đó góp phần kiểm soát tốt đường huyết và huyết áp [2]. Lối sống tĩnh tại, không hoạt động thể chất là yếu tố nguy cơ quan trọng gây dư thừa cân nặng, đặc biệt với những người phải ngồi nhiều bởi tính chất công việc, người già hoặc người đã ở trong tình trạng dư thừa cân nặng [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 24,5% người tham gia nghiên cứu có thói quen hoạt động thể chất và có tới 75,5% đối tượng không có thói quen này. Tỷ lệ nữ giới không có thói quen hoạt động thể chất cao hơn so với nam giới.

Từ kết quả nghiên cứu cho thấy cần phải truyền thông tới người dân lợi ích của việc ăn uống lành mạnh cũng như hoạt động thể chất trong kiểm soát cân nặng và hạn chế mắc các bệnh do tình trạng dư thừa cân nặng gây ra.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ thừa cân, béo phì lần lượt là 11,8% và 0,7%.
- Tỷ lệ thừa cân, béo phì của nam cao hơn nữ (14,5%; 0,6% so với 9%; 0,7%) và sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, p>0,05.
- Tỷ lệ béo phì trung tâm dựa vào chỉ số vòng eo chiếm 18,1% và nữ (26,3%) cao hơn nam (9,9%) với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, p<0,05.
- Tỷ lệ ăn trái cây và rau đạt theo nhu cầu khuyến nghị là 74,8% và 63,3%.
- Tỷ lệ sử dụng dầu thực vật, mỡ động vật và kết hợp dầu thực vật và mỡ động vật lần lượt là 67%; 17,1% và 15,9%.
- Tỷ lệ đối tượng tham gia nghiên cứu có thói quen hoạt động thể chất ở cường độ vừa là 17,5% và nặng là 7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hruby A, Hu FB** (2015), "The Epidemiology of Obesity: A Big Picture", Pharmacoeconomics, 2015 Jul;33(7):673-89.
2. **Nguyễn Thị Xuyên** (2015), "Bệnh béo phì", Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội tiết-chuyển hóa, Nhà xuất bản y học: Hà Nội. tr. 247- 254.
3. **Cao Thị Thu Hương và Lê Danh Tuyên** (2017), "Thừa cân- béo phì và các yếu tố xác định hội chứng chuyển hóa trên phụ nữ 25 – 59 tuổi tại hai phường, quận bắc Từ Liêm, Hà Nội", Tạp chí y học Việt Nam, tập 453, 2017. 4(1): tr. 57- 63.
4. **Nguyễn Quốc Việt, Tạ Văn Bình, Đoàn Thái Hưng và cộng sự** (2012), Nghiên cứu Hội chứng chuyển hóa tại một số khu vực nội thành Hà Nội (theo tiêu chuẩn IDF-2005), Tạp chí Y học thực hành, số 825(6), tr. 129-132.
5. **World Health Organization (WHO)** (1995), "Physical status: the use and interpretation of anthropometry: report of a WHO Expert Committee. Published 1995", Geneva, Switzerland: WHO Technical Report Series 854; p 378 http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_854.pdf
6. **Bộ y tế và Cục y tế dự phòng** (2015), "Điều tra quốc gia yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm", 2015.
7. **Pischon T, Boeing H, Hoffmann K, Bergmann M, Schulze MB, Overvad K, van der Schouw YT, Spencer E, Moons KG, et al** (2008), "General and abdominal adiposity and risk of death in Europe", N Engl J Med, 2008 Nov 13; 359(20): 2105-20.
8. **WHO** (2018), Obesity and overweight, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight.

TỶ LỆ THIẾU MÁU VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở PHỤ NỮ MANG THAI TỚI KHÁM TẠI BỆNH VIỆN HÙNG VƯƠNG NĂM 2021

Lê Thị Huyền[1], Bùi Thị Hoàng Lan[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thiếu máu thai kỳ là một trong những vấn đề sức khỏe cộng đồng quan trọng và được quan tâm tại Việt Nam cũng như trên thế giới. Thiếu máu thai kỳ gây ảnh hưởng nặng nề đến mẹ và trẻ trong quá trình mang thai và sinh nở. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ thiếu máu thai kỳ và các yếu tố liên quan của phụ nữ mang thai đến khám tại khoa Khám bệnh B bệnh viện Hùng Vương năm 2021. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, phỏng vấn trực tiếp 255 phụ nữ mang thai đến khám thai tại khoa Khám bệnh B bệnh viện Hùng Vương, thời điểm tháng 03/2021 đến tháng 05/2021 với phương pháp chọn mẫu thuận tiện. **Kết quả:** Tỷ lệ thiếu máu là 14,1%; trong đó 83,3% thiếu máu nhẹ, 16,7% thiếu máu trung bình. Các yếu tố liên quan đến thiếu máu trong thai kỳ: tuổi mẹ, số lần mang thai, số lần sinh con, bệnh lý phụ khoa, tần suất sử dụng trà, sử dụng nhóm các loại thịt. **Kết luận:** Cần có kế hoạch dự phòng và can thiệp tình trạng thiếu máu thai kỳ đặc biệt ở các nhóm đối tượng trên 35 tuổi, mang thai từ 3 lần trở lên, có các bệnh lý phụ khoa; và kết hợp tư vấn chế độ dinh dưỡng hợp lý.

Từ khóa: thiếu máu, thiếu máu thai kỳ, phụ nữ mang thai, yếu tố liên quan

[1]*Đại học Y Dược TPHCM*
Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Hoàng Lan
Email: bthlanytcc@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.3.2023
Ngày phản biện khoa học: 18.4.2023
Ngày duyệt bài: 19.5.2023

SUMMARY

PREVALENCE OF ANEMIA AND ASSOCIATED FACTORS AMONG PREGNANT WOMEN IN HUNG VUONG HOSPITAL 2021

Introduction: Anemia in pregnancy is one of the common public health problems in Vietnam and all over the world. During pregnancy, aemia can cause adverse outcomes for both mother and infant. **Objective:** To determine the prevalence of anemia and associated factors among pregnant women in Department of Examination B, Hung Vuong Hospital in 2021. **Subjects and methods:** A cross-sectional study was conducted from March to May 2021. Convenience sampling method was used to include 255 pregnant women who has come for antenatal care at the Department of Examination B, Hung Vuong hospital. **Results:** The rate of anemia was 14.1% (with 83.3% mild anemia, 16.7% moderate anemia). Factors related to anemia in pregnancy were maternal age, number of pregnancies, number of births, gynecological diseases, frequency of tea and meat consumption. **Conclusion:** There should be specific recommendations for prevention and intervention to special population such as pregnant women over 35 years-old, gravidity from 3 times or more, gynecological diseases, and should be counselled suitable diet.

Keywords: anemia, anemia in pregnancy, pregnant women

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, thiếu máu thai kỳ đang là một trong những vấn đề phổ biến và gây khó khăn lớn trong công tác chăm sóc sức khỏe cộng đồng. Theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới (World Health Organization – WHO) công bố vào năm 2008, tỷ lệ thiếu máu của phụ nữ trong thời kỳ mang thai trên thế giới là 41,8%, ở châu Mỹ là 24,1%, châu Âu 25,1%, Đông Nam Á 48,2%, châu Phi 57,1%[1]. Trong quá trình mang thai, người mẹ có tình trạng thiếu máu sẽ ảnh hưởng tới sự phát triển của thai nhi và sức khỏe của chính người mẹ trong quá trình thai nghén và sinh nở.

Nguyên nhân chủ yếu gây ra thiếu máu trong thai kỳ là chế độ dinh dưỡng của thai phụ thiếu hụt các chất dinh dưỡng quan trọng như sắt, folate, vitamin B12, protein, ngoài ra thiếu máu do sinh lý khi mang thai, mức độ hấp thu sắt kém, nhiễm ký sinh trùng đường ruột, sốt rét, bệnh huyết sắc tố, các bệnh lý nhiễm trùng và bệnh ký sinh trùng[2,3].

Theo thống kê của Viện Dinh Dưỡng Việt Nam năm 2014 - 2015, tỷ lệ thiếu máu của phụ nữ mang thai (PNMT) trên toàn quốc là 32,8%[4], năm 2020 là 25,6%. Đã có một số nghiên cứu về phòng chống thiếu máu cho PNMT như chăm sóc dinh dưỡng, bổ sung sắt, tăng cường sử dụng viên đa vi chất trong thời kỳ mang thai,… Các giải pháp can thiệp đã đạt những hiệu quả nhất định như giảm thiếu máu, giảm tỉ lệ thiếu vi chất, tăng nồng độ các vi chất trong máu, cải thiện được kiến thức và thực hành của PNMT về thiếu máu và viên sắt,… Tuy nhiên, tình trạng thiếu máu ở PNMT vẫn còn cao.

Khoa Khám Bệnh B bệnh viện Hùng Vương là khoa khám BHYT có hơn 200 bà mẹ tới khám hàng ngày với sự đa dạng về đặc điểm dân cư, kinh tế xã hội, mức sống, các yếu tố dinh dưỡng, thói quen sinh hoạt[5]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu tại đây với mục tiêu có thể có được các dữ liệu thực tế nhằm cung cấp các ước tính dựa trên bằng chứng về mức độ và các yếu tố liên quan đến tình trạng thiếu máu của PNMT đến khám tại bệnh viện với hy vọng tạo điều kiện thuận lợi cho công tác bảo vệ sức khỏe bà mẹ sau này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

Đối tượng được chọn: Thai phụ tới khám tại khoa Khám Bệnh B Bệnh viện Hùng Vương vào thời điểm tiến hành nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Cỡ mẫu: Tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ

Theo nghiên cứu của Đặng Hải Đăng [6], tỷ lệ thiếu máu ở PNMT ước tính là p=0,21, sai số ước lượng d=0,05. Cỡ mẫu tối thiểu cần thu thập là 255 thai phụ.

Phương pháp và công cụ thu thập số liệu: Chọn mẫu thuận tiện trên những PNMT đến khám tại khoa khám B Bệnh viện Hùng Vương trong thời gian tiến hành nghiên cứu. Phỏng vấn viên tự giới thiệu về nghiên cứu, bệnh nhân đọc và ký bản chấp thuận tham gia nghiên cứu nếu bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu. Phỏng vấn viên phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu dựa trên bộ câu hỏi soạn sẵn.

Tiêu chuẩn chẩn đoán: Tình trạng thiếu máu được xác định dựa vào xét nghiệm lâm sàng trong sổ khám bệnh khi Hb <11g/dl. Phân loại thiếu máu theo Hb: nhẹ (10-10,9 g/dl), trung bình (7-9,9 g/dl), nặng (4-6,9 g/dl) và rất nặng (< 4g/dl) [7].

Xử lý số liệu: Các dữ liệu được nhập liệu bằng phần mềm EpiData Manager 4.6 và phân tích thống kê với phần mềm Stata 14.2. Biến số định tính được mô tả bằng tần số và tỉ lệ phần trăm. Biến số định lượng liên tục được mô tả bằng trung bình và độ lệch chuẩn. Dùng phép

kiểm Chi bình phương để kiểm định mối liên quan giữa các yếu tố và tỷ lệ thiếu máu. Nếu trên 20% tổng số các ô có vọng trị nhỏ hơn 5, phép kiểm Fisher được sử dụng.

Sử dụng mô hình phân tích thành phần chính PCA (Principal Component Analysis) để xác định mô hình thực phẩm. Các thực phẩm được chia theo nhóm thực phẩm để tìm ra tần suất sử dụng các nhóm thực phẩm nào có liên quan đến thiếu máu. Sử dụng PCA để chuyển đổi dữ liệu trong bảng tần suất đưa ra điểm số theo tuần.

Hồi quy Poisson modified được sử dụng để tính tỷ số tỷ lệ hiện mắc PR với KTC 95% để lượng hóa mối quan hệ giữa thiếu máu và điểm số các nhóm thực phẩm.

Đạo đức nghiên cứu: Đề cương nghiên cứu đã được chấp thuận về mặt y đức trong nghiên cứu từ hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Đại học Y Dược TP.HCM số 89/HĐĐĐ-ĐHYD ký ngày 03/02/2021 và Ban lãnh đạo Bệnh viện Hùng Vương số 735/BB-BVHV ký ngày 18/03/2021.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện trên 255 phụ nữ mang thai

Bảng 1: Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Đặc tính (n=255)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tuổi Nhóm tuổi	30,6±5,1	
<35	191	74,9
≥35	64	25,1
Trình độ học vấn		
Biết đọc biết viết	3	1,2
Cấp 1	24	9,4
Cấp 2	97	38,0
Cấp 3	78	30,6
Trên cấp 3	53	20,8
Nghề nghiệp		
Nội trợ	47	18,4
Lao động chân tay	158	62,0
Lao động trí óc	50	19,6
Tuổi của thai hiện tại		
Tam cá nguyệt 1	24	9,4
Tam cá nguyệt 2	100	39,2
Tam cá nguyệt 3	131	51,4
Số lần mang thai (kể cả sảy, phá thai)		
Lần đầu	70	27,4
Lần thứ 2	96	37,6
Lần thứ 3 trở lên	89	34,9
Số lần sinh con (n=185)		
Chưa sinh lần nào	22	11,9
1 lần	116	62,7
2 lần	44	23,8
≥3 lần	3	1,6
Tiền sử sảy, phá thai (n=185): Có	76	41,1
Không	109	58,9
Bệnh lý phụ khoa		
Có	10	3,9
Không	245	96,1
BMI trước khi mang thai		
Thiếu cân	33	12,9
Bình thường	156	61,2
Thừa cân, béo phì	66	25,9

Độ tuổi trung bình của thai phụ là 30,6±5,1 tuổi, nhỏ nhất là 18 tuổi và lớn nhất là 41 tuổi, nhóm tuổi ≥35 chiếm 25,1%, trình độ học vấn từ cấp 2 trở lên chiếm 89,4%, nghề nghiệp chủ yếu là lao động chân tay chiếm 62,0%. Tại thời điểm nghiên cứu, tuổi của thai chủ yếu từ tam cá nguyệt thứ 2 trở lên chiếm 90,6%. Phỏng vấn về tiền sử sản khoa của những phụ nữ mang thai tham gia nghiên cứu, số lần mang thai lần thứ 2 và thứ 3 có tỷ lệ cao chiếm 72,5%. Thai phụ sinh con 1 lần chiếm tỷ lệ cao nhất 62,70%. Có đến 25,9% thai phụ thừa cân béo phì trước mang thai và 12,9% thiếu cân (Bảng 1).

Bảng 2: Thói quen ăn uống và sinh hoạt của PNMT

Đặc tính (n=255)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Sử dụng trà		
Không	189	74,1
<3 lần/tuần	42	16,5
≥3 lần/tuần	24	9,4
Sử dụng cà phê		
Không	236	92,6
<3 lần/tuần	10	3,9
≥3 lần/tuần	9	3,5
Số bữa ăn trong ngày		
3 bữa	33	12,9
≥4 bữa	222	87,1
Tình trạng ăn uống hiện tại (so với trước mang thai)		
Nhiều hơn	154	60,4
Như trước	77	30,2
Ít hơn	24	9,4
Bổ sung viên sắt + acid folic		
Không	76	29,8
3 – 5 lần/tuần	13	5,1
Hàng ngày	166	65,1
Bổ sung viên uống vitamin và khoáng chất	202	79,2
Không	1	0,4
3 – 5 lần/tuần Hàng ngày	52	20,4
Bổ sung		
Sắt + acid folic	179	70,2
Vitamin và khoáng chất	53	20,8

Không	23	9,0
Thuốc sổ giun: Có	1	0,4
Không	254	99,6

Trong mẫu nghiên cứu, tỷ lệ thai phụ sử dụng trà là 25,9%. Tỷ lệ sử dụng cà phê thấp hơn so với tỷ lệ sử dụng trà chiếm 7,4%. Các thai phụ có số bữa ăn ≥4 lần chiếm đa số (87,1%). Tình trạng ăn uống hiện tại so với trước khi mang thai chủ yếu là nhiều hơn với tỷ lệ 60,4%. Tỷ lệ PNMT bổ sung viên sắt + acid folic là 70,2%, bổ sung viên uống vitamin và khoáng chất là 20,8%, có 9,0% PNMT không bổ sung thêm viên sắt + acid folic hay viên uống vitamin và khoáng chất. Hầu hết các thai phụ không sử dụng thuốc sổ giun trong vòng 3 tháng trước khi mang thai 99,6% (Bảng 2).

Bảng 3: Tỷ lệ thiếu máu

Đặc tính (n=255)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Thiếu máu: Có	36	14,1
Không	219	85,9
Mức độ thiếu máu		
Thiếu máu nhẹ	30	83,33
Thiếu máu trung bình	6	16,67

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả có 36 PNMT được chẩn đoán thiếu máu trên tổng số 255 PNMT, chiếm tỷ lệ 14,1%. Trong đó có 83,3% thiếu máu nhẹ, 16,7% thiếu máu trung bình, không có tình trạng thiếu máu nặng.

Bảng 4: Các yếu tố liên quan đến thiếu máu

Đặc tính	Thiếu máu		p	PR (KTC 95%)
	Có (n=36)	Không (n=195)		
Nhóm tuổi				
< 35	21 (10,9)	170 (89,1)	**0,013***	2,13 (1,2-3,8)
≥35	15 (23,4)	49 (76,6)		
Số lần mang thai				
Lần đầu	1 (1,4)	69 (98,6)	**<0,001***	1
Lần thứ 2	15 (15,6)	81 (84,4)		2,30 (1,6-3,4)
Lần thứ 3 trở lên	20 (20,5)	69 (77,5)		5,33 (2,4-11,6)
Số lần sinh con				
Chưa sinh lần nào	3 (13,64)	19 (86,4)		1
1 lần	19 (16,4)	97 (83,6)	**0,049***	1,58 (1,0-2,5)
2 lần	11 (25,0)	33 (75,0)		2,51 (1,0-6,3)
≥3 lần	2 (66,7)	1 (33,3)		3,99 (1,0-15,8)
Bệnh lý phụ khoa				
Có	6 (60,0)	4 (40,0)	**<0,001****	4,90 (2,7-8,9)
Không	30 (12,2)	215 (87,8)		
Sử dụng trà				
Không	21 (11,1)	168 (88,9)		1
<3 lần/tuần	6 (14,3)	36 (85,7)	**0,001***	1,78 (1,2-2,5)
≥3 lần/tuần	9 (37,5)	15 (62,5)		3,15 (1,6-6,4)
Các loại thịt	1,08 ± 0,11	-0,18 ± 0,11	**0,002*****	1,58 (1,7 – 2,1)

**Phép kiểm chi² có khuynh hướng; **Phép kiểm Fisher's; ***Phép kiểm Hồi quy Poisson Modified*

Dựa vào phân tích đơn biến, chúng tôi tìm thấy sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thiếu máu trong thai kỳ và các yếu tố: tuổi mẹ >35 tuổi tỷ lệ thiếu máu tăng gấp 2,13 lần nhóm <35 tuổi (KTC 95% 1,17 – 3,88, p=0,013); phụ nữ mang thai thêm 1 lần tỷ lệ thiếu máu tăng gấp 1,58 lần (KTC 95% 1,56 – 3,40; p<0,001); phụ nữ sinh con thêm 1 lần tỷ lệ thiếu máu sẽ tăng lên 1,58 lần (KTC 95%: 1,00 – 2,51; p=0,049). Tỷ lệ thiếu máu ở nhóm PNMT có tiền sử mắc bệnh lý phụ khoa cao hơn so với phụ nữ không mắc bệnh lý phụ khoa 4,90 lần (KTC 95% 2,67 – 8,99; p<0,001). tỷ lệ thiếu máu ở nhóm PNMT sử dụng trà <3 lần/tuần cao hơn so với PNMT không sử dụng trà 1,78 lần (KTC 95%: 1,24 – 2,53; p=0,001); ở nhóm PNMT sử dụng trà ≥3 lần/tuần cao hơn so với không sử dụng trà 3,15 lần (KTC 95%: 1,55 – 6,42; p=0,001). Có mối liên quan giữa thiếu máu và việc tiêu thụ nhóm các loại thịt (p=0,002).

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu trên 255 PNMT đến khám tại khoa Khám bệnh B, Bệnh viện Hùng Vương cho kết quả có 14,1% phụ nữ mang thai bị thiếu máu. Tỷ lệ này thấp hơn so với các kết quả đánh giá điều tra toàn quốc năm 2014 - 2015 của Viện Dinh Dưỡng là 32,8%[4], nghiên cứu của Trần Thị Minh Hạnh (2007) là 17,5%[8], của Meaza Lebso (2015) là 23,2%[9]. Sự khác biệt này có thể lý giải được là do điều kiện kinh tế, sự chăm sóc y tế, sự quan tâm của thai phụ về các vấn đề

trong thai kỳ của các nghiên cứu.

Tuy nhiên sự khác biệt này cũng có thể do phương pháp chọn mẫu thuận tiện, chưa chọn được toàn bộ các thai phụ đến khám trong thời gian nghiên cứu, một phần cỡ mẫu của nghiên cứu nhỏ, và thực hiện trong thời gian ngắn vì vậy chưa phát hiện đầy đủ các trường hợp thiếu máu khác ở PNMT.

Về phân loại thiếu máu theo mức độ, ở nghiên cứu chúng tôi đa số là thiếu máu nhẹ, còn lại là thiếu máu trung bình, không có trường hợp nào thiếu máu nặng. Kết quả này cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của Võ Thị Thu Nguyệt (2008) tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh [10], Phạm Thanh Hải (2016) tại bệnh viện Từ Dũ [11], và Nguyễn Thị Tường Thái (2020) tại bệnh viện quận Thủ Đức [12]. Nhìn chung, qua các nghiên cứu, thiếu máu mức độ nhẹ ở PNMT chiếm phần lớn. Như vậy, có thể can thiệp sớm bằng hình thức tuyên truyền giáo dục sức khỏe cho thai phụ để hạn chế tình trạng thiếu máu nặng gây ra các hậu quả không mong muốn cho mẹ và thai nhi.

Trong nghiên cứu, chúng tôi tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ thiếu máu và nhóm tuổi. Tỷ lệ thiếu máu ở nhóm PNMT ≥35 tuổi cao hơn so với nhóm <35 tuổi gấp 2,13 lần với p = 0,013; KTC 95% (1,17 – 3,88). Nghiên cứu của Nguyễn Thị Lệ tại phòng khám khoa Phụ sản Bệnh viện Trung Ương Huế vào năm 2013 cũng cho thấy tuổi mẹ >35 tuổi tỷ lệ thiếu máu tăng gấp 2,5 lần so với nhóm từ 20 – 35. Điều này có thể giải thích là do phụ nữ mang thai > 35 tuổi tăng nguy cơ mắc tai biến sản khoa như sảy thai, đẻ non, tiền sản giật, thai lưu..., tỷ lệ thiếu máu cũng tăng.

Nghiên cứu cho thấy tình trạng thiếu máu và số lần mang thai liên quan có ý nghĩa thống kê với nhau. Phụ nữ mang thai thêm 1 lần, tỷ lệ thiếu máu sẽ tăng lên 2,30 lần với p < 0,001; KTC 95%: 1,56 – 3,40. Tương tự, tình trạng thiếu máu và số lần sinh con cũng liên quan có ý nghĩa thống kê với nhau. Phụ nữ sinh con tăng thêm 1 lần, sẽ làm tăng tỷ lệ thiếu máu lên 1,58 lần với p = 0,049; KTC 95%: 1,00 – 2,51.

Nghiên cứu này cũng tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ thiếu máu và bệnh lý phụ khoa của thai phụ. PNMT đang hoặc đã từng mắc bệnh lý phụ khoa trước đó làm tăng nguy cơ thiếu máu lên 4,9 lần so với các phụ nữ khác với p < 0,001; KTC 95%: 2,67 – 8,99. Nghiên cứu của tôi chỉ rõ rằng bệnh lý phụ khoa cần khai thác là rong kinh, cường kinh (đã được chẩn đoán), thời gian rong kinh kéo dài với lương máu mất lớn nên tỷ lệ thiếu máu cao hơn ở PNMT.

Trong nghiên cứu, tôi chia đặc tính sử dụng trà, sử dụng cà phê thành 3 biến: không sử dụng,

<3 lần/tuần, ≥3 lần trên tuần. Theo kết quả nghiên cứu, ta nhận thấy có mối liên quan giữa tỷ lệ thiếu máu và tình trạng sử dụng trà của PNMT. Khi PNMT sử dụng trà thêm 1 bậc thì tỷ lệ thiếu máu tăng lên 1,78 lần với p = 0,001; KTC 95%: 1,24 – 2,53. Nếu so sánh tần suất sử dụng trà ≥3 lần/tuần và không sử dụng trà thì tỷ lệ thiếu máu ở PNMT tăng 3,15 lần với p=0,001; KTC 95%: 1,55-6,42.

Các nghiên cứu trong nước và ngoài nước cũng đã chứng minh rằng có mối liên quan giữa thiếu máu và sử dụng trà, cà phê: nghiên cứu của Tesfaye Abera Gudeta tại các bệnh viện công tại các khu Bench Maji, Keffa và Sheka ở Tây Nam, Ethiopia vào năm 2018 chỉ ra PNMT sử dụng Caffeine (cà phê và trà) có nguy cơ mắc thiếu máu cao gấp 2,01 lần so với các PNMT khác với KTC 95%: 1,14 - 3,55. Một nghiên cứu khác tại bệnh viện Từ Dũ năm 2018 cho kết quả PNMT sử dụng cà phê có tỷ lệ thiếu máu cao gấp 5 lần so với PNMT không sử dụng với p < 0,001, KTC 95%: 3,09 – 8,06. Điều này có thể được giải thích là do polyphenol và caffeine có trong trà và cà phê sẽ làm giảm hấp thu sắt, lâu ngày gây thiếu máu.

Chúng tôi sử dụng phương pháp PCA để tìm ra mô hình chung cho thực phẩm, cũng như các thực phẩm đại diện cho các nhóm. Khi xét mối liên quan giữa các nhóm thực phẩm với thiếu máu chúng tôi tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thiếu máu và nhóm các loại thịt (p=0,002). Xét các nghiên cứu khác nhận thấy: nghiên cứu ở thị trấn Mekelle năm 2014, PNMT ăn thịt <1 lần/tuần có nguy cơ cao gấp 2,2 lần so với PNMT ăn ≥2 lần/tuần. Vì trong thịt chứa nhiều sắt, và sắt do các thức ăn động vật cung cấp dễ hấp thu hơn nguồn sắt từ các thức ăn thực vật, vì vậy, sử dụng nhiều thịt sẽ bổ sung sắt cho cơ thể, làm tăng quá trình tạo máu.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thiếu máu ở phụ nữ mang thai tới khám tại Khoa Khám bệnh B, Bệnh viện Hùng Vương năm 2021 là 14,1%, trong đó 83,3% thiếu máu nhẹ, 16,7% thiếu máu trung bình. Mặc dù tỷ lệ này thấp hơn so với các nghiên cứu trước, tuy nhiên đây vẫn là một vấn đề gây nên nhiều hậu quả nguy hiểm. Vì vậy, cần tăng cường truyền thông giáo dục sức khỏe, tư vấn về nguy cơ, sự tác động của độ tuổi khi mang thai tới tình trạng thiếu máu, thực hiện các biện pháp

kế hoạch hóa gia đình, để giảm tình trạng sinh con từ 3 lần trở lên. Đồng thời cần cải thiện tình trạng dinh dưỡng cho PNMT đặc biệt cần sử dụng thường xuyên hơn các thực phẩm chứa nhiều sắt như các loại thịt, và hạn chế sử dụng các thực phẩm hạn chế sự hấp thu sắt như trà.

Bài báo có điểm mạnh là thực hiện tại bệnh viện và đã có sử dụng bộ câu hỏi FFQ đã được chuẩn hóa dành cho người lớn và áp dụng cho đối tượng PNMT, nghiên cứu thu thập bằng cách phỏng vấn trực tếp dựa trên bộ câu hỏi soạn sẵn, vì vậy tránh gây ra sai lệch thông tin trong kết quả nghiên cứu. bên cạnh những điểm mạnh, nghiên cứu cũng có nhiều sự hạn chế như phương pháp chọn mẫu là thuận tiện nên chưa chưa đại diện cho dân số mục tiêu, vì kinh phí hạn chế nên nghiên cứu chỉ dừng lại ở việc đánh giá tỷ lệ thiếu máu mà chưa đánh giá được nguyên nhân của thiếu máu, vì vậy cần thực hiện các nghiên cứu sâu rộng hơn để giải quyết được vấn đề thiếu máu ở bệnh viện Hùng Vương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **WHO** (2008). Worldwide prevalence of anaemia 1993–2005, pp.35-39.
2. **Bondevik GT, Eskeland B, Ulvik RJ, et al** (2000). Anaemia in pregnancy: possible causes and risk factors in Nepali women. European Journal of Clinical Nutrition, 54(1):3-8.
3. **Gudeta TA, Regassa TM, Belay AS** (2019). Magnitude and factors associated with anemia among pregnant women attending antenatal care in Bench Maji, Keffa and Sheka zones of public hospitals, Southwest, Ethiopia, 2018: A cross - sectional study. PLoS One, 14 (11):e0225148.
4. **Trần Khánh Vân** (2018). Dinh dưỡng với phát triển kinh tế xã hội và một số chỉ số về tình hình dinh dưỡng hiện nay tại Việt Nam, http://viendinhduong.vn/vi/tin-tuc/dinh-duong-voi-phat-trien-kinh-te-xa-hoi-va-mot-so-chi-so-ve-tinh-hinh-dinh-duong-hien-nay-tai-viet-nam.html, truy cập 20/10/2020.
5. **Bệnh viện Hùng Vương.** Tổng quát về bệnh viện, https://bvhungvuong.vn/gioi-thieu/gioi-thieu-tong-quat-ve-benh-vien, truy cập 14/10/2020.
6. **Đặng Hải Đăng, Nguyễn Thanh Dân, Trần Thị Thúy An, Trần Thị Trúc Huệ** (2020). Tỷ lệ thiếu máu, thiếu máu thiếu sắt và một số yếu tố liên quan của phụ nữ có thai đến khám tại Bệnh viện Đa khoa Cái Nước, tỉnh Cà Mau năm 2017 – 2018, Tạp chí Y học dự phòng, 30(1):102.
7. **WHO** (2011) Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity, pp. 3.
8. **Trần Thị Minh Hạnh, Phan Nguyễn Thanh Bình, Nguyễn Nhân Thành, Lê Nguyễn Trung Đức Sơn, Trương Công Hòa, Phạm Ngọc Oanh, et al.** (2008). Tình trạng thiếu máu thiếu sắt ở thai phụ Thành phố Hồ Chí Minh. Tạp chí Y học TP.HCM, 12 (04):141.
9. **Lebso M, Anato A, Loha E** (2017). Prevalence of anemia and associated factors among pregnant women in Southern Ethiopia: A community based cross-sectional study. PLoS One, 12(12): e0188783.
10. **Võ Thị Thu Nguyệt, Bành Thanh Lan, Trần Thị Lợi, Phạm Quí Trọng** (2008). Khảo sát tình trạng thiếu máu thiếu sắt trong 3 tháng giữa thai kỳ và các yếu tố liên quan tại Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh. Tạp chí Y học TP.HCM, 12 (Phụ bản số 1):162-170.

THỰC TRẠNG ĐẢM BẢO DINH DƯỠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CHO NGƯỜI BỆNH ĐƯỢC CHĂM SÓC CẤP I TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 354

Trần Thị Phương Lan[1], Nguyễn Quang Dũng[2], Nguyễn Thị Hương Lan[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả thực trạng đảm bảo dinh dưỡng và một số yếu tố ảnh hưởng đến đảm bảo dinh dưỡng cho các bệnh nhân được chăm sóc cấp I tại Khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Quân Y 354. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 185 bệnh nhân được chăm sóc cấp I tại Bệnh viện Quân Y 354. **Kết quả:** Chỉ có 42,2% NB được đảm bảo đủ năng lượng, còn lại 57,8% NB không được đảm bảo nhu cầu về năng lượng so với nhu cầu. Nhóm BN có tổn thương kết hợp chỉ có 10,2% được cung cấp đủ nhu cầu về năng lượng. Nhóm có ngày CSCI > 20 ngày có 51,6% được cung cấp đủ nhu cầu về năng lượng. NB được nuôi dưỡng bằng cả hai đường kết hợp có tỷ lệ đảm bảo đủ năng lượng là 38,8%. Giới tính, số ngày có chỉ định CSCI, tình trạng có hay không có các tổn thương kết hợp, được nuôi dưỡng kết hợp cả hai đường nuôi dưỡng TM và TH là những yếu tố có liên quan tới thực trạng đảm bảo dinh dưỡng cho người bệnh. Trong đó những bệnh nhân có tổn thương có nguy cơ bị thiếu hút dinh dưỡng cao gấp 10,1 lần so với nhóm không bị tổn thương, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với khoảng tin cậy không chứa giá trị 1. **Kết luận:** Tỷ lệ đảm bảo đủ dinh dưỡng cho người bệnh được chăm sóc cấp I còn thấp. ***Từ khóa:*** Dinh dưỡng, Chăm sóc cấp I, yếu tố liên quan.

[1]*Bệnh viện Quân Y 354*
[2]*Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Phương Lan
Email: phuonglan354@gmail.com
Ngày nhận bài: 10.3.2023
Ngày phản biện khoa học: 18.4.2023
Ngày duyệt bài: 19.5.2023