

## THIẾU MÁU VÀ THIẾU MÁU THIẾU SẮT TRONG BA THÁNG ĐẦU THAI KỲ TẠI BỆNH VIỆN QUẬN THỦ ĐỨC NĂM 2020

Nguyễn Thị Tường Thái<sup>1</sup>, Diệp Từ Mỹ<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Thiếu máu trong thai kỳ là một vấn đề sức khỏe toàn cầu nghiêm trọng. Ước tính khoảng 50% trường hợp thiếu máu là do thiếu sắt. Các nghiên cứu trước đây cho rằng thiếu máu trong thai kỳ là yếu tố nguy cơ dẫn đến các kết quả bất lợi khi mang thai như sinh con nhẹ cân, xuất huyết sau sinh, sinh non, tăng nguy cơ tử vong mẹ và chu sinh.

**Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ thiếu máu, thiếu máu thiếu sắt ở phụ nữ mang thai ba tháng đầu thai kỳ đến khám tại bệnh viện Quận Thủ Đức và một số yếu tố liên quan.

**Đối tượng - Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 300 thai phụ 3 tháng đầu thai kỳ đến khám thai tại bệnh viện trong thời gian 01/06/2020 – 31/07/2020 theo phương pháp lấy mẫu thuận tiện, phỏng vấn mặt đối mặt bằng bộ công cụ soạn sẵn kết hợp tra cứu hồ sơ bệnh án.

**Kết quả:** Tỷ lệ thiếu máu chiếm 14,3%, trong đó 79,1% thiếu máu nhẹ và 20,9% thiếu máu trung bình. Tỷ lệ thiếu máu thiếu sắt chiếm 7,3%. Các yếu tố trình độ học vấn, mức sống bản thân và số lần sinh con có mối liên quan với tình trạng thiếu máu.

**Kết luận:** Thiếu máu và thiếu máu thiếu sắt trong thai kỳ là những vấn đề sức khỏe cộng đồng nhẹ tại Bệnh viện Quận Thủ Đức.

**Từ khóa:** thiếu máu, thiếu máu thiếu sắt, phụ nữ mang thai, ba tháng đầu thai kỳ

### ABSTRACT

ANAEMIA AND IRON DEFICIENCY ANEMIA IN THE FIRST TRIMESTER OF PREGNANCY IN THU DUC DISTRICT HOSPITAL, IN 2020

Nguyen Thi Tuong Thai, Diep Tu My

\* Ho Chi Minh City Journal of Medicine \* Vol. 25 - No. 2 - 2021: 80 - 86

**Background:** Anaemia in pregnancy is a significant global health problem. It is estimated that iron deficiency anaemia accounts for approximately 50% of cases. Previous studies claimed that maternal anemia was risk factor for adverse pregnancy outcomes such as low birth weight, postpartum hemorrhage, preterm birth, and increase the risk of maternal and perinatal mortality.

**Objectives:** To investigate the prevalence of anemia and iron deficiency anemia in the first trimester of pregnancy and its associated factors among pregnant women who visited Thu Duc District Hospital.

**Methods:** A cross-sectional study was conducted with 300 first trimester pregnant women **chosen** by convenient method in Thu Duc District Hospital from 01/06/2020 to 31/07/2020, data was collected by face-to-face interviewed with structured questionnaire, and by retrieved information from medical record.

**Results:** The prevalence of anemia among first trimester pregnant women is 14.3%, of which 79.1% was mild anemia and 20.9% moderate anemia. The prevalence of iron deficiency anemia was 7.3%. Education level, personal standard of living and parity were significantly associated with anemia status.

<sup>1</sup>Khoa Dinh dưỡng & Tiết chế, Bệnh viện Quận Thủ Đức

<sup>2</sup>Khoa Y tế Công cộng, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Tác giả liên lạc: BS. Nguyễn Thị Tường Thái

ĐT: 0916945482

Email: ncthanh54@gmail.com

**Conclusion:** Anaemia and iron deficiency in pregnancy were mild public health problems in the study setting of Thu Duc District Hospital.

**Keywords:** anaemia, iron deficiency anemia, pregnant women, first trimester

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu máu là một vấn đề sức khỏe cộng đồng, gây ra những hậu quả bất lợi đối với sức khỏe con người, làm tăng gánh nặng bệnh tật, tử vong và ảnh hưởng đến sự phát triển kinh tế xã hội<sup>(1)</sup>. Đặc biệt, thiếu máu trong thai kỳ là một vấn đề toàn cầu nghiêm trọng. Các nghiên cứu trước đây cho rằng thiếu máu trong thai kỳ là yếu tố nguy cơ dẫn đến các kết quả bất lợi khi mang thai như sinh con nhẹ cân, xuất huyết sau sinh, sinh non, tăng nguy cơ tử vong mẹ và chu sinh<sup>(2,3,4,5)</sup>. Thiếu máu làm tăng tai biến chảy máu trong và sau sinh, nhiễm khuẩn hậu sản, sốt rau, choáng trong lúc sinh, chậm phục hồi sức khỏe của sản phụ sau sinh<sup>(6)</sup>. Ước tính khoảng 50% trường hợp thiếu máu trên toàn cầu là do thiếu sắt<sup>(3)</sup>.

Tại Việt Nam, theo số liệu điều tra của Viện Dinh dưỡng quốc gia năm 2015, tỉ lệ thiếu máu ở phụ nữ mang thai trên toàn quốc vẫn còn khá cao (38,2%), trong đó trên 50% trường hợp là thiếu máu do thiếu sắt<sup>(7)</sup>. Tình hình thiếu máu thiếu sắt có thể được cải thiện bằng cách bổ sung sắt và cải thiện dinh dưỡng, đến nay đã được ghi nhận trong nhiều công trình nghiên cứu ở trong và ngoài nước<sup>(8,9,10)</sup>.

Bệnh viện Quận Thủ Đức là một bệnh viện lớn với khoảng 150 thai phụ đến khám thai định kỳ mỗi ngày và số lượng vẫn đang tiếp tục tăng lên. Mặc dù thiếu máu và thiếu máu thiếu sắt ở phụ nữ mang thai là vấn đề cấp thiết gây ra nhiều hậu quả nghiêm trọng cho cả mẹ và thai nhi, tuy nhiên đến nay vẫn chưa có nghiên cứu nào về thực trạng thiếu máu ở thai kỳ được thực hiện trên địa bàn. Việc hiểu rõ tỷ lệ cũng như các yếu tố ảnh hưởng đến thiếu máu và thiếu máu thiếu sắt trong thai kỳ, đặc biệt trong ba tháng đầu, có thể giúp các bác sĩ can thiệp sớm, định hướng tư vấn để dự phòng thiếu máu cho những bà mẹ mang thai đến khám tại bệnh viện.

Do đó chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu xác định tỷ lệ thiếu máu, thiếu máu thiếu sắt ở phụ nữ mang thai ba tháng đầu thai kỳ đến khám tại bệnh viện Quận Thủ Đức và mối liên quan giữa thiếu máu với các đặc điểm dân số - xã hội, đặc điểm sản phụ khoa và tình trạng bổ sung viên sắt.

## ĐỐI TƯỢNG-PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### Đối tượng nghiên cứu

Những thai phụ ba tháng đầu thai kỳ đến khám thai tại bệnh viện Quận Thủ Đức từ 01/06/2020 đến 31/07/2020.

### Tiêu chí đưa vào

Thai phụ ba tháng đầu thai kỳ đến khám tại bệnh viện Quận Thủ Đức trong thời gian nghiên cứu đã được khẳng định bằng kết quả siêu âm từ 6 tuần (khi xác định được có tim thai qua siêu âm) đến 12 tuần 6 ngày, chưa được làm xét nghiệm thường quy và đồng ý tham gia nghiên cứu.

### Tiêu chí loại ra

Thai phụ đã được chẩn đoán mắc các bệnh nhiễm trùng, sốt rét, bệnh tim mạch, gan thận, ung thư, lao, viêm loét dạ dày, các bệnh thiếu máu di truyền; bị mất máu cấp tính do tai nạn, chấn thương.

### Phương pháp nghiên cứu

#### Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang.

#### Cỡ mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ:

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

Với  $\alpha=0,05$ ; sai số cho phép  $d=0,05$ ;  $p=26,3\%$  (theo nghiên cứu của Trần Văn Vũ tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Thuận năm 2018)<sup>(11)</sup>; cỡ mẫu tối thiểu cần cho nghiên cứu tính được là 298.

**Phương pháp thu thập và xử lý số liệu**

*Kỹ thuật chọn mẫu*

Mẫu được lấy theo phương pháp lấy mẫu thuận tiện, lấy toàn bộ phụ nữ mang thai ba tháng đầu đến khám thai tại bệnh viện Quận Thủ Đức thỏa tiêu chí trong thời gian nghiên cứu cho đến khi đủ cỡ mẫu.

*Phương pháp thu thập thông tin*

Các thông tin về đặc điểm dân số - xã hội, yếu tố sản phụ khoa, các yếu tố liên quan đến dinh dưỡng được lấy theo phương pháp phỏng vấn mặt đối mặt bằng bộ câu hỏi soạn sẵn. Dữ liệu thứ cấp gồm kết quả xét nghiệm công thức máu và định lượng Ferritin được ghi nhận từ hồ sơ bệnh án.

*Tiêu chuẩn đánh giá tình trạng thiếu máu*

Thiếu máu và thiếu máu thiếu sắt: Thai phụ được chẩn đoán thiếu máu khi có chỉ số Hemoglobin trong máu <11 g/dL và được chẩn đoán thiếu máu thiếu sắt khi đồng thời có thiếu máu và chỉ số Ferritin <15 µg/L<sup>(12)</sup>.

Mức độ thiếu máu: Thiếu máu nhẹ khi nồng độ Hgb trong máu từ 10 – 10,9 g/dL, thiếu máu trung bình khi nồng độ Hgb trong máu từ 7 – 9,9 g/dL, thiếu máu nặng khi nồng độ Hgb trong máu <7 g/dL<sup>(1)</sup>.

Phân loại thiếu máu theo màu sắc và kích thước hồng cầu: Thiếu máu nhược sắc khi có chỉ số MCH <28 pg, bình sắc khi MCH trong khoảng 28 – 32 pg, ưu sắc khi MCH >32 pg. Thiếu máu hồng cầu nhỏ khi MCV <85 fL, hồng cầu bình thường khi MCV trong khoảng 85 – 100 fL, hồng cầu to khi MCV >100 fL<sup>(13)</sup>.

**Quản lý và phân tích số liệu**

Số liệu được nhập bằng phần mềm EpiData 3.1 và phân tích bằng phần mềm Stata 14.0. Các yếu tố về dân số - xã hội, các yếu tố sản phụ khoa, các đặc điểm bổ sung viên sắt được mô tả dưới dạng tần số n và tỷ lệ %. Sử dụng kiểm định Chi bình phương, kiểm định chính xác Fisher để so sánh 2 tỷ lệ. Giá trị p của các kiểm định <0,05 được xem là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Mức độ kết hợp được đo bằng tỷ số tỷ

lệ hiện mắc PR (Prevalent Ratio) và khoảng tin cậy 95% của PR.

**Y đức**

Nghiên cứu này được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược TP. HCM, số 231/ĐHYD-HĐĐĐ, ngày 25/3/2020.

**KẾT QUẢ**

Trong thời gian nghiên cứu có 300 thai phụ ba tháng đầu thai kỳ đến khám thai tại bệnh viện Quận Thủ Đức thỏa điều kiện và đồng ý tham gia nghiên cứu. Phân tích trên những thai phụ này cho kết quả như sau:

**Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu**

*Bảng 1: Mô tả đặc điểm sản phụ khoa của đối tượng*

Đặc điểm (n=300)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tuổi thai		
6 tuần – 7 tuần 6 ngày	74	24,7
8 tuần – 9 tuần 6 ngày	64	21,3
10 tuần – 12 tuần 6 ngày	162	54,0
Số lần đã sinh con		
0	134	44,7
1	109	36,3
≥ 2	57	19,0
Khoảng cách với lần sinh con trước (n=166)		
> 2 năm	123	74,1
≤ 2 năm	43	25,9
Ôm nghén trong thai kỳ		
Nghén nặng	22	7,3
Nghén vừa	215	71,7
Không	63	21,0
Số lần sảy thai		
0	218	72,7
1	68	22,7
≥ 2	14	4,7
Số lần nạo phá thai		
0	263	87,7
1	34	11,3
≥ 2	3	1,0
Tiền sử rối loạn kinh nguyệt		
Có	63	21,0
Không	237	79,0

Tuổi trung bình của nhóm thai phụ tham gia nghiên cứu là 29,36 (± 5,25) tuổi. Đa số ở độ tuổi từ 25 – 35 tuổi (66,3%). Nghề nghiệp chủ yếu là công nhân (48%). Phần lớn đối tượng có trình độ học vấn ở cấp 2 và cấp 3 (67%). Khoảng một nửa đối tượng không theo tôn giáo nào (48%). Đa số

tự đánh giá mức sống bản thân là đủ ăn (85,7%), tỉ lệ thai phụ tự đánh giá nghèo và khá tương đối thấp, lần lượt là 4,7% và 9,7%.

Các đặc điểm về sản phụ khoa của đối tượng được trình bày ở *Bảng 1*. Phần lớn thai phụ mang thai lần này có khoảng cách với lần sinh con trước >2 năm (74,1%). Tỉ lệ thai phụ đã từng sinh con khá cao (55,3%) với 19% thai phụ đã sinh con từ 2 lần trở lên. Thai phụ từng sảy thai (tính cả nạo phá thai) cũng chiếm tỉ lệ khá cao (27,4%).

Trong 300 thai phụ được phỏng vấn có 256 thai phụ có bổ sung viên sắt. Phân tích trên nhóm thai phụ này cho kết quả được trình bày trong *Bảng 2*. Hầu hết thai phụ uống viên sắt được bác sĩ kê toa (93%) và đã được nhân viên y tế hoặc nhân viên quầy thuốc tư vấn cách uống viên sắt (89,4%). Tỉ lệ thai phụ uống viên sắt đều đặn và đúng cách, đúng thời điểm khá cao.

**Bảng 2.** Các đặc điểm về cách uống viên sắt

Đặc điểm (n=256)	Tần số	Tỉ lệ (%)
Cách tiếp cận viên sắt		
Bác sĩ kê toa	238	93,0
Không do bác sĩ kê toa	18	7,0
Được tư vấn cách uống viên sắt		
Có	229	89,4
Không	27	10,6
Mức độ uống viên sắt		
Uống mỗi ngày	210	82,0
Quên 1-3 viên/tuần	42	16,4
Quên > 3 viên mỗi tuần	4	1,6
Thời gian uống viên sắt		
≥ 2 tháng	138	53,9
< 2 tháng	118	46,1
Cách uống viên sắt		
Nước lọc	247	96,5
Uống chung với trà, café	0	0,0
Uống chung với sữa/viên canxi	2	0,8
Bất kỳ loại nước nào	7	2,7
Thời điểm uống viên sắt		
Cách bữa ăn	214	83,6
Trong bữa ăn	14	5,5
Bất kỳ	28	10,9

**Tỉ lệ thiếu máu và thiếu máu thiếu sắt**

*Bảng 3* trình bày kết quả về tỉ lệ thiếu máu và thiếu máu thiếu sắt trong mẫu nghiên cứu. Trong 300 thai phụ được khảo sát có 43 trường hợp thiếu máu (14,3%) và 22 trường hợp thiếu máu thiếu sắt (7,3%). Trong 43 trường hợp thiếu

máu có 22 trường hợp thiếu máu thiếu sắt, chiếm 51,2%.

**Bảng 3:** Tỉ lệ thiếu máu và thiếu máu thiếu sắt ở phụ nữ mang thai ba tháng đầu thai kỳ

Biến số (n = 300)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Thiếu máu		
Có	43	14,3
Không	257	85,7
Thiếu máu thiếu sắt		
Có	22	7,3
Không	278	92,7

Tỉ lệ thiếu máu theo mức độ thiếu máu và đặc điểm của hồng cầu được trình bày trong *Bảng 4*. Đa số trường hợp là thiếu máu nhẹ, còn lại là thiếu máu trung bình. Không có trường hợp nào thiếu máu nặng. Thiếu máu nhược sắc hồng cầu nhỏ chiếm tỉ lệ cao nhất (69,8% trường hợp thiếu máu và 91% trường hợp thiếu máu thiếu sắt). Không ghi nhận trường hợp nào có thiếu máu ưu sắc hoặc thiếu máu hồng cầu to.

**Bảng 4:** Tỉ lệ thiếu máu theo mức độ, màu sắc và kích thước hồng cầu

Đặc điểm	Thiếu máu n (%)	Thiếu máu thiếu sắt n (%)
Mức độ thiếu máu		
Thiếu máu nhẹ	34 (79,1)	15 (68,2)
Thiếu máu trung bình	9 (20,9)	7 (31,8)
Tổng	43 (100)	22 (100)
Màu sắc và kích thước hồng cầu		
Thiếu máu nhược sắc hồng cầu nhỏ	30 (69,8)	20 (91,0)
Thiếu máu bình sắc hồng cầu bình thường	8 (18,6)	1 (4,5)
Thiếu máu nhược sắc hồng cầu bình thường	4 (9,30)	1 (4,5)
Thiếu máu bình sắc hồng cầu nhỏ	1 (2,3)	0 (0,0)
Tổng	43 (100)	22 (100)

**Các yếu tố liên quan đến thiếu máu**

Các đặc điểm về dân số, xã hội, sản phụ khoa và các đặc điểm bổ sung viên sắt được chúng tôi đưa vào phân tích đơn biến. Các biến số có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với thiếu máu được trình bày trong *Bảng 5*. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thiếu máu với 3 yếu tố: trình độ học vấn, mức sống bản thân và số lần đã sinh con (p < 0,05). Khi trình độ học vấn tăng, mức sống bản thân tăng thì tỉ lệ thiếu máu

giảm. Những thai phụ đã sinh con từ 2 lần trở lên có tỉ lệ thiếu máu cao gấp 2,82 lần những thai phụ chưa sinh con lần nào. Ngoài ra, không tìm

thấy mối liên quan giữa tình trạng thiếu máu với việc bổ sung viên sắt.

**Bảng 5:** Các yếu tố liên quan đến thiếu máu ở phụ nữ mang thai ba tháng đầu

Biến số (n=300)	Thiếu máu		P	PR (KTC 95%)
	Có n (%)	Không n (%)		
Trình độ học vấn Tiểu học trở xuống Cấp 2 và cấp 3 Sau cấp 3	4 (23,5) 34 (16,9) 5 (6,1)	13 (76,5) 167 (83,1) 77 (93,9)	0,004*	0,49 (0,31 – 0,79)
Mức sống bản thân Nghèo Đủ ăn Khá	5 (35,7) 36 (14,0) 2 (6,9)	9 (64,3) 221 (86,0) 27 (93,1)	0,016*	0,42 (0,21 – 0,85)
Số lần đã sinh con 0 1 ≥ 2	15 (11,2) 10 (9,2) 18 (31,6)	119 (88,8) 99 (90,8) 39 (68,4)	 0,606 0,001	 1 0,82 (0,38 – 1,75) 2,82 (1,53 – 5,20)

\*kiểm định Chi bình phương khuynh hướng

**BÀN LUẬN**

Nghiên cứu được thực hiện tại bệnh viện Quận Thủ Đức, là nơi nằm gần các khu công nghiệp và chế xuất lớn ở Thủ Đức và Bình Dương, do đó phần lớn đối tượng nghiên cứu là lao động chân tay với trình độ học vấn cấp 2 và cấp 3. Đa số tự đánh giá có mức sống đủ ăn. Tỉ lệ thai phụ đã từng sinh con, đặc biệt là sinh từ 2 lần trở lên khá cao so với nghiên của Trần Văn Vũ hay Nguyễn Thị Kim Loan<sup>(11,14)</sup>. Điều này phù hợp với đặc thù của địa bàn nghiên cứu, do nhóm lao động chân tay có thể ít để ý đến chính sách sinh ít con của nhà nước hơn so với nhóm lao động trí óc.

So sánh với các nghiên cứu trước đó, ở nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ thiếu máu và thiếu máu thiếu sắt khá thấp (Bảng 6). Tỉ lệ này được xếp vào mức vấn đề cộng đồng nhẹ theo bảng xếp loại của WHO về mức độ ý nghĩa cộng đồng của thiếu máu<sup>(12)</sup>. Điều này có thể là do mức sống của người dân trên địa bàn ngày càng ổn định, khả năng tiếp cận với y tế và thông tin đại chúng ngày càng nhiều, giúp người dân ngày càng có nhiều kiến thức để tự chăm sóc sức khỏe, cũng như góp phần hạn chế tỉ lệ thiếu máu và thiếu máu thiếu sắt. Tỉ lệ thiếu máu thiếu sắt trong các nghiên cứu đều chiếm trên 50% trường

hợp thiếu máu (cao nhất là 96,3% ở nghiên cứu của Phạm Văn An và 91% ở nghiên cứu của Trần Văn Vũ) cho thấy thiếu sắt là nguyên nhân chủ yếu gây thiếu máu trong thai kỳ<sup>(11,15)</sup>.

**Bảng 6:** Tỉ lệ thiếu máu và thiếu máu thiếu sắt của thai phụ ba tháng đầu thai kỳ qua một số nghiên cứu trong nước gần đây

Tác giả (năm)	Địa điểm nghiên cứu	Tỉ lệ TM	Tỉ lệ TMTS	Tỉ lệ TMTS/TM
Phạm Thị Đan Thanh (2010) <sup>(16)</sup>	Bạc Liêu	36,7%	23,7%	64,6%
Lê Thị Anh Thư (2013) <sup>(17)</sup>	Sóc Trăng	29,5%	17,6%	59,7%
Phạm Văn An (2014) <sup>(15)</sup>	Củ Chi	21,6%	20,%	96,3%
Nguyễn Thị Kim Loan (2017) <sup>(14)</sup>	Long An	7,5%	4,7%	62,0%
Trần Văn Vũ (2018) <sup>(11)</sup>	Bình Thuận	26,3%	24,0%	91,0%
Nghiên cứu này (2020)	TP. HCM	14,3%	7,3%	51,2%

TM: Thiếu máu TMTS: Thiếu máu thiếu sắt

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 với kết quả của những nghiên cứu được liệt kê ở trên<sup>(11,15,16,17,17)</sup>. Về phân loại thiếu máu theo màu sắc và kích thước hồng cầu, đa số là thiếu máu nhược sắc hồng cầu nhỏ (69,8%) và

thiếu máu bình sắc hồng cầu bình thường (18,6%), không có trường hợp nào thiếu máu ưu sắc hoặc thiếu máu hồng cầu to. Kết quả này tương tự với kết quả của tác giả Nguyễn Thị Thủy với 67,1% là thiếu máu nhược sắc hồng cầu nhỏ và 25% thiếu máu bình sắc hồng cầu bình thường<sup>(18)</sup>. Theo y văn, nguyên nhân gây thiếu máu nhược sắc hồng cầu nhỏ là do thiếu máu thiếu sắt, thalassemia, thiếu máu do các bệnh mãn tính<sup>(19)</sup>. Vì nghiên cứu của chúng tôi đã loại ra những trường hợp đã biết là mắc thalassemia, các bệnh mãn tính có thể gây thiếu máu, nên thiếu máu nhược sắc hồng cầu nhỏ trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là do thiếu máu thiếu sắt. Điều này phù hợp với kết quả nghiên cứu là thiếu máu nhược sắc hồng cầu nhỏ chiếm tới 91% các trường hợp thiếu máu thiếu sắt. Tuy nhiên, để chẩn đoán chính xác nguyên nhân gây thiếu máu cần kết hợp lâm sàng và các xét nghiệm cận lâm sàng khác.

Kết quả cho thấy khi trình độ học vấn tăng thì tỉ lệ thiếu máu giảm. Nghiên cứu của tác giả Delil R tại Ethiopia (2018) cũng ghi nhận mối liên quan tương tự giữa thiếu máu với trình độ học vấn<sup>(20)</sup>. Những thai phụ có trình độ học vấn cao sẽ càng có điều kiện tìm kiếm công việc và thu nhập ổn định, giúp thai phụ có nhiều điều kiện hơn để chăm sóc bản thân, tìm hiểu kỹ và lựa chọn những dịch vụ chăm sóc y tế tốt, giảm được nhiều nguy cơ cho cả mẹ và thai nhi.

Những thai phụ có mức sống càng cao thì tỷ lệ thiếu máu càng giảm. Mức sống khá giả có thể giúp thai phụ có cuộc sống thoải mái, chế độ dinh dưỡng đầy đủ, tiếp cận được dịch vụ y tế tốt hơn, nâng cao sức khỏe, từ đó giảm nguy cơ thiếu máu. Kết quả nghiên cứu của tác giả Lebso M (2017) ở Nam Ethiopia cho tình trạng kinh tế thấp có nguy cơ thiếu máu cao hơn so với tình trạng kinh tế khá giả (OR hiệu chỉnh=2,03, KTC 95%: 1,11 – 3,69, p <0,05)<sup>(21)</sup>.

Những thai phụ đã sinh con từ 2 lần trở lên có tỉ lệ thiếu máu cao hơn so với những thai phụ chưa sinh con lần nào. Nghiên cứu của các tác giả Trần Văn Vũ, Phạm Văn An cũng cho kết

quả tương tự<sup>(11,15)</sup>. Ở những bà mẹ sinh con nhiều lần, đặc biệt là ở những bà mẹ có khoảng cách sinh con ngắn, nếu không cung cấp đủ lượng sắt cần thiết, cơ thể bắt buộc phải sử dụng sắt dự trữ của người mẹ, làm cạn kiệt sắt dẫn đến thiếu máu và thiếu sắt ở mẹ. Do đó, những thai phụ sinh con nhiều lần có nguy cơ thiếu máu cao hơn so với những thai phụ chưa sinh con lần nào.

Phân tích trên 256 thai phụ có bổ sung viên sắt cho thấy hầu hết thai phụ bổ sung sắt đều do bác sĩ kê toa, điều này dẫn đến tỉ lệ thai phụ được tư vấn cách uống viên sắt cũng như tỉ lệ thai phụ uống viên sắt đúng cách khá cao. Tuy nhiên, chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa việc sử dụng viên sắt với tình trạng thiếu máu. Chúng tôi nghĩ đến khả năng do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là thai phụ trong ba tháng đầu thai kỳ, thời gian bổ sung viên sắt ngắn, chưa thấy rõ hiệu quả của việc bổ sung viên sắt.

Nghiên cứu của chúng tôi điều tra tỉ lệ thiếu máu, thiếu máu thiếu sắt ở thai phụ trong ba tháng đầu đến khám tại bệnh viện Quận Thủ Đức. Đây là đề tài mới ở địa phương, có thể cung cấp số liệu làm tiền đề cho các nghiên cứu sau này về việc đánh giá hiệu quả trong công tác điều trị và dự phòng thiếu máu, thiếu máu thiếu sắt cho thai phụ ba tháng đầu đến khám tại bệnh viện.

## KẾT LUẬN

Tỉ lệ thiếu máu ở phụ nữ mang thai trong 3 tháng đầu thai kỳ tại bệnh viện Quận Thủ Đức là 14,3%, trong đó 51,2% là thiếu máu thiếu sắt. Mặc dù tỉ lệ này khá thấp so với các nghiên cứu trước, tuy nhiên đây vẫn là vấn đề cấp thiết gây nhiều hậu quả nghiêm trọng, do đó cần tiếp tục chú trọng chương trình bổ sung sắt, tăng cường các biện pháp truyền thông về dự phòng thiếu máu và thiếu máu thiếu sắt ở phụ nữ để giảm tỉ lệ này ở phụ nữ mang thai. Những thai phụ có trình độ học vấn thấp, mức sống thấp, đã sinh con từ 2 lần trở lên có khả năng thiếu máu và thiếu máu thiếu sắt cao, do đó cần chú ý theo dõi

tình trạng thiếu máu và tư vấn dự phòng thiếu máu thiếu sắt ở những nhóm thai phụ này.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. WHO (2011). The global prevalence of anaemia in 2011. URL: [https://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/global\\_prevalence\\_anaemia\\_2011/en/](https://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/global_prevalence_anaemia_2011/en/).
2. Rahman MM, Abe SK, Rahman MS, et al (2016). Maternal anemia and risk of adverse birth and health outcomes in low-and middle-income countries: systematic review and meta-analysis. *Am J Clin Nutr*, 103(2):495-504.
3. Aleksandra S, Dragana N, Maja N (2006). Relationship between exposure to air pollution and occurrence of anemia in pregnancy. *Medicine and Biology*, 13(1):54-57.
4. Stephen G, Mgongo M, Hashim TH, Katanga J, Pedersen BS, Msuya SE (2018). Anaemia in Pregnancy: Prevalence, Risk Factors, and Adverse Perinatal Outcomes in Northern Tanzania. URL: <https://doi.org/10.1155/2018/1846280>.
5. Kozuki N, Lee AC, Katz J et al (2012). Moderate to severe, but not mild, maternal anemia is associated with increased risk of small-for-gestational-age outcomes. *J Nutr*, 142(2):358-362.
6. Rebecca JS, Mullany L, Black RE (2004). Iron deficiency anaemia In: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL (Eds.). *Comparative Quantification of Health Risks*, V1, pp.163-230. *World Health Organization*, Switzerland.
7. Viện dinh dưỡng (2015). Thông cáo Báo chí - Hội nghị Cộng tác viên báo chí nhân ngày Vi chất dinh dưỡng (1-2/6/2019). URL: <http://viendinhduong.vn/vi/tin-tuc--su-kien-noi-bat/thong-cao-bao-chi-hoi-nghi-cong-tac-vien-bao-chi-nhan-ngay-vi-chat-dinh-duong-1-62019.html>.
8. Đinh Thị Phương Hoa (2013). Tình trạng dinh dưỡng, thiếu máu và hiệu quả bổ sung sắt hàng tuần ở phụ nữ 25 -30 tuổi tại huyện Lục Nam, tỉnh Bắc Giang. *Luận án Tiến sĩ Chuyên ngành Dinh dưỡng*, Viện dinh dưỡng.
9. Nguyễn Đăng Trường (2016). Hiệu quả bổ sung Hemi Mam hoặc bổ sung đa vi chất dinh dưỡng để cải thiện tình trạng thiếu máu của phụ nữ có thai. *Luận án Tiến sĩ Chuyên ngành Dinh dưỡng*, Viện dinh dưỡng.
10. Pena-Rosas JP, De-Regil LM, Garcia-Casal MN, et al (2015). Daily oral iron supplementation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*, 7:CD004736.
11. Trần Văn Vũ (2018). Tỷ lệ thiếu máu thiếu sắt ở phụ nữ mang thai 3 tháng đầu tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Thuận. *Luận*

- án Chuyên khoa II Chuyên ngành Sản phụ khoa*, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
12. WHO (2001). Iron deficiency anaemia: assessment, prevention, and control. A guide for programme managers. WHO/NHD/01.3), pp.17.
13. Bộ Y tế (2015). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý huyết học. Quyết định số 1494/QĐ-BYT, pp.100-103.
14. Nguyễn Thị Kim Loan (2017). Tỷ lệ thiếu máu thiếu sắt và các yếu tố liên quan ở thai phụ ba tháng đầu đến khám thai tại trung tâm chăm sóc sức khỏe sinh sản tỉnh Long An. *Luận văn Thạc sĩ Chuyên ngành Y tế công cộng*, Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
15. Phạm Văn An, Hoàng Hải (2014). Một số yếu tố liên quan đến thiếu máu dinh dưỡng ở phụ nữ có thai huyện Củ Chi (thành phố Hồ Chí Minh) năm 2011. *Y học Việt Nam*, 414(2):83-88.
16. Phạm Thị Đan Thanh (2010). Tỷ lệ thiếu máu thiếu sắt ở phụ nữ có thai 3 tháng đầu thai kỳ và các yếu tố liên quan tại tỉnh Bạc Liêu. *Luận án Chuyên khoa II Chuyên ngành Sản phụ khoa*, Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
17. Lê Thị Anh Thư (2013). Hiệu quả của điều trị thiếu máu thiếu sắt trong 3 tháng đầu thai kỳ tại Bệnh viện đa khoa Sóc Trăng. *Luận án Chuyên khoa II Chuyên ngành Sản phụ khoa*, Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
18. Nguyễn Thị Thủy (2013). Nghiên cứu đặc điểm thiếu máu của phụ nữ có thai đến khám tại bệnh viện phụ sản Hà Nội năm 2012-2013. *Luận văn Thạc sĩ Chuyên ngành Huyết học – Truyền máu*, Đại học Y Hà Nội.
19. Linker CA, Đào Văn Chinh (2001). Máu. In: Hoàng Trọng Quang, Nguyễn Thị Kim Loan (eds). *Chẩn đoán và điều trị y học hiện đại*, 1<sup>st</sup>ed, pp.709 – 715. *NXB Y Học*, Hà Nội.
20. Delil R, Tamiru D, Zinab B. (2018). Dietary Diversity and Its Association with Anemia among Pregnant Women Attending Public Health Facilities in South Ethiopia. *Ethiop J Health Sci*, 28(5):625-634.
21. 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.

Ngày nhận bài báo:	16/11/2020
Ngày nhận phản biện nhận xét bài báo:	01/02/2021
Ngày bài báo được đăng:	10/03/2020