

ung thư gan (AFP, % AFP-L3, PIVKA-II) có giá trị trung bình cao hơn ngưỡng. Các chỉ dấu sinh học ung thư gan không giúp loại trừ HCC, cần phối hợp thêm các phương pháp khác để chẩn đoán xác định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021).** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 71(3), 209-249.
2. **Yang, J. D., Hainaut, P., Gores, G. J., Amadou, A., Plymoth, A., & Roberts, L. R. (2019).** A global view of hepatocellular carcinoma: trends, risk, prevention and management. *Nature reviews. Gastroenterology & hepatology*, 16(10), 589-604.
3. **Galle, P. R., Foerster, F., Kudo, M., Chan, S. L., Llovet, J. M., Qin, S., ... Zhu, A. X. (2019).** Biology and significance of alpha-fetoprotein in hepatocellular carcinoma. *Liver international: official journal of the International Association for the Study of the Liver*, 39(12), 2214-2229.
4. **Phạm Cẩm Phương, Mai Trọng Khoa và CS. (2019).** Xét nghiệm AFP, AFP-L3 và PIVKA-II huyết thanh ở bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan tại Bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*. 2019, tr.301-306.
5. **Lê Hữu Phước, Bành Vũ Điền (2011).** Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân ung thư tế bào gan (HCC) tại khoa nghiên cứu và điều trị viêm gan Bệnh viện Chợ Rẫy. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*. Tập 15(4)-2011: tr.570-572.
6. **Phạm Thanh Bình, Hoàng Thị Minh và CS. (2018).** Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nồng độ AFP, PIVKA-II ở bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan. *Tạp chí Y Dược thực hành* 175. Tập 15-2018: tr.60-67.
7. **Nguyễn Trung Kiên, Nguyễn Thị Hồng Lê (2017).** Khảo sát đặc điểm hình ảnh và giá trị của siêu âm, chụp cắt lớp vi tính ung thư biểu mô tế bào gan tại Bệnh viện Quân Y 4. *Tạp chí Y Dược học quân sự*. Tập 1-2017: tr.105-111.
8. **Kim, G. A., Kim, H. I., Chang, S., An, J., Lee, D., Lee, H. C., Han, S., & Shim, J. H. (2019).** A Prospective Evaluation of the Reliability and Utility of Quality of Life Measures in Patients With Hepatocellular Carcinoma. *American journal of clinical oncology*, 42(7), 555-563.
9. **Chie, W. C., Yu, F., Li, M., Baccaglini, L., Blazeby, J. M., Hsiao, C. F., Chiu, H. C., Poon, R. T., Mikoshiba, N., Al-Kadhimi, G., Heaton, N., Calara, J., Collins, P., Caddick, K., Costantini, A., Vilgrain, V., & Chiang, C. (2015).** Quality of life changes in patients undergoing treatment for hepatocellular carcinoma. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 24(10), 2499-2506.

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG THEO THANG ĐO CỦA TRUNG TÂM DINH DƯỠNG TP.HCM ĐỐI VỚI THAI PHỤ ĐẾN SINH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC PHÍA NAM BÌNH THUẬN

Đỗ Đình Trung¹, Lê Văn Huỳnh¹, Tô Mai Xuân Hồng²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chế độ dinh dưỡng đầy đủ và đúng cách trong quá trình mang thai có vai trò quan trọng trong sự phát triển và tăng trưởng của thai nhi. Nghiên cứu tiến hành nhằm xác định tỷ lệ dinh dưỡng kém bằng thang đo dinh dưỡng của Trung tâm dinh dưỡng TPHCM. **Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang từ 01/11/2020 đến 31/05/2021. Sử dụng bảng thang đo dinh dưỡng của Trung tâm dinh dưỡng TPHCM trên 330 thai phụ đến sinh tại bệnh viện đa khoa khu vực Phía Nam Bình Thuận, với điểm cắt bằng 2,0 điểm để xác định thai phụ có nguy cơ dinh dưỡng. **Kết quả:** Thai phụ có nguy cơ dinh dưỡng chiếm 17,0% (KTC 95% 13,3-21,8). Kết cục xấu của mẹ: 2,1% (KTC 95%: 0,6 -

3,9) bao gồm: tiền sản giật/sản giật (1,5%), Băng huyết (0,6%), nhau bong non (0,6%), nhiễm trùng sau sinh (0,3%). Kết cục xấu của con: 2,4% (KTC95%: 0,9 - 4,2) bao gồm: can thiệp nhi (0,6%), chuyển dưỡng nhi (2,1%), vàng da sau sinh (0,9%), chuyển tuyến điều trị (0,9%). Các thai phụ là người dân tộc thiểu số có nguy cơ gặp bất thường về dinh dưỡng trong thai kỳ cao gấp 4,8 lần (OR=4,8; KTC 95%: 1,01-22,5) so với thai phụ là người Kinh. BMI <18,5 trước khi sinh con làm tăng nguy cơ gặp bất thường về dinh dưỡng gấp 64,1 lần (OR=64,1; KTC 95%: 11,2-368,3). Có mối liên quan giữa kết cục thai kỳ xấu và bất thường dinh dưỡng trong thai kỳ (p<0,05). **Kết luận:** Sử dụng thang đo dinh dưỡng của Trung tâm dinh dưỡng TPHCM với điểm cắt 2,0 điểm giúp sàng lọc đối tượng thai phụ có nguy cơ rối loạn dinh dưỡng trong thai kỳ, và tiên đoán các ảnh hưởng đến sức khỏe cho thai phụ và bé sơ sinh.

Từ khóa: thang đo dinh dưỡng, dinh dưỡng trong thai kỳ, kết cục thai kỳ.

SUMMARY

USING THE NUTRITIONAL SCALE OF HOCHIMINH NUTRITIONAL CENTER FOR

¹Bệnh viện đa khoa khu vực Nam Bình Thuận

²Trường đại học Y Dược TPHCM

Chịu trách nhiệm chính: Tô Mai Xuân Hồng

Email: tomaixuanhong@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.5.2021

Ngày phản biện khoa học: 24.6.2021

Ngày duyệt bài: 12.5.2021

ASSESSING PREGNANT WOMEN WHO GIVING BIRTH AT A GENERAL HOSPITAL IN THE SOUTH OF BINH THUAN

Background: An appropriate and healthy diet during pregnancy plays an important role to help fetus become growth and wellbeing. The study is aimed to determine the prevalence of poor nutrition by using the nutritional scale of Ho Chi Minh Nutritional Center.

Methods: The cross-sectional descriptive study is carried out from November 1st 2020 to May 31st 2021. We applied the nutritional scale of Ho Chi Minh Nutritional Center to assess the nutrition status in 330 pregnant women before giving birth at the general hospital in the South of Binh Thuan. Pregnant women who are considered as risk of nutrition disorders at the cutoff at 2.0 according to Ho Chi Minh Nutritional Center. All pregnant women at risk are closely followed at delivery room and post-partum to evaluate further adverse maternal and neonatal outcomes.

Results: The prevalence of pregnant women at risk for nutritional disorders is 17.0% (95% CI 13.3-21.8). Maternal outcomes are 2.1% (95%CI:0.6-3.9) including preeclampsia/eclampsia (1.5%), post-partum haemorrhage (0.6%), placental abruption preterm birth (0.6%), postpartum infection (0.3%). Neonatal outcomes are found in 2.4% (CI 95%: 0.9 - 4.2) including perinatal intervention (0.6%), emergency of pediatric transfer (2.1%), severe neonatal jaundice (0.9%), referral for treatment (0.9%). Pregnant women from ethnic minorities have 4.8 times higher risk for nutritional disorders pregnancy (OR=4.8; 95% CI: 1.01-22.5) than the ones who are in majority ethnics. Women with low body mass index (BMI <18.5) before getting pregnant are identified 64.1 times higher risk for nutritional disorders than the ones with healthy body (OR=64.1; 95% CI: 11.2-368.3). There is a significant relation between the nutrition disorders during pregnancy and adverse outcomes at delivery and post-partum (p<0.05).

Conclusion: The nutritional scale of Ho Chi Minh Nutritional Center at the cutoff of 2.0 to screen pregnant women, who are at risk for nutritional disorders during pregnancy, and to predict the neonatal and maternal outcomes.

Keywords: Nutritional scale, nutritional disorders in pregnancy, adverse outcomes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dinh dưỡng đầy đủ và đúng cách trong quá trình mang thai giữ vai trò quan trọng trong sự phát triển và tăng trưởng của thai nhi. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng thiếu hụt dinh dưỡng trong quá trình mang thai có thể làm tăng nguy cơ xuất hiện tai biến sản khoa và sinh ra trẻ non tháng cũng như trẻ nhẹ cân(1),(2). Khi thai phụ bị thiếu dinh dưỡng có thể hạn chế số lượng và chất lượng sữa mẹ, giảm nguồn cung cấp thức ăn lý tưởng nhất cho thai nhi, là nguyên nhân suy dinh dưỡng, tăng nguy cơ mắc bệnh và tử vong cho trẻ sơ sinh(1).

Hiện nay các hướng dẫn về chế độ dinh

dưỡng trong thai kỳ một cách chi tiết vẫn còn tản mạn, thiếu đồng bộ và nhất quán, chưa tập trung vào các thực hành cụ thể, từ đó, dẫn tới khó khăn cho nhân viên y tế làm công tác tư vấn dinh dưỡng(1). Nghiên cứu của Lê Thị Thanh Hoa và cộng sự năm 2014 xác định chỉ có 47,9% phụ nữ mang thai chưa đạt mức tăng cân khuyến nghị của Viện Y học (3). Kết luận này đặt ra việc cần có nhiều nghiên cứu đánh giá tình trạng lại dinh dưỡng trong thai kỳ một cách cụ thể hơn cũng như xác định ảnh hưởng như thế nào đến kết cục thai kỳ.

Bệnh viện đa khoa khu vực Phía Nam Bình Thuận là nơi tập trung đông đồng bào dân tộc sinh sống. Trong đó, có từ 10-15% thai phụ là người dân tộc thuộc nhóm dinh dưỡng kém (nhẹ cân khi mang thai so với khuyến cáo của Bộ Y tế) (1). Bối cảnh này đặt ra một thách thức cho công tác chăm sóc sức khỏe thai phụ nhằm nâng cao tình trạng dinh dưỡng của các thai phụ đến khám thai tại bệnh viện đa khoa khu vực Phía Nam tỉnh Bình Thuận. Với mong muốn cải thiện chương trình chăm sóc sức khỏe thai phụ, dựa trên các hướng dẫn chi tiết về tình trạng dinh dưỡng trong thai kỳ, nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở các thai phụ đến sinh tại bệnh viện đa khoa khu vực phía Nam Bình Thuận dựa vào thang đo của Trung tâm dinh dưỡng TPHCM. chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm "Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo thang đo của Trung tâm dinh dưỡng TPHCM đối với thai phụ đến sinh tại bệnh viện đa khoa khu vực Phía Nam Bình Thuận". Mục Tiêu Nghiên Cứu: *Xác định tỷ lệ dinh dưỡng kém bằng thang đo dinh dưỡng của Trung tâm dinh dưỡng TPHCM trên thai phụ đến sinh tại bệnh viện đa khoa khu vực Phía Nam Bình Thuận.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

- **Đối tượng nghiên cứu**

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:**

+ Phụ nữ đủ 18 tuổi đến sinh tại khoa sản của bệnh viện

+ Có sổ khám thai hoặc được lưu trữ thông tin khám thai từ đầu thai kỳ tại bệnh viện đa khoa khu vực Phía Nam Bình Thuận

+ Hiểu và giao tiếp tốt được bằng tiếng Việt

+ Đồng ý tham gia nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

+ Không đồng ý tham gia nghiên cứu

+ Không có sổ khám thai tại bệnh viện

+ Không hiểu và không giao tiếp được bằng

tiếng Việt

Cỡ mẫu: Chọn mẫu toàn bộ

- Địa điểm và thời gian nghiên cứu

+ Địa điểm nghiên cứu: Khoa sản – Bệnh viện ĐKKV Phía Nam Bình Thuận

+ Thời gian nghiên cứu dự kiến: từ 01/11/2020 – 31/05/2021

- Phương pháp chọn mẫu. Dựa trên phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống: Hệ số ngẫu nhiên $k=N$ tổng số sản phụ đến sinh tại bệnh viện trong 6 tháng)/ n (cỡ mẫu), như vậy $k=1000/260=3,8$. Vì vậy, để đảm bảo thu thập đủ cỡ mẫu trong nghiên cứu, chúng tôi chọn hệ số ngẫu nhiên $k=3$.

- Phương pháp tiến hành. Tất cả các sản phụ đến sinh tại bệnh viện được lập danh sách khi vào sinh tại khoa sản theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống. Sau đó, họ được phỏng vấn và tư vấn trước khi tiến hành thu thập số liệu. Chúng tôi ghi nhận các thông tin về dịch tễ học, tình trạng mang thai và các số đo theo tiêu chí của thang đo dinh dưỡng do Trung tâm dinh dưỡng TPHCM ban hành. Các thai phụ có tình trạng dinh dưỡng kém ở điểm cắt bằng 2,0 được theo dõi và ghi nhận kết cục thai kỳ của sản phụ và trẻ được sinh ra.

-Biến số nghiên cứu

+ Kết cục thai kỳ xấu của mẹ, có bất kỳ 1 trong những yếu tố sau: băng huyết; sản giật; vỡ tử cung; nhiễm trùng sau sinh; uốn ván sơ sinh; nhau bong non; chuyển tuyến/tử vong (4).

+ Kết cục thai kỳ xấu, có bất kỳ 1 trong những yếu tố sau: can thiệp nhi; chuyển dưỡng nhi; trẻ vàng da; sử dụng kháng sinh điều trị; chết lưu; chuyển tuyến/tử vong.

+ Kết cục tốt: không có bất kỳ những yếu tố kết cục xấu⁽⁴⁾.

- Tiêu chuẩn đánh giá

Dựa trên tiêu chuẩn đánh giá của Trung tâm dinh dưỡng TPHCM phối hợp cùng UNICEF xây dựng tại Việt Nam (5):

BMI trước mang thai	18,5 – 24,9 ≥ 25 < 18	• 0 Điểm • 1 điểm • 1 điểm
Chu vi vòng cánh tay	≥ 23 < 23	• 0 điểm • 2 điểm
Tốc độ tăng cân	Tăng cân theo khuyến nghị Tăng cân, trên hoặc dưới khuyến nghị	• 0 Điểm • 1 điểm
Bệnh lý kèm theo liên quan	Không THA, ĐTĐ thai kỳ, ngén nặng, thiếu máu	• 0 Điểm • 1 điểm

đến dinh dưỡng	dinh dưỡng, bệnh lý đường tiêu hóa,...	
Kết luận	< 2 điểm ≥ 2 điểm	• Bình thường • Có nguy cơ rối loạn dinh dưỡng

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dinh dưỡng trong lần mang thai này

Bảng 1: Đặc điểm dinh dưỡng trong lần mang thai này

Đặc điểm		Tần suất (N=330)	Tỷ lệ (%)
Chỉ số BMI trước sinh	Suy dinh dưỡng	27	8,2
	Bình thường	286	86,7
	Thừa cân	13	3,9
	Béo phì	4	1,2
Tăng cân nặng trong thai kỳ	Thấp so khuyến cáo	72	21,8
	Đúng khuyến cáo	190	57,6
	Cao so với khuyến cáo	68	20,6
Chu vi vòng cánh tay	< 23 cm	5	1,5
	≥ 23 cm	325	98,5
Bệnh lý kèm theo liên quan đến dinh dưỡng	Không	292	88,5
	Đái tháo đường thai kỳ	2	0,6
	Tiền sản giật	5	1,5
	Nghén nặng	6	1,8
	Thiếu máu dinh dưỡng	25	7,6

Nhận xét: Trong 330 thai phụ được khảo sát có thể tạng bình thường với chỉ số khối cơ thể (BMI) trung bình là $20,45 \pm 1,7$ với BMI cao nhất là 33,75 và BMI thấp nhất là 12,33. 57,6% thai phụ tăng cân đúng khuyến cáo (trung bình 12 kg trong suốt thai kỳ). Chu vi vòng cánh tay < 23 cm chỉ chiếm 1,5%. Bệnh lý kèm phổ biến nhất là thiếu máu 7,6%.

3.2. Tỷ lệ thai phụ có nguy cơ dinh dưỡng

Bảng 2: Dinh dưỡng của thai phụ trong thai kỳ

Đặc điểm	Tần suất (N=330)	Tỷ lệ (%)	KTC95 %
Nguy cơ dinh dưỡng	56	17,0	13,3-21,8
Không nguy cơ dinh dưỡng	274	83,0	78,2-86,7

Tỷ lệ thai phụ có nguy cơ dinh dưỡng được xác định bằng thang đo dinh dưỡng của Trung

tâm dinh dưỡng TPHCM ở điểm cắt 2,0 chiếm 17,0% (KTC 95% 13,3-21,8).

3.3. Kết cục thai kỳ

Bảng 3: Đặc điểm kết cục thai kỳ

Đặc điểm		Tần suất (N=330)	Tỷ lệ (%)
Tai biến khi sinh	Băng huyết	2	0,6
	Tiền sản giật/Sản giật	5	1,5
	Nhiễm trùng sau sinh	1	0,3
	Nhau bong non	2	0,6
Tình	Can thiệp nhi	2	0,6

trạng trẻ sau sinh	Chuyển dưỡng nhi	7	2,1
	Trẻ bị vàng da	3	0,9
	Chuyển tuyến điều trị	3	0,9

Nhận xét: Đặc điểm của mẹ sau sinh trong đó các tai biến chủ yếu: tiền sản giật/sản giật (1,5%), băng huyết sau sinh và nhau bong non (0,6%), nhiễm trùng sau sinh (0,3%). Trẻ có sử dụng can thiệp nhi (0,6%), chuyển điều trị tại khoa nhi sơ sinh (2,1%), tình trạng vàng da sau sinh (0,9%), chuyển tuyến (0,9%).

3.4. Mối liên quan giữa dinh dưỡng của thai phụ thừa cân trong thai kỳ và kết cục thai kỳ của mẹ

Bảng 4: Mối liên quan giữa dinh dưỡng và kết cục thai kỳ

Kết cục thai kỳ	Nguy cơ		Bình thường		OR KTC95%	p
	N=56	%	N=274	%		
Kết cục thai kỳ của mẹ						
Kết cục tốt	51	15,8	272	84,2	1	
Kết cục xấu	5	71,4	2	28,6	13,3(2,5 – 70,6)	0,000
Kết cục con						
Kết cục tốt	52	16,1	270	83,9	1	
Kết cục xấu	4	50,0	4	50,0	5,2(1,3-21,4)	0,012

Nhận xét: Thai phụ có nguy cơ về dinh dưỡng trong thai kỳ tăng nguy cơ gặp kết cục xấu ở mẹ và bé gấp 5,2 - 13,3 lần so với đối tượng có dinh dưỡng bình thường. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

Bảng 5: Mô hình hồi quy đa biến Logistic

Đặc điểm	OR hiệu chỉnh	KTC 95%	p*
Dân tộc			
Kinh	1	-	
Dân tộc thiểu số	4,8	1,01 – 22,5	0,049
Suy dinh dưỡng trước sinh			
Không	1	-	
Có	64,1	11,2-368,3	0,000

Nhận xét: Người dân tộc thiểu số có nguy cơ rối loạn dinh dưỡng trong thai kỳ cao gấp 4,8 lần (OR=4,8; KTC 95%: 1,01 - 22,5) so với thai phụ dân tộc Kinh. Suy dinh dưỡng trước sinh tăng nguy cơ về rối loạn dinh dưỡng cao gấp 64,1 lần (OR=64,1; KTC 95%: 11,2 - 368,3) so với thai phụ có thể trạng bình thường.

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi khảo sát 330 đối tượng là sản phụ đến sinh tại bệnh viện đa khoa khu vực Phía Nam Bình Thuận. Tất cả sản phụ này được đánh giá nguy cơ dinh dưỡng bằng thang đo dinh dưỡng của Trung tâm dinh dưỡng TPHCM. Thang đo dinh dưỡng được xây dựng theo các tiêu chuẩn dành riêng cho người Việt Nam dựa

vào sự hướng dẫn của Tổ chức Unicef . Kết quả khảo sát cho thấy đối tượng có nguy cơ dinh dưỡng chiếm 17,0% (KTC 95% 13,3-21,8) và 83% (KTC 95% 78,2 – 86,7) đối tượng có dinh dưỡng bình thường. Điểm trung bình ở nhóm nguy cơ dinh dưỡng và không có nguy cơ dinh dưỡng lần lượt là: 2,04 ± 0,19 và 0,36 ± 0,48. Chúng tôi nhận thấy tỷ lệ thai phụ có các vấn đề về dinh dưỡng tại bệnh viện đa khoa khu vực phía Nam Bình Thuận còn tương đối cao và đa số các thai phụ có nguy cơ rối loạn dinh dưỡng khi mang thai thường mắc bệnh thiếu máu hoặc thể trạng gầy từ trước khi mang thai.

100% thai phụ có tình trạng ổn định xuất viện. Thai phụ có kết cục thai kỳ không tốt (băng huyết sau sinh, nhau bong non) chiếm tỷ lệ 2,1%. Qua phân tích đơn biến, chúng tôi tìm thấy mối liên quan giữa các bất thường trong thai kỳ và kết cục thai kỳ không tốt của mẹ đối tượng có nguy cơ về dinh dưỡng trong thai kỳ tăng nguy cơ gặp kết cục xấu ở mẹ gấp 13,3 lần so với đối tượng có dinh dưỡng bình thường (OR=13,3, KTC 95% 2,5 – 70,6). Do vậy, việc cải thiện tình trạng dinh dưỡng trước sinh và trong khi mang thai rất quan trọng trong việc hạn chế các biến chứng xảy ra cho mẹ và bé

trong quá trình sinh và sau sinh.

Bé sau sinh có cân nặng trung bình là 3054 gram. Bé nhẹ cân nhất là 1900 gram (trường hợp sinh non tháng với tuổi thai 35 tuần ở bà mẹ có bất thường về dinh dưỡng). Chỉ số Apgar bất thường ở 1 phút đầu sau sinh chỉ 4 trường hợp chiếm (1,2%). Sau 5 phút hầu hết trẻ có tình trạng ổn định Apgar > 7 điểm. Tỷ lệ trẻ nhẹ cân trong nghiên cứu có tỷ lệ tương đối thấp, tuy nhiên bà mẹ có nguy cơ dinh dưỡng trong thai kỳ tăng nguy cơ trẻ nhẹ cân gấp 4,4 lần (KTC95%: 1,3 -14,9), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Ghi nhận của chúng tôi gần giống với kết quả của Văn Quang Tân và Lê Thị Hợp thực hiện năm 2012 các thai phụ bị thiếu năng lượng trường diễn có nguy cơ sinh trẻ nhẹ cân (gấp 3,39 lần, $p < 0,0001$) và sinh trẻ có chiều dài dưới 50cm (gấp 1,8 lần, $p < 0,05$) so với các thai phụ không bị thiếu năng lượng trường diễn. Các thai phụ bị thiếu máu, có chiều cao dưới 145cm, nặng dưới 45kg trước khi có thai, tăng cân < 9kg trong thai kỳ, cân nặng dưới 45kg trước khi sinh có nguy cơ sinh trẻ sơ sinh nhẹ cân và chiều dài sơ sinh ngắn cao hơn ($p < 0,05$) (6).

Chúng tôi cũng xác định được mối liên quan giữa dinh dưỡng trong thai kỳ của mẹ và kết cục thai kỳ của trẻ ($p < 0,05$). Bà mẹ có nguy cơ dinh dưỡng trong thai kỳ tăng nguy cơ con gặp kết cục thai kỳ xấu (vàng da nặng sau sinh) gấp 5,2 lần (KTC95% 1,3 – 21,4).

Khi tiến hành phân tích hồi quy đa biến, chúng tôi ghi nhận 2 yếu tố làm tăng nguy cơ bất thường ở thai kỳ bao gồm, đối tượng là người dân tộc thiểu số có nguy cơ gặp bất thường về dinh dưỡng trong thai kỳ cao gấp 4,8 lần (OR=4,8; KTC 95%: 1,01-22,5) so với các thai phụ thuộc dân tộc Kinh. Phụ nữ có suy dinh dưỡng trước sinh tăng nguy cơ có rối loạn về dinh dưỡng cao gấp 64,1 lần (OR=64,1; KTC 95%: 11,2-368,3) phụ nữ có thể tạng bình thường. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với kết quả trong nghiên cứu của Canaan Negash khảo sát tại vùng nông thôn tại Hula, Ethiopia cho thấy BMI của bà mẹ có liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ (7). Với cũng kết luận, tác giả Kumar Guru Mishra thực hiện nghiên cứu tại Odisha, Ấn Độ thông qua khảo sát 418 phụ nữ mang thai được theo dõi cho đến khi sinh, và đánh giá cân nặng của mẹ, tăng cân trong suốt thai kỳ và thai nhi. Tác giả Mishra cũng ghi nhận có sự liên quan về tình trạng suy dinh dưỡng ở bé khi phụ nữ mang thai có BMI thấp ($p = 0,03$)

(8). Chúng tôi nhận thấy trong nghiên cứu của mình, đối tượng nguy cơ gặp bất thường dinh dưỡng trong thai kỳ là đối tượng phụ nữ người dân tộc thiểu số có nhẹ cân, hoặc suy dinh dưỡng trước sinh. Vì vậy, việc nâng cao tuyên truyền sức khỏe rộng rãi trong đồng bào dân tộc sống ở khu vực vùng sâu, vùng xa đặt ra nhiều thách thức cho ngành Y tế dự phòng tại địa phương.

V. KẾT LUẬN

Việc áp dụng thang đo dinh dưỡng của trung tâm dinh dưỡng TPHCM là khả thi trong sàng lọc các thai phụ. Thông qua điểm cắt 2,0 khi sử dụng thang đo dinh dưỡng, chúng tôi phân lập được nhóm thai phụ có nguy cơ rối loạn dinh dưỡng tại thời điểm sinh và xử lý kịp thời các ảnh hưởng xấu xảy ra cho bà mẹ và bé sơ sinh. Nên áp dụng thang đo dinh dưỡng nhằm đánh giá tình trạng dinh dưỡng cho tất cả thai phụ trong thai kỳ và sau sinh tại các bệnh viện, đặc biệt ở các bệnh viện tuyến cơ sở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế (2017)**, Hướng dẫn quốc gia về dinh dưỡng cho Phụ nữ có thai và bà mẹ cho con bú - Ban hành kèm theo Quyết định số 776/QĐ-BYT ngày 08 tháng 3 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế, Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em Hà Nội.
- Lanzone A Triunfo S (2015)**, "Impact of maternal under nutrition on obstetric outcomes", J Endocrinol Invest. 38(1), pp 31 - 8.
- Lê Thị Thanh Hoa, Lê Thị Hương Nguyễn Thị Thanh Tâm (2014)**, "Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của phụ nữ mang thai huyện Duy Tiên, tỉnh Hà Nam năm 2014", Tạp chí DD&TP/Journal of Food and Nutrition Sciences.
- Bộ Y tế (2015)**, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa - Ban hành kèm theo Quyết định số 315/QĐ-BYT ngày 29/01/2015, Hà Nội, Cục Quản lý Khám chữa bệnh.
- Trung tâm dinh dưỡng TPHCM (2019)**, Mẫu 02 - TTDD Phiếu đánh giá tình trạng dinh dưỡng do Trung tâm Dinh dưỡng TPHCM xây dựng dưới sự hỗ trợ của UNICEF tại Việt Nam, TPHCM, Trung tâm Dinh dưỡng TPHCM.
- Văn Quang Tân và Lê Thị Hợp (2012)**, "Thực trạng dinh dưỡng của bà mẹ và chiều dài cân nặng của trẻ sơ sinh tại tỉnh Bình Dương năm 2012", Tạp chí DD&TP/Journal of Food and Nutrition Sciences.
- C. Negash (2015)**, "Association between Maternal and Child Nutritional Status in Hula, Rural Southern Ethiopia: A Cross Sectional Study", PLoS One. 10(11), e0142301.
- K. G. Mishra, V. Bhatia R. Nayak (2020)**, "Maternal Nutrition and Inadequate Gestational Weight Gain in Relation to Birth Weight: Results from a Prospective Cohort Study in India", Clin Nutr Res. 9(3), 213-222.