

nghiên cứu cho thấy bằng một cách này đó một số thai nhi có dây rốn thắt nút có thể không bị ảnh hưởng gì cả.

IV. KẾT LUẬN

Mặc dù dây rốn thắt nút rất hiếm gặp nhưng trong quản lý các bác sĩ sản khoa phải theo dõi tổng quát để xử lý kịp thời nếu có. Nút thắt dây rốn có thể bị bỏ qua nếu không kiểm tra kỹ trước sinh. Với những trường hợp có những yếu tố nguy cơ gây dây rốn thắt nút như đa ối, đẻ nhiều lần ...mà siêu âm nghi ngờ dây rốn thắt nút thì phải theo dõi quản lý thai sát sao bằng siêu âm, bằng máy monitor theo dõi tim thai từ đó phát hiện sớm những bất thường để kịp thời xử trí, đồng thời giải thích cho thai phụ và người nhà những nguy cơ của dây rốn thắt nút để thai phụ và người nhà phối hợp theo dõi sát thai kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hershkovitz, R.; Silberstein, T.; Sheiner, E.; Shoham-Vardi, I.; Holcberg, G.; Katz, M.; Mazor, M.** Risk factors associated with true knots of the umbilical cord. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2001, 98, 36–39. [CrossRef]
2. **Guzikowski, W.; Kowalczyk, D.; Wi ecek, J.** Diagnosis of true umbilical cord knot. Arch. Med Sci. 2014, 10, 91–95. [CrossRef][PubMed]
3. **Bohiltea, R.E.; Varlas, V.N.; Dima, V.; Iordache, A.M.; Salmen, T.; Mihai, B.M.; Bohiltea, A.T.; Vladareanu, E.M.; Ducu, I.; Grigoriu, C.** The Strategy against Iatrogenic Prematurity Due to True Umbilical Knot: From Prenatal Diagnosis Challenges to the Favorable Fetal Outcome. J. Clin. Med. 2022, 11, 818. [CrossRef] [PubMed].
4. **Nappi, L.; Trezza, F.; Bufo, P.; Riezzo, I.; Turillazzi, E.; Borghi, C.; Bonaccorsi, G.; Scutiero, G.; Fineschi, V.; Greco, P.** Classification of stillbirths is an ongoing dilemma. J. Périnat. Med. 2016, 44, 837–843. [CrossRef]
5. **Massa, G.; Stabile, G.; Romano, F.; Balduit, A.; Mangogna, A.; Belmonte, B.; Canu, P.; Bertucci, E.; Ricci, G.; Salviato, T.** CD133 Expression in Placenta Chorioangioma Presenting as a Giant Asymptomatic Mass. Medicina 2021, 57, 162. [CrossRef].
6. **Zbeidy, R.; Souki, F.G.** One long umbilical cord, four nuchal cord loops and a true knot. BMJ Case Rep. 2017, 2017, bcr2017223241. [CrossRef].
7. **López, R.; Cajal, C.; Ocampo, M.** Prenatal diagnosis of true knot of the umbilical cord. Ultrasound Obstet. Gynecol. 2004, 23, 99–100. [CrossRef]
8. **Kong, C.W.; Chan, L.W.; To, W.W.** Neonatal outcome and mode of delivery in the presence of nuchal cord loops: Implications on patient counselling and the mode of delivery. Arch. Gynecol. Obstet. 2015, 292, 283–289. [CrossRef] [PubMed]
9. **Hayes, D.J.L.; Warland, J.; Parast, M.M.; Bendon, R.W.; Hasegawa, J.; Banks, J.; Clapham, L.; Heazell, A.E.P.** Umbilical cord characteristics and their association with adverse pregnancy outcomes: A systematic review and meta-analysis. PLoS ONE 2020, 15, e0239630. [CrossRef] [PubMed]
10. **Sherer, D.M.; Amoabeng, O.; Dryer, A.M.; Dalloul, M.** Current Perspectives of Prenatal Sonographic Diagnosis and Clinical Management Challenges of True Knot of the Umbilical Cord. Int. J. Women Health 2020, 12, 221–233. [CrossRef]

THỰC TRẠNG THIẾU MÁU VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở PHỤ NỮ MANG THAI ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG NĂM 2023

Nguyễn Thị Thu Liễu^{1,2}, Nguyễn Thị Anh Trúc¹, Đinh Bích Thủy²

TÓM TẮT

Mục tiêu của nghiên cứu là xác định tỉ lệ thiếu máu và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ mang thai đến khám tại bệnh viện Phụ sản trung ương năm 2023. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 434 thai phụ từ tháng 01 đến tháng 06 năm 2023. Kết quả cho thấy tỷ lệ thiếu máu là 12,67%. Trong số thai phụ thiếu máu, 18,18% thiếu máu hồng cầu to và 27,27% thiếu máu hồng cầu nhỏ. Tuổi mẹ

≤22, thai phụ có tiền sử sảy thai/thai lưu, từng dùng biện pháp tránh thai nội tiết, bề dày lớp mỡ dưới da thấp, tăng cân dưới mức khuyến nghị theo IOM, định lượng Calci toàn phần thấp, sử dụng ít sữa và không thường xuyên tiêu thụ thực phẩm giàu vitamin B12 là các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến tình trạng thiếu máu. Cần có thêm các nghiên cứu về tác động của thiếu máu đối với phụ nữ mang thai và các yếu tố nguy cơ để xây dựng chiến lược can thiệp dinh dưỡng hiệu quả.

Từ khóa: Thiếu máu; phụ nữ mang thai; một số yếu tố liên quan, Bệnh viện Phụ sản trung ương

SUMMARY

ANEMIA STATUS AND SOME RELATED FACTORS IN PREGNANT WOMEN VISITING THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY IN 2023

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Liễu

Email: nguyenthulieu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.11.2023

Ngày duyệt bài: 15.12.2023

The aim of the study was to determine the rate of anemia and some related factors in pregnant women visiting the National Hospital of Obstetrics and Gynecology in 2023. A cross-sectional descriptive study was conducted on 434 pregnant women from January to June 2023. The results showed that the rate of anemia was 12.67%. Among anemic pregnant women, 18.18% had macrocytic anemia and 27.27% microcytic anemia. Maternal age ≤ 22 , subjects with history of miscarriage/stillbirth, used hormonal contraceptives, low subcutaneous fat thickness, weight gain below IOM recommendations, pregnant women with total calcium Low milk intake, low milk consumption and infrequent consumption of vitamin B12-rich foods were statistically significantly associated with gestational anemia. More studies on the impact of anemia on pregnant women and risk factors are needed to develop an effective nutritional intervention strategy. **Keywords:** Anemia; pregnant women; Some related factors, National Hospital of Obstetrics and Gynecology

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thống kê năm 2019 của Tổ chức Y Tế Thế giới cho thấy tỉ lệ thiếu máu ở phụ nữ mang thai là 36,5% [1]. Tại Việt Nam, năm 2020, theo điều tra của Viện Dinh dưỡng, 25,6% phụ nữ mang thai có tình trạng thiếu máu. Tỷ lệ này đã giảm so với tỷ lệ 36,5% năm 2010, nhưng vẫn còn ở mức cao [2],[3]. Năm 2020, nghiên cứu được thực hiện trên 300 thai phụ ba tháng đầu đến khám thai tại một bệnh viện thành phố Hồ Chí Minh cho thấy tỷ lệ thiếu máu là 14,3% [4]. Thiếu máu làm tăng nguy cơ thai chậm phát triển ngay từ trong bụng mẹ, tăng nguy cơ sinh non, nhẹ cân, gây giảm trí tuệ và thể lực của trẻ [5],[6]. Tại Việt Nam, chương trình phòng chống thiếu máu trong thai kỳ đã được áp dụng từ năm 1995 với hoạt động chủ yếu là bổ sung viên sắt và truyền thông về kiến thức phòng chống thiếu máu cho thai phụ nhưng nhìn chung tỷ lệ thiếu máu ở phụ nữ mang thai tại các tỉnh thành vẫn còn ở mức cao [3]. Như vậy, việc đánh giá đúng và đầy đủ tình trạng thiếu máu ở phụ nữ mang thai là rất cần thiết để thiết lập các chương trình bảo vệ sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh. Chính vì thế, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu xác định tỉ lệ thiếu máu và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ mang thai đến khám tại bệnh viện Phụ sản trung ương năm 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Phụ nữ mang thai đến khám tại bệnh viện Phụ sản trung ương đồng ý tham gia nghiên cứu, được làm xét nghiệm máu và có thể đo được các chỉ số nhân trắc.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa khám bệnh,

Khoa khám bệnh theo yêu cầu tại Bv Phụ sản trung ương từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2023.

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

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu: được tính theo công thức cỡ mẫu cho việc ước tính một tỉ lệ trong quần thể

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{p(1-p)}{(\varepsilon.p)^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu nghiên cứu

p: tỉ lệ thiếu máu ở phụ nữ mang thai tại Việt Nam theo thống kê của WHO 2019 là 28,4% [6].

ε : mức sai lệch tương đối, chọn $\varepsilon = 0,15$

α : mức ý nghĩa thống kê, lấy $\alpha = 0,05$. Khi đó, $Z(1-\alpha/2) = 1,96$.

Thay vào công thức tính được cỡ mẫu của nghiên cứu là $n = 430$.

Thực tế, chúng tôi đã thu thập được 434 đối tượng nghiên cứu.

2.5. Phương pháp chọn mẫu. Mẫu nghiên cứu được lựa chọn theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện, các bà mẹ đến khám trong thời gian tiến hành nghiên cứu, thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn được chọn vào nghiên cứu cho đến khi đủ số lượng theo cỡ mẫu nghiên cứu.

2.6. Biến số nghiên cứu

- Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, tiền sử sản khoa.

- Tình trạng thiếu máu của đối tượng nghiên cứu.

- Yếu tố liên quan đến tình trạng thiếu máu của phụ nữ mang thai: Mức tăng cân theo IOM, bề dày lớp mỡ dưới da, tần suất sử dụng thực phẩm, calci toàn phần.

2.7. Phương pháp thu thập thông tin

- Công cụ thu thập số liệu:

+ Thu thập chỉ số xét nghiệm máu được ghi chép trong hồ sơ của bệnh nhân.

+ Về cân nặng, chiều cao: sử dụng cân Tanita với độ sai số 0,1kg và thước đo chiều cao gắn tường (độ chính xác 0,1cm) theo tiêu chuẩn của Viện Dinh dưỡng.

+ Bề dày lớp mỡ dưới da: Dùng dụng cụ đo Figure finder fat – o – meter với độ chính xác 0,1cm.

- **Tiêu chuẩn đánh giá:**

+ Chẩn đoán thiếu máu khi hemoglobin $< 11\text{g/dL}$ [7].

+ MCV: chẩn đoán thiếu máu hồng cầu to/nhỏ (MCV bình thường 80-100fL)

+ Khuyến nghị về mức độ tăng cân trong thai kì của Viện Y học Hoa Kỳ (IOM) [8]

+ Phân loại tình trạng dinh dưỡng theo BMI

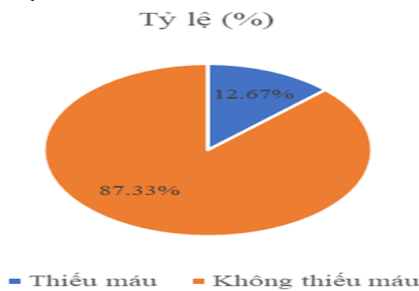
trước khi mang thai theo WHO [9]

+ Tần suất tiêu thụ thực phẩm: trong nghiên cứu này, chúng tôi tiến hành điều tra về tần suất tiêu thụ các nhóm thực phẩm giàu sắt, vitamin B12. Tần suất tiêu thụ thường xuyên khi tiêu thụ ít nhất 1 trong số các loại thực phẩm được kể đến với tần suất từ 3 lần/tuần trở lên.

2.8. Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu sau khi thu thập đã được làm sạch và nhập vào máy tính bằng phần mềm Redcap. Các phân tích sẽ được thực hiện trên phần mềm STATA 16.0.

2.8. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ được tiến hành khi đối tượng tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện đồng ý. Nghiên cứu được sự đồng ý của Giám đốc Bệnh viện Phụ sản trung ương, được thông qua hội đồng phê duyệt nhiệm vụ khoa học công nghệ cấp cơ sở năm 2023 của trường đại học Y Hà Nội theo Quyết định số 1102/QĐ-ĐHYHN.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 1. Tỷ lệ thiếu máu của phụ nữ mang thai (n=434)

Biểu đồ 1 cho thấy tỷ lệ thiếu máu của phụ nữ mang thai đến khám tại bệnh viện Phụ sản trung ương là 12,67%.

Bảng 1. Tình trạng thiếu máu theo đặc điểm MCV của phụ nữ mang thai

Đặc điểm MCV	Tần	Tỷ lệ
--------------	-----	-------

Bảng 3. Mối liên quan giữa thiếu máu và một số chỉ số nhân trắc, hóa sinh máu

Các chỉ số nhân trắc		Thiếu máu	Không TM
Bề dày lớp mỡ dưới da n=434 (mm)	M ± SD	26,48 ± 2,85	28,34 ± 4,04
	Min - Max	16 - 33	14 - 48
	p	0,0002[¥]	
Mức tăng cân theo IOM n=360	Dưới khuyến nghị, n (%)	29 (19,21)	122 (80,79)
	Khác, n (%)	23 (11,00)	186 (89,00)
	p	0,029[*]	
Canxi toàn phần n=136 (mmol/L)	Thấp (<2,2), n (%)	11 (13,58)	70 (86,42)
	Bình thường (≥2,2), n (%)	1 (1,82)	54 (98,18)
	p	0,015^{**}	

Bảng 3 cho rằng nhóm thiếu máu có trung bình bề dày lớp mỡ dưới da là 26,48 ± 2,85 (mm), thấp hơn trung bình của nhóm không

	số	(%)
TM hồng cầu to (MCV ≥100fL)	10	18,18
TM hồng cầu bình thường (80fL <MCV <100fL)	30	54,55
TM hồng cầu nhỏ (MCV ≤80fL)	15	27,27
Tổng	55	100

Bảng 1 cho thấy trong số 55 thai phụ thiếu máu, hơn một nửa thai phụ có hồng cầu bình thường (54,55%), 27,27% có hồng cầu nhỏ và chỉ 18,18% có hồng cầu to.

Bảng 2. Mối liên quan giữa thiếu máu và một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm nhân khẩu học	Thiếu máu	Không TM	
Tuổi n=434	≤22, n (%)	5(31,25)	11(68,75)
	>22, n (%)	50(11,96)	368(88,04)
	p	0,023 [*]	
Biện pháp tránh thai n=434	Nội tiết, n (%)	12(20,69)	46(79,31)
	Khác, n (%)	43(12,9)	333(87,1)
	p	0,042 ^{**}	
Thai lưu/Sảy thai tự nhiên n=434	Chưa từng, n (%)	52(12,12)	377(87,88)
	Đã từng, n (%)	3 (60,00)	2(40,00)
	p	0,016 ^{**}	

*: test khi bình phương (X²); **: fisher's exact test

Bảng 2 cho thấy tỷ lệ thiếu máu ở đối tượng 22 tuổi trở xuống là 31,25%, cao hơn tỷ lệ 11,96% của nhóm trên 22 tuổi và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p=0,023). Nhóm đối tượng có tiền sử sảy thai/thai lưu có tỷ lệ thiếu máu cao vượt trội (60%) so với nhóm chưa từng có tiền sử này (12,12%). Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê (p=0,016). Nhóm đối tượng sử dụng biện pháp tránh thai nội tiết có tỷ lệ thiếu máu cao nhất (20,69%), và nhóm sử dụng các biện pháp tránh thai khác (12,9%). Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê (p=0,042).

* Test khi bình phương; ** Fisher's exact; ¥ Mann-Whitney test

thiếu máu (28,34 ± 4,04). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p=0,0002). Việc tăng cân dưới mức khuyến nghị (theo IOM) cũng liên quan có ý

ngĩa đến tình trạng thiếu máu ($p=0,029$). Trong 136 đối tượng được xét nghiệm chỉ số canxi toàn phần, tỉ lệ thiếu máu ở nhóm Canxi

toàn phần $<2,2$ mmol/l cao hơn nhóm còn lại. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 4. Mối liên quan giữa thiếu máu và thói quen dinh dưỡng trong thời kỳ mang thai

Thói quen dinh dưỡng		Thiếu máu	Không thiếu máu
Mức độ tiêu thụ sữa, CPTS n=434 (đơn vị/ngày)	M \pm SD	2,25 \pm 1,91	3,19 \pm 2,40
	Min - Max	0 - 8	0 - 13
	p	0,002 [‡]	
Tần suất tiêu thụ TP giàu Sắt n=434	Thường xuyên, n (%)	41 (11,99)	301 (88,01)
	Không thường xuyên, n (%)	14 (15,22)	78 (84,78)
	p	0,409 [*]	
Tần suất tiêu thụ TP giàu vitamin B12 n=434	Thường xuyên, n (%)	26 (9,22)	256 (90,78)
	Không thường xuyên, n (%)	29 (19,08)	123 (80,92)
	p	0,003 [*]	

* Test khi bình phương; ** Fisher's exact; ‡ Mann-Whitney test

Bảng 4 chỉ ra mức độ tiêu thụ sữa và CPTS trung bình ở nhóm thiếu máu và không thiếu máu lần lượt là $2,25 \pm 1,91$ và $3,19 \pm 2,40$ đơn vị/ngày. Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê ($p=0,02$). Tần suất tiêu thụ các thực phẩm giàu. Nhóm thai phụ không thường xuyên tiêu thụ thực phẩm giàu vitamin B12 có tỷ lệ thiếu máu là 19,08%, cao hơn 9,22% ở nhóm tiêu thụ thường xuyên. Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê ($p=0,03$).

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ thiếu máu của 434 thai phụ tham gia nghiên cứu là 12,67%. Tỷ lệ này thấp hơn nhiều so với các nghiên cứu khác trong nước [10]. Điều này có thể là do nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành tại bệnh viện tuyến trung ương, thai phụ đến khám tại đây số đông có kinh tế ổn định nên điều kiện chăm sóc sức khỏe trong thai kỳ dễ dàng được đảm bảo. Ngoài ra, công tác truyền thông, tư vấn và điều trị của các bác sĩ ở bệnh viện Sản Trung ương được thực hiện rất tốt, giúp cải thiện đáng kể tình trạng thiếu máu ở các sản phụ. Bên cạnh đó, nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện ở thời điểm gần đây, khi mà trình độ dân trí, điều kiện kinh tế của người dân Việt Nam đã được nâng cao một cách rõ rệt so với trước. Các bà mẹ mang thai hầu hết đều có ý thức về việc chăm sóc, thăm khám và theo dõi sức khỏe trong suốt thai kỳ. Điều này một phần được minh chứng khi chúng ta quan sát tỷ lệ thiếu máu ở phụ nữ mang thai trong các nghiên cứu ở Việt Nam qua từng năm. Đây là một tín hiệu tốt cho thấy hiệu quả của các chương trình chăm sóc sức khỏe phụ nữ mang thai ở nước ta.

So sánh với tình hình thế giới, có thể nhận thấy tỷ lệ thiếu máu trong nghiên cứu của chúng tôi đang thấp hơn tỷ lệ chung của toàn thế giới.

Trong tương quan với các nước phát triển, kết quả nghiên cứu của chúng tôi đang thấp hơn hẳn một số quốc gia châu Âu như Đức (16,5%), Pháp (16,2%) và Iceland (15,3%) và chỉ cao hơn ở Mỹ (11,5%) [6]. Nghiên cứu cắt ngang với sự tham gia của 12.403 thai phụ Trung Quốc năm 2020 cho thấy tỷ lệ này là 19,8%. Có thể nhận thấy kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác biệt so với các tác giả nước ngoài. Sự khác biệt này là do cách chọn mẫu khác nhau, điều kiện chăm sóc y tế và chăm sóc tiền sản ở mỗi quốc gia khác nhau. Khi tiến hành thống kê về tình trạng thiếu máu của các thai phụ tham gia nghiên cứu theo đặc điểm MCV. Chúng tôi nhận thấy, trong số thai phụ thiếu máu, 18,8% có hồng cầu to. Nguyên nhân phổ biến nhất của hiện tượng này chính là thiếu hụt vitamin B12 hoặc folate. Bên cạnh đó, vitamin B12 cũng không được phụ nữ có thai quan tâm và biết đến như một vitamin thiết yếu trong thời gian mang thai. Khi phân tích mối liên quan giữa một số đặc điểm và tình trạng thiếu máu của ĐTNC, bảng 2 cho thấy tỷ lệ thiếu máu ở nhóm thai phụ dưới 22 tuổi cao hơn rất nhiều so với nhóm trên 22 tuổi và sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê. Một số các nghiên cứu trước đây cũng đã ghi nhận mối liên hệ giữa tình trạng thiếu máu trong thai kỳ với tuổi của thai phụ. Khả tương đồng với kết quả của chúng tôi là nghiên cứu của Li Lin ghi nhận nhóm thai phụ dưới 20 tuổi có nguy cơ mắc thiếu máu cao hơn nhóm 20-35 và trên 35 tuổi. Về tiền sử sảy thai/thai lưu, chúng tôi tìm thấy sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa yếu tố này với tình trạng thiếu máu của thai phụ. Tỷ lệ thiếu máu ở nhóm ĐTNC từng sảy thai/thai lưu (60%) cao vượt trội so với nhóm còn lại (12,12%). Một nghiên cứu tại bệnh viện Trung ương Huế khẳng định tiền sử bỏ thai gây nguy cơ TMTS gấp 2,2

lần so với chưa bỏ thai lần nào.

Các thai phụ đã từng sử dụng biện pháp tránh thai nội tiết có tỷ lệ thiếu máu cao hơn các nhóm còn lại và sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê. Chưa có nhiều nghiên cứu tại Việt Nam và trên thế giới nghiên cứu về vấn đề này. Tuy nhiên, bài báo "Tổng hợp tác dụng ngoài tránh thai của các biện pháp tránh thai" của tác giả Nguyễn Ngọc Phương đã khẳng định: chưa có nghiên cứu nào về tác dụng của viên uống tránh thai đơn thuần hay que cấy tránh thai giúp giảm lượng máu kinh, mà ngược lại, các thuốc này có thể gây rong kinh. Đây có thể là yếu tố góp phần tăng nguy cơ thiếu máu ở đối tượng sử dụng.

Chúng tôi nhận thấy sự khác biệt có ý nghĩa giữa trung bình bề dày lớp mỡ dưới da ở 2 nhóm ĐTNC thiếu máu và không thiếu máu. Điều này có thể lí giải được bởi theo Viện Dinh dưỡng, bề dày lớp mỡ dưới da phản ánh kích thước của kho dự trữ mỡ dưới da và từ đó cho phép ước lượng tổng số lượng mỡ của cơ thể. Phụ nữ mang thai có bề dày lớp mỡ dưới da càng thấp càng phản ánh tình trạng thiếu dinh dưỡng trong thời gian dài và điều đó có thể làm tăng tần suất xuất hiện thiếu máu.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa việc tăng cân dưới mức khuyến nghị với tình trạng thiếu máu. Nghiên cứu thực hiện tại một trung tâm chăm sóc sức khỏe của Thổ Nhĩ Kỳ cũng khẳng định rằng thai phụ tăng dưới 10kg trong giai đoạn 4 tuần cuối thai kỳ có nguy cơ thiếu máu cao hơn 1,5 lần so với nhóm tăng từ 10-18kg.

Nghiên cứu này đã tìm ra mối liên hệ có ý nghĩa giữa tình trạng canxi toàn phần thấp và tình trạng thiếu máu trong thai kỳ. Chúng tôi chưa tìm thấy các đề tài trước đây nghiên cứu về sự liên quan trực tiếp giữa nồng độ canxi máu với tình trạng thiếu máu trong thai kỳ. Tuy nhiên, có thể nhận thấy các đối tượng có canxi máu thấp đang ở trong tình trạng thiếu vi chất dinh dưỡng, phần nào phản ánh thực trạng về chăm sóc dinh dưỡng trong thai kỳ chưa đảm bảo. Điều đó hoàn toàn có thể dẫn đến các tình trạng suy dinh dưỡng kèm theo, trong đó có thiếu máu.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa số đơn vị sữa được tiêu thụ trung bình hàng ngày của nhóm thai phụ thiếu máu và không thiếu máu, lần lượt là 2,25 và 3,19 đơn vị/ngày. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu năm 2020 của Trương Thị Linh Giang tại Huế: thai phụ không tiêu thụ sữa bổ sung sắt có tỷ lệ thiếu máu cao hơn

nhóm có tiêu thụ. Đây là một kết quả rất hợp lý, bởi sữa là một loại thực phẩm có nguồn dưỡng chất dồi dào, không chỉ cung cấp thêm năng lượng mà còn góp phần bổ sung các vi chất thiết yếu cho bà mẹ trong thời kỳ mang thai.

Tỷ lệ thiếu máu ở nhóm thai phụ không thường xuyên tiêu thụ thực phẩm giàu B12 (động vật có vỏ, cá béo, thịt, trứng, sữa và ngũ cốc) cao hơn một cách có ý nghĩa so với nhóm tiêu thụ thường xuyên. Điều này có thể được lý giải một phần rằng những nhóm thức ăn dồi dào B12 như động vật có vỏ, cá béo,... không quá phổ biến trong bữa ăn hàng ngày nên dẫn đến sự phân hóa lớn hơn trong các nhóm ĐTNC. Thêm vào đó, vitamin B12 là một vi chất đóng vai trò quan trọng trong quá trình tạo máu nhưng lại ít được các bà mẹ mang thai biết đến như một chất dinh dưỡng cần được bổ sung thường xuyên.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 434 đối tượng nghiên cứu cho thấy tỷ lệ thiếu máu là 12,67%. Trong số các thai phụ thiếu máu, 18,18% thiếu máu hồng cầu to và 27,27% thiếu máu hồng cầu nhỏ. Tuổi mẹ ≤ 22 , đối tượng có tiền sử sảy thai/thai lưu, từng dùng biện pháp tránh thai nội tiết, bề dày lớp mỡ dưới da thấp, tăng cân dưới mức khuyến nghị theo IOM, thai phụ có định lượng Calci toàn phần thấp, sử dụng ít sữa và không thường xuyên tiêu thụ thực phẩm giàu vitamin B12 là các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến tình trạng thiếu máu thai kỳ. Cần có thêm các nghiên cứu về tác động của thiếu máu đối với phụ nữ mang thai và các yếu tố nguy cơ để xây dựng chiến lược can thiệp dinh dưỡng hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/anaemia_in_women_and_children
2. **Bộ Y tế - Viện dinh dưỡng.** Báo cáo tóm tắt tổng điều tra dinh dưỡng năm 2009-2010, tr5, 2012.
3. **Cao Ngọc Thành, Nguyễn Văn Hòa và cộng sự** (2011). Hiệu quả cải thiện thiếu máu do dinh dưỡng bằng bổ sung vi chất kết hợp tư vấn dinh dưỡng ở phụ nữ có thai tại tỉnh Gia Lai. Cổng thông tin điện tử tỉnh Gia Lai - 2016.
4. **Nguyễn Thị Tường Thái** (2020). Thiếu máu và thiếu máu thiếu sắt trong ba tháng đầu thai kỳ tại bệnh viện Quận Thủ Đức năm 2020. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh – 25(2), 80-86, 2021.
5. **McLean E, Cogswell M, Egli I, Wojdyla D, de Benoist B.** Worldwide prevalence of anaemia, WHO Vitamin and Mineral Nutrition Information System, 1993-2005. Public Health Nutr. 2009

- Apr;12(4): 444-54. doi: 10.1017/S1368980008002401.
6. WHO (2019). Prevalence of anaemia in pregnant women (aged 15-49) 1995-2019: WHO global database on anaemia. [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-anaemia-in-pregnant-women-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-anaemia-in-pregnant-women-(-))
 7. Bộ Y tế (2015). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, 54. (Ban hành kèm quyết định 315/QĐ-BYT).
 8. Martínez-Hortelano JA, Cervero-Redondo I, Álvarez-Bueno C, Garrido-Miguel M, Soriano-Cano A, Martínez-Vizcaino V. Monitoring gestational weight gain and prepregnancy BMI using the 2009 IOM guidelines in the global population: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2020;20(1):649. doi:10.1186/s12884-020-03335-7
 9. A healthy lifestyle - WHO recommendations. Accessed November 27, 2022. <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/a-healthy-lifestyle---who-recommendations>
 10. Nguyễn Thị Lê, Trương Quang Vinh (2013). Tình hình thiếu máu thiếu sắt trong quý hai của thai kỳ và hiệu quả của điều trị hỗ trợ. *Tạp chí phụ sản* - 11(4), 60 - 63, 2013.

TÌNH HÌNH ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN THOÁI HOÁ CỘT SỐNG CỔ TẠI BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN BỘ CÔNG AN

Cao Thị Huyền Trang¹, Phan Thị Hồng Giang²

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu được tiến hành nhằm khảo sát tình hình điều trị bệnh nhân thoái hoá cột sống cổ tại khoa nội IV, bệnh viện Y học cổ truyền Bộ công an. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang, trên 208 bệnh nhân, theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện, thời gian từ 3/2020 đến tháng 5/2021. **Kết quả:** 98,56% sử dụng phương pháp điều trị kết hợp y học hiện đại và y học cổ truyền. 75,96% kết hợp thuốc và không dùng thuốc; 50,96% dùng thuốc giảm đau chống viêm và 87,02% chiếu đèn hồng ngoại; 57,21% dùng thuốc sắc và 97,12% điện châm. 86,54% kết quả điều trị đạt loại khá và 10,58% đạt loại tốt.

Từ khoá: Thoái hoá cột sống cổ, y học cổ truyền, điều trị.

SUMMARY

THE SITUATION TREATMENT OF CERVICAL SPONDYLOSIS AT THE PUBLIC SECURITY TRADITIONAL MEDICINE HOSPITAL

Objective: The study was conducted to investigate the treatment situation of patients with cervical spondylosis at the Department of internal IV, Traditional Medicine hospital of the Ministry of Public Security. **Subjects and methods:** a prospective, cross-sectional study on 208 patients, according to the convenience sampling method, from March 2020 to May 2021. **Results:** 98.56% used treatment methods combining modern medicine and traditional medicine. 75.96% combination of drugs and no drugs; 50.96% used anti-inflammatory pain relievers, 87.02% used infrared light, 57.21% used decoction, and 97.12%

used electroacupuncture. 86.54% of treatment results were good, and 10.58% were very good.

Keywords: Cervical spondylosis, traditional medicine, treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hoá cột sống cổ (THCSC) là một bệnh lý mãn tính với đặc trưng tổn thương thoái hoá của sụn khớp và đĩa đệm (cột sống), phần xương dưới sụn và màng hoạt dịch của một hoặc nhiều khớp. Hiện nay, bệnh chiếm 2/3 trong tổng số các bệnh khớp do thoái hoá [1]. Tại Mỹ, theo ước tính đến 2020, số lượng bệnh nhân (BN) mắc thoái hóa khớp tăng từ 66 – 100% [1]. Tại Việt Nam, theo Nguyễn Xuân Nghiên có 16,83% số BN đau cột sống là do thoái hóa [7]. Bệnh không chỉ gây khó chịu cho BN, làm giảm năng suất lao động, giảm chất lượng cuộc sống [6]. Nếu không được chẩn đoán đúng và điều trị sớm sẽ khiến các triệu chứng trầm trọng hơn, điều trị khó khăn, tốn kém và ít hiệu quả [1]. Trong những năm gần đây, số lượng BN THCSC điều trị tại bệnh viện Y học cổ truyền (YHCT) Bộ công an ngày càng tăng. Với mong muốn nâng cao hiệu quả điều trị cho bệnh nhân THCSC, nhóm nghiên cứu tiến hành đề tài với mục tiêu: "Khảo sát tình hình điều trị bệnh nhân thoái hoá cột sống cổ tại Bệnh viện Y học Cổ truyền Bộ công an".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán THCSC dựa trên triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng. Trên lâm sàng có ít nhất một triệu chứng của hội chứng cột sống cổ: đau, co cứng cơ, hạn chế vận động cột sống cổ. Có ít

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Y học Cổ truyền Bộ công an

Chịu trách nhiệm chính: Cao Thị Huyền Trang

Email: huyentrang87@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 15.12.2023