên cứu sau khi được cung cấp thông tin.

2.2.2. Cỡ mẫu. Được tính theo công thức tính cỡ mẫu, ước lượng một tỉ lệ với độ chính xác tuyệt đối.

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

Trong đó: n: cỡ mẫu

d: độ chính xác tuyệt đối, d = 0,06.

α: xác suất sai lầm loại I, α = 0,05, với độ tin cậy 95% do đó $Z_{0,975} = 1,96$.

p: Tỉ lệ ước lượng của bệnh trong quần thể. Theo nghiên cứu của tác giả Oi Ka Chan và cộng sự (2010), Tỉ lệ buồn nôn và nôn trong thai kỳ ước tính khoảng 90,9%. Chúng tôi lấy p=0,909.

=> N = 88,2 ≈ 89 trường hợp. Như vậy cỡ mẫu chúng tôi cần lấy là 89 thai phụ

2.2.3. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện. Chọn tất cả các thai phụ thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và loại trừ, đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2.4. Các bước tiến hành nghiên cứu: Bước đầu tiên là sàng lọc đối tượng từ 7 giờ sáng hàng ngày tại khu tiếp nhận Khoa Khám, nơi nữ hộ sinh xác nhận thông tin (họ tên, năm sinh, địa chỉ, thẻ BHYT, lý do khám) và in phiếu đăng ký; bác sĩ khám đánh giá nôn nghén, kiểm tra tiêu chuẩn chọn/loại trừ, sau đó mời tham gia nếu phù hợp. Tiếp theo, giải thích mục đích/lợi ích nghiên cứu cho thai phụ, thu bảng đồng thuận nếu đồng ý, rồi phỏng vấn trực tiếp 10-15 phút trong phòng riêng yên tĩnh (không người thân) trong thời gian chờ khám thai, thu thập dữ liệu qua bảng câu hỏi về đặc điểm dịch tễ học (tuổi, nghề nghiệp, học vấn), tiền sử sản phụ khoa (kinh nguyệt, số lần thai, sảy thai, hiếm muộn), lâm sàng (tuổi thai, chiều cao tử cung, vòng bụng), cận lâm sàng (PUQE đánh giá mức độ nôn nghén ≤6 nhẹ/7-12 trung bình/≥13 nặng; NVPQOL 30 câu Likert 7 điểm chia 4 lĩnh vực PSAF/F/E/L, điểm thấp=chất lượng sống cao, đã chuẩn hóa tiếng Việt qua thử nghiệm 5 đối tượng), thiếu máu, sỡ thai, thụ thai tự nhiên/hiếm muộn, BMI. Sau 2 tuần tái khám, phỏng vấn lại NVPQOL đánh giá sau điều trị; số liệu được mã hóa, nhập và phân tích bằng SPSS 25 (tỉ lệ/trung bình, so sánh khác biệt 95% tin cậy), kiểm soát sai số qua hướng dẫn nữ hộ sinh phỏng vấn chính xác và giải thích rõ cho đối tượng. Toàn bộ quy trình tuân thủ đạo đức: được Hội đồng khoa học bệnh viện phê duyệt, không can thiệp điều trị, bảo mật thông tin mã hóa, công bố tổng hợp không nêu tên cá nhân, thai phụ tự do tham gia/rút lui.

2.2.5. Xử lý số liệu: Số liệu được mã hóa và xử lý bằng phần mềm thống kê IBM SPSS phiên bản 25, bao gồm các bước làm sạch dữ liệu (loại bỏ lỗi, giá trị thiếu), mã hóa biến định tính thành số (ví dụ: nghề nghiệp 0-4, mức PUQE 0-2), tính toán thống kê mô tả như tỉ lệ phần trăm (tỷ lệ NVP 85.2%, phân bố PUQE nhẹ 28.4%/trung bình 59.1%/nặng 12.5%), trung bình và độ lệch chuẩn (tuổi mẹ 29.84±6.03, NVPQOL nhẹ 73.56±30.26 đến nặng 175.00

$\pm 24,27$), sau đó phân tích suy diễn để so sánh sự khác biệt giữa các trung bình (ANOVA $p=0,01$ cho NVPQOL theo mức PUQE) và tỉ lệ (Chi-square $p=0,525$ tuổi, $p=0,325$ nghề nghiệp) với độ tin cậy 95% ($Z=1,96$, $\alpha=0,05$), đảm bảo kiểm soát sai số qua hướng dẫn phòng vấn chuẩn hóa và không thiên lệch chọn mẫu.

2.2.6. Y đức: Nghiên cứu tuân thủ nghiêm ngặt các nguyên tắc đạo đức y khoa quốc tế và Việt Nam, được Hội đồng Đạo đức và Khoa học Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ phê duyệt trước khi thực hiện, với thiết kế cắt ngang mô tả không can thiệp vào chỉ định điều trị của bác sĩ, đảm bảo an toàn tối đa cho thai phụ và thai nhi. Mọi đối tượng tham gia được giải thích đầy đủ mục đích nghiên cứu, lợi ích tiềm năng (đánh giá NVP/PUQE/NVPQOL để cải thiện chăm sóc), rủi ro (không có, chỉ phỏng vấn 10-15 phút), quyền tự do đồng ý hoặc từ chối tham gia bất cứ lúc nào mà không ảnh hưởng đến quá trình khám chữa bệnh; bảng đồng thuận được ký trước khi thu thập dữ liệu, với quyền rút lui không cần lý do. Bảo mật thông tin tuyệt đối được thực hiện bằng mã hóa dữ liệu (họ tên viết tắt, số khám bệnh thay vì thông tin cá nhân), lưu trữ an toàn chỉ phục vụ phân tích, công bố kết quả dưới dạng tổng hợp thống kê không tiết lộ danh tính cá nhân, phù hợp tiêu chuẩn Helsinki và quy định Bộ Y tế Việt Nam về nghiên cứu lâm sàng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm giá trị	N	Tỷ lệ (%)
Tuổi thai phụ (năm)	Trung bình $\pm$ SD		$29,84 \pm 6,03$
	Nhỏ nhất-Lớn nhất		16 – 43
Nhóm tuổi	≤ 35	73	82,8
	> 35	16	18,2
Nghề nghiệp	Lao động chân tay	50	56,8
	Lao động trí óc	39	43,2
Trình độ học vấn	Dưới THCS	29	32,6
	Từ THCS trở lên	60	67,4
BMI trước mang thai	Gầy	11	12,5
	Bình thường	56	62,5
	Thừa cân	14	15,9
	Béo phì	8	9,1
Tuổi thai tại thời điểm khảo	< 9	22	25,0
	9-11	42	46,6

Bảng 3. Điểm chất lượng sống (NVPQOL) theo mức độ nôn nghén

Chỉ số chất lượng sống NVPQOL	Nôn nhẹ (n=25)	Nôn vừa (n=53)	Nôn nặng (n=11)	p-value
PSAF – Lâm sàng và yếu tố làm trầm	$21,92 \pm 10,92$	$40,53 \pm 11,92$	$59,64 \pm 24,18$	$< 0,01$

sát (tuần)	> 11	25	28,4
Số lượng thai	Đơn thai	89	98,9
	Đa thai	1	1,1
Phương pháp thụ thai	Tự nhiên	87	97,7
	Điều trị hiếm muộn	2	2,3

Nhận xét: Đặc điểm dân số học điển hình cho nghiên cứu nôn nghén: Tuổi trung bình thai phụ $29,84 \pm 6,03$ năm (16–43), phần lớn dưới 35 tuổi (80,9%) phù hợp nhóm tuổi sinh sản cao điểm tại Việt Nam, phân bố nghề nghiệp phản ánh đặc trưng địa phương: Lao động cơ bắp chiếm ưu thế (56,8%) so với lao động trí óc (43,2%), phù hợp đặc điểm kinh tế - xã hội Cần Thơ với tỷ lệ nội trợ/nông nghiệp cao, nhưng viên chức vẫn chiếm tỷ trọng đáng kể (43,8%). Trình độ học vấn khá cao: 67,4% từ THCS trở lên, đảm bảo chất lượng dữ liệu khảo sát NVPQOL/PUQE đáng tin cậy, giảm sai số do thiếu hiểu biết về triệu chứng. Đặc điểm sản khoa lý tưởng cho nghiên cứu: BMI bình thường chiếm đa số (62,5%), đơn thai (98,9%), thụ thai tự nhiên (97,7%), tuổi thai chủ yếu 9–11 tuần (46,6%) – mẫu đại diện thai kỳ sớm không biến chứng thai sản, phù hợp đánh giá nôn nghén nguyên phát. Tóm lại, mẫu nghiên cứu cân bằng, đại diện tốt cho thai phụ khám định kỳ tại bệnh viện tuyến tỉnh, hỗ trợ tính tổng quát hóa kết quả trong bối cảnh Việt Nam.

Bảng 2. Tỷ lệ và mức độ nôn trong 3 tháng đầu kỳ theo PUQE (N=89)

Đặc điểm	N	Tỷ lệ (%)
Không nôn	14	14,8
Có nôn	75	85,2
Nôn nhẹ (PUQE ≤ 6 điểm)	25	28,4
Nôn vừa (PUQE 7-12 điểm)	53	59,1
Không nặng (PUQE ≥ 13 điểm)	11	12,5

Nhận xét: Tỷ lệ nôn nghén rất cao: 85,2% thai phụ có triệu chứng trong 3 tháng đầu, cao hơn mức 70-80% báo cáo quốc tế, nhấn mạnh gánh nặng NVP tại Việt Nam cần can thiệp sớm. Phân bố mức độ PUQE điển hình: Nôn vừa chiếm ưu thế tuyệt đối (59,1%), tiếp theo nôn nhẹ (28,4%) và nôn nặng (12,5%) – phù hợp phân bố chuẩn PUQE trong các nghiên cứu sử dụng công cụ đánh giá này. Tỷ lệ nôn nặng đáng báo động: 12,5% (11/89) đạt ≥ 13 điểm PUQE cần điều trị tích cực (thuốc chống nôn, truyền dịch), tương đương đòi hỏi sàng lọc thường quy tại lần khám thai sớm.

trọng hơn tình trạng nôn nghén (0–63)				
F – Mệt mỏi (0–28)	11,44 ± 8,39	17,38 ± 7,05	24,72 ± 2,45	<0,01
E – Tình cảm (0–49)	16,80 ± 6,65	29,61 ± 8,96	39,09 ± 4,85	<0,01
L – Hạn chế (0–70)	22,42 ± 11,85	39,00 ± 12,40	51,55 ± 7,37	<0,01
NVPQOL chung (0–210)	73,56 ± 30,26	126,54 ± 34,07	175,00 ± 24,27	<0,01

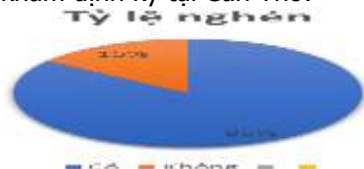
Nhận xét: Kết quả cho thấy mối liên quan rõ rệt giữa mức độ nôn nghén và suy giảm chất lượng sống: khi mức độ nôn nghén tăng dần thì điểm NVPQOL cũng tăng theo (73,56 → 126,54 → 175,00), chứng tỏ chất lượng sống suy giảm mạnh mẽ trên tất cả các lĩnh vực với $p < 0,01$, đây là phát hiện quan trọng nhất của nghiên cứu. Cụ thể, cả 5 lĩnh vực đều bị ảnh hưởng nghiêm trọng: PSAF (lâm sàng và yếu tố lâm sàng) tăng 2,7 lần từ nôn nhẹ đến nặng (21,92→59,64/63 điểm, gần điểm tối đa); mệt

mỏi tăng 2,2 lần (11,44→24,72/28); tình cảm (E) tăng 2,3 lần (16,80→39,09/49); hạn chế hoạt động (L) tăng 2,3 lần (22,42→51,55/70); tổng NVPQOL chung tăng 2,4 lần, xác nhận tính toàn diện của công cụ đánh giá chuẩn hóa. Về ý nghĩa lâm sàng then chốt, nhóm nôn nặng (12,5%) đạt điểm NVPQOL 175/210 (83% điểm tối đa), tương đương chất lượng sống kém nghiêm trọng, cần can thiệp khẩn cấp như thuốc chống nôn (Diclectin), truyền dịch tĩnh mạch và nghỉ việc tạm thời

Bảng 4. Mối liên quan giữa nhóm tuổi, nhóm nghề nghiệp và mức độ nôn nghén (N=89)

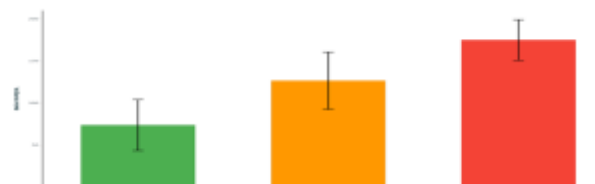
Đặc điểm	Nôn nhẹ (n, %)	Nôn vừa (n, %)	Nôn nặng (n, %)	Tổng (n, %)	p-value
Nhóm tuổi					0,525
<35 tuổi	20 (22,5%)	41 (46,1%)	11 (12,4%)	72 (80,9%)	
≥35 tuổi	5 (5,6%)	12 (13,5%)	0 (0,0%)	17 (19,1%)	
Nhóm nghề nghiệp					0,325
Lao động chân tay	12 (13,5%)	34 (38,2%)	4 (4,5%)	50 (56,2%)	
Lao động trí óc	13 (14,6%)	19 (21,3%)	7 (7,9%)	39 (43,8%)	

Nhận xét: Kết quả cho thấy không có mối liên quan thống kê ý nghĩa giữa nhóm tuổi và mức độ nôn nghén ($p=0,525$): nhóm dưới 35 tuổi chiếm ưu thế (80,9%) có tỷ lệ nôn nặng cao hơn (12,4%) so với nhóm từ 35 tuổi trở lên (0%), nhưng khác biệt không đạt ý nghĩa thống kê, phù hợp với y văn xác nhận tuổi không phải yếu tố dự báo độc lập mạnh cho nôn nghén nặng. Tương tự, nghề nghiệp cũng không liên quan đến mức độ nôn nghén ($p=0,325$): nhóm lao động trí óc (43,8%) có tỷ lệ nôn nặng cao nhất (7,9%) so với lao động chân tay (4,5%), nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, bác bỏ giả thuyết nghề nghiệp ảnh hưởng triệu chứng và nhấn mạnh nôn nghén chủ yếu là bệnh lý sinh lý thai kỳ hơn yếu tố xã hội học. Phân bố đồng đều của cả hai đặc điểm qua ba mức độ PUQE (nhẹ-vừa-nặng) củng cố tính đại diện tốt của mẫu nghiên cứu, không có thiên lệch chọn lọc, tăng khả năng tổng quát hóa kết quả cho thai phụ khám định kỳ tại Cần Thơ.



Biểu đồ 1: Tỷ lệ nôn nghén 3 tháng đầu thai kỳ

Nhận xét: Biểu đồ tròn cho thấy đa số thai phụ trong mẫu nghiên cứu có biểu hiện nghén, chiếm khoảng 85%, trong khi nhóm không nghén chỉ chiếm khoảng 15%. Tỷ lệ này phản ánh nôn nghén là triệu chứng rất phổ biến trong 3 tháng đầu thai kỳ và phù hợp với các báo cáo dịch tễ trên quần thể thai phụ nói chung



Biểu đồ 2: Gradient rõ rệt điểm NVPQOL tăng theo mức độ nôn nghén ($p=0,000$)

Biểu đồ minh họa mối liên quan liều lượng-đáp ứng rõ nét: điểm NVPQOL tăng mạnh từ nôn nhẹ (73,56 ± 30,26) → nôn vừa (126,54 ± 34,07) → nôn nặng (175,00 ± 24,27), chứng minh suy giảm chất lượng sống nghiêm trọng tương ứng mức độ triệu chứng ($p < 0,01$ ANOVA).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của mẫu: Tuổi trung bình là 29,84 ± 6,03. Trong đó độ tuổi 25-35 tuổi chiếm tỉ lệ 64,8%, kế đó là nhóm tuổi >35 tuổi chiếm tỉ lệ 18,2% và nhóm tuổi <25 tuổi chiếm tỉ lệ 17%. Về nghề nghiệp, viên chức

chiếm tỉ lệ 43,2%, nhóm nội trợ chiếm tỉ lệ 27,3%, nhóm buôn bán chiếm tỉ lệ 13,6%. Nhóm công nhân và nông dân chiếm tỉ lệ thấp nhất 11,4% và 4,5%.

Tỷ lệ nôn nghén: Trong số 89 đối tượng được phỏng vấn, có 75 thai phụ trả lời có triệu chứng nôn nghén chiếm tỉ lệ 85,2%. Tỷ lệ nôn nghén trong nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với nghiên cứu của tác giả Mori, trong nghiên cứu này tỷ lệ nôn nghén trên 132 thai phụ là 84,1%[7]. Kết quả từ nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt với nghiên cứu của tác giả Jahangiri và A Lacasse. Kết quả của chúng tôi có tỷ lệ nôn nghén cao hơn so với tỷ lệ nôn nghén từ kết quả của Jahangiri và A Lacasse, với tỷ lệ nôn nghén lần lượt là 57,8% và 78,5% [3;4]. Điều này có thể lý là do sự khác biệt về cỡ mẫu, dân tộc.

Mức độ nôn nghén đánh giá bằng bộ công cụ PUQE: Sự phân bố về tỷ lệ nôn nghén trong nghiên cứu của chúng tôi tập trung chủ yếu ở đối tượng nôn vừa (59,1%), kể đến là nôn nhẹ (28,4%), nhóm nôn nặng chiếm 12,5%. Trong nghiên cứu của tác giả A Lacasse (2008), nhóm nôn nhẹ chiếm tỉ lệ cao nhất (52,2%), kể đến là nhóm nôn vừa (45,3%), nhóm nôn nặng chỉ chiếm 2,5% [4]. Sự khác biệt có thể do cỡ mẫu chúng tôi là 89, trong khi nghiên cứu của tác giả A Lacasse là 507 thai phụ, và thiết kế nghiên cứu của chúng tôi là thiết kế cắt ngang, và nghiên cứu của tác giả A Lacasse là thiết kế tiến cứu, nhóm đối tượng cũng có sự khác biệt, nghiên cứu của chúng tôi chọn nhóm thai phụ dưới 14 tuần tuổi thai, nghiên cứu của tác giả A Lacasse chọn nhóm đối tượng dưới 16 tuần tuổi thai. Mức độ nôn nghén trên y văn đạt đỉnh vào tuần 8 đến 12 tuần, sau đó giảm dần mức độ theo tuổi thai, vì vậy nên nhóm nôn nhẹ của tác giả A Lacasse cao hơn nghiên cứu của chúng tôi. Mức độ nôn nghén của chúng tôi cũng có sự khác biệt với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Bích Ngọc và Nguyễn Vũ Quốc Huy. Kết quả của tác giả Nguyễn Thị Bích Ngọc, nhóm nôn nhẹ chiếm tỉ lệ cao nhất (59,8%), rồi đến nôn vừa (24,5%), nhóm nôn nặng chiếm tỉ lệ 8,3%, không nôn chiếm 4,1%, nôn nghiêm trọng chiếm tỉ lệ rất thấp 3,1% [2]. Sự khác biệt có thể do chúng tôi và tác giả Nguyễn Thị Bích Ngọc sử dụng thanh công cụ đo lường khác nhau.

Chất lượng sống của thai phụ đánh giá bằng bộ công cụ NVPQOL: Qua đánh giá 89 đối tượng có triệu chứng nôn nghén thì kết quả chất lượng sống cả 4 mặt (triệu chứng lâm sàng và các yếu tố làm nặng- PSAF; mệt mỏi, cảm xúc, giới hạn) đều cao hơn 50% so với tổng điểm tối đa, trong đó chất lượng sống về triệu

chứng lâm sàng và các yếu tố làm nặng PSAF có giá trị cao nhất $37,64 \pm 17,90$, kể đến là CLS về mặt hạn chế (L) $35,90 \pm 14,88$, CLS về mặt tình cảm (E) $27,16 \pm 10,70$, và cuối cùng là CLS về mặt mệt mỏi (F) $16,61 \pm 8,10$.

Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Bích Ngọc đánh giá 97 đối tượng có triệu chứng nôn nghén thì chất lượng cuộc sống về mặt tình cảm có giá trị cao nhất ($75,4 \pm 17,41$), chất lượng sống về mặt hạn chế ($72,6 \pm 19,93$), chất lượng sống về lâm sàng và các yếu tố làm nặng ($66,4 \pm 20,05\%$), thấp nhất là chất lượng sống về mặt thể chất ($62,9 \pm 22,64$) [2].

Nghiên cứu của chúng tôi xác định tỷ lệ buồn nôn nôn ói thai kỳ (NVP) rất cao đạt 85,2% ở 89 phụ nữ mang thai từ 9-22 tuần (trung bình 9-11 tuần chiếm 46,6%), vượt trội mức 70-80% thường báo cáo trong các nghiên cứu quốc tế, với phân bố PUQE chủ yếu ở mức trung bình (59,1%, 7-12 điểm) và nặng (12,5% ≥ 13 điểm), phản ánh gánh nặng NVP nghiêm trọng hơn ở bối cảnh Việt Nam. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu xác thực modified-PUQE của Lacasse và Einarson năm 2008, cho thấy điểm PUQE cao (>12) liên quan mạnh mẽ với suy giảm chất lượng cuộc sống vật lý (SF-12 PCS giảm $p<0.0001$) và tinh thần ở tam cá nguyệt đầu [4,5],[8]t, khẳng định tính đáng tin cậy của PUQE trong đánh giá tác động toàn diện NVP cũng như quan sát thực tế tại Việt Nam với tỷ lệ thai phụ không buồn nôn chỉ 14,8%. Đặc biệt, gradient NVPQOL tăng rõ rệt theo mức độ nghiêm trọng NVP từ nhẹ (73.56 ± 30.26 điểm), trung bình (126.54 ± 34.07 điểm) đến nặng (175.00 ± 24.27 điểm, $p=0.01$ ANOVA), minh họa tác động đa chiều: lĩnh vực PSAF tăng 2.7 lần (21.92 lên 59.64/63 điểm tối đa), mệt mỏi (F) tăng 2.2 lần (11.44 lên 24.72/28), cảm xúc (E) 2.3 lần (16.80 lên 39.09/49), hạn chế hoạt động (L) 2.3 lần (22.42 lên 51.55/70), dẫn đến NVPQOL tổng tăng 2.4 lần đạt 83/210 điểm tối đa ở nhóm nặng – phù hợp nghiên cứu đoàn hệ của Amelia Tan năm 2018 sử dụng PUQE và SF-12 tại Úc báo cáo NVP gây suy giảm đáng kể QOL vật lý, chức năng làm việc ở tuần 9-16 dù tỷ lệ dùng thuốc thấp (chỉ $<20\%$ ở mức trung bình/nặng) [9], nhấn mạnh nhu cầu can thiệp sớm.

Hơn nữa, nghiên cứu của chúng tôi không phát hiện mối liên quan thống kê ý nghĩa giữa mức độ NVP với yếu tố xã hội học như tuổi ($p=0.525$: 12,4% nặng ở nhóm <35 tuổi chiếm 80,9% mẫu vs 0% ở ≥ 35 tuổi) hay nghề nghiệp ($p=0.325$: 7,9% nặng ở lao động trí óc 43,8% vs 4,5% chân tay 56,8%), khẳng định yếu tố sinh lý thai kỳ (hCG, estrogen) là nguyên nhân chính

vượt trội so với các yếu tố kinh tế-xã hội, kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu NVPQOL của Fukiko Yamada và cộng sự năm 2022 với điểm NVPQOL cao phản ánh suy giảm nghiêm trọng ở triệu chứng vật lý, mệt mỏi, và cảm xúc [10]. Tóm lại, kết quả nghiên cứu của chúng tôi không chỉ xác nhận tính phổ biến và tác động nghiêm trọng của NVP (cao hơn Lacasse 2008 và Smith 2018) mà còn nhấn mạnh giá trị của NVPQOL như công cụ chuẩn với mẫu cân bằng (97.7% thụ tinh tự nhiên, không thiên lệch chọn lọc $p>0.05$) đại diện tốt thai phụ khám thai tại Cần Thơ [6;7]. Những phát hiện này bổ sung dữ liệu địa phương quý giá, thúc đẩy nghiên cứu đa trung tâm châu Á hướng tới cải thiện chất lượng cuộc sống và thai kỳ toàn diện qua đó giảm gánh nặng y tế

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ nôn nghén ba tháng đầu thai kỳ là 85,2%. Mức độ nôn nghén ở thai phụ 3 tháng đầu thai kỳ theo phân độ PUQE nhẹ, vừa, nặng lần lượt là 28,4%, 59,1, 12,5%. Mức độ nôn nghén càng nặng chất lượng cuộc sống thai phụ càng giảm theo thanh công cụ NVPQOL.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cao Thị Bích Trà, (2018), Tỷ lệ trầm cảm và lo âu ở thai phụ có và không có nôn nghén tại Bệnh viện Từ Dũ, Tạp chí Y Dược học Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
2. Nguyễn Thị Bích Ngọc, Nguyễn Vũ Quốc

- Huy, (2013), Khảo sát mức độ nôn nghén và chất lượng sống của thai phụ nôn do thai trong nửa tháng đầu thai kỳ, Tạp chí Y Dược học Trường Đại học Y Dược Huế.
3. Jahangiri F, Hirshfeld-Cytron J, Goldman K, (2011), Correlation between depression, anxiety, and nausea and vomiting during pregnancy in an in vitro fertilization population: a pilot study, J Psychosom Obstet Gynaecol, 32, 113-118.
4. Lacasse A, Bérard A, (2008), Validation of the nausea and vomiting of pregnancy specific health related quality of life questionnaire, Health Qual Life Outcomes, 6, 32.
5. Lacasse A, Rey E, Ferreira E, Morin C, (2008), Nausea and vomiting of pregnancy: what about quality of life?, BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 115, 1484-1493.
6. Matthews A, Haas DM, O'Mathúna DP, Dowswell T, et al, (2014), Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy, Cochrane Database Syst Rev.
7. Mori M, Amino N, Tamaki H, (1988), Morning sickness and thyroid function in normal pregnancy, Obstet Gynecol, 72, 355-359.
8. Sherman PW, Flaxman SM, (2002), Nausea and vomiting of pregnancy in an evolutionary perspective, Am J Obstet Gynecol, 186, 190-197.
9. Tan PC, Khine PP, Vallikkannu N, Omar SZ, (2018), Nausea and vomiting of pregnancy: Effects on quality of life and day-to-day function, Aust N Z J Obstet Gynaecol, 58, 278-284.
10. Yamada F, Kataoka Y, Minatani M, Hada A, et al, (2022), The NVP QOL Questionnaire: Psychometric properties of the self-report measure of health-related quality of life for nausea and vomiting during pregnancy, Psychiatry Clin Neurosci Rep, 1, e21.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU NGUYÊN ỦY, ĐƯỜNG ĐI VÀ KÍCH THƯỚC ĐỘNG MẠCH MÔNG DƯỚI ỨNG DỤNG TRONG THIẾT KẾ VẬT DA CƠ

Hoàng Minh Tú¹, Lê Thị Ngọc Trang², Phạm Việt Mỹ^{1*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định vị trí nguyên ủy, đường đi, kích thước và sự phân nhánh của động mạch mông dưới (ĐMMD) trên xác người Việt Nam trưởng thành. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 30 tiêu bản vùng mông từ 15 xác ướp formol. Phẫu tích bóc lộ toàn bộ vùng mông, đo đặc bằng thước kẹp điện tử độ chính xác 0,02 mm. Các mốc giải phẫu xương như Gai chậu sau trên (GCST), U

ngôi (UN), Mấu chuyển lớn (MCL) được sử dụng để định vị mạch máu. **Kết quả:** Trong 26/30 tiêu bản (86,7%), ĐMMD xuất phát điển hình từ động mạch chậu trong, đi ra ở bờ dưới cơ hình lê. Đường kính trung bình tại gốc là $3,49 \pm 0,43$ mm; chiều dài thân chính $1,87 \pm 0,34$ cm. Động mạch thường chia nhánh lên (cấp máu cơ mông lớn) và nhánh xuống (cấp máu đùi sau). Đặc biệt, nghiên cứu xác định được vị trí các nhánh xuyên da quan trọng (MX1, MX2) nằm tập trung ở 1/3 dưới ngoài vùng mông. **Kết luận:** ĐMMD có kích thước lớn, đường đi tương đối hằng định ở nhóm điển hình, phù hợp làm cuống nuôi cho các vật da cơ hoặc vật nhánh xuyên (IGAP) có độ tin cậy cao.

Từ khóa: Động mạch mông dưới, giải phẫu, phẫu thuật tạo hình

SUMMARY

ANATOMICAL STUDY ON THE ORIGIN,

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Tim Mạch An Giang

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Việt Mỹ

Email: pvmy@ctump.edu.vn.com

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2025

Ngày duyệt bài: 9.12.2025