

Nghiên cứu gốc

## THỰC TRẠNG THIẾU MÁU VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở SẢN PHỤ ĐẾN SINH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẢO THẮNG, TỈNH LÀO CAI, NĂM 2024

Đỗ Thị Mão<sup>1</sup>, Hoàng Quốc Huy<sup>2</sup>, Nguyễn Đăng Đức<sup>3</sup>,  
Nguyễn Thị Hồng<sup>2,✉</sup>

<sup>1</sup> Bệnh viện Đa khoa Bảo Thắng, tỉnh Lào Cai

<sup>2</sup> Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên

<sup>3</sup> Bệnh viện Bạch Mai, Hà Nội

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ, đặc điểm thiếu máu và một số yếu tố liên quan ở sản phụ đến sinh tại Bệnh viện Đa khoa Bảo Thắng, tỉnh Lào Cai năm 2024.

**Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên 852 sản phụ. Thiếu máu được xác định khi nồng độ hemoglobin (Hb) < 110 g/L theo WHO; thể thiếu máu được phân loại dựa trên MCV, MCH và MCHC. Sử dụng hồi quy logistic đơn biến và đa biến để xác định các yếu tố liên quan, trình bày theo OR (95%CI) và p.

**Kết quả:** Tỷ lệ thiếu máu chung là 28,52%, chủ yếu ở mức độ nhẹ (17,6%) và trung bình (10,8%). Thể bình sắc hồng cầu bình thường chiếm 65,3% và nhược sắc hồng cầu nhỏ chiếm 20,3% toàn bộ mẫu; trong nhóm thiếu máu, thể nhược sắc hồng cầu nhỏ chiếm ưu thế (46,9%). Trong mô hình đa biến, sản phụ không hoặc không thường xuyên bổ sung sắt (OR hiệu chỉnh = 6,30; p < 0,001) và có tiền sử bệnh lý mạn tính (OR hiệu chỉnh = 1,68; p = 0,016) là yếu tố liên quan độc lập với thiếu máu.

**Kết luận:** Tỷ lệ thiếu máu ở sản phụ đến sinh tại địa bàn còn tương đối cao. Sau khi hiệu chỉnh, việc không hoặc không thường xuyên bổ sung sắt là yếu tố liên quan mạnh nhất với tình trạng thiếu máu. Cần đẩy mạnh truyền thông giáo dục sức khỏe và tăng cường giám sát bổ sung vi chất, đặc biệt hướng tới nhóm sản phụ người dân tộc thiểu số.

**Từ khóa:** Thiếu máu, sản phụ, yếu tố liên quan

## PREVALENCE OF ANEMIA AND ASSOCIATED FACTORS AMONG PREGNANT WOMEN DELIVERING AT BAO THANG GENERAL HOSPITAL, LAO CAI PROVINCE

### ABSTRACT

**Aims:** To determine the prevalence, characteristics of anemia and associated factors among parturient women delivering at Bao Thang General Hospital, Lao Cai Province, from January 2024 to December 2024.

**Methods:** A cross-sectional study was conducted on 852 parturient women. Anemia was defined as hemoglobin (Hb) < 110 g/L according to WHO; anemia types were classified using MCV, MCH and MCHC from complete blood counts obtained before delivery.

✉ Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Hồng  
Email: drnguyenthihong77@gmail.com  
Doi: 10.56283/1859-0381/1105.

Nhận bài: 2/7/2026    Chính sửa: 8/7/2026  
Chấp nhận đăng: 27/7/2026  
Công bố online: 28/7/2026

Multivariable logistic regression were used to identify associated factors, reported as OR (95%CI) and p.

**Results:** The overall prevalence of anemia was 28.52%, mostly mild (17.6%) and moderate (10.8%). Normochromic normocytic morphology accounted for 65.3% and microcytic hypochromic for 20.3% of the whole sample; among anemic women, the microcytic hypochromic type predominated (46.9%). In the multivariable model, women had absent or irregular iron supplementation (adjusted OR = 6.30;  $p < 0.001$ ) and a history of chronic disease (adjusted OR = 1.68;  $p = 0.016$ ) were independently associated with anemia.

**Conclusion:** The prevalence of anemia among parturient women in this area remains relatively high. After adjustment, absent or irregular iron supplementation was the strongest factor associated with anemia. Health education and closer monitoring of micronutrient supplementation are needed, particularly for ethnic minority women.

**Keywords:** *Anemia, parturient women, associated factors*

-----

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu máu hiện đang là một gánh nặng y tế mang tính toàn cầu; trong đó, thiếu máu dinh dưỡng ở phụ nữ mang thai được ghi nhận là một trong những thể lâm sàng phổ biến và đáng quan ngại nhất [1]. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), năm 2019 có hơn nửa tỷ phụ nữ từ 15–49 tuổi bị thiếu máu, với tỷ lệ chung là 29,9%; trong đó tỷ lệ ở phụ nữ mang thai (36,5%) cao hơn đáng kể so với phụ nữ không mang thai (29,6%) [2].

Thiếu máu trong thai kỳ do nhiều nguyên nhân, trong đó thiếu sắt là nguyên nhân phổ biến nhất, tiếp đến là thiếu acid folic, vitamin B12, các bệnh huyết sắc tố, nhiễm ký sinh trùng và các bệnh lý viêm mạn tính. Thiếu máu trong thai kỳ để lại hậu quả nặng nề cho cả mẹ và con. Phát hiện và điều trị sớm thiếu máu trước và trong thai kỳ có thể cải thiện kết cục cho mẹ và thai nhi, giảm gánh nặng bệnh tật cũng như chi phí y tế [3].

Tại khu vực miền núi phía Bắc, một số nghiên cứu gần đây cho thấy gánh nặng thiếu máu ở phụ nữ mang thai vẫn còn đáng kể: nghiên cứu của Ninh Văn Dương và cộng sự (2024) trên phụ nữ mang thai người dân tộc thiểu số tại huyện Phú Bình, tỉnh Thái Nguyên ghi nhận tỷ lệ thiếu máu 20,1%, trong đó thể nhược sắc hồng cầu nhỏ chiếm 20,8%, và các yếu tố liên quan chủ yếu là chế độ dinh dưỡng, việc bổ sung viên sắt và điều kiện kinh tế – xã hội [4]. Tuy nhiên, các số liệu này chưa phản ánh đầy đủ đặc thù của từng địa bàn.

Bảo Thắng là khu vực miền núi Tây Bắc với nhiều dân tộc cùng sinh sống. Sản phụ đến sinh tại khoa Sản, Bệnh viện Đa khoa Bảo Thắng chủ yếu sống ở nông thôn, thuộc các dân tộc Mông, Tày, Nùng, Dao... với mức sống còn thấp, nên khả năng tiếp cận thông tin và kiến thức phòng chống thiếu máu còn nhiều hạn chế. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành đề tài "Thực trạng thiếu

máu và một số yếu tố liên quan ở sản phụ đến sinh tại Bệnh viện Đa khoa Bảo Thắng, tỉnh Lào Cai" nhằm đánh giá đặc điểm và các yếu tố liên quan đến tình

trạng thiếu máu của sản phụ đến sinh tại Bệnh viện Đa khoa Bảo Thắng – Lào Cai giai đoạn 01/2024 – 12/2024.

## II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang từ tháng 1 đến tháng 12 năm 2024 tại khoa Phụ

sản, Bệnh viện Đa khoa Bảo Thắng, tỉnh Lào Cai.

### 2.2. Đối tượng nghiên cứu

*Tiêu chuẩn lựa chọn:* Phụ nữ có thai đến sinh tại khoa Phụ Sản, bệnh viện đa khoa Bảo Thắng; Tuổi thai  $\geq 22$  tuần (nhớ rõ ngày đầu kì kinh cuối cùng hoặc có siêu âm thai quý I thai kì); Có làm xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại

vi tại bệnh viện, mẫu máu được lấy ở thời điểm trước đẻ. *Tiêu chuẩn loại trừ:* Sản phụ đã được chẩn đoán trước đó các bệnh lý huyết học; Không đầy đủ thông tin nghiên cứu.

### 2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu áp dụng phương pháp lấy mẫu toàn bộ trong khoảng thời gian thu thập dữ liệu, do đó không tính cỡ mẫu theo công thức. Tất cả sản phụ đến sinh

trong thời gian nghiên cứu đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn và không vi phạm tiêu chuẩn loại trừ đều được đưa vào phân tích. Tổng số đối tượng đủ tiêu chuẩn và được phân tích là 852 sản phụ.

### 2.4. Phương pháp thu thập số liệu

Đây là nghiên cứu cắt ngang sử dụng số liệu thứ cấp từ hồ sơ bệnh án: thông tin được thu thập sau khi sản phụ đã hoàn tất quá trình điều trị, có đầy đủ kết quả xét nghiệm và chẩn đoán ra viện. Nghiên cứu viên rà soát toàn bộ hồ sơ bệnh án của sản phụ đến sinh trong giai đoạn tháng 1–12 năm 2024, lựa chọn các trường hợp đúng tiêu chuẩn lựa chọn và

tiêu chuẩn loại trừ, thu thập các thông tin về đặc điểm chung, tiền sử, đặc điểm thiếu máu và kết quả cuộc đẻ của đối tượng nghiên cứu. Xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi được thực hiện tại khoa Xét nghiệm, Bệnh viện Đa khoa Bảo Thắng trên máy đếm tế bào tự động, với mẫu máu tĩnh mạch chống đông EDTA lấy trước đẻ.

### 2.5. Tiêu chuẩn đánh giá biến số nghiên cứu

Mức độ thiếu máu: đánh giá và phân loại theo WHO [5]. Định nghĩa về thiếu máu ở phụ nữ có thai của Tổ chức Y tế Thế giới là khi  $Hb < 110$  g/L; Thiếu máu nhẹ:  $Hb = 100 - 109$  g/L; Thiếu máu trung bình:  $Hb = 70 - 99$  g/L; Thiếu máu nặng:  $Hb < 70$  g/L.

$MCV < 80$  fl: kích thước HC nhỏ;  $MCV = 80-100$  fl: kích thước HC bình thường;  $MCV > 100$  fl: kích thước HC to; (ii) Nồng độ huyết sắc tố trung bình hồng cầu (MCHC):  $MCHC < 320$  g/L: HC nhược sắc;  $MCHC = 320 - 360$  g/L: HC đẳng sắc (bình sắc).

Phân loại đặc điểm thiếu máu [6]: (i) Thể tích trung bình hồng cầu (MCV):

## 2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Tài liệu tham khảo được quản lý bằng phần mềm Zotero. Số liệu được nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 20.0. Biến số định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ %; biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn. Sử dụng test Khi bình phương ( $\chi^2$ ) để so sánh tỷ lệ thiếu máu giữa các nhóm. Mô hình hồi quy logistic đơn biến được sử dụng để xác định mối liên quan giữa từng yếu tố với tình trạng thiếu máu; sau

đó tất cả các yếu tố được đưa đồng thời vào mô hình hồi quy logistic đa biến để hiệu chỉnh cho các yếu tố nhiễu. Kết quả được trình bày dưới dạng tỷ suất chênh (OR), khoảng tin cậy 95% (95%CI) và giá trị p. Hiện tượng đa cộng tuyến giữa các biến độc lập được kiểm tra bằng hệ số phóng đại phương sai (VIF); ngưỡng VIF < 5 được coi là chấp nhận được. Sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

## 2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện

Đa khoa Bảo Thắng thông qua.

## III. KẾT QUẢ

**Bảng 1.** Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

| Đặc điểm         | n                                 | Tỷ lệ (%)                        |
|------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| Tuổi của sản phụ | < 18 tuổi                         | 10,8                             |
|                  | 18 – 35 tuổi                      | 83,8                             |
|                  | > 35 tuổi                         | 5,4                              |
|                  | Tuổi trung bình: $24,12 \pm 6,15$ | - Nhỏ nhất: 13<br>- Lớn nhất: 46 |
| Trình độ học vấn | Không biết chữ                    | 5,6                              |
|                  | cấp I/II                          | 44,8                             |
|                  | cấp III                           | 39,8                             |
|                  | Trung cấp/Cao đẳng                | 6,3                              |
|                  | Đại học                           | 3,5                              |
| Dân tộc          | Kinh                              | 9,6                              |
|                  | Mông                              | 37,1                             |
|                  | Khác                              | 53,3                             |
| Tổng             | 852                               | 100                              |

Theo bảng 1, tuổi trung bình của sản phụ là  $24,12 \pm 6,15$  tuổi. Phần lớn đối tượng nằm trong độ tuổi từ 18 – 35 tuổi (83,8%), tuy nhiên tỷ lệ mang thai < 18 tuổi chiếm tới 10,8%, với trường hợp nhỏ nhất mới 13 tuổi. Gần một nửa số

sản phụ (44,8%) chỉ đạt trình độ cấp I/II và có tới 5,6% không biết chữ. Quần thể nghiên cứu chủ yếu là người dân tộc thiểu số (90,4%), trong đó người Mông chiếm 37,1% và các dân tộc thiểu số khác chiếm 53,3%.

**Bảng 2.** Phân bố mức độ thiếu máu theo thể thiếu máu của đối tượng nghiên cứu, n (%)

| Mức độ thiếu máu     | Bình sắc HC bình thường | Bình sắc HC nhỏ | Nhược sắc HC nhỏ | Nhược sắc HC bình thường | Tổng       |
|----------------------|-------------------------|-----------------|------------------|--------------------------|------------|
| Không thiếu máu      | 481 (56,5)              | 56 (6,6)        | 59 (6,9)         | 13 (1,5)                 | 609 (71,5) |
| Thiếu máu nhẹ        | 61 (7,2)                | 28 (3,3)        | 50 (5,9)         | 11 (1,3)                 | 150 (17,6) |
| Thiếu máu trung bình | 14 (1,6)                | 12 (1,4)        | 63 (7,4)         | 3 (0,4)                  | 92 (10,8)  |
| Thiếu máu nặng       | 0 (0,0)                 | 0 (0,0)         | 1 (0,1)          | 0 (0,0)                  | 1 (0,1)    |
| Tổng                 | 556 (65,3)              | 96 (11,3)       | 173 (20,3)       | 27 (3,2)                 | 852 (100)  |

Tỷ lệ thai phụ thiếu máu chiếm 28,52%. Theo Bảng 2, chủ yếu thiếu máu mức độ nhẹ và trung bình (17,6% và 10,8%), với thể nhược sắc hồng cầu nhỏ chiếm ưu thế trong nhóm thiếu máu (46,9%).

**Bảng 3.** Phân tích một số yếu tố liên quan đến thiếu máu ở đối tượng nghiên cứu

| Yếu tố                     | Thiếu máu  | Không thiếu máu | OR (95%CI)         | p       |
|----------------------------|------------|-----------------|--------------------|---------|
| Tuổi mẹ                    |            |                 |                    |         |
| < 18 tuổi                  | 37 (40,2)  | 55 (59,8)       | 1,81 (1,16 – 2,83) | 0,009   |
| ≥ 18 tuổi                  | 206 (27,1) | 554 (72,9)      | 1                  |         |
| Trình độ học vấn           |            |                 |                    |         |
| Từ cấp II trở xuống        | 152 (35,3) | 278 (64,7)      | 1,99 (1,47 – 2,70) | < 0,001 |
| Từ cấp III trở lên         | 91 (21,6)  | 331 (78,4)      | 1                  |         |
| Dân tộc                    |            |                 |                    |         |
| Dân tộc thiểu số           | 235 (30,5) | 535 (69,5)      | 4,06 (1,93 – 8,56) | < 0,001 |
| Kinh                       | 8 (9,8)    | 74 (90,2)       | 1                  |         |
| Nghề nghiệp                |            |                 |                    |         |
| Nông dân/lao động chân tay | 135 (30,5) | 308 (69,5)      | 1,22 (0,91 – 1,65) | 0,189   |
| Nghề khác                  | 108 (26,4) | 301 (73,6)      | 1                  |         |
| BMI trước mang thai        |            |                 |                    |         |
| < 18,5                     | 65 (32,2)  | 137 (67,8)      | 1,26 (0,89 – 1,77) | 0,188   |
| ≥ 18,5                     | 178 (27,4) | 472 (72,6)      | 1                  |         |
| Số lần mang thai           |            |                 |                    |         |
| Từ lần thứ 3 trở lên       | 69 (25,0)  | 207 (75,0)      | 0,77 (0,56 – 1,07) | 0,116   |
| Lần 1 – 2                  | 174 (30,2) | 402 (69,8)      | 1                  |         |

| Yếu tố                    | Thiếu máu  | Không thiếu máu | OR (95%CI)          | p       |
|---------------------------|------------|-----------------|---------------------|---------|
| Tiền sử bệnh lý mạn tính  |            |                 |                     |         |
| Có                        | 48 (32,9)  | 98 (67,1)       | 1,28 (0,88 – 1,88)  | 0,201   |
| Không                     | 195 (27,6) | 511 (72,4)      | 1                   |         |
| Bổ sung sắt trong thai kỳ |            |                 |                     |         |
| Không/không thường xuyên  | 224 (36,4) | 392 (63,6)      | 6,53 (3,97 – 10,73) | < 0,001 |
| Thường xuyên              | 19 (8,1)   | 217 (91,9)      | 1                   |         |

Theo Bảng 3, phân tích đơn biến cho thấy thiếu máu liên quan với tuổi mẹ < 18, học vấn thấp, dân tộc thiểu số và nhất là không/không thường xuyên bổ sung

sắt, trong khi nghề nghiệp, BMI, số lần mang thai và bệnh lý mạn tính không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 4.** Phân tích hồi quy logistic đa biến một số yếu tố liên quan đến thiếu máu ở đối tượng nghiên cứu

| Yếu tố                                    | OR hiệu chỉnh (95%CI) | p      |
|-------------------------------------------|-----------------------|--------|
| Tuổi mẹ < 18                              | 1,29 (0,75 – 2,24)    | 0,362  |
| Học vấn từ cấp II trở xuống               | 0,98 (0,67 – 1,42)    | 0,896  |
| Dân tộc thiểu số                          | 1,42 (0,62 – 3,26)    | 0,412  |
| Nông dân, lao động chân tay               | 0,87 (0,62 – 1,23)    | 0,438  |
| BMI trước mang thai < 18,5                | 0,89 (0,59 – 1,33)    | 0,569  |
| Mang thai từ lần thứ 3 trở lên            | 0,84 (0,58 – 1,24)    | 0,388  |
| Có tiền sử bệnh lý mạn tính               | 1,68 (1,10 – 2,57)    | 0,016  |
| Không hoặc không thường xuyên bổ sung sắt | 6,30 (3,56 – 11,16)   | <0,001 |

Theo Bảng 4, sau khi hiệu chỉnh đồng thời cho tất cả các yếu tố, chỉ còn ba yếu tố liên quan độc lập với tình trạng thiếu máu: không hoặc không thường xuyên bổ sung sắt trong thai kỳ (OR hiệu chỉnh = 6,30; 95%CI: 3,56 – 11,16;  $p < 0,001$ ), có tiền sử bệnh lý mạn tính (OR hiệu

chỉnh = 1,68; 95%CI: 1,10 – 2,57;  $p = 0,016$ ). Các yếu tố tuổi mẹ, trình độ học vấn và dân tộc không còn ý nghĩa thống kê sau hiệu chỉnh. Hệ số VIF của tất cả các biến độc lập đều < 2, cho thấy không có hiện tượng đa cộng tuyến đáng kể trong mô hình.

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Tỷ lệ và đặc điểm thiếu máu ở sản phụ đến sinh

Kết quả nghiên cứu trên 852 phụ nữ đến sinh cho thấy tỷ lệ thiếu máu chung

là 28,52%. Khi đối chiếu với các nghiên cứu khác trong nước, tỷ lệ này cao hơn

đáng kể so với kết quả tại các bệnh viện tuyến trung ương hoặc khu vực đô thị lớn. Cụ thể, nghiên cứu của Lê Thị Huyền và cộng sự (2021) tại Bệnh viện Hùng Vương ghi nhận tỷ lệ thiếu máu là 14,1%; trong khi nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Liễu (2023) tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương (Hà Nội) là 12,67% [7,8]. Sự khác biệt lớn này có thể được lý giải chủ yếu bởi đặc điểm nhân khẩu học của quần thể nghiên cứu. Mẫu nghiên cứu của chúng tôi tập trung vào nhóm đối tượng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc thù, với 90,4% là người dân tộc thiểu số (trong đó dân tộc Mông chiếm tới 37,1%). Những đối tượng này sinh sống tại các khu vực có điều kiện khó khăn, việc tiếp cận dịch vụ y tế và kiến thức chăm sóc dinh dưỡng thai kỳ còn nhiều hạn chế. Điều này hoàn toàn tương đồng với nghiên cứu của Ninh Văn Dương và cộng sự (2025) thực hiện trên nhóm PNMT người dân tộc thiểu số tại huyện Phú Bình, tỉnh Thái Nguyên, cũng ghi nhận tỷ lệ thiếu máu ở mức tương đối cao là 20,1% [4]. Kết quả này nhấn mạnh rằng yếu tố vùng miền, dân tộc và điều kiện kinh tế - xã hội có ảnh hưởng sâu sắc đến tình trạng dinh dưỡng trong thai kỳ.

Về mức độ và thể thiếu máu, đa số sản phụ thiếu máu ở mức độ nhẹ (17,6%) và trung bình (10,8%), chỉ có 0,1% thiếu

máu nặng; phân bố này phù hợp với xu hướng chung được Ninh Văn Dương báo cáo (15,8% thiếu máu nhẹ, 4,0% thiếu máu trung bình) [4]. Khi phân tích đồng thời mức độ và thể thiếu máu, tổ hợp thường gặp nhất là thiếu máu trung bình kèm nhược sắc hồng cầu nhỏ (7,4%), tiếp đến là thiếu máu nhẹ kèm bình sắc hồng cầu bình thường (7,2%) và thiếu máu nhẹ kèm nhược sắc hồng cầu nhỏ (5,9%). Nói cách khác, mức độ thiếu máu càng nặng thì tỷ trọng thể nhược sắc hồng cầu nhỏ càng cao. Thể nhược sắc hồng cầu nhỏ gợi ý tình trạng thiếu máu thiếu sắt hoặc mang gen bệnh lý thalassemia – một rối loạn di truyền phổ biến ở đồng bào dân tộc thiểu số khu vực miền núi; ngoài ra hồng cầu nhỏ còn có thể gặp trong thiếu máu do bệnh mạn tính, ngộ độc chì hoặc rối loạn chuyển hóa sắt khác. Do nghiên cứu không thực hiện định lượng sắt huyết thanh, ferritin và điện di huyết sắc tố, chúng tôi không thể khẳng định nguyên nhân của các trường hợp thiếu máu này mà chỉ mô tả hình thái hồng cầu. Tỷ lệ thể nhược sắc hồng cầu nhỏ trong nghiên cứu của chúng tôi (20,3%) tương đồng với kết quả của Ninh Văn Dương (20,8%), trong khi tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, nhóm thiếu máu hồng cầu nhỏ chiếm 27,27% và có tới 18,18% là hồng cầu to (thường do thiếu acid folic hoặc vitamin B12) [8].

#### 4.2. Các yếu tố liên quan đến tình trạng thiếu máu

*Tuổi, trình độ học vấn và dân tộc:*

Trong phân tích đơn biến, chúng tôi ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thiếu máu với tuổi mẹ dưới 18, trình độ học vấn thấp và dân tộc thiểu số ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ mang thai dưới 18 tuổi chiếm tới 10,8% (trường hợp nhỏ nhất mới 13 tuổi) và nhóm này có tỷ lệ thiếu máu cao nhất, lên đến 40,2%. Mang thai

ở tuổi vị thành niên khi cơ thể người mẹ chưa phát triển hoàn thiện, nhu cầu dinh dưỡng cao cộng với kiến thức chăm sóc thai kỳ hạn chế là những yếu tố thuận lợi dẫn đến thiếu hụt vi chất. Tuy nhiên, sau khi đưa đồng thời các yếu tố vào mô hình đa biến, các yếu tố này không còn liên quan độc lập với thiếu máu ( $p > 0,05$ ). Điều này gợi ý rằng ảnh hưởng của tuổi, học vấn và dân tộc lên tình trạng thiếu

máu chủ yếu được trung gian qua hành vi chăm sóc thai nghén, đặc biệt là mức độ tuân thủ bổ sung viên sắt, chứ không phải là ảnh hưởng trực tiếp và độc lập.

#### *Bổ sung sắt và tiền sử bệnh lý:*

Việc tuân thủ bổ sung sắt trong thai kỳ là yếu tố liên quan mạnh nhất và ổn định nhất trong nghiên cứu của chúng tôi. Nhóm không hoặc không thường xuyên bổ sung sắt có tỷ lệ thiếu máu 36,4% so với 8,1% ở nhóm bổ sung thường xuyên, tương ứng OR hiệu chỉnh 6,30 (95%CI: 3,56 – 11,16;  $p < 0,001$ ) sau khi hiệu chỉnh cho tuổi, học vấn, dân tộc, nghề nghiệp, BMI, số lần mang thai và tiền sử bệnh lý. Đây là yếu tố có thể can thiệp được và cần được ưu tiên trong công tác quản lý thai nghén tuyến cơ sở. Tầm quan trọng của dinh dưỡng và vi chất cũng được các tác giả khác khẳng định: Nguyễn Thị Thu Liễu (2023) nhấn mạnh việc tiêu thụ ít sữa và không thường xuyên ăn thực phẩm giàu vitamin B12 làm tăng tỷ lệ thiếu máu [7].

Tiền sử bệnh lý mạn tính không có ý nghĩa trong phân tích đơn biến nhưng trở thành yếu tố liên quan độc lập trong mô hình đa biến (OR hiệu chỉnh = 1,68; 95%CI: 1,10 – 2,57), phù hợp với cơ chế thiếu máu do viêm mạn tính và giảm hấp thu sắt ở các bệnh lý tiêu hóa, thận mạn. Chúng tôi không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa giữa BMI trước mang thai và số lần mang thai với thiếu máu, trong khi nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Thế (2023) tại Bệnh viện Sản – Nhi Trà Vinh chỉ ra tiền sử bệnh tiêu hóa và tiền sử thiếu máu ở lần mang thai trước là các

yếu tố nguy cơ; hoặc nghiên cứu của Lê Thị Huyền cho thấy thai phụ mang thai hoặc sinh con từ lần thứ 3 trở lên có tỷ lệ thiếu máu tăng gấp 1,58 đến 2,3 lần [9]. Sự khác biệt này có thể bắt nguồn từ độ tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu chúng tôi khá trẻ (24,12 tuổi), số lần mang thai và sinh con ít hơn nhóm phụ nữ lớn tuổi ở các nghiên cứu khác.

#### *Hạn chế của nghiên cứu:*

Nghiên cứu có một số hạn chế. Thứ nhất, đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang sử dụng số liệu thứ cấp từ hồ sơ bệnh án tại một bệnh viện tuyến huyện, do đó chỉ cho phép xác định mối liên quan mà không kết luận được quan hệ nhân quả, đồng thời tính đại diện cho toàn bộ phụ nữ mang thai trong cộng đồng còn hạn chế. Thứ hai, nghiên cứu không thực hiện các xét nghiệm sắt huyết thanh, ferritin, vitamin B12, acid folic và điện di huyết sắc tố nên không xác định được nguyên nhân thiếu máu, đặc biệt là không phân biệt được thiếu máu thiếu sắt với người mang gen thalassemia – vấn đề rất phổ biến tại khu vực miền núi phía Bắc. Thứ ba, các thông tin về bổ sung sắt, tiền sử bệnh lý và chế độ dinh dưỡng được ghi nhận lại từ hồ sơ bệnh án dựa trên lời khai của sản phụ nên có thể có sai sót nhớ lại và sai sót thông tin. Thứ tư, dân tộc được ghi nhận theo ba nhóm (Kinh, Mông, dân tộc khác) nên chưa mô tả chi tiết được từng dân tộc thiểu số. Những hạn chế này cần được khắc phục trong các nghiên cứu tiếp theo với thiết kế theo dõi dọc và bộ xét nghiệm đầy đủ hơn.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 852 sản phụ đến sinh tại Bệnh viện Đa khoa Bảo Thắng – Lào Cai cho thấy tỷ lệ thiếu máu tương đối cao, chiếm 28,52%, chủ yếu ở mức độ

nhẹ và trung bình; thể bình sắc hồng cầu bình thường và nhược sắc hồng cầu nhỏ chiếm ưu thế. Trong phân tích đơn biến, thiếu máu liên quan với tuổi mẹ dưới 18,

trình độ học vấn thấp và dân tộc thiểu số; sau khi hiệu chỉnh bằng mô hình đa biến, việc không hoặc không thường xuyên bổ sung sắt trong thai kỳ là yếu tố liên quan độc lập và mạnh nhất với tình trạng thiếu máu (OR hiệu chỉnh = 6,30; 95%CI: 3,56

– 11,16), bên cạnh tiền sử bệnh lý mạn tính. Do đây là nghiên cứu cắt ngang và chưa đánh giá được nguyên nhân sinh học của thiếu máu, các mối liên quan này cần được khẳng định thêm trong những nghiên cứu có thiết kế phù hợp hơn.

## Tài liệu tham khảo

1. Balarajan Y, Ramakrishnan U, Ozaltin E, Shankar AH, Subramanian SV. Anaemia in low-income and middle-income countries. *Lancet* (London, England). 2011;378(9809): 2123–2135. doi:10.1016/S0140-6736(10)62304-5.
2. WHO. Prevalence of anaemia in pregnant women (aged 15-49) (%). [https://www.who.int/data/gho/data/indicator/s/indicator-details/GHO/prevalence-of-anaemia-in-pregnant-women-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicator/s/indicator-details/GHO/prevalence-of-anaemia-in-pregnant-women-(-)) [Accessed 2nd March 2025].
3. Smith C, Teng F, Branch E, Chu S, Joseph KS. Maternal and Perinatal Morbidity and Mortality Associated With Anemia in Pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*. 2019;134(6): 1234–1244. doi:10.1097/AOG.0000000000003557.
4. Ninh Văn Dương, Mai Anh Tuấn, Bùi Thị Thu Hương, Trần Thế Hoàng. Đặc điểm thiếu máu ở phụ nữ mang thai người dân tộc thiểu số tại huyện Phú Bình, tỉnh Thái Nguyên năm 2024. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2025;548(2). doi:10.51298/vmj.v548i2.13434.
5. WHO. Haemoglobin Concentrations for the Diagnosis of Anaemia and Assessment of Severity. Vitamin and Mineral Nutrition Information System. 2011;
6. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý huyết học. Hà Nội: Bộ Y tế; 2022.
7. Lê Thị Huyền, Bùi Thị Hoàng Lan. Tỷ lệ thiếu máu và các yếu tố liên quan ở phụ nữ mang thai tới khám tại bệnh viện Hùng Vương năm 2021. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;527: 118–123. doi:10.51298/vmj.v527i2.5861.
8. Nguyễn Thị Thu Liễu, Nguyễn Thị Anh Trúc, Đinh Bích Thủy. 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. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024;534(1). doi:10.51298/vmj.v534i1.8049.
9. Nguyễn Ngọc Thê, Ngô Anh Duy, Trang Thị Hồng Nhung, Nguyễn Thị Phương Yến. Khảo sát một số yếu tố liên quan đến thiếu máu ở phụ nữ mang thai 3 tháng cuối đến khám tại Bệnh viện Sản - Nhi tỉnh Trà Vinh. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;528(2). doi:10.51298/vmj.v528i2.6103.