

- Am J Hematol, 2021. 96(1): p. 145-162.
6. **Tefferi, A., M.R. Litzow, and A. Pardanani**, Long-term outcome of treatment with ruxolitinib in myelofibrosis. *N Engl J Med*, 2011. 365(15): p.1455-7.
7. **Verstovsek, S., et al.**, A double-blind, placebo-controlled trial of ruxolitinib for myelofibrosis. *N Engl J Med*, 2012. 366(9): p. 799-807.
8. **Verstovsek, S., et al.**, Efficacy, safety, and survival with ruxolitinib in patients with myelofibrosis: results of a median 3-year follow-up of COMFORT-I. *Haematologica*, 2015. 100(4): p. 479-88.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ THIẾU MÁU THIẾU SẮT TRONG TKHS Ở SẢN PHỤ CÓ THIẾU MÁU TRƯỚC SANH TẠI BỆNH VIỆN HÙNG VƯƠNG

Quách Hoàng Ân¹, Võ Minh Tuấn¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thiếu máu thiếu sắt (TMTS) khi mang thai là yếu tố tiên lượng mạnh nhất của thiếu máu hậu sản, có thể ảnh hưởng lâu dài đến sức khỏe của bà mẹ và trẻ. Bổ sung sắt bằng đường uống là một phương pháp đơn giản, hiệu quả để cải thiện tình trạng TMTS phụ nữ sau sinh. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ thành công trong điều trị TMTS trong thời kỳ hậu sản (TKHS) sau một tháng điều trị tại bệnh viện Hùng Vương từ tháng 01/2022 – 06/2022. **Phương pháp:** Nghiên cứu giả thực nghiệm dạng nghiên cứu trước - sau điều trị, tiến hành trên 88 sản phụ bị thiếu máu trước sinh không do các bệnh lý di truyền sinh tại bệnh viện Hùng Vương từ tháng 01 đến tháng 06 năm 2022 và được xác định có TMTS trong vòng 48g sau sinh. **Kết quả:** Tỷ lệ thành công trong điều trị TMTS trong TKHS sau một tháng điều trị là 88,6% (KTC 95%: 79,9 – 93,9). Các hình thái lâm sàng của TMTS trong TKHS ở các sản phụ có thiếu máu trước sinh tham gia nghiên cứu là: thiếu máu nhẹ chiếm tỷ lệ 21,6% (KTC 95%: 14,1 – 31,6); thiếu máu trung bình chiếm tỷ lệ 78,4% (KTC 95%: 68,4 – 85,9). Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ thành công trong điều trị TMTS trong TKHS: tuổi mẹ, trình độ học vấn, tăng cân trong thai kỳ, truyền máu sau sinh, khoảng cách sinh, số lần sinh, chỉ số Hb sau sinh trong vòng 48 giờ, số ngày điều trị bổ sung sắt sau sinh. **Kết luận:** Việc bổ sung viên sắt uống có hiệu quả cao trong điều trị TMTS trong TKHS; nên thực hiện xét nghiệm Hemoglobin và định lượng Ferritin huyết thanh thường quy sau sinh cho các sản phụ có thiếu máu trước sinh nhằm bổ sung sắt điều trị kịp thời và phù hợp cho sản phụ.

Từ khóa: Thiếu máu thiếu sắt, Hậu sản, Hemoglobin, Ferritin

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE EFFECTIVE TREATMENT OF POSTPARTUM IRON DEFICIENCY ANEMIA IN WOMEN WITH IRON DEFICIENCY ANEMIA DURING PREGNANCY AT HUNG VUONG HOSPITAL

¹Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Võ Minh Tuấn

Email: vominh tuan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2022

Ngày duyệt bài: 28.10.2022

Background: Iron deficiency anemia during pregnancy is the strongest predictor of postpartum anemia, which can have long-term effects on maternal and infant health. Oral iron supplementation is a simple and effective method to improve the status of iron deficiency anemia postpartum women. **Objective:** Determine the success rate in the treatment of iron deficiency anemia in the postpartum after one month of treatment at Hung Vuong hospital from January to June 2022. **Methods:** Pseudo-experimental study in the form of a before-after treatment study, conducted on 88 pregnant women with antenatal anemia not due to genetic diseases born, and iron deficiency anemia within 48g of birth at Hung Vuong hospital from January to June 2022. **Results:** The success rate in the treatment of iron-deficiency anemia in the postpartum period after one month of treatment was 88.6% (95% CI: 79.9-93.9). The clinical forms of iron deficiency anemia in the postpartum period in pregnant women with antenatal anemia participating in the study were: mild anemia 21.6% (95% CI: 14.1– 31.6); moderate anemia 78.4% (95% CI: 68.4 – 85.9). Factors related to the success rate of iron deficiency anemia treatment in the postpartum period: maternal age, education level, weight gain during pregnancy, postpartum blood transfusion, birth interval, number of births, postpartum Hb index within 48 hours, number of days of postpartum iron supplementation... **Conclusions:** Oral iron supplementation is highly effective in treating iron deficiency anemia in the postpartum period. It is recommended to perform routine hemoglobin test and serum ferritin determination after childbirth for pregnant women with antenatal anemia in order to provide iron for timely and appropriate treatment for pregnant women..

Keywords: Iron-deficiency anemia, Postpartum, Hemoglobin, ferritin

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khi cơ thể không có đủ lượng sắt để tạo ra huyết sắc tố, làm cho hồng cầu bị giảm cả về số lượng lẫn chất lượng dẫn đến tình trạng thiếu máu thiếu sắt. Những bà mẹ có lượng sắt dự trữ thấp vào thời điểm sinh và sau sinh có thể bị mệt mỏi, suy giảm hệ miễn dịch, thay đổi nhận thức và trầm cảm. Những thay đổi trong chức năng cảm xúc và nhận thức của người mẹ có thể ảnh

hưởng đến tương tác của người mẹ với trẻ; tác động tiêu cực đến hành vi và sự phát triển của trẻ [7].

Bổ sung sắt đã được chứng minh là có hiệu quả trong việc tăng nồng độ hemoglobin và bổ sung sắt đã được khuyến nghị như một phương pháp tiếp cận sức khỏe cộng đồng để cải thiện kết quả sức khỏe của bà mẹ và trẻ sơ sinh ở các nhóm tuổi khác nhau [1]. Ngăn ngừa thiếu máu do thiếu sắt cho phụ nữ nói chung, phụ nữ trong giai đoạn hậu sản nói riêng, vẫn còn nhiều khoảng trống. Hiện tại việc bổ sung sắt để phòng ngừa và điều trị thiếu máu do thiếu sắt chủ yếu chỉ tập trung lúc mang thai, còn việc phát hiện và điều trị thiếu máu do thiếu sắt trong TKHS còn bỏ ngõ hoặc chưa được đánh giá điều trị đúng, dẫn đến việc bổ sung sắt với liều không phù hợp, không cải thiện được tình trạng TMTS sau sinh.

Mặc dù phác đồ điều trị TMTS đã có nhưng thường các bác sĩ chưa xem trọng vấn đề này nên không cho y lệnh điều trị và bệnh nhân cũng không tuân thủ tốt việc điều trị thiếu máu. Thực sự, đối với các sản phụ đã có thiếu máu trước sinh, sau khi trải qua cuộc chuyển dạ sinh với lượng máu mất đáng kể, thì liệu tình trạng TMTS của các sản phụ này sẽ tiến triển trầm trọng thêm như thế nào? Việc bổ sung sắt phù hợp theo mức độ thiếu máu ở hậu sản giúp sản phụ cải thiện tình trạng thiếu máu sau sinh như thế nào? Các câu hỏi này vẫn chưa có lời đáp. Tại bệnh viện Hùng Vương chưa có nghiên cứu nào về vấn đề này nên chúng tôi muốn tiến hành nghiên cứu "Đánh giá hiệu quả điều trị TMTS trong TKHS ở sản phụ có thiếu máu trước sanh tại bệnh viện Hùng Vương", với câu hỏi nghiên cứu: Tỷ lệ thành công trong điều trị thiếu máu do thiếu sắt trong TKHS sau một tháng điều trị là bao nhiêu? Mục tiêu nghiên cứu

1. *Xác định tỷ lệ thành công trong điều trị TMTS trong TKHS sau một tháng điều trị tại bệnh viện Hùng Vương.*

2. *Xác định các yếu tố liên quan đến tỷ lệ thành công của phương pháp.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu giả thực nghiệm dạng trước – sau can thiệp.

Dân số nghiên cứu. Tất cả sản phụ bị thiếu máu trước sinh không do các bệnh lý di truyền, đã sinh tại bệnh viện Hùng Vương, đang nằm tại khoa hậu sản, hậu phẫu bệnh viện Hùng Vương và được xác định TMTS hậu sản từ tháng 01 đến tháng 06 năm 2022.

Tiêu chuẩn nhận vào: Sản phụ bị thiếu máu trước sinh không do các bệnh lý di truyền, tình trạng sản khoa ổn định sau sinh 48 giờ, có tình trạng TMTS hậu sản, và chấp nhận phỏng vấn, điều trị, và đồng ý tái khám theo dõi sau điều trị 1 tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ. Không thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu, thiếu máu mức độ nặng, đang dùng thuốc điều trị bệnh mãn tính khác, tâm diéc, tâm thần hay không hiểu ngôn ngữ.

Cỡ mẫu. Công thức tính cỡ mẫu là công thức so sánh 2 trung bình của một nhóm đối tượng trước và sau điều trị:

$$n = (\sigma_1^2 + \sigma_2^2)(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 / \Delta^2$$

Độ lệch của 2 trung bình: $\Delta = \mu_1 - \mu_2 = 0,85$. Giả thiết chỉ số Hb sau can thiệp thay đổi là 0,85 g/dl dựa theo nghiên cứu của tác giả Trần Văn Vũ và Võ Minh Tuấn năm 2018 [3]. $\sigma = 1,7$ (ước lượng tối đa bằng 2 lần của trung bình). Sai lầm loại I: $\alpha = 0,05$. Sai lầm loại II: $\beta = 0,1$. $n = ((1,7)^2 + (1,7)^2)(1,96 + 1,28)^2 / (0,85)^2 = 83,98$. Dự kiến 10% mất dấu nên cần ít nhất 93 đối tượng để đảm bảo năng lực mẫu cho mục tiêu nghiên cứu chính.

Biến số nghiên cứu. Biến số chính: Thành công (hết thiếu máu) khi Hb sau 1 tháng điều trị $\geq 11g/dl$.

Phương pháp nhận bệnh và thu thập số liệu. Từ tháng 1/2022 đến 6/2022, chúng tôi tiến hành nghiên cứu:

- Tại khoa Hậu Sản, Hậu Phẫu và khoa Phụ Nội, chọn các sản phụ sau sinh trong vòng 48 giờ hậu sản có tình trạng sản khoa ổn, xem kết quả xét nghiệm máu gần nhất ở thời điểm trước sinh có trong hồ sơ bệnh án để xác định chọn sản phụ có thiếu máu trước sinh (Hb < 11 g/dl) và thỏa các tiêu chuẩn nhận vào.

- Tư vấn giải thích và thông qua bản đồng thuận.

- Đối tượng nghiên cứu sẽ được lấy máu xét nghiệm tại khoa của mình đang nằm. Xét nghiệm máu bao gồm tổng phân tích tế bào máu, ferritin huyết thanh.

- Nhóm nghiên cứu sẽ thông báo và tư vấn kết quả xét nghiệm, hướng điều trị cho đối tượng ngay trong ngày. Kết quả xét nghiệm máu sau sinh của sản phụ có $7 g/dl \leq Hb < 11g/dl$ và Ferritin < 30 ng/ml là thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán TMTS sau sinh của nghiên cứu.

Phác đồ điều trị TMTS sau sinh của nghiên cứu [1]: _ Nếu TMTS mức độ nhẹ (Hb 10 - 10,9 g/dl), sản phụ sẽ uống 2 viên sắt chia làm 2 lần mỗi ngày (1 viên x 2).

_ Nếu TMTS mức độ trung bình (Hb 7 - 9,9 g/dl), sản phụ sẽ uống 4 viên sắt chia làm 2 lần

mỗi ngày (2 viên x 2).

Mỗi viên sắt chứa 162 mg muối sắt Fumarate tương đương 53 mg sắt nguyên tố và 0,75 mg axit folic. Ngoài việc phát viên thuốc sắt và hướng dẫn dùng thuốc theo phác đồ điều trị, nhóm nghiên cứu còn phát phiếu nhật ký uống thuốc và hướng dẫn sản phụ điền phiếu nhật ký uống thuốc để theo dõi việc sử dụng thuốc và ghi nhận các tác dụng phụ nếu có như buồn nôn, nôn, táo bón, tiêu chảy... Đồng thời, chúng tôi cũng phát tờ rơi "Bổ sung sắt trong thai kỳ" cho sản phụ, và hen 1 tháng sau tái khám.

Tất cả đối tượng nghiên cứu khi đến tái khám sau 01 tháng điều trị bổ sung sắt sẽ được lấy máu làm lại xét nghiệm Tổng phân tích tế bào máu để đánh giá hiệu quả điều trị thiếu máu thông qua sự gia tăng nồng độ Hemoglobin:

- Hết thiếu máu: Nếu nồng độ Hb trở về bình thường (Hb ≥ 11g/dl), đối tượng tiếp tục được tư vấn bổ sung sắt uống ngày 01 viên sắt (khoảng 53mg sắt nguyên tố và 750mcg axit folic) đến hết 03 tháng sau sinh đối với phụ nữ cho con bú.

- Còn thiếu máu: Nếu nồng độ Hb vẫn còn thấp hơn bình thường (Hb < 11g/dl), đối tượng sẽ được tiếp tục điều trị bổ sung sắt theo mức độ thiếu máu dựa vào kết quả Hb này và sẽ tiếp tục tái khám lại sau 01 tháng kèm theo đề nghị khám tầm soát các bệnh lý nội khoa có thể gây thiếu máu.

Kết quả nồng độ Hemoglobin sau 01 tháng điều trị và các tác dụng phụ khi uống sắt sẽ được chúng tôi ghi vào bảng thu thập số liệu.

Sau khi thu thập số liệu, chúng tôi tiến hành tổng hợp, phân tích, xử lý số liệu bằng phần mềm Sata 14.0. Các phép kiểm đều được thực hiện với độ tin cậy 95%.

Nghiên cứu được thông qua bởi Bộ môn Phụ Sản Đại học Y Dược Tp.HCM, Hội Đồng Y Đức bệnh viện Hùng Vương và chấp thuận của Bệnh viện Hùng Vương.

Giấy phép Y đức. Nghiên cứu này được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học bệnh viện Hùng Vương, số 5097/HĐĐĐ-BVHV, ngày 12/11/2021.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi thu thập số liệu từ 88 đối tượng thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu từ tháng 1/2022 đến 6/2022 tại Bệnh viện Hùng Vương.

Bảng 1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu (N=88)

Đặc điểm	Tổng số	Tỷ lệ (%)
----------	---------	-----------

Nhóm tuổi: < 30	51	58,0
30 - <35	19	21,6
≥ 35	18	20,4
Tiền sử nạo, hút, sảy: Không	77	87,5
Có	11	12,5
Số lần sinh: Lần đầu	23	26,1
Lần 2	45	51,1
≥ Lần 3	20	22,7
Thiếu máu khi có thai: Không	56	63,6
Có	32	36,4
Tuổi thai lúc sinh: < 36 tuần	4	4,5
36 – 40 tuần	76	86,4
> 40 tuần	8	9,1
Phương pháp sinh lần này		
Sinh ngã âm đạo	40	45,5
Sinh mổ	48	54,5
Lượng máu mất lúc sinh		
Ít (≤ 300ml)	78	88,6
Trung bình (>300ml và ≤500ml)	9	10,2
Nhiều (> 500 ml)	1	1,2
Truyền máu trước sinh		
Không	87	98,8
Có	1	1,2
Truyền máu sau sinh		
Không	86	97,7
Có	2	2,3
Phân nhóm BMI sau sinh		
Thiếu cân	3	3,4
Trung bình	38	43,2
Thừa cân	23	26,1
Béo phì	24	27,3
Tăng cân trong thai kỳ		
Tăng ít (< 8 kg)	8	9,1
Tăng trung bình (8 – 14 kg)	54	61,4
Tăng nhiều (> 14 kg)	26	29,5

Nhận xét: Mẫu nghiên cứu có phụ nữ dưới 30 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 58,0%.

Đa số mẫu nghiên cứu có BMI bình thường (43,2%), nhẹ cân chiếm tỷ lệ ít nhất 3.4%, và phần lớn sản phụ tăng cân trung bình 61.4%.

Tiền căn sản khoa: sản phụ sinh lần 2 chiếm 51%, không có tiền căn hút, nạo, sảy thai 87,5% Khoảng 2/3 trường hợp ghi nhận không thiếu máu khi mang thai.

Hơn 85% các trường hợp mất máu ít, không cần truyền máu trước và sau sinh.

Hiệu quả thành công của phác đồ. Tỷ lệ hết thiếu máu sau 01 tháng điều trị là 88,6% với [KTC 95% (79,9 – 93,9)].

Các hình thái lâm sàng của TMTS trong TKHS là: thiếu máu nhẹ chiếm tỷ lệ 21,6% (KTC 95%: 14,1 – 31,6); thiếu máu trung bình chiếm tỷ lệ 78,4% (KTC 95%: 68,4 – 85,9).

Bảng 2. Phân tích hồi quy đa biến mô liên

quan giữa các yếu tố với hiệu quả phác đồ

Đặc điểm	PR*	KTC 95%	P*
Chẩn đoán thiếu máu khi mang thai			
Không	1,00		
Có	2,72	0,35 - 21,23	0,339
Tuổi thai lúc sinh			
≤ 40 tuần	1,00		
> 40 tuần	0,89	0,17 - 4,53	0,886
Kiêng ăn trước thai kỳ			
Không	1,00		
Có	0,65	0,08 - 5,11	0,680
Tiền sử thiếu máu ở lần mang thai trước			
Không	1,00		
Có	0,62	0,06-5,97	0,672
Hb trước sinh	0,90	0,77 - 1,04	0,150
Hct trước sinh	1,06	0,62 - 1,82	0,827
MCV trước sinh	1,13	0,91 - 1,41	0,272
MCH trước sinh	0,61	0,27 - 1,40	0,245
Hb sau sinh	0,77	0,70 - 0,85	<0,001
Hct sau sinh	0,71	0,13 - 3,83	0,687
MCV sau sinh	0,93	0,73 - 1,17	0,521
Nhóm tuổi mẹ			
< 30 tuổi	1,00		
≥ 30 tuổi	5,14	1,22 - 21,63	0,026
Trình độ học vấn			
≤ cấp III	1,00		
> cấp III	0,05	0,01 - 0,17	<0,001
Tăng cân trong thai kỳ			
Tăng ít	1,00		
Tăng trung bình	0,13	0,04 - 0,46	0,002
Tăng nhiều	0,31	0,11 - 0,88	0,028
Truyền máu sau sinh			
Không	1,00		
Có	0,23	0,07 - 0,80	0,021
Khoảng cách với lần sinh trước			
≤ 18 tháng	1,00		
> 18 tháng	4,32	1,76 - 10,60	0,001
Số ngày uống viên sắt điều trị sau sinh			
< 23 ngày	1,00		
23 - < 30 ngày	0,08	0,01 - 0,46	0,005
30 ngày	0,01	0,00 - 0,02	<0,001
Số lần sinh			
< 3	1,00		
≥ 3	5,50	1,49 - 20,32	0,011

Nhận xét: Nhằm kiểm soát các yếu tố gây nhiễu, chúng tôi đưa các yếu tố có ý nghĩa trong phân tích đơn biến, các yếu tố có P < 0,25; gồm 18 biến số vào phương trình hồi quy đa biến để tìm ra yếu tố liên quan đến kết quả điều trị TMTS ở TKHS. Các biến số này bao gồm: chẩn đoán

thiếu máu khi mang thai, tuổi thai lúc sinh, kiêng ăn trước thai kỳ, tiền sử thiếu máu ở lần mang thai trước; chỉ số Hb, Hct, MCV, MCH trước sinh; chỉ số Hb, Hct, MCV sau sinh trong vòng 48 giờ, tuổi mẹ, trình độ học vấn, tăng cân trong thai kỳ, truyền máu sau sinh, khoảng cách sinh, số ngày uống viên sắt, số lần sinh.

Sau khi kiểm soát yếu tố gây nhiễu, kết quả phân tích hồi quy đa biến cuối cùng cho thấy có 08 yếu tố liên quan (P* < 0,05):

- Nhóm sản phụ từ 30 tuổi trở lên có tỷ lệ điều trị không thành công cao hơn và gấp 5,14 lần, P* < 0,05.

- Nhóm sản phụ có học vấn trên cấp 3 có tỷ lệ điều trị không thành công thấp hơn 95% so với nhóm có học vấn từ cấp 3 trở xuống, P* < 0,05.

- Nhóm sản phụ tăng cân trung bình và tăng cân nhiều có tỷ lệ điều trị không thành công giảm lần lượt là 87%, 69% so với nhóm tăng cân ít, P* < 0,05.

- Nhóm sản phụ có truyền máu sau sinh có tỷ lệ điều trị không thành công giảm 77% so với nhóm không truyền máu, P* < 0,05.

- Nhóm sản phụ có khoảng cách sinh trên 18 tháng có tỷ lệ điều trị không thành công cao hơn và gấp 4,32 lần so với nhóm có khoảng cách sinh từ 18 tháng trở xuống, P* < 0,05.

- Trong khi đó, nếu như sản phụ uống sắt từ 23 đến dưới 30 ngày, tỷ lệ điều trị không thành công sẽ thấp hơn 92%, nếu như sản phụ uống sắt đủ 30 ngày, tỷ lệ điều trị không thành công sẽ thấp hơn 99%, P* < 0,05.

- Chỉ số Hb sau sinh trong vòng 48 giờ nếu tăng thêm 1 đơn vị thì tỷ lệ điều trị không thành công sẽ giảm đi 23%, P* < 0,05.

- Cuối cùng, những sản phụ có 3 lần sinh trở lên thì tỷ lệ điều trị không thành công sẽ cao hơn và gấp 5,5 lần so với có 2 lần sinh trở xuống, P* < 0,05

Bảng 3. Những tác dụng ngoại ý sau 01 tháng điều trị sắt

Đặc điểm	Tần số (N = 88)	Tỷ lệ (%)
Nôn, buồn nôn khi uống viên sắt		
Không	85	96,6
Có	3	3,4
Chán ăn khi uống viên sắt		
Không	84	95,5
Có	4	4,5
Táo bón khi uống viên sắt		
Không	71	80,7
Có	17	19,3
Tiêu chảy khi uống viên sắt		
Không	86	97,7
Có	2	2,3

Bình thường (không bị tác dụng phụ)		
Không	22	25,0
Có	66	75,0

Nhận xét: Đa số sản phụ không bị tác dụng phụ khi uống thuốc sắt (75%). Tác dụng phụ cao nhất là táo bón 19,3%, còn lại là chán ăn 4,5%, buồn nôn 3,4% và tiêu chảy 2,3%

IV. BÀN LUẬN

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 78/88 trường hợp thành công khi sử dụng phác đồ điều trị sắt, chiếm tỷ lệ 88,6% [79,9 – 93,9]. Tỷ lệ thành công của chúng tôi là 88,6% hơi cao hơn nghiên cứu của tác giả Đặng Thị Hà năm 2010 khi ghi nhận sau 2 tháng sau điều trị là 80,6%, và cao hơn của tác giả Trần Văn Vũ với tỷ lệ thành công là 48,4% [2,3]. Tỷ lệ thành công của chúng tôi cũng tương đương với tỷ lệ hết thiếu máu của nhóm nghiên cứu 84,4% và cao hơn nhóm chứng 66,7% trong nghiên cứu của tác giả Tăng Thường Bản (đánh giá sau 03 tháng điều trị) [4]. Sự khác biệt là do liều điều trị bổ sung sắt cao 200 mg của chúng tôi cho đối tượng TMTS trung bình, còn nghiên cứu của tác giả Đặng Thị Hà dùng liều 100 mg sắt cho tất cả đối tượng. Ngoài ra, các đối tượng nghiên cứu của tác giả Trần Văn Vũ có dự trữ sắt rất thấp ở mức cạn kiệt (tiêu chuẩn nhận vào là Ferritine < 15 ng/ml) nên thời gian điều trị bổ sung sắt để cơ thể hết thiếu máu đòi hỏi phải lâu dài hơn nên sau 01 tháng tỷ lệ thành công thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi.

Trong quá trình 01 tháng uống thuốc sắt điều trị thiếu máu sau sinh thì số liệu nghiên cứu cho thấy: Đa số sản phụ không bị tác dụng phụ khi uống thuốc sắt (75%). Trong các tác dụng phụ mắc phải thì táo bón chiếm tỷ lệ cao nhất (19,3 % sản phụ bị); chán ăn thì có 4,5% sản phụ bị; nôn - buồn nôn thì có 3,4% sản phụ bị; tiêu chảy thì chỉ có 2 sản phụ bị (2,3%). Trong số các sản phụ bị tác dụng phụ thì có 3 sản phụ bị táo bón và chán ăn, có 01 sản phụ bị táo bón và buồn nôn. Trong khi đó nghiên cứu của tác giả Trần Văn Vũ chỉ ghi nhận được hai triệu chứng: tỷ lệ tiêu chảy là 0,3%, tỷ lệ bón là 17% [3]. Theo WHO, ở một số phụ nữ, việc uống bổ sung sắt liên quan đến các tác dụng phụ ảnh hưởng đến hệ tiêu hóa, chẳng hạn như tiêu chảy, táo bón, buồn nôn và nôn [8]. Theo khuyến cáo của Hiệp Hội Huyết học vương quốc Anh, bổ sung sắt liều cao hơn có khả năng làm tăng tác dụng phụ do lượng sắt dư thừa không được hấp thu còn lại trong đường tiêu hóa. Sắt được biết là gây kích ứng dạ dày, buồn nôn và rối loạn

chức năng ruột, ảnh hưởng đến sự tuân thủ. Muối sắt có thể gây kích ứng dạ dày và tới 1/3 số bệnh nhân có thể bị các tác dụng phụ khi uống sắt liều cao tối đa, bao gồm buồn nôn và khó chịu vùng dạ dày [5].

Có 8 yếu tố liên quan đến việc thành công khi sử dụng sắt qua nghiên cứu của chúng tôi. Nhóm sản phụ từ 30 tuổi trở lên có tỷ lệ điều trị không thành công cao hơn và gấp 5,14 lần nhóm sản phụ dưới 30 tuổi. Nhóm sản phụ có học vấn trên cấp 3 có tỷ lệ điều trị không thành công thấp hơn 95% so với nhóm có học vấn từ cấp 3 trở xuống. Nhóm thai phụ tăng cân trung bình và tăng cân nhiều có tỷ lệ điều trị không thành công giảm lần lượt là 87%, 69% so với nhóm tăng cân ít. Nhóm thai phụ có truyền máu sau sinh có tỷ lệ điều trị không thành công giảm 77% so với nhóm không truyền máu. Nhóm thai phụ có khoảng cách sinh trên 18 tháng có tỷ lệ điều trị không thành công cao hơn và gấp 4,32 lần so với nhóm có khoảng cách sinh từ 18 tháng trở xuống. Đối với yếu tố tuân thủ điều trị, nghiên cứu cho thấy số ngày điều trị bổ sung sắt sau sinh có liên quan đến hiệu quả điều trị TMTS sau sinh. Nếu như sản phụ uống sắt từ 23 đến dưới 30 ngày thì tỷ lệ điều trị không thành công sẽ thấp hơn 92% so với nhóm uống sắt dưới 23 ngày. Nếu như sản phụ tuân thủ tốt điều trị, uống sắt đủ 30 ngày, thì tỷ lệ điều trị không thành công sẽ thấp hơn 99% so với sản phụ uống sắt dưới 23 ngày. Chỉ số Hb sau sinh trong vòng 48 giờ nếu tăng thêm 1 đơn vị thì tỷ lệ điều trị không thành công sẽ giảm đi 23%. Yếu tố cuối cùng có mối liên quan đến hiệu quả điều trị nghiên cứu tìm thấy được đó là yếu tố đa sản, cụ thể những sản phụ có 3 lần sinh trở lên thì tỷ lệ điều trị không thành công sẽ cao hơn và gấp 5,5 lần so với có 2 lần sinh trở xuống.

Hạn chế của đề tài: nghiên cứu của chúng tôi bổ sung sắt bằng đường uống nên chỉ nhận vào các đối tượng thiếu máu thiếu sắt sau sinh mức độ nhẹ hoặc trung bình. Mẫu nghiên cứu được chọn từ những sản phụ đến sinh tại bệnh viện Hùng Vương, là một bệnh viện chuyên khoa hạng 1 tuyến trung ương ở thành phố Hồ Chí Minh nên có thể chưa phản ánh đúng với thực tế trong cộng đồng. Thiết kế nghiên cứu là không có nhóm chứng, do đó mối quan hệ nhân quả sẽ không được xác định sau khi kết thúc thử nghiệm. Mặt khác, vì không có nhóm chứng nên mức độ chứng cứ của nghiên cứu cũng không cao [6].

Điểm mới của nghiên cứu: Nghiên cứu của chúng tôi đã cung cấp thêm một bộ số liệu mới về tình trạng TMTS của những sản phụ sinh tại

bệnh viện Hùng Vương, cũng như hiệu quả của việc bổ sung sắt để điều trị TMTS sau sinh. Đây là một nghiên cứu mới rất ít được thực hiện tại Việt Nam và trên thế giới. Với thời gian điều trị 01 tháng, tỷ lệ thành công trong điều trị TMTS ở TKHS của nghiên cứu là 88,6%. Điều này cho thấy phác đồ sử dụng viên sắt đường uống để điều trị TMTS là rất có hiệu quả. Tuy nhiên nghiên cứu chỉ trong thời gian 01 tháng còn ngắn, do đó cần có một nghiên cứu thời gian điều trị dài hơn khoảng 03 – 06 tháng mới có thể đánh giá hiệu quả cải thiện dự trữ sắt sau khi đã cải thiện tình trạng thiếu máu. Đây cũng có thể là một hướng mở để chúng tôi có thể tiến hành những nghiên cứu tiếp theo trong tương lai.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thành công trong điều trị TMTS trong TKHS sau một tháng điều trị là 88,6% (KTC 95%: 79,9 – 93,9). Các tác dụng phụ thường xảy ra ít, thường tự giới hạn và không cần can thiệp y tế chuyên sâu. Xác định có mối liên quan giữa tuổi mẹ, trình độ học vấn, tăng cân trong thai kỳ, truyền máu sau sinh, khoảng cách sinh, số lần sinh, chỉ số Hb sau sinh trong vòng 48 giờ, số ngày điều trị bổ sung sắt sau sinh với sự thành công của phác đồ. Việc bổ sung viên sắt uống có hiệu quả cao trong điều trị TMTS trong TKHS. Các khoa hậu sản hậu phẫu nên thực hiện xét

NGHIỆM Hemoglobin và định lượng Ferritin huyết thanh thường quy sau sinh cho các sản phụ có thiếu máu trước sinh nhằm bổ sung sắt điều trị kịp thời và phù hợp cho sản phụ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **BỘ Y TẾ.** Thiếu máu và thai nghén. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa. 2015:54-55.
2. **Đặng Thị Hà.** Tầm soát thiếu máu thiếu sắt trong thai kỳ tại thành phố Hồ Chí Minh. Luận án tiến sĩ y học. Đại học Y Dược TPHCM. 2000:35-85.
3. **Trần Văn Vũ, Võ Minh Tuấn.** Tỷ lệ thiếu máu thiếu sắt ở phụ nữ mang thai 3 tháng đầu tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Thuận. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh. 2019;23(2):56-61.
4. **Tăng Thường Bản, Nguyễn Duy Tài.** Đánh giá hiệu quả điều trị thiếu máu thiếu sắt trong thai kỳ tại bệnh viện Hùng Vương TP. Hồ Chí Minh. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh. 2015;19(1):79-86.
5. **Pavord S, Daru J, Prasannan N et al.** UK guidelines on the management of iron deficiency in pregnancy. British Journal of Haematology. 2020;188:819–830.
6. **Robson LS, Shannon HS, Goldenhar LM, Hale RA.** Quasi-experimental and experimental designs: more powerful evaluation designs. Institute for Work & Health. 2001;Chapter 4:29-42
7. **WHO.** Iron deficiency anaemia; assessment; prevention; and control. A guide for programme managers. Geneva, World Health Organization. 2001:33 – 56.
8. **WHO.** Guideline: Iron Supplementation in postpartum women. Geneva, World Health Organization. 2016.

RỐI LOẠN ĐƯỜNG HUYẾT VÀ TIỀN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TRÊN NGƯỜI CAO TUỔI MẮC BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP

Tô Văn Tuấn¹, Đào Nguyễn Thắng², Nguyễn Thượng Lễ², Nguyễn Thượng Nghĩa³

TÓM TẮT

Mở đầu: Tiền đái tháo đường được xem là giai đoạn trung gian dẫn tới bệnh đái tháo đường⁽²⁾. Người cao tuổi tăng huyết áp có kèm bệnh đái tháo đường, tiền đái tháo đường gây gia tăng nguy cơ biến chứng tim mạch và tỷ lệ tử vong⁽⁶⁾. Dữ liệu khoa học về tiền đái tháo đường ở người cao tuổi tăng huyết áp tại y tế cơ sở còn thiếu. Vì thế, chúng tôi tiến hành nghiên

cứu khảo sát tỷ lệ tiền đái tháo đường và một số yếu tố nguy cơ trên người cao tuổi bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại khoa khám của bệnh viện quận 1 TP Hồ Chí Minh. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ tiền đái tháo đường, đái tháo đường và một số yếu tố nguy cơ trên người cao tuổi tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại khoa phòng khám của bệnh viện quận 1, Thành Phố Hồ Chí Minh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp nghiên cứu là mô tả cắt ngang trên dân số bệnh nhân cao tuổi (≥ 60 tuổi) đang điều trị tăng huyết áp hoặc có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán tăng huyết áp, chưa từng được chẩn đoán mắc đái tháo đường típ 2, đang theo dõi và điều trị ngoại trú tại bệnh viện Quận 1 TPHCM. **Kết quả:** Từ tháng 09/2020 đến tháng 06/2021 trong đó có 361 trường hợp thỏa tiêu chuẩn nhận vào nghiên cứu. Tỷ lệ đái tháo đường mới mắc là 11%, và tỷ lệ tiền đái tháo đường 25,8%. Tiền sử gia đình có bệnh đái tháo đường, tình trạng giảm vận động thể lực là hai yếu tố

¹Bệnh viện Quận 1

²Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

³Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thượng Nghĩa

Email: nghia2000@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.10.2022

Ngày duyệt bài: 27.10.2022