

ĐẶC ĐIỂM VÀ KẾT CỤC THAI KỲ CỦA THAI PHỤ THIẾU MÁU THAI KỲ SINH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ VINMEC TIMES CITY

Nguyễn Thị Hương Linh^{1,2}, Vũ Thị Hồng Chính^{1,2}, Nguyễn Phương Thảo²,
Phùng Thị Lý^{1,2}, Đinh Mỹ Linh¹, Đoàn Thị Lài¹, Đỗ Minh Phương¹,
Nguyễn Thị Thúy Vân¹, Nguyễn Thị Hiền³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm và kết cục thai kỳ (TK) của thai phụ thiếu máu TK sinh tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế (BVĐKQT) Vinmec Times City.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu trên 1184 cặp thai phụ và trẻ sơ sinh được quản lý tại BVĐKQT Vinmec Times City từ 01/07/2024 đến 30/06/2025.

Kết quả: Tuổi trung bình của mẹ là 34,0±4,6 (năm). Tỷ lệ TMTK là 23,6%. Ối còn (86,1%); biến chứng sau sinh (0,5%). Tỷ lệ non tháng (5,5%); chuyển ICU (12,6%); dị tật sau sinh (0,9%); biến chứng sơ sinh (2,6%); cân nặng khi sinh dưới 2500 gram (3,9%). Tỷ lệ Apgar dưới 7 tại phút 1 và phút 5 lần lượt là 1,4% và 0,8%. Không có mối liên quan giữa TMTK với các kết cục sản khoa và sơ sinh ($p > 0,05$). Tuy nhiên, tỷ lệ TM ở nhóm thai phụ cần truyền máu sau sinh cao hơn rõ rệt so với nhóm không truyền (71,4% so với 23,7%; $p < 0,05$).

Kết luận: Kết cục TK thuận lợi với tỷ lệ biến chứng ở mẹ và trẻ sơ sinh thấp. Không có mối liên quan giữa TM và các kết cục sơ sinh, tuy nhiên TM làm tăng rõ rệt nguy cơ cần truyền máu sau sinh. Kết quả nhấn mạnh vai trò của tầm soát và quản lý TM trong TK nhằm nâng cao an toàn cho mẹ.

Từ khóa: Kết cục, thai kỳ, thiếu máu, sản khoa, sơ sinh.

SUMMARY

CHARACTERISTICS AND PREGNANCY OUTCOMES OF ANEMIC PREGNANT WOMEN DELIVERING AT VINMEC TIMES CITY INTERNATIONAL HOSPITAL

Objective: To describe the characteristics and pregnancy outcomes of anemic pregnant women delivering at Vinmec Times City International Hospital.

Subjects and Methods: This study was conducted on 1,184 mother–infant pairs managed at Vinmec Times City International Hospital from July 1, 2024, to June 30, 2025.

Results: The mean maternal age was 34.0 ± 4.6 years. The prevalence of anemia during pregnancy was 23.6%. The rate of favorable outcomes was high (86.1%),

while postpartum complications were low (0.5%). The rates of preterm birth, neonatal ICU admission, congenital anomalies, neonatal complications, and low birth weight (<2500 g) were 5.5%, 12.6%, 0.9%, 2.6%, and 3.9%, respectively. The proportions of Apgar scores below 7 at 1 minute and 5 minutes were 1.4% and 0.8%, respectively. No significant association was found between maternal anemia and obstetric or neonatal outcomes ($p > 0.05$). However, the prevalence of anemia was significantly higher among women requiring postpartum blood transfusion compared to those who did not (71.4% vs. 23.7%; $p < 0.05$).

Conclusion: Pregnancy outcomes were generally favorable, with low rates of maternal and neonatal complications. Although no association was observed between maternal anemia and neonatal outcomes, anemia was significantly associated with an increased risk of postpartum blood transfusion. These findings highlight the importance of screening and managing anemia during pregnancy to improve maternal safety.

Keywords: Outcomes, pregnancy, anemia, obstetrics, neonates.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

TM trong TK là một trong những vấn đề sức khỏe cộng đồng phổ biến và có ý nghĩa lâm sàng quan trọng trên toàn cầu. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), có khoảng 36,5% phụ nữ mang thai trên thế giới bị TM, tương đương hơn 32 triệu trường hợp, trong đó phần lớn là TM thiếu sắt [1]. Tại các nước đang phát triển, tỷ lệ TM trên 40%, phản ánh gánh nặng dinh dưỡng và chăm sóc trước sinh còn nhiều hạn chế. Ở Việt Nam, tỷ lệ TM ở phụ nữ mang thai dao động từ 20–30%, tùy theo khu vực và điều kiện kinh tế - xã hội [2]. TM không chỉ ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe của thai phụ mà còn liên quan chặt chẽ đến các kết cục bất lợi của TK như sinh non, nhẹ cân, thai chậm phát triển trong tử cung và tăng nguy cơ tử vong chu sinh. TM làm giảm khả năng vận chuyển oxy đến mô, dẫn đến tình trạng thiếu oxy mạn tính ở thai nhi, từ đó ảnh hưởng đến sự phát triển và trưởng thành của các cơ quan. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng thai phụ TM có nguy cơ sinh non cao hơn 1,5–2 lần, và nguy cơ sinh con nhẹ cân (<2500g) tăng 1,3–1,8 lần so với nhóm không TM [3]. Ngoài ra, TM nặng trong TK còn làm tăng nguy cơ băng huyết sau sinh và suy tim ở mẹ, góp phần làm gia tăng tỷ lệ tử vong mẹ một chỉ số quan

¹Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City,

²Trường khoa học sức khỏe, Đại học VinUni,

³Trường Đại học Y dược, Đại học Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hiền,

Email: hiennguyentn92@gmail.com

Mã bài: N491

Ngày nhận bài: 12/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 11/4/2026

Ngày duyệt bài: 12/5/2026

trọng trong đánh giá chất lượng hệ thống y tế [1]. Tuy nhiên, mức độ ảnh hưởng của TM đến kết cục TK có thể khác nhau tùy thuộc vào thời điểm xuất hiện, mức độ TM, nguyên nhân và điều kiện chăm sóc y tế. Trong bối cảnh hệ thống y tế Việt Nam đang phát triển theo hướng nâng cao chất lượng và cá thể hóa chăm sóc, việc đánh giá đặc điểm và kết cục TK ở nhóm thai phụ TM tại các cơ sở y tế chất lượng cao là cần thiết. BVĐKQT Vinmec Times City là một trong những cơ sở y tế có hệ thống quản lý TK toàn diện, áp dụng nhiều tiến bộ trong theo dõi và điều trị. Tuy nhiên, hiện nay còn hạn chế các nghiên cứu chuyên sâu đánh giá một cách hệ thống về đặc điểm cũng như kết cục TK của thai phụ TM tại cơ sở này. Việc phân tích dữ liệu thực tế không chỉ giúp làm rõ bức tranh hiện tại của tình trạng TM trong TK mà còn góp phần xác định các yếu tố liên quan và tiên lượng nguy cơ. Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu “Mô tả đặc điểm và kết cục thai kỳ của thai phụ thiếu máu thai kỳ sinh tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City” nhằm cung cấp bằng chứng khoa học về mối liên quan giữa TM và kết cục TK trong điều kiện chăm sóc y tế hiện đại.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Có 1184 phụ nữ mang thai từ 13 tuần đến 26 tuần đến khám và xét nghiệm máu và được theo dõi và được đánh giá kết cục thai kỳ tại BVĐKQT Vinmec Times City từ 01/07/2024 đến 30/06/2025. Tiêu chuẩn lựa chọn: Từ 18 tuổi trở lên; có hồ sơ quản lý và được làm cận lâm sàng đầy đủ tại bệnh viện, theo dõi tại bệnh viện trong thời gian nghiên cứu; tuổi thai > 22 tuần dựa theo ngày đầy kỳ kinh cuối cùng hoặc dựa theo kết quả siêu âm tính tuổi thai trong quý 1 của thai kỳ. Tiêu chuẩn loại trừ: Sản phụ không có kết quả xét nghiệm Hb tại tam nguyệt cá thứ 2; có song thai; các trường hợp mất máu do chấn thương, tai nạn; đẻ rơi trước khi vào phòng sinh tại bệnh viện; có chỉ định đình chỉ TK theo chỉ định y tế; đang mắc các bệnh: tim mạch, bệnh lý gan, bệnh thận; đang nhiễm trùng.

Địa điểm nghiên cứu: BVĐKQT Vinmec Times City.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 09/2025 đến tháng 02/2026.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thiết kế nghiên cứu hồi cứu.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả ước lượng một tỷ lệ trong quần thể. $n = \text{cỡ mẫu tối thiểu}$; $Z(1-\alpha/2) = 1,96$ (độ tin cậy 95%); $d=0,03$. Tỷ lệ thai phụ có TM TK là 24,9% trong nghiên cứu của Vi Lương Bộ năm 2024 tại Cao Bằng) [4]. Từ đó ta có

cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu là $n = 799$.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện. Trong nghiên cứu này, chúng tôi có 1184 cặp thai phụ và trẻ sơ sinh đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

Biến số (chỉ số) nghiên cứu: Đặc điểm chung của thai phụ, đặc điểm chung của trẻ sơ sinh, biến chứng thai phụ sau sinh, một số yếu tố liên quan đặc điểm mẹ, trẻ với tình trạng TM. Trong nghiên cứu này: bệnh nhân được đánh giá TM tại thời điểm tam nguyệt cá thứ 2, tình trạng TM được đánh giá theo tiêu chuẩn của WHO, TM TK được định nghĩa khi nồng độ Hb ở phụ nữ mang thai thấp hơn 11g/dL trong bất kỳ thời điểm nào của TK [1]. Phân loại: Hb từ 100 đến 109 g/L: TM nhẹ; Hb từ 70–99 g/L TM trung bình; Dưới 70 g/L: TM nặng.

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu: Các thai phụ đủ tiêu chuẩn lựa chọn được thu thập thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Khoa học và Y đức của BVĐKQT Vinmec Times City số 189/2025/CN/HĐĐĐ VMEC ngày 24 tháng 10 năm 2025.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=1184)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi	Trung bình	34,0±4,6	
	Min-Max	21-50	
	≤24	18	1,5
	25-29	178	15,0
	30-34	467	39,5
	≥35	521	44,0
Thiếu máu	Có	280	23,6
	Không	904	76,4
Tình trạng ối	Còn ối	1019	86,1
	Vỡ ối	165	13,9
Biến chứng sau sinh	Có	6	0,5
	Không	1178	99,5

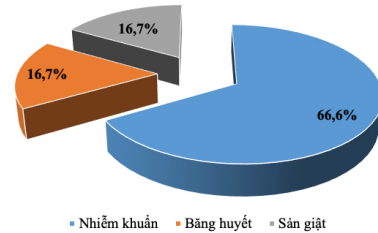
Nhận xét: Tuổi trung bình thai phụ là 34,0±4,6 (năm), đa số là từ 35 tuổi trở lên 44,0%, có 23,6% thai phụ có tình trạng TM; còn ối 86,1%; chỉ có 0,5% có biến chứng sau sinh.

Bảng 3.2. Đặc điểm trẻ sơ sinh lúc sinh (n=1184)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi thai	Đủ tháng	1119	94,5
	Non tháng	65	5,5
Chuyển ICU	Không	1035	87,4
	Có	149	12,6
Dị tật sau sinh	Không	1173	99,1
	Có	11	0,9
Biến chứng sơ sinh	Không	1153	97,4
	Có	31	2,6
Cân nặng khi sinh (gram)	<2500	46	3,9
	≥2500	1138	96,1
	Trung bình	3148,6±408,1	
	Min-Max	750-4270	
APGAR 1 phút	Trung bình	7,96±0,6	
	Min-Max	1-10	
	<7	17	1,4
	≥7	1167	98,6

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
APGAR 5 phút	Trung bình	9,2±0,8	
	Min-Max	1-10	
	<7	9	0,8
	≥7	1175	99,2

Nhận xét: Tỷ lệ non tháng (5,5%); chuyển ICU (12,6%); dị tật sau sinh (0,9%); biến chứng sơ sinh (2,6%); cân nặng khi sinh dưới 2500 gram (3,9%). APGAR 1 phút dưới 7 (1,4%); APGAR 5 phút dưới 7 điểm (0,8%).



Biểu đồ 3.1 Phân bố biến chứng sau sinh của mẹ (n=1184)

Nhận xét: Trong 6/1184 thai phụ có biến chứng sau sinh, tỷ lệ biến chứng nhiễm khuẩn chiếm tỷ lệ cao nhất (66,6%).

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa kết cục thai kỳ của mẹ và tình trạng thiếu máu (n=1184)

Đặc điểm		Thiếu máu		OR 95% CI	p
		Có	Không		
		n(%)	n(%)		
Tuổi thai	≥ 37 tuần	269(24,0%)	850(76,0%)	1,6 (0,8-3,0)	0,189
	< 37 tuần	11(16,9%)	54(83,1%)		
Tình trạng ối	Ổi vỡ	45(27,3%)	120(72,7%)	1,3 (0,9-1,8)	0,238
	Ổi còn	235(23,1%)	784(76,9%)		
Truyền máu sau sinh	Có	5(71,4%)	2(28,6%)	8,2 (1,6-42,5)	0,010*
	Không	275(23,4%)	902(76,6%)		

*Fisher test

Nhận xét: Không có mối liên quan giữa tuổi thai, tình trạng ối khi sinh và tình trạng TM của thai phụ (p>0,05). Thai phụ có chỉ định truyền máu sau sinh có TM cao hơn so với không có truyền máu (71,4% và 23,4%), (p<0,05).

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa kết cục thai kỳ của trẻ và tình trạng thiếu máu (n=1184)

Đặc điểm		Thiếu máu		OR 95% CI	p
		Có n(%)	Không n(%)		
Cân nặng	≥ 2500 gram	270(23,7%)	868(76,3%)	1,1 (0,5-2,3)	0,756
	<2500 gram	10(21,7%)	36(78,3%)		
APGAR 1 phút	≥ 7 điểm	278(23,8%)	889(76,2%)	2,3 (0,5-10,3)	0,388*
	< 7 điểm	2(11,8%)	15(88,2%)		
APGAR 5 phút	≥ 7 điểm	279(23,7%)	896(76,3%)	2,5 (0,3-20,0)	0,694*
	< 7 điểm	1(11,1%)	8(88,9%)		
Chuyển ICU	Không	253(24,4%)	782(75,6%)	1,5 (0,9-2,3)	0,089
	Có	27(18,1%)	122(81,9%)		
Dị tật trẻ sơ sinh	Không	279(23,8%)	894(76,2%)	3,1 (0,4-24,5)	0,745*
	Có	1(9,1%)	10(90,9%)		
Biến chứng sơ sinh	Không	277(24,0%)	876(76,0%)	3,0 (0,9-9,8)	0,084
	Có	3(9,7%)	28(90,3%)		

*Fisher test

Nhận xét: Không có mối liên quan giữa cân nặng khi sinh của trẻ, APGAR của trẻ sau sinh, tình trạng chuyển ICU, dị tật trẻ sơ sinh và biến chứng sơ sinh với tình trạng TM của thai phụ (p>0,05).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của thai phụ là 34,0±4,6 (năm), nhóm ≥35 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (44,0%). Đây là một đặc điểm đáng chú ý bởi theo nhiều khuyến cáo sản khoa, phụ nữ mang thai từ 35 tuổi trở lên được xếp vào nhóm TK nguy cơ cao do sự gia tăng các bệnh lý nội khoa mạn tính và các biến chứng sản khoa như tiền sản giật, nhau tiền đạo hay băng huyết sau sinh [5]. Tuy nhiên, kết quả cho thấy kết cục TK của mẹ tương đối thuận lợi, với tỷ lệ biến chứng sau sinh rất thấp (0,5%). Điều này gợi ý rằng mặc dù đặc điểm dân số nghiên cứu có nguy cơ cao về mặt tuổi, nhưng việc quản lý TK hiệu quả, theo dõi sát và can thiệp kịp thời tại cơ sở nghiên cứu đã góp phần kiểm soát tốt các yếu tố nguy cơ, từ đó cải thiện kết cục thai kỳ. Tỷ lệ TM ở thai phụ trong nghiên cứu là 23,6%, tương đối phù hợp với mặt bằng chung tại Việt Nam, nơi TM thai kỳ vẫn dao động khoảng 20–30% [2]. Theo phân loại của WHO, đây là mức có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng trung bình, cho thấy TM đặc biệt là TM thiếu sắt vẫn là vấn đề phổ biến và có liên quan đến nhiều kết cục bất lợi cho cả mẹ và thai nhi [1]. Về phía mẹ, nhiều bằng chứng cho thấy TM làm tăng nguy cơ băng huyết sau sinh, nhiễm trùng hậu sản, suy tim và kéo dài thời gian hồi phục; đặc biệt, TM mức độ trung bình đến nặng có thể làm gia tăng nguy cơ tử

vong mẹ, nhất là ở các quốc gia có nguồn lực y tế hạn chế [6]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, tỷ lệ biến chứng sau sinh chỉ là 0,5%, thấp hơn đáng kể so với một số báo cáo trước đó, trong đó tỷ lệ này có thể dao động từ 2–10% tùy theo mức độ TM và điều kiện chăm sóc y tế [5]. Sự khác biệt này nhiều khả năng phản ánh đặc điểm dân số nghiên cứu và chất lượng chăm sóc sản khoa: phần lớn các trường hợp TM có thể ở mức độ nhẹ, ít ảnh hưởng đến tình trạng huyết động; việc tầm soát định kỳ và can thiệp sớm bằng bổ sung sắt, acid folic theo khuyến cáo của WHO đã góp phần cải thiện tình trạng huyết học trước sinh [1]; mô hình chăm sóc trước sinh và theo dõi chuyển dạ chặt chẽ tại cơ sở nghiên cứu giúp phát hiện sớm và xử trí kịp thời các nguy cơ, từ đó làm giảm đáng kể biến chứng hậu sản. Bên cạnh đó, tỷ lệ thai phụ còn ối (86,1%) là một chỉ dấu tích cực, phản ánh môi trường thai kỳ ổn định. Mặc dù một số nghiên cứu cho thấy TM mạn tính có thể ảnh hưởng đến tưới máu tử cung–nhau thai và làm tăng nguy cơ vỡ ối [6], nhưng mối liên quan này không phải lúc nào cũng rõ ràng. Kết quả của nghiên cứu hiện tại cho thấy tình trạng nước ối có thể chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố phối hợp như mức độ TM, tình trạng dinh dưỡng, bệnh lý đi kèm và chất lượng chăm sóc trước sinh. Do đó, TM cần được đánh giá trong bối cảnh toàn diện của thai kỳ, thay vì xem là một yếu tố

nguy cơ đơn lẻ, qua đó nhấn mạnh vai trò của quản lý thai nghén toàn diện trong cải thiện kết cục mẹ và thai nhi.

Đối với kết cục TK của trẻ, nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ sinh non là 5,5%, thấp hơn so với mức trung bình toàn cầu khoảng 9,9% theo WHO và thấp hơn so với nhiều nghiên cứu tại các nước thu nhập trung bình (8–12%) [7]. Tại Việt Nam, tỷ lệ sinh non thường dao động từ 7–10% tùy theo tuyến bệnh viện và đặc điểm dân số, do đó kết quả này cho thấy xu hướng tích cực. Điều này có thể phản ánh hiệu quả của việc quản lý thai kỳ, đặc biệt là trong việc phát hiện và xử trí sớm các yếu tố nguy cơ dẫn đến sinh non như nhiễm trùng, tiền sản giật hay bất thường nhau thai. Tỷ lệ trẻ có cân nặng khi sinh dưới 2500 gram là 3,9%, thấp hơn đáng kể so với mức trung bình toàn cầu (14,6%) và thấp hơn so với nhiều nghiên cứu trong nước (7–10%). Đây là một kết quả có ý nghĩa lâm sàng quan trọng bởi trẻ nhẹ cân khi sinh có nguy cơ cao gặp các biến chứng như suy hô hấp, hạ thân nhiệt, nhiễm trùng và chậm phát triển thể chất cũng như trí tuệ về lâu dài. Kết quả này cho thấy tình trạng dinh dưỡng của thai phụ và việc theo dõi sự phát triển thai nhi trong nghiên cứu có thể đã được kiểm soát tốt, góp phần cải thiện tăng trưởng trong tử cung. Tỷ lệ dị tật bẩm sinh là 1,1%, tương đương với tỷ lệ chung trên thế giới (1–3%), cho thấy không có sự gia tăng bất thường trong quần thể nghiên cứu. Nhìn chung, các chỉ số kết cục sơ sinh đều ở mức thuận lợi, góp phần khẳng định hiệu quả của công tác quản lý TK và chăm sóc sơ sinh tại cơ sở nghiên cứu.

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng TM của thai phụ và chỉ định truyền máu sau sinh: tỷ lệ TM ở nhóm có truyền máu cao hơn rõ rệt so với nhóm không truyền (71,4% so với 23,4%; $p < 0,05$). Điều này hoàn toàn phù hợp với cơ chế sinh lý bệnh, khi TM làm giảm dự trữ hemoglobin trước sinh, khiến thai phụ dễ rơi vào tình trạng TM nặng khi có mất máu trong chuyển dạ và sau sinh [8]. WHO cũng nhấn mạnh rằng TM là một yếu tố nguy cơ quan trọng của băng huyết sau sinh và nhu cầu truyền máu. Phân tích tổng hợp của Daru và cộng sự cho thấy TM làm tăng nguy cơ truyền máu sau sinh khoảng 2–3 lần [6]. Tương tự, các tổng quan hệ thống của Cochrane cũng ghi nhận mối liên quan giữa nồng độ hemoglobin thấp trước sinh và nhu cầu can thiệp truyền máu. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng và cộng sự (2021) cũng cho thấy nguy cơ truyền máu ở thai phụ TM cao gấp 2,1 lần so với nhóm không TM. Những kết quả này cho thấy TM không chỉ là một vấn đề dinh dưỡng mà còn là yếu tố tiên lượng quan trọng đối với các biến chứng

nặng trong sản khoa. Ngược lại, nghiên cứu không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa giữa TM TK và các kết cục sơ sinh như cân nặng khi sinh, điểm Apgar, chuyển ICU hay dị tật bẩm sinh ($p > 0,05$). Kết quả này có phần khác biệt so với một số nghiên cứu quốc tế, trong đó TM, đặc biệt là TM nặng, được cho là làm tăng nguy cơ sinh non và nhẹ cân. Tuy nhiên, sự khác biệt này có thể do phần lớn các trường hợp TM trong nghiên cứu ở mức độ nhẹ và được kiểm soát tốt. Nhiều bằng chứng cho thấy ảnh hưởng của TM đến kết cục TK phụ thuộc vào mức độ và thời điểm xuất hiện; TM nhẹ thường không gây ảnh hưởng đáng kể nếu được điều trị kịp thời.

V. KẾT LUẬN

Kết cục TK thuận lợi với tỷ lệ biến chứng ở mẹ và trẻ sơ sinh thấp. Không có mối liên quan giữa TM và các kết cục sơ sinh, tuy nhiên TM làm tăng rõ rệt nguy cơ cần truyền máu sau sinh. Kết quả nhấn mạnh vai trò của tầm soát và quản lý TM trong TK nhằm nâng cao an toàn cho mẹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **W. H. Organization**, "Global Anaemia Estimates in Women of Reproductive Age, by Pregnancy Status, and in Children Aged 6–59 Months.[Internet]. 2021 [cited 6 July 2022]. about 2 p," (in eng), Available in: <https://bit.ly/3uTEuoG>, 2022.
2. **V. D. dưỡng**, "Báo cáo tình trạng dinh dưỡng Việt Nam 2020–2023.," 2023.
3. **M. M. Rahman et al.**, "Maternal anemia and risk of adverse birth and health outcomes in low-and middle-income countries: systematic review and meta-analysis, 2," (in eng), The American journal of clinical nutrition, vol. 103, no. 2, pp. 495-504, 2016, doi: <https://doi.org/10.3945/ajcn.115.107896>.
4. **L. B. Vi, M. H. Phạm, and T. H. Đình**, "Tỷ lệ thiếu máu ở phụ nữ có thai và một số yếu tố ảnh hưởng tại trung tâm y tế huyện Hạ Lang tỉnh Cao Bằng 2019-2024," (in vi), Tạp chí Y học Việt Nam, vol. 542, no. 3, 09/30 2024, doi: 10.51298/vmj.v542i3.11185.
5. **O. C. Consensus**, "Pregnancy at age 35 years or older," (in eng), Obstet Gynecol, vol. 140, no. 2, pp. 348-366, 2022.
6. **J. Daru**, "UK guidelines on the management of iron deficiency in pregnancy," (in eng), British Journal of Haematology, 2019, doi: <https://doi.org/10.1111/bjh.16221>.
7. **S. Chawanpaiboon et al.**, "Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis," (in eng), The Lancet global health, vol. 7, no. 1, pp. e37-e46, 2019.
8. **C. Breymann**, "Iron deficiency anemia in pregnancy," in Seminars in hematology, 2015, vol. 52, no. 4: Elsevier, pp. 339-347.