

da và niêm mạc, viêm khớp, tổn thương thận. Hầu hết bệnh nhân có giảm nồng độ bổ thể C3 và C4 dương tính với kháng thể kháng DNA và hầu hết các trường hợp có hoạt tính cao theo tiêu chuẩn SLEDAI.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sawada T, Fujimori D, Yamamoto Y (2019). Systemic lupus erythematosus and immunodeficiency. *Immunol Med*; 42:1.
2. Amaral B., Murphy G., Ioannou Y. et al (2014). A comparison of the outcome of adolescent and adult-onset systemic lupus erythematosus. *Rheumatology*, 53(6), 1130-5.
2. Deborah M. Levy, MD MS FRCPC, Sylvia Kamphuis, MD Ph (2012). Systemic Lupus Erythematosus in Children and Adolescents. *Pediatr Clin North Am*; 59(2): 345-364.
3. Charras, E. Smith, M.D, and C.M. Hedrich (2021). Systemic Lupus Erythematosus in Children and Young People; *Curr Rheumatol Rep*, 23(3): 20.
4. Ramirez Gomez L.A., Uribe Uribe O, Osio Uribe O. et al (2008). Childhood systemic lupus erythematosus in Latin America. The GLADEL experience in 230 children. *Lupus*, 17(6), 596-604.
5. Thái Thiên Nam (2010). Bệnh Lupus ban đỏ hệ thống tại Bệnh viện Nhi Trung ương: Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh tổn thương mô bệnh học và đánh giá kết quả điều trị ban đầu. *Tạp chí Thông tin Y dược*, Số 8, 18-22.
6. Đoàn Thị Thu Mỹ, Nguyễn Thị Út, Bùi Thị Mỹ Anh, Phạm Thị Thu Hiền (2018). Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị của bệnh nhân viêm thân lupus được quản lý điều trị tại phòng khám Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2018. *Tạp Chí Khoa học Nghiên cứu Sức khỏe Và Phát triển*, 2(3).
7. Sulaiman M, Al-Mayouf (2017). Systemic lupus erythematosus in Saudi children: long-term outcomes. *Int J Rheum Dis*; 36(2), 56-60.
8. Chagas Medeiros MM, Bezerra MC, Braga FN et al (2016). Clinical and immunological aspects and outcome of a Brazilian cohort of 414 patients with systemic lupus erythematosus (SLE): comparison between childhood-onset, adult-onset, and late-onset SLE. *Lupus*; 25(4), 355 -63.
9. Phạm Văn Đэм, Nguyễn Thu Hương, Nguyễn Thị Thùy Liên và cộng sự (2018). Kết quả điều trị trẻ mắc hội chứng thận hư tiên phát kháng thuốc Steroid bằng Cyclosporin A tại Bệnh viện Nhi Trung ương. *Tạp chí Khoa học ĐHQGHN*; 34(1), 107-113.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG TRONG THAI KỲ CỦA PHỤ NỮ CÓ CON TỪ 0-6 THÁNG TUỔI TẠI HÀ NỘI

Bùi Thị Thảo Yến¹, Trịnh Bảo Ngọc², Phạm Văn Dũng³,
Hoàng Thị Đức Ngân¹, Lê Thị Hiệp¹, Nguyễn Việt Dũng¹, Đặng Thị Đoàn Du¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 311 bà mẹ có con từ 0-6 tháng tuổi tại Hà Nội năm 2020 nhằm xác định một số yếu tố liên quan đến mức tăng cân của người mẹ trong thai kỳ. **Kết quả:** Một số yếu tố có liên quan đến tình trạng tăng cân không đúng theo khuyến nghị của IOM bao gồm: Phụ nữ có BMI <18,5 kg/m² trước khi có thai (OR=2,2; 95% CI: 1,1 - 4,7; p <0,05) và mức thu nhập bình quân đầu người/tháng ≤ trung bình (OR=2,4; 95% CI: 1,01 - 5,7; p <0,05). Phụ nữ có thừa cân - béo phì (BMI ≥ 25kg/m²) trước khi mang thai có nguy cơ tăng cân quá mức KN của IOM gấp 5,6 lần so với các phụ nữ khác (OR=5,6; 95% CI: 1,5 - 20,6; p <0,001). **Kết luận:** Tình trạng dinh dưỡng của bà mẹ trước khi có thai và điều kiện kinh tế gia đình có liên quan đến mức tăng cân của người mẹ trong thai kỳ.

Từ khóa: Tình trạng dinh dưỡng, phụ nữ có thai, tăng cân thai kỳ, yếu tố liên quan.

SUMMARY

FACTORS ASSOCIATED WITH NUTRITIONAL STATUS IN PREGNANCY AMONG MOTHERS WITH CHILDREN AGED 0 - 6 MONTHS IN HANOI

Results: A cross-sectional descriptive study was conducted on 311 mothers with children aged 0-6 months in Hanoi in 2020 to determine some factors related to the mother's weight gain during pregnancy. Some factors related to weight gain not following IOM recommendations include: Women with BMI <18.5 kg/m² before pregnancy (OR=2.2; 95% CI: 1, 1 - 4.7; p <0.05) and the average monthly income per capita ≤ average (OR=2.4; 95% CI: 1.01 - 5.7; p <0.05). Women who were overweight - obese (BMI ≥ 25kg/m²) before pregnancy were 5.6 times more likely to gain excess weight than other women (OR=5.6; 95% CI: 1.5 - 20.6; p <0.001). **Conclusion:** The mother's nutritional status before pregnancy and the family's economic conditions are related to the mother's weight gain during pregnancy.

Keywords: Nutritional status, pregnant women, pregnancy weight gain, related factors.

¹Viện Dinh dưỡng

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh Viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Thảo Yến

Email: buithithaoyen.ninvn@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 30.11.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dinh dưỡng đóng vai trò rất quan trọng cho sức khỏe người phụ nữ trong suốt thời gian mang thai, sinh đẻ và cho con bú. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng dinh dưỡng trong các giai đoạn này không những là yếu tố quyết định cho sức khỏe bà mẹ mà còn cho sự hình thành, phát triển thai và cả sự tăng trưởng và phát triển lâu dài của trẻ cho tới khi trưởng thành [1]. Người mẹ có thiếu năng lượng trường diễn trước khi mang thai làm tăng các nguy cơ bất lợi đối với kết quả thai kỳ như trẻ sinh non hoặc nhẹ cân. Bên cạnh đó, những phụ nữ thừa cân khi bước vào thời kỳ mang thai hoặc tăng cân quá mức trong thai kỳ không chỉ gây ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng (TTDD) của người mẹ, mà còn ảnh hưởng đến trẻ trong giai đoạn sơ sinh, đồng thời cũng gây ảnh hưởng đến nguy cơ béo phì và các bệnh mạn tính khác của trẻ khi trưởng thành [2]. Tăng cân khi mang thai nhiều hơn hoặc ít hơn so với khuyến nghị (KN) đều có liên quan đến nguy cơ cao hơn các kết quả bất lợi cho mẹ và trẻ sơ sinh. Vì vậy, việc chăm sóc dinh dưỡng đầy đủ cân đối và trang bị kiến thức, thực hành về dinh dưỡng hợp lý trước và trong thai kỳ chính là tiền đề để cả mẹ và trẻ được khỏe mạnh và phát triển tối ưu.

Việt Nam là nước nằm trong khu vực Đông Nam Á, nơi có tỷ lệ cao phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ gặp các vấn đề về dinh dưỡng, bao gồm cả suy dinh dưỡng, thừa cân – béo phì và thiếu vi chất dinh dưỡng. Mặc dù hiện tại đã có một số nghiên cứu về dinh dưỡng cho phụ nữ có thai (PNCT) nhưng chưa có nhiều nghiên cứu được tiến hành tại các thành phố lớn, đặc biệt tại Hà Nội. Do đó, nghiên cứu này thực hiện để cung cấp thêm nguồn dữ liệu và góp phần tạo tiền đề cho các can thiệp cải thiện chăm sóc dinh dưỡng trong thai kỳ, từ đó giúp cải thiện TTDD bà mẹ và trẻ em sau này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu (ĐTNC). Phụ nữ có con từ 0 đến 6 tháng tuổi hiện đang sinh sống tại Hà Nội.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Phụ nữ đủ 18 tuổi trở lên và có con từ 0 đến 6 tháng tuổi đồng ý tham gia nghiên cứu, đối tượng có đủ khả năng đọc hiểu trả lời phỏng vấn và có theo dõi cân nặng trong quá trình mang thai.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** đối tượng bị rối loạn/vấn đề về sức khỏe tâm thần, đối tượng mắc các bệnh khuyết tật về hình thể, hoặc từng mắc các bệnh lý sản khoa/thai nghén.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ tháng 09 năm 2020 đến tháng 12 năm 2021 tại 60 xã/phường thuộc thành phố Hà Nội.

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

2.4. Cỡ mẫu. Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng 1 tỷ lệ:

$$n = Z^2_{(1-a/2)} \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu tối thiểu

• p: 23,5% là tỷ lệ phụ nữ có mức tăng cân bình thường theo nghiên cứu tại Thái Nguyên năm 2017 [3].

• $Z_{(1-a/2)} = 1,96$, hệ số tin cậy với mức tin cậy 95%; d = 0,05, sai số cho phép.

⇒ Thay vào công thức ta được: n = 276 người. Thực tế mẫu lấy được là 311 người.

2.5. Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu nhiều giai đoạn.

Giai đoạn một: Chọn xã phường nghiên cứu.

- Liệt kê danh sách toàn bộ các xã/ phường/ thị trấn tại Hà Nội.

- Chọn ngẫu nhiên đơn 60 xã/phường/thị trấn trong danh sách.

Giai đoạn hai: Lựa chọn đối tượng nghiên cứu:

- Lập danh sách toàn bộ bà mẹ có con dưới 6 tháng tuổi trong mỗi xã/phường/thị trấn được chọn.

- Chọn ngẫu nhiên đơn theo danh sách đến khi đủ ít nhất 5 đối tượng tại mỗi xã/phường/thị trấn.

2.6. Phương pháp thu thập số liệu. Đối tượng nghiên cứu được phỏng vấn theo bộ câu hỏi thiết kế sẵn. Nội dung bộ câu hỏi gồm: các thông tin chung về nhân khẩu xã hội học; thông tin dinh dưỡng và sức khỏe của bà mẹ trước và trong quá trình mang thai (cân nặng, chiều cao trước khi có thai và cân nặng được theo dõi tại các thời điểm 3-6-9 tháng thai kỳ, cân nặng trước khi sinh...).

2.7. Các chỉ tiêu đánh giá. TTDD trước khi có thai: Dựa vào chỉ số khối cơ thể BMI (Body Mass Index = Cân nặng/chiều cao²). Kết quả xếp loại TTDD theo phân loại của WHO (2000): Thiếu năng lượng trường diễn (CED): BMI < 18,50; Bình thường: 18,50 ≤ BMI < 25; Thừa cân- béo phì: BMI ≥ 25.

Mức tăng cân thai kỳ: theo hướng dẫn của Viện Y học Hoa Kỳ (IOM) [4] dựa trên TTDD trước mang thai như sau:

- Tăng 12,5–18kg với BMI < 18,5 kg/m²

- Tăng 11,5–16kg với BMI 18,5 ≤ BMI < 25 kg/m²

- Tăng 7–11,5kg với BMI 25 ≤ BMI < 30 kg/m²

- Tăng 5-9 kg với BMI ≥ 30 kg/m²

Điều kiện kinh tế: Mức thu nhập bình quân đầu người/tháng tính theo chuẩn hộ nghèo giai đoạn 2016 -2020.

2.8. Phân tích và xử lý số liệu. Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và được xử lý, phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Sử dụng các phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến để xác định các yếu tố liên quan với mức ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	n=311	Tỷ lệ (%)
Tuổi		
Dưới 20 tuổi	11	3,5
20-29 tuổi	170	54,7
30-39 tuổi	124	39,9
Trên 40 tuổi	6	1,9
Học vấn		
Chưa học hết THPT	29	9,4
Đã học hết THPT	92	29,6
Trung cấp, cao đẳng	95	30,5
Đại học, sau đại học	95	30,5
Nơi sinh sống		
Nội thành	137	44,1
Ngoại thành	174	55,9
Thu nhập bình quân đầu người/tháng		
Nghèo/cận nghèo	16	5,1
Trung bình	30	9,6
> Trung bình	265	85,2

Có tổng số 311 đối tượng tham gia vào nghiên cứu, hầu hết trong nhóm tuổi 20-29 (chiếm 54,7%) và 30-39 (chiếm 39,9%). Trình độ học vấn của ĐTNC đều ở mức đã tốt nghiệp THPT trở lên, chỉ có 9,4% số đối tượng có học vấn <THPT. Trong số các ĐTNC, có 55,9% đối tượng thuộc khu vực ngoại thành và 44,1% số đối tượng ở khu vực nội thành. Mức thu nhập bình quân đầu người/tháng của đa số ĐTNC đều

ở trên mức trung bình (85,2%).

Bảng 2: Một số đặc điểm tình trạng dinh dưỡng của mẹ trước và trong thai kỳ

TTDD	n=311	Tỷ lệ %
Cân nặng (kg)		
< 45kg	45	14,5
≥ 45 kg	266	85,5
TB ± SD (min - max)	50,3 ± 6,1 (37,0-74,0)	
Chiều cao (cm)		
< 145 cm	3	1,0
≥ 145cm	308	99,0
TB ± SD (min - max)	156,3 ± 5,3 (144,0-172,0)	
BMI (kg/m²)		
BMI < 18,5)	48	15,5
18,5 ≤ BMI < 25	252	81,0
TC-BP (BMI ≥ 25)	11	3,5
TB ± SD (min - max)	20,6 ± 2,3 (13,6-30,0)	
Mức tăng cân		
Tăng cân đúng khuyến nghị	116	37,3
Tăng cân dưới khuyến nghị	138	44,4
Tăng cân trên khuyến nghị	57	18,3
TB ± SD (kg)	12,4 ± 4,2	

TB: trung bình, SD: độ lệch chuẩn, min: giá trị nhỏ nhất, max: giá trị lớn nhất

Cân nặng trung bình của ĐTNC trước khi có thai là 50,3kg với 85,5% số đối tượng có cân nặng ≥ 45kg. Chiều cao trung bình là 156,3cm, chỉ có 1% ĐTNC có chiều cao dưới 145cm. Có tổng số 252 ĐTNC có mức BMI bình thường, chiếm 81%. Số đối tượng có thừa cân-béo phì chiếm 3,5% và có CED chiếm 15,4%. BMI trung bình của ĐTNC là 20,6 kg/m².

Trong thai kỳ, số đối tượng tăng cân dưới mức KN là 138 người, chiếm 44,4%. Trong khi có 116 ĐTNC tăng cân đúng KN (37,3%) và tăng cân trên mức KN có 57 người (18,3%). Mức tăng cân trung bình trong cả thai kỳ là 12,4kg.

3.2. Một số yếu tố liên quan

Bảng 3: Một số yếu tố liên quan đến tăng cân không đúng khuyến nghị của IOM trong thai kỳ

Yếu tố liên quan	Tăng cân không đúng KN (n=195)	n (%)	Phân tích đơn biến		Phân tích đa biến	
			OR (95% CI)	p*	OR hiệu chỉnh (95% CI)	p**
BMI (kg/m²)						
< 18,5		37 (77,1)	2,2 (1,1 - 4,6)	0,028	2,2 (1,1 - 4,7)	0,032
≥ 18,5		158 (60,1)	1		1	
Nơi sinh sống						
Ngoại thành		118 (67,8)	1,6 (1,03 - 2,6)	0,036	1,2 (0,7 - 2,1)	0,444
Nội thành		77 (56,2)	1		1	

Trình độ học vấn					
≤ THPT	83 (68,6)	1,5 (0,9 - 2,5)	0,086	1,2 (0,7 - 2,1)	0,445
> THPT	112 (58,9)	1		1	
Thu nhập bình quân đầu người/tháng					
≤ Trung bình	38 (82,6)	3,3 (1,5 - 7,3)	0,002	2,4 (1,01 - 5,7)	0,048
> Trung bình	157 (59,2)	1		1	
Số người trong gia đình					
≤ 3 người	23 (46,9)	1	-	1	-
4 người	61 (61,6)	1,8 (0,9 - 3,6)	0,091	1,6 (0,8 - 3,3)	0,169
5 người	49 (62,0)	1,9 (0,9 - 3,8)	0,096	1,4 (0,7 - 3)	0,393
≥ 6 người	62 (73,8)	3,2 (1,5 - 6,7)	0,002	1,9 (0,9 - 4,4)	0,116
Tuổi mẹ khi có thai					
≥ 35 tuổi	35 (74,5)	1,9 (0,9 - 3,8)	0,07	1,7 (0,8 - 3,5)	0,180
< 35 tuổi	160 (60,6)	1		1	

Với biến "Số người trong gia đình": $p^*_{chung} < 0,001$; $p^{**}_{chung} > 0,05$

Kết quả phân tích hồi quy đa biến một số yếu tố nhân khẩu xã hội học và TTDD cho thấy: những phụ nữ có BMI < 18,5 kg/m² có nguy cơ tăng cân không đúng KN của IOM cao hơn 2,2

lần so với những phụ nữ khác (OR=2,2; 95% CI: 1,1 - 4,7; $p < 0,05$). Và những phụ nữ trong gia đình có mức thu nhập bình quân đầu người/tháng ≤ trung bình có nguy cơ tăng cân không đúng KN cao hơn những phụ nữ khác 2,4 lần (OR=2,4; 95% CI: 1,01 - 5,7; $p < 0,05$)

Bảng 4: Một số yếu tố liên quan đến tăng cân trên mức khuyến nghị của IOM trong thai kỳ

Yếu tố liên quan	Tăng cân trên KN (n=57)	n (%)	Phân tích đơn biến		Phân tích đa biến	
			OR (95% CI)	p	OR hiệu chỉnh (95% CI)	p
BMI trước khi có thai (kg/m ²)						
BMI ≥ 25	5 (45,5)	5 (45,5)	4 (1,2 - 13,5)	0,033	5,6 (1,5 - 20,6)	0,009
BMI < 25	52 (17,3)	52 (17,3)	1		1	
Nơi sinh sống						
Nội thành	28 (20,4)	28 (20,4)	1,3 (0,7 - 2,3)	0,393	1,1 (0,6 - 2,2)	0,683
Ngoại thành	29 (16,7)	29 (16,7)	1		1	
Trình độ học vấn						
≤ THPT	40 (21,1)	40 (21,1)	1,6 (0,9 - 3,0)	0,16	1,4 (0,7 - 2,7)	0,359
> THPT	17 (14,0)	17 (14,0)	1		1	
Số con						
≤ 2 con	47 (20,4)	47 (20,4)	1,8 (0,9 - 3,8)	0,106	1,2 (0,5 - 2,9)	0,618
> 2 con	10 (12,3)	10 (12,3)	1		1	
Tuổi mẹ khi có thai						
< 30 tuổi	40 (22,1)	40 (22,1)	1,9 (1,03 - 2,5)	0,045	2 (1 - 4,2)	0,052
≥ 30 tuổi	17 (13,1)	17 (13,1)	1		1	

Kết quả bảng 4, phân tích hồi quy đa biến cho thấy những phụ nữ có BMI ≥ 25 kg/m² có nguy cơ tăng cân trên mức KN của IOM cao gấp 5,6 lần so với những phụ nữ không có thừa cân - béo phì trước khi mang thai (OR=5,6; 95% CI: 1,5 - 20,6; $p < 0,001$).

IV. BÀN LUẬN

Theo kết quả nghiên cứu, đa số đối tượng có tăng cân dưới mức so với KN của IOM (44,4%), số đối tượng có tăng cân đúng KN là 37,3% và 18,3% tăng cân trên mức KN. Kết quả này so với nghiên cứu của tác giả Melissa F. Young tại tỉnh Thái Nguyên [3] có sự khác biệt đáng kể, với tỷ

lệ tăng cân đúng KN trong nghiên cứu này là 23,5%, tăng dưới KN là 73,4% và tăng trên mức KN là 5,1%. Có thể lý giải sự khác biệt bởi đối tượng của nghiên cứu này là các phụ nữ ở Hà Nội - một thành phố lớn, do vậy TTDD của bà mẹ và các yếu tố xã hội khác có tác động đến thai kỳ cũng có những khác biệt đáng kể so với các địa phương khác.

Phân tích các yếu tố nguy cơ đến mức tăng cân trong thai kỳ của người mẹ, nghiên cứu đã chỉ ra một số yếu tố liên quan có mức ý nghĩa thống kê.

Theo kết quả tại bảng 3, mô hình hồi quy đơn biến cho thấy cả BMI của bà mẹ trước khi có

thai, cũng như một số yếu tố nhân khẩu học bao gồm nơi sinh sống và số người trong gia đình và mức thu nhập đều là những yếu tố nguy cơ có ý nghĩa thống kê với tăng cân không đúng KN. Tuy nhiên khi đưa vào mô hình hồi quy đa biến, kết quả chỉ ra rằng BMI của bà mẹ <math>< 18,5\text{kg/m}^2</math> trước khi mang thai (OR=2,2; 95% CI: 1,1 - 4,7; $p<0,05$) và mức thu nhập bình quân đầu người/tháng \leq trung bình (OR=2,4; 95% CI: 1,01 - 5,7; $p<0,05$) là hai yếu tố nguy cơ đối với tăng cân không đúng theo KN. Trong số các yếu tố nhân khẩu xã hội học, bên cạnh điều kiện kinh tế thì một số nghiên cứu cũng đã chỉ ra trình độ học vấn kém là một yếu tố có liên quan với mức tăng cân thai kỳ của mẹ [5]. Kết quả của nghiên cứu này chưa tìm thấy mối liên quan đó có thể lý giải do ĐTNC chưa có sự phân loại học vấn khác biệt. Kết quả mức BMI <math>< 18,5\text{kg/m}^2</math> của bà mẹ trước khi có thai là yếu tố rõ rệt có liên quan đến tăng cân không đúng trong thai kỳ là phù hợp với rất nhiều nghiên cứu trước đây, đặc biệt ở các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình [6]. Khi tiến hành phân tích này, kết quả hồi quy đơn biến cũng cho thấy bên cạnh bà mẹ có CED trước khi mang thai thì những bà mẹ có cân nặng <math>< 45\text{kg}</math> cũng có mối liên quan có ý nghĩa với mức tăng cân không đúng trong thai kỳ (OR=3,2; 95% CI: 1,4 - 7,1, $p<0,01$), tuy nhiên để giảm thiểu tính đa cộng tuyến thì biến số này đã được lược bớt khi đưa vào mô hình hồi quy đa biến. Như vậy, TTDD kém trước thai kỳ của bà mẹ là yếu tố làm tăng thêm nguy cơ tăng cân không đúng trong thai kỳ. Kết quả này có thể giải thích bởi những bà mẹ có TTDD kém trước khi mang thai thường có thể trạng sức khỏe kém tương ứng, cơ thể thiếu hụt nhiều vi chất dinh dưỡng và thiếu hụt năng lượng trong một thời gian dài hoặc tình trạng sức khỏe khác như chán ăn, kém hấp thụ..., do vậy họ thường khó có thể đạt mức tăng cân đúng KN khi có thai. Bên cạnh đó, điều kiện kinh tế kém hơn cũng là yếu tố liên quan bởi nó có thể gián tiếp phản ánh sức mua và khả năng tiếp cận thực phẩm hạn chế hơn hoặc việc lựa chọn thực phẩm có giá trị dinh dưỡng tốt kém hơn.

Nghiên cứu này cũng đã chỉ ra mối liên quan rõ rệt giữa BMI của mẹ với tình trạng tăng cân quá mức trong thai kỳ. So với những bà mẹ không có thừa cân - béo phì thì nguy cơ ở những bà mẹ có BMI $\geq 25\text{kg/m}^2$ cao gấp 5,6 lần (OR=5,6; 95% CI: 1,5 - 20,6; $p<0,001$). Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu đoàn hệ IPRAMHO NORA tại Singapore (OR=3,96; 95% CI: 2,64-5,94); $p<0,001$) [7] nhưng lại thấp hơn

so với nghiên cứu ở Malaysia (OR = 7,44; 95% CI: 2,07-26,66) [8].

Tăng cân hợp lý khi mang thai có ý nghĩa quan trọng đối với sức khỏe trước mắt và tương lai của cả mẹ và trẻ sơ sinh. Đây là một yếu tố có thể thay đổi được và có thể được kiểm soát thông qua việc theo dõi và chăm sóc sức khỏe từ trước khi sinh cho bà mẹ. Việc này tạo điều kiện xác định sớm phụ nữ mang thai có nguy cơ dinh dưỡng và có biện pháp kịp thời để tư vấn dinh dưỡng và chăm sóc thai kỳ phù hợp.

V. KẾT LUẬN

Một số yếu tố có liên quan đến tình trạng tăng cân không đúng theo khuyến nghị IOM bao gồm: Phụ nữ có BMI <math>< 18,5\text{kg/m}^2</math> trước khi có thai (OR=2,2; 95% CI: 1,1 - 4,7; $p < 0,05$) và mức thu nhập bình quân đầu người/tháng \leq trung bình (OR=2,4; 95% CI: 1,01 - 5,7; $p<0,05$). Phụ nữ có thừa cân - béo phì (BMI $\geq 25\text{kg/m}^2$) trước khi mang thai có nguy cơ tăng cân quá mức khuyến nghị của IOM gấp 5,6 lần so với các phụ nữ khác (OR=5,6; 95% CI: 1,5 - 20,6; $p<0,001$).

Các phát hiện của nghiên cứu này nhằm nhấn mạnh ý nghĩa của việc chăm sóc dinh dưỡng cho phụ nữ từ trước khi có thai để cải thiện kết quả mang thai của mẹ và sức khỏe của trẻ sau này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Black R.E., Victora C.G., Walker S.P. và cộng sự.** (2013). Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 382(9890), 427-451.
2. **Yu Z., Han S., Zhu J. và cộng sự.** (2013). Pre-pregnancy body mass index in relation to infant birth weight and offspring overweight/obesity: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 8(4), e61627.
3. **Young M.F., Hong Nguyen P., Addo O.Y. và cộng sự.** (2017). Timing of Gestational Weight Gain on Fetal Growth and Infant Size at Birth in Vietnam. *PLoS One*, 12(1), e0170192.
4. **Institute of Medicine (US) and National Research Council (US) Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines** (2009), *Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines*, National Academies Press (US), Washington (DC).
5. **Fraga A.C.S.A. và Theme Filha M.M.** (2014). Factors associated with gestational weight gain in pregnant women in Rio de Janeiro, Brazil, 2008. *Cad Saúde Pública*, 30, 633-644.
6. **Darling A.M., Wang D., Perumal N. và cộng sự.** (2023). Risk factors for inadequate and excessive gestational weight gain in 25 low- and middle-income countries: An individual-level participant meta-analysis. *PLOS Medicine*, 20(7), e1004236.

7. He S., Allen J.C., Razali N.S. và cộng sự. (2019). Are women in Singapore gaining weight appropriately during pregnancy: a prospective cohort study. BMC Pregnancy Childbirth, 19(1), 290.

8. Woon F.C., Yu M., và Chin Y.S. (2019). Factors associated with rates of gestational weight gain among pregnant women in Batu Pahat district of Johor state, Malaysia.

YẾU TỐ NGUY CƠ GÂY TỔN THƯƠNG SỌ THẬN Ở BỆNH NHÂN DỊ TẬT NÚT ĐỐT SỐNG BẨM SINH

Nguyễn Duy Việt¹

TÓM TẮT

Mục đích: Mô tả yếu tố nguy cơ gây sẹo thận ở bệnh nhân dị tật nứt đốt sống bẩm sinh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** hồi cứu hồ sơ bệnh án của 62 bệnh nhân bàng quang thần kinh do dị tật nứt đốt sống bẩm sinh đã được phẫu thuật tại Bệnh viện Nhi Trung ương, từ 01/2013 - 31/03/2019. Bệnh nhân được chụp xạ hình thận hình thể để xác định có hay không có tổn thương sọ thận. Chụp niệu đạo - bàng quang ngược dòng xác định có hay không trào ngược bàng quang - niệu quản. Tiền sử nhiễm khuẩn đường tiết niệu. Ứng dụng phần mềm thống kê y học SPSS xử lý số liệu, $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê. **Kết quả:** có 62 bệnh nhân bàng quang thần kinh do dị tật nứt đốt sống bẩm sinh, bao gồm 45,5% trẻ nam và 54,5% là trẻ nữ, với vị trí tổn thương tủy gồm 40,3% trường hợp có tổn thương tủy từ dưới tủy lưng 4 và 59,7% bệnh nhân có tổn thương tủy cùng cột. Tỷ lệ thoát vị tủy - màng tủy là 72,6% và thoát vị mỡ tủy - màng tủy là 27,4%; Có 18 bệnh nhân chiếm 29,0% sẹo thận trên xạ hình thận với tuổi trung xuất hiện là $5,1 \pm 3,1$ tuổi cao hơn so tuổi của nhóm không có sẹo thận với $p < 0,05$. Có 29 trường hợp xuất hiện trào ngược bàng quang - niệu quản chiếm 46,8% và 38 bệnh nhân xuất hiện nhiễm khuẩn đường tiết niệu chiếm 61,3%. Sẹo thận liên quan đến trào ngược bàng quang - niệu quản và nhiễm khuẩn đường tiết niệu với tỷ lệ lần lượt là 48,3% và 42,1%, có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Trào ngược bàng quang - niệu quản và nhiễm khuẩn đường tiết niệu là yếu tố gây tổn thương sọ thận ở bệnh nhân bàng quang thần kinh do dị tật nứt đốt sống bẩm sinh. **Từ khóa:** trào ngược bàng quang - niệu quản, nhiễm khuẩn đường tiết niệu, dị tật nứt đốt sống bẩm sinh.

SUMMARY

RISK FACTORS CAUSING RENAL SCARRING DAMAGE IN PATIENT WITH SPINA BIFIDA

Aim: describes risk factors that cause renal scarring in patients with spina bifida. **Subject:** retrospective medical records of 62 patients with neurogenic bladder due to spina bifida who had done

spina bifida surgery at the National Hospital of Pediatrics from 01/2013 to 31/03/2019. All patients have been done 99mTc-DMSA to evaluate renal scarring or not. Voiding cystography shows vesicoureteral reflux or without vesicoureteral reflux and urinary tract infection history was taken note. SPSS analysis with $p < 0.05$, statistical significance. **Results:** 62 patients with neurogenic bladder due to spina bifida including 45,5% were male and 54,5% were female. Myelomeningocele was 72,6%, and limpo myelomeningocele was 27,4%. 18 patients (29,0%) presented renal scarring on DMSA with a mean age was $5,1 \pm 3,1$ years ($p < 0,05$). 29 patients (46,8%) had vesicoureteral reflux and 38 patients (61,3%) had urinary tract infections. Renal scarring associated with vesicoureteral reflux and urinary tract infection with 48,3% and 42,1%, statistical significance. **Conclusion:** vesicoureteral reflux and urinary tract infection were factors that have caused renal scarring in patients with spina bifida.

Keywords: vesicoureteral reflux, urinary tract infection, spina bifida.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn đường tiết niệu liên quan đến trào ngược bàng quang - niệu quản, mang vi khuẩn từ bàng quang lên bể thận gây viêm thận - bể thận dẫn đến tổn thương thận, hình thành sẹo thận và đây là hậu quả tổn thương thận mạn tính [1]. Tỷ lệ tổn thương sọ thận ở bệnh nhân bàng quang thần kinh do dị tật nứt đốt sống bẩm sinh khoảng 25,5 % (3 – 81%) khi bệnh nhân trưởng thành [2]. Trong các thăm dò chẩn đoán thì chụp xạ hình thận hình thể là công cụ có độ nhạy và độ đặc hiệu cao nhất nhằm phát hiện sẹo thận [3]. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm mục đích: Mô tả tổn thương sọ thận trên xạ hình thận ở bệnh nhân trào ngược bàng quang - niệu quản và nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở bệnh nhân bàng quang thần kinh do dị tật nứt đốt sống bẩm sinh.

Y đức: đề tài được thông qua Hội đồng Đạo đức nghiên cứu số 1446/BVNTW – VNCSKTE, tại Bệnh viện Nhi trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Hồi cứu hồ sơ bệnh án của 62 bệnh nhân bàng quang thần kinh do dị tật nứt đốt sống

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Việt

Email: bsnguyenduyviet@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 30.11.2023