

# TÌNH HÌNH THIẾU MÁU THIẾU SẮT TRONG QUÝ HAI CỦA THAI KỲ VÀ HIỆU QUẢ CỦA ĐIỀU TRỊ HỖ TRỢ

Nguyễn Thị Lê, Trương Quang Vinh  
 Bộ môn Phụ Sản, Trường Đại học Y Dược Huế

## Tóm tắt

**Mục tiêu:** 1. Xác định tỷ lệ thiếu máu thiếu sắt và một số yếu tố liên quan gây thiếu máu thiếu sắt trong quý hai thai kỳ. 2. Đánh giá hiệu quả của điều trị thiếu máu thiếu sắt trong quý hai thai kỳ. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang và theo dõi dọc trên 347 phụ nữ mang thai tuổi thai từ 13 đến 26 tuần (theo kinh cuối cùng hoặc siêu âm) đến khám thai tại Phòng Khám Khoa Phụ sản BV Trung ương Huế. **Đối tượng** được phỏng vấn theo phiếu thu thập số liệu, lấy máu xét nghiệm Hb, ferritin. **Chẩn đoán, phân loại và điều trị** cho những thai phụ thiếu máu thiếu sắt: mức độ nhẹ ( $10\text{g/dl} \leq \text{Hb} < 11\text{g/dl}$ ) điều trị 120mg sắt/ngày và mức độ trung bình ( $7\text{g/dl} \leq \text{Hb} < 10\text{g/dl}$ ) điều trị 180mg sắt/ngày. **Tái khám** sau 4 tuần nhóm thiếu máu thiếu sắt để đánh giá hiệu quả điều trị. **Kết quả:** Tỷ lệ thiếu máu, thiếu máu thiếu sắt trong quý 2 thai kỳ lần lượt là 34%; 17,3%. Các yếu tố liên quan thiếu máu thiếu sắt trong thai kỳ: tuổi mẹ >35 tuổi nguy cơ thiếu máu thiếu sắt tăng gấp 2,5 lần nhóm 20-35 tuổi; sinh 1 lần trở lên nguy cơ thiếu máu thiếu sắt tăng gấp 4,9 lần so với sinh dưới 2 lần; tiền sử bỏ thai nguy cơ thiếu máu thiếu sắt tăng gấp 2,2 lần so với chưa bỏ thai lần nào; tình trạng dinh dưỡng đủ 4 nhóm thực phẩm và uống viên sắt trong thai kỳ giúp giảm nguy cơ thiếu máu thiếu sắt. **Điều trị viên sắt đường uống** sau 4 tuần: hemoglobin tăng 1,36 g/dl; ferritin tăng 2,15 ng/ml; tỷ lệ thiếu máu thiếu sắt sau điều trị là 8,4%, tương quan thuận chặt chẽ giữa trước và sau điều trị viên sắt qua 2 phương trình hồi quy nồng độ hemoglobin và ferritin: Nồng độ hemoglobin:  $y=1,051x + 0,867$ , hệ số tương quan  $R=0,79$ . Nồng độ ferritin:  $y=0,798x + 4,265$ , hệ số tương quan  $R=0,67$ . **Kết luận:** Thiếu máu trong quý 2 thai kỳ tại Bệnh viện Trung ương Huế mà đa phần là thiếu máu thiếu sắt vẫn còn chiếm tỷ lệ khá cao. Các yếu tố liên

quan gây thiếu máu thiếu sắt là tuổi mẹ >35 tuổi lúc mang thai, có tiền sử bỏ thai, sinh con trên 2 lần. Chế độ ăn đầy đủ chất dinh dưỡng và uống viên sắt trong quá trình mang thai làm giảm nguy cơ thiếu máu thiếu sắt.

## Abstract

### IRON DEFICIENCY ANEMIA STATUS OF PREGNANT WOMEN IN THE SECOND TRIMESTER AND THE EFFICIENCY OF TREATMENT

**Objectives:** 1. to identify prevalence of iron deficiency anemia (IDA) and related factors to iron deficiency anemia in the second trimester. 2. To evaluate the efficiency of treatment. **Materials & methods:** A cross sectional survey was conducted in 347 pregnant women between 13 and 26 weeks of gestation going to Obs&Gyn Department of Hue Center Hospital. A prepared questionnaire was used to interview information on socio-economic, iron supplement. Subjects were scaled, collected fasting blood to analyze Hb, ferritin. A treatment was used to iron deficiency pregnant women: 120mg Fe/day for the mild type ( $10\text{g/dl} \leq \text{Hb} < 11\text{g/dl}$ ) and 180mg Fe/day for the moderate anemia ( $7\text{g/dl} \leq \text{Hb} < 10\text{g/dl}$ ). To return for evaluation 4 weeks after iron treatment. **Results:** The prevalence of anemia, IDA in the second trimester was 34% and 17.3% respectively. Pregnant women with age >35, multigravidas ( $\geq 2$  times) and abortion before are significantly associated with increased risk of IDA. Intake of iron supplements and adequate nutrient dietary was protective against IDA. After 4 weeks treatment with oral iron, Hb and ferritin were risen 1.36 g/dl; 2.15 ng/ml correspondingly. The prevalence of IDA was declined 8.4%. **Conclusions:** IDA is a public health problem in pregnant women in Hue. Early iron supplement in the 1st trimester might increase Hb & ferritin in the 2<sup>nd</sup> and the 3<sup>rd</sup> trimester.

## Đặt vấn đề

Thiếu máu trong thai kỳ là vấn đề sức khỏe được quan tâm trên thế giới, trong đó thiếu máu thiếu sắt là một nguyên nhân thường gặp nhất do thiếu dinh dưỡng ở những nước đang phát triển và thậm chí ở cả những nước công nghiệp phát triển.

Theo Tổ chức Y Tế Thế giới (WHO: World Health Organization) có 56 triệu phụ nữ mang thai thiếu máu (41,8%), ở các khu vực là châu Mỹ 24,1%, châu Âu 25,1%, Đông Nam Á 48,2%, châu Phi 57,1% [74]. Thiếu máu thiếu sắt làm tăng nguy cơ trẻ chậm phát triển ngay từ trong bụng mẹ, sinh ra nhẹ cân,

sanh non, suy dinh dưỡng, hoặc tử vong chu sinh ở mẹ và con (37,54).

Để kiểm soát tình trạng thiếu máu thiếu sắt, Tổ chức Y tế thế giới đã đề ra những biện pháp như: kiểm soát chế độ ăn, bổ sung viên sắt, kiểm soát tình trạng nhiễm ký sinh trùng đường ruột (giun móc) và sốt rét [71].

Tại Việt Nam, chương trình phòng chống thiếu máu thiếu sắt trong thai kỳ đã được áp dụng từ năm 1995 trên toàn quốc, với hoạt động chủ yếu là bổ sung viên sắt & truyền thông về kiến thức phòng chống thiếu máu cho thai phụ nhưng theo thống kê của Viện dinh dưỡng quốc gia, đến năm 2009 tỷ lệ thiếu máu do thiếu sắt ở phụ nữ mang thai tính trên toàn quốc là 36,5%[4]. Tại Thành phố Hồ Chí Minh, nghiên cứu năm 2000 của Đặng Thị Hà cho thấy tỷ lệ thiếu máu ở phụ nữ mang thai khoảng 38% trong đó 82,6% là thiếu máu do thiếu sắt và đến năm 2010 nghiên cứu của Nguyễn Nhân Thành xác định tỷ lệ thiếu máu thiếu sắt trong thai kỳ là 17,5%[20]. Tại Huế, tần suất phụ nữ có thai thiếu máu năm 2002 là 71,4% và năm 2008 là 60,6% trong đó thiếu máu do thiếu sắt chiếm 85,4% nguyên nhân gây thiếu máu nhược sắc[17], [21]. Tuy nhiên, đến nay vẫn chưa có số liệu cụ thể về tình trạng thiếu máu thiếu sắt của thai phụ tại Huế. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục đích xác định tỷ lệ thiếu máu thiếu sắt, một số yếu tố liên quan gây thiếu máu thiếu sắt và hiệu quả của điều trị thiếu máu thiếu sắt trong quý hai thai kỳ tại Bệnh viện Trung ương Huế.

## Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

### Đối tượng

347 phụ nữ mang thai từ tuần thứ 13 đến tuần thứ 26 của thai kỳ (tính theo siêu âm hoặc kinh cuối cùng đến khám tại Phòng Khám, Khoa Phụ Sản Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 10/2012 đến tháng 6/2013.

### Tiêu chuẩn chọn

- Phụ nữ có thai biết rõ KCC hoặc có siêu âm thai trong 3 tháng đầu thai kỳ, hiện tại thai đang tiến triển.
- Bệnh nhân đồng ý trả lời phỏng vấn theo phiếu thu thập số liệu và lấy máu xét nghiệm.
- Tham gia tái khám sau 4 tuần để đánh giá hiệu quả điều trị với những thai phụ bị TMTS.

### Tiêu chuẩn loại trừ

Mẹ đang mắc các bệnh:

- Tim mạch, bệnh lý gan, bệnh thận
- Đang nhiễm trùng
- Bệnh di truyền về máu

### Tiêu chuẩn chẩn đoán và điều trị

Tình trạng thiếu máu thiếu sắt được xác định khi Hb<11g/dl và Ferritin<12ng/ml. Phân loại thiếu máu theo Hb: nhẹ (10-10,9 g/dl), trung bình (7-9,9 g/dl), nặng (4-6,9 g/dl) và rất nặng (<4 g/dl).

Điều trị TMTS: 120mg sắt/ngày cho thiếu máu nhẹ và 180mg sắt/ngày cho thiếu máu trung bình

### Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang và theo dõi dọc.

Các thai phụ được chọn vào mẫu được phỏng vấn (một số thông tin về kinh tế xã hội tiền sử mắc các bệnh lý-tiền sử sản khoa, chiều cao cân nặng trước mang thai, thói quen ăn uống trong thai kỳ, chế độ dinh dưỡng, bổ sung sắt dựa vào phiếu soạn sẵn), khám thai, đánh giá thiếu máu trên lâm sàng và xét nghiệm (công thức máu và ferritin huyết thanh)

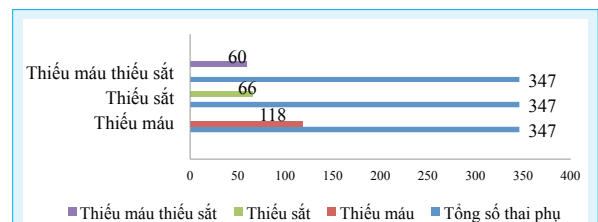
Công thức máu được định lượng bằng phương pháp tán xạ ánh sáng laser (thuốc thử của hãng Abbott, máy phân tích CellDyn 3200). Ferritin được định lượng bằng phương pháp hoá phát quang miễn dịch CMIA (thuốc thử của hãng Abbott, máy Architect i1000SR).

Nhóm thai phụ TMTS được điều trị theo phân loại thiếu máu và tái khám sau 4 tuần đánh giá hiệu quả điều trị trên các triệu chứng cơ năng và xét nghiệm.

### Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu nghiên cứu được lập, quản lý và xử lý bằng phần mềm thống kê Excel 2007 và SPSS 16.0.

## Kết quả



Biểu đồ 1. Tỷ lệ thiếu máu và thiếu máu thiếu sắt

Trong quý hai thai kỳ : tỷ lệ thiếu máu là 34%, TMTS là 17,3%, TMTS chiếm 50,9% tổng số thai phụ thiếu máu.

Có mối liên quan giữa tuổi mang thai và TMTS (với  $\chi^2=7,89$ ,  $p<0,05$ ). (Bảng 1)

Có mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng đủ chất, thói quen uống viên sắt và dùng các chất kích thích (trà, cà phê, bia rượu) trong quá trình mang thai với TMTS. (Bảng 2)

Kết quả cho thấy thai phụ sinh 2 lần trở lên tăng nguy cơ TMTS lên 4,9 lần so với sinh dưới 2 lần. Thai phụ có tiền sử bỏ thai nguy cơ TMTS gấp khoảng 2,2 lần những thai phụ chưa bỏ thai lần nào. (Bảng 3)

**Bảng 1.** Liên quan giữa TMTS và một số yếu tố nhân khẩu xã hội

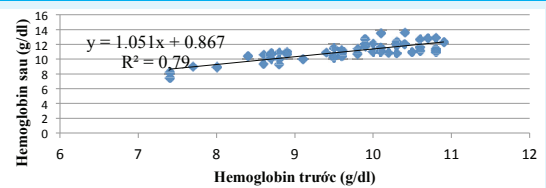
Yếu tố liên quan	Thiếu máu thiếu sắt				p
	Có		Không		
	n	%	N	%	
<b>Tuổi</b>					<0,05
<20	0	0	6	100	
20-35	46	15,5	250	84,5	
>35	14	31,1	31	68,9	
<b>Trình độ học vấn</b>					>0,05
≤ Tiểu học	5	15,6	27	84,4	
Trung học	31	19,3	130	80,7	
Trung cấp-Cao đẳng Đại học-Sau đại học	17 7	16,0 14,6	89 41	84,0 85,4	
<b>Nghề nghiệp</b>					>0,05
Nội trợ	17	17,7	79	82,3	
Lao động chân tay Lao động trí óc	24 19	16,2 18,4	124 84	83,8 81,6	
<b>Nơi ở</b>					>0,05
Nông thôn Thành thị	39 21	17,0 17,8	190 97	83,0 82,2	
<b>Tình trạng kinh tế</b>					>0,05
Nghèo	3	13,6	19	86,4	
Đủ ăn Khá	35 22	16,6 19,3	176 92	83,4 80,7	
<b>Tổng</b>	60		287		

**Bảng 2.** Liên quan giữa các yếu tố thuộc về dinh dưỡng và TMTS

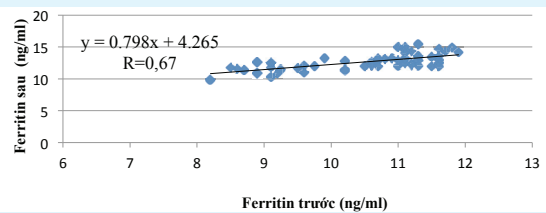
Thói quen ăn uống	Thiếu máu thiếu sắt				p
	Có		Không		
	n	%	N	%	
<b>Trà, cà phê, bia rượu</b>					<0,05
Có dùng Không dùng	15 45	41,7 14,5	21 266	58,3 85,5	
<b>Sữa bổ sung sắt</b>					>0,05
Dùng sữa Không dùng	40 20	17,1 17,7	194 93	82,9 82,3	
<b>Uống viên sắt</b>					<0,05
Có Không	34 26	13,1 29,5	225 62	86,9 70,5	
<b>BMI trước mang thai</b>					>0,05
≤18,5	15	12,9	101	87,1	
18,5-25 ≥25	43 2	19,3 25,0	180 6	80,7 75,0	
<b>Tình trạng ăn uống</b>					>0,05
Nhiều hơn Như trước Ít hơn	23 33 4	14,7 21,0 11,8	133 124 30	85,3 79,0 88,2	
<b>Nghén</b>					
Không nghén Nghén nhẹ Nghén nặng	21 33 6	20,8 16,1 14,6	80 172 35	79,2 83,9 85,4	
<b>Tình trạng dinh dưỡng</b>					<0,05
Đủ 4 nhóm thực phẩm Không đủ	40 20	15,0 24,7	226 61	85,0 75,3	
<b>Tổng</b>	60		287		

**Bảng 3.** Mối liên quan giữa số lần sinh, số lần bỏ thai và TMTS trong thai kỳ

Đặc điểm	Thiếu máu thiếu sắt				OR 95%CI
	Có		Không		
	n	%	N	%	
<b>Số lần sinh</b>					4,86 95%CI=2,64-8,97
≤ 1 lần	34	12,1	248	87,9	
≥ 2 lần	26	40,0	39	60,0	
<b>Số lần bỏ thai</b>					2,16 95%CI=1,22-3,84
0 lần ≥1 lần	34 26	13,8 25,7	212 75	86,2 74,3	



**Biểu đồ 2.** Tương quan giữa nồng độ hemoglobin trước và sau điều trị



**Biểu đồ 3.** Tương quan giữa nồng độ ferritin trước và sau điều trị

## Bàn luận

Tỷ lệ thiếu máu trong quý hai của thai phụ đến khám tại Bệnh viện Trung ương Huế là 34% (Biểu 1). Tỷ lệ này tương đương với số liệu của Viện dinh dưỡng quốc gia thống kê trên toàn quốc, tỷ lệ thiếu máu thai kỳ là 36,5% [1], thấp hơn so với vùng Bạc Liêu (36,7%) [4]. So với các nước trong khu vực thì tỷ lệ nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các nước công nghiệp phát triển là 25,1% [8]; thấp hơn tỷ lệ trung bình chung của các nước khu vực Đông Nam Á (48,2%) và châu Phi (57,1%) [9].

Tỷ lệ thiếu máu thiếu sắt là 17,3 % chiếm 50,9% trong tổng số thiếu máu. So với TP.HCM, Đặng Thị Hà (2000) ghi nhận tỷ lệ TMTS là 82,64% tổng số thai phụ thiếu máu và chiếm 31,5%; đến năm 2007, Võ Thị Thu Nguyệt ghi nhận tỷ lệ TMTS là 17,2% và TMTS chiếm 85,3% trong tổng số thai phụ bị thiếu máu [2], [3]. Tỷ lệ nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu ở Indonesia (46,2%) [6], Thái Lan (37,8% thai phụ bị thiếu máu thiếu sắt và 83,62% là thiếu máu do thiếu sắt) [5] và Ấn Độ (34%) [7].

Các yếu tố liên quan thiếu máu thiếu sắt trong thai kỳ: tuổi mẹ >35 tuổi nguy cơ thiếu máu thiếu

sắt tăng gấp 2,5 lần nhóm 20-35 tuổi, sinh 2 lần trở lên nguy cơ thiếu máu thiếu sắt tăng gấp 4,9 lần so với sinh dưới 2 lần, tiền sử bỏ thai nguy cơ thiếu máu thiếu sắt tăng gấp 2,2 lần so với chưa bỏ thai lần nào, tình trạng dinh dưỡng đủ 4 nhóm thực phẩm và uống viên sắt trong thai kỳ giúp giảm nguy cơ thiếu máu thiếu sắt. Nghiên cứu của các tác giả Đặng Thị Hà, Võ Thị Thu Nguyệt, Phạm Thị Đan Thanh cũng cho kết quả tương tự

Kết quả từ nghiên cứu này cho thấy việc điều trị thiếu máu thiếu sắt bằng viên sắt có hiệu quả (có ý nghĩa thống kê) (Biểu đồ 1-6). Hb và ferritin huyết thanh trước và sau điều trị có tương quan

thuận chặt chẽ. Điều này cho thấy hàm lượng hàm lượng sắt là thích hợp với mức độ thiếu máu trong thai kỳ.

## Kết luận

Tỷ lệ thiếu máu quý hai thai phụ tại Bệnh viện Trung ương năm 2013 là 34%, thiếu máu thiếu sắt trong quý hai là 17,3% chiếm 50,9% tổng số thai phụ thiếu máu. Điều trị 120mg sắt/ngày cho thiếu máu thiếu sắt mức độ nhẹ và 180mg sắt/ngày cho thiếu máu trung bình làm tăng Hb và ferritin lên lần lượt 1,36 g/dl và 2,15 ng/ml. Tỷ lệ thiếu máu thiếu sắt sau điều trị là 8,4%.

## Tài liệu tham khảo

1. Bộ Y tế-Viện dinh dưỡng (2012), "Báo cáo tóm tắt tổng điều tra dinh dưỡng năm 2009-2010", Hà Nội, tr.7.
2. Đặng Thị Hà (2000), Tầm soát thiếu máu thiếu sắt trong thai kỳ tại thành phố Hồ Chí Minh, Luận án Tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, tr.35-85.
3. Võ Thị Thu Nguyệt (2007), Tỷ lệ thiếu máu thiếu sắt trong ba tháng giữa thai kỳ và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đại học Y Dược, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, tr.33-49.
4. Phạm Thị Đan Thanh (2010), Tỷ lệ thiếu máu thiếu sắt ở thai phụ 3 tháng đầu thai kỳ và các yếu tố liên quan tại tỉnh Bạc Liêu, Luận án chuyên khoa II, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, tr.45-67.
5. S. Piamongkol (2006), "The prevalence and determinants of iron deficiency anemia in rural Thai-Muslim pregnant women in Pattani province", Southeast Asian J

Trop Med Public Health, 37(3), pp.553-558.

6. K. Suega, TG. Dharmayuda, IM. Sutarga, et al (2002), "Iron-deficiency anemia in pregnancy women in Bali, Indonesia: a profile of risk factors and epidemiology", Southeast Asian J Trop Med Public Health, 33(3), pp.604-607.

7. LM. Tiwari (2012), "Correlation of haemoglobin and red cell indices with serum ferritin in Indian women in second and third trimester of pregnancy", Medical Journal Armed forces India, 30(1-6).

8. WHO (2008), "Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005: WHO global database on anaemia", Geneva, Switzerland, pp.7-13.

9. M. Y. Yakoob, Z. A. Bhutta (2011), "Effect of routine iron supplementation with or without folic acid on anemia during pregnancy", BMC Public Health, 11(Suppl 3), pp.1-10.