

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của thai phụ thiếu máu chuyển dạ đẻ tại Bệnh viện A Thái Nguyên

Clinical and paraclinical characteristics of anemic pregnant women delivering at Thai Nguyen A Hospital

Hoàng Thị Ngọc Trâm*, Nguyễn Thị Mơ
và Phan Thái Hà

Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả xử trí sản khoa ở thai phụ thiếu máu chuyển dạ đẻ tại Bệnh viện A Thái Nguyên năm 2025. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 395 thai phụ mang đơn thai, tuổi thai ≥ 37 tuần, có nồng độ hemoglobin < 11 g/dL khi nhập viện sinh tại khoa Sản, Bệnh viện A Thái Nguyên từ tháng 01/2025 đến 12/2025. **Kết quả:** Thiếu máu nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất (92,2%), có 95,9% sản phụ được bổ sung sắt trong thai kỳ; các xét nghiệm ferritin và sắt huyết thanh hầu như không được thực hiện. Tỷ lệ mổ lấy thai là 59,4%, chủ yếu do nguyên nhân phía mẹ; đẻ đường âm đạo chiếm 40,6%. **Kết luận:** Thiếu máu thai kỳ chủ yếu ở mức độ nhẹ, dù tỷ lệ bổ sung sắt cao nhưng việc đánh giá dự trữ sắt còn hạn chế. Tỷ lệ mổ lấy thai cao hơn đẻ đường âm đạo.

Từ khóa: Thiếu máu thai kỳ, hemoglobin, bổ sung sắt, mổ lấy thai.

Summary

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics and obstetric outcomes among anemic pregnant women delivering at Thai Nguyen A Hospital in 2025. **Subject and method:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 395 singleton pregnant women at ≥ 37 weeks of gestation with hemoglobin < 11 g/dL at admission for delivery at the Department of Obstetrics, Thai Nguyen A Hospital, from January to December 2025. **Result:** Mild anemia accounted for the majority of cases (92.2%). Iron supplementation during pregnancy was reported in 95.9% of participants; however, serum ferritin and iron tests were rarely performed. The cesarean section rate was 59.4%, predominantly due to maternal indications, while vaginal delivery accounted for 40.6%. **Conclusion:** Anemia in pregnancy was predominantly mild despite high rates of iron supplementation, while assessment of iron stores remained limited. The cesarean section rate was higher than vaginal delivery.

Keywords: Pregnancy anemia, hemoglobin, iron supplementation, cesarean section.

Ngày nhận bài: 27/1/2026, ngày chấp nhận đăng: 5/5/2026

* Tác giả liên hệ: hoangthingoctr@gmail.com - Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu máu trong thai kỳ là một trong những vấn đề sức khỏe thường gặp, đặc biệt tại các nước đang phát triển, trong đó có Việt Nam. Thiếu máu không chỉ ảnh hưởng đến sức khỏe của thai phụ mà còn làm tăng nguy cơ tai biến sản khoa như băng huyết sau sinh, nhiễm trùng hậu sản, suy thai, sinh non và nhẹ cân ở trẻ sơ sinh¹. Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), năm 2023 tỷ lệ thiếu máu toàn cầu là 30,7% ở phụ nữ trong độ tuổi 15-49 tuổi bị thiếu máu, 30,5% phụ nữ không mang thai bị thiếu máu và 35,5% phụ nữ mang thai bị thiếu máu².

Thiếu máu ở người phụ nữ đang mang thai được xác định khi nồng độ Hemoglobin < 11,0g/dL³. Theo Viện Dinh dưỡng Quốc Gia 2014-2015, tỷ lệ thiếu máu ở phụ nữ mang thai là khoảng 32,8%⁴. Theo nghiên cứu của Lê Thị Huyền tại Bệnh viện Hùng Vương năm 2021 cho thấy tỷ lệ thiếu máu ở phụ nữ mang thai là 14,1%⁶.

Việc mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trong nghiên cứu này không chỉ đơn thuần là liệt kê triệu chứng, mà là cơ sở để nhận diện sớm các nhóm nguy cơ cao, đánh giá mức độ nghiêm trọng của tình trạng thiếu máu ngay tại thời điểm chuyển dạ - thời điểm nhạy cảm nhất đối với các tai biến sản khoa. Từ đó, kết quả nghiên cứu sẽ cung cấp bằng chứng thực tế về hiệu quả của các biện pháp xử trí hiện hành, giúp các bác sĩ lâm sàng tối ưu hóa quy trình dự phòng băng huyết sau sinh, quyết định chính xác việc chỉ định truyền máu và các chế phẩm máu, cũng như cải thiện kết cục chăm sóc cho cả mẹ và trẻ sơ sinh tại địa phương. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu: *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả xử trí sản khoa ở thai phụ thiếu máu chuyển dạ tại Bệnh viện A Thái Nguyên năm 2025.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Các thai phụ đẻ tại khoa Sản bệnh viện A Thái Nguyên.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Sản phụ mang đơn thai, tuổi thai từ 37 tuần trở lên, nhập viện đẻ tại Khoa Sản, Bệnh viện A Thái Nguyên.

Có kết quả xét nghiệm công thức máu tại thời điểm nhập viện với nồng độ hemoglobin (Hb) < 11g/dL (thời điểm nhập viện), theo tiêu chuẩn chẩn đoán thiếu máu của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO).

Sản phụ có đầy đủ hồ sơ bệnh án, tỉnh táo, không có rối loạn về cảm xúc hoặc hành vi và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Sản phụ từ chối tham gia nghiên cứu hoặc rút lui trong quá trình nghiên cứu.

Hồ sơ bệnh án không đầy đủ các thông tin cần thiết cho nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành tại Khoa Sản, Bệnh viện A Thái Nguyên từ tháng 01/2025 đến hết tháng 12/2025.

2.3. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, chọn toàn bộ các sản phụ đủ tiêu chuẩn nghiên cứu sinh tại khoa Sản, Bệnh viện A Thái Nguyên trong thời gian nghiên cứu.

Trong thời gian nghiên cứu, nhóm nghiên cứu thu nhận được 395 sản phụ đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn và thu nhận nào nghiên cứu (n = 395).

2.5. Chỉ số nghiên cứu

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, địa chỉ, dân tộc, nghề nghiệp, trình độ học vấn.

Chỉ số BMI trước khi mang thai: Phân loại theo khuyến cáo của WHO.

Đặc điểm sản khoa: Số lần mang thai, số lần sinh, tiền sử sản khoa.

Tình trạng bổ sung sắt trong thai kỳ: Có/không, thời gian và hình thức bổ sung.

Đặc điểm huyết học: Nồng độ Hb, hematocrit và các chỉ số liên quan.

Phương pháp kết thúc thai kỳ.

2.6. Kỹ thuật thu thập số liệu

Số liệu được thu thập thông qua phỏng vấn trực tiếp sản phụ kết hợp với khai thác hồ sơ bệnh án. Các thông tin được ghi nhận vào phiếu thu thập số liệu thống nhất, được thiết kế sẵn cho nghiên cứu.

2.7. Phương pháp xử lý số liệu

Phiếu sau thu thập được nhập liệu, làm sạch bằng phần mềm Microsoft Excel. Số liệu xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 25.0. Các biến định

tính được trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm; các biến định lượng được trình bày bằng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được chấp thuận đạo đức tại quyết định số 222/ĐHYD-HĐĐĐ của Hội đồng Đạo đức Trường Đại học Y - Dược, Đại học Thái Nguyên và được sự đồng ý của Ban lãnh đạo Khoa Sản, Bệnh viện A Thái Nguyên.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

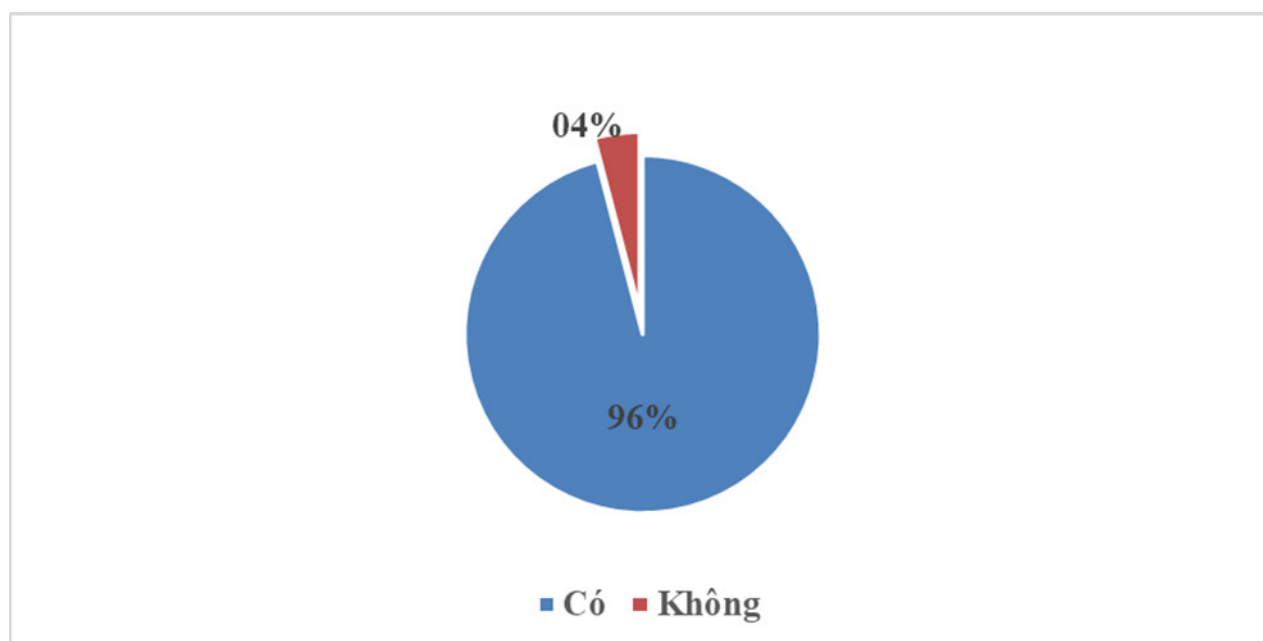
Đặc điểm		Số lượng	Tỉ lệ %
Nhóm tuổi	< 18	5	1,3
	18 - 35	356	90,1
	> 35	34	8,6
	Trung bình (Min - Max)	27,51 $\pm$ 5,8 (15 - 45)	
Dân tộc	Kinh	175	44,3
	Khác	220	55,7
Địa chỉ	Thành thị	100	25,3
	Nông thôn	295	74,7
Nghề nghiệp	Công nhân	131	33,2
	Nông dân	112	28,4
	Kinh doanh/ Buôn bán	37	9,4
	CBCB nhà nước	36	9,1
	Nội trợ	53	13,3
	Không nghề	26	6,6
Trình độ học vấn	Mù chữ	0	0
	THCS	15	3,8
	THPT	306	77,5
	Cao đẳng/ Đại học	74	18,7
Tổng		395	100

Nhận xét: Bệnh nhân thuộc nhóm tuổi từ 18 đến 35 có tỉ lệ cao nhất với 90,1%; người bệnh không phải là dân tộc Kinh chiếm tỉ lệ 55,7%; nơi ở là nông thôn phần lớn với 74,7%. Có 33,2% bệnh nhân là công nhân; trình độ học vấn là trung học phổ thông chiếm 77,5%.

Bảng 2. Đặc điểm sản khoa của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng	Tỉ lệ %	
Số lần mang thai	Lần đầu	130	32,9	
	Lần 2	150	38,0	
	Lần 3 trở lên	115	29,1	
Tiền sử sinh non/ sảy thai	Có	107	27,1	
	Không	288	72,9	
Tiền sử bệnh thiếu máu	Có	13	3,3	
	Không	382	96,7	
Tiền sử bệnh mạn tính	Bệnh thận		1	0,25
	Bệnh gan		5	1,3
	Bệnh tiêu hóa		0	0
	HIV/ARV		6	1,5
	Khác	Tăng huyết áp	4	1,0
		Mang gen/ Bệnh Thalassemia	6	1,5
		Hen phế quản	5	1,25
Không		368	93,2	
Tổng số		395	100	

Nhận xét: Bệnh nhân mang thai lần 2 là 38%; 72,9% sản phụ không có tiền sử sinh non hoặc sảy thai; chỉ có 3,3% bệnh nhân có tiền sử thiếu máu; không mắc bệnh mạn tính phối hợp chiếm phần lớn với tỉ lệ 93,2%.

**Biểu đồ 1. Tỷ lệ bổ sung sắt trong thai kỳ**

Nhận xét: Có 95,9% sản phụ bổ sung sắt trong quá trình mang thai.

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng	Tỉ lệ (%)
Hemoglobin	Thiếu máu nhẹ (Hb 90-110g/L)	364	92,2
	Thiếu máu vừa (Hb 60-89g/L)	31	7,8
Ferritin	Không làm	393	99,5
	Có	2	0,5
Sắt huyết thanh	Không làm	393	99,5
	Có	2	0,5
Tổng		395	100

Nhận xét: Có 92,2% bệnh nhân thiếu máu nhẹ theo phân loại mức độ thiếu máu theo nồng độ Hemoglobin với chỉ số Hemoglobin từ 90 đến 110 g/L. Phần lớn bệnh nhân không làm xét nghiệm định lượng chỉ số Ferritin và sắt huyết thanh với tỉ lệ 99,5%.

Bảng 4. Kết quả xử trí sản khoa của đối tượng nghiên cứu

Phương pháp		Số lượng	Tỉ lệ %
Đẻ đường âm đạo (n = 160)	Có cắt TSM	159	40,3
	Có rạch TSM	1	0,3
Mổ lấy thai (n = 235)	Do mẹ	121	30,6
	Do thai	31	7,8
	Do phần phụ	10	2,5
	Do mẹ + thai	14	3,5
	Do thai + phần phụ	26	6,6
	Do mẹ + phần phụ	33	8,4
Tổng		395	100

Nhận xét: Trong 40,6% bệnh nhân đẻ bằng đường âm đạo, có 40,3% sản phụ có cắt tầng sinh môn. Chỉ định mổ lấy thai nguyên nhân về phía mẹ chiếm tỉ lệ 30,6%.

Bảng 5. Biến chứng sau đẻ

Đặc điểm	Số lượng	Tỉ lệ %
Băng huyết sau sinh	6	1,5
Nhiễm khuẩn	28	7,1
Khác (đờ tử cung, thiếu máu sơ sinh)	4	1,1
Không	357	90,3
Tổng	395	100

Nhận xét: Tỉ lệ sản phụ không có biến chứng sau sinh là 90,3%.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 395 sản phụ đến đẻ tại khoa Sản bệnh viện A Thái Nguyên có chỉ số huyết sắc tố

dưới 110g/L từ khi nhập viện, kết quả tại bảng 1 chỉ ra độ tuổi mang thai từ 18 đến 35 chiếm tỉ lệ cao nhất với 90,1%, trong đó tuổi thấp nhất là 15 và cao nhất 45. Đây là nhóm có nhu cầu sắt cao do mang thai, nếu không được bổ sung đầy đủ sẽ dễ dẫn đến thiếu máu. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu

của Lê Thị Huyền khi tuổi của sản phụ thường gặp ở độ tuổi dưới 35⁶. Sự khác biệt này có thể do khác biệt về đối tượng nghiên cứu. Nhóm > 35 tuổi chiếm 8,6%, tuy ít hơn nhưng có nguy cơ thiếu máu cao hơn do dự trữ sắt giảm và có thể kèm bệnh lý mạn tính.

Nghề nghiệp công nhân chiếm phần lớn với 33,2%, trình độ học vấn trung học phổ thông chiếm 77,5%, kết quả này cao hơn nghiên cứu của Huỳnh Thanh Triều (9,7%) khi nghiên cứu về tỉ lệ thiếu máu thiếu sắt ở phụ nữ mang thai tại Cà Mau⁷. Sự khác biệt này có thể do đặc thù khu vực Thái Nguyên tập trung nhiều khu công nghiệp. Trình độ học vấn phổ thông là thuận lợi cho công tác tư vấn và nâng cao nhận thức về bổ sung vi chất trong thai kỳ.

Về tiền sử sản khoa, tỷ lệ mang thai lần thứ hai chiếm 38%, cao hơn mang thai lần đầu (32,9%), khác với nghiên cứu của Huỳnh Thanh Triều (2022-2023), tỉ lệ sản phụ mang thai lần đầu và lần thứ 2 lần lượt là 48% và 32,9%⁷. Điều này cho thấy một tỷ lệ đáng kể sản phụ đã trải qua ít nhất một lần mang thai trước đó. Việc mang thai liên tiếp có thể làm suy giảm dự trữ sắt nếu không được bổ sung đầy đủ sau lần mang thai trước, góp phần làm tăng nguy cơ thiếu máu trong thai kỳ hiện tại.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ sản phụ có tiền sử sinh non hoặc sảy thai chiếm tới 27,1%, tương đối cao, cho thấy nhóm nghiên cứu có nguy cơ sản khoa đáng kể. Đây là các yếu tố nguy cơ liên quan đến nhiều biến chứng trong thai kỳ như thiếu máu, sinh non tái diễn và rối loạn phát triển thai. Do đó, các trường hợp này cần được theo dõi và quản lý thai kỳ chặt chẽ hơn.

Tỷ lệ tiền sử thiếu máu chỉ chiếm 3,3%, cho thấy đa số các trường hợp thiếu máu xuất hiện trong thai kỳ hiện tại hơn là do tình trạng thiếu máu mạn tính từ trước. Điều này gợi ý rằng các yếu tố liên quan đến thai kỳ như nhu cầu sắt tăng cao, chế độ dinh dưỡng chưa đầy đủ hoặc tuân thủ bổ sung vi chất kém có thể đóng vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh.

Tại Biểu đồ 1, tỉ lệ sản phụ có uống bổ sung viên sắt trong suốt thai kì là 95,9%. Tỷ lệ này tương đối cao, phản ánh sự tuân thủ tốt đối với khuyến cáo bổ

sung sắt - acid folic trong chăm sóc trước sinh, đồng thời cho thấy công tác tư vấn và quản lý thai kỳ tại cơ sở y tế được thực hiện khá hiệu quả.

Tuy nhiên, tỷ lệ thiếu máu vẫn ghi nhận ở nhóm nghiên cứu, cho thấy việc bổ sung sắt chưa đảm bảo hiệu quả tối ưu. Nguyên nhân có thể liên quan đến liều lượng bổ sung chưa phù hợp, thời gian sử dụng chưa đủ, khả năng hấp thu kém hoặc tình trạng không tuân thủ thực sự (quên uống, uống không đều). Ngoài ra, chế độ dinh dưỡng chưa đầy đủ và nhu cầu sắt tăng cao trong thai kỳ cũng có thể góp phần làm giảm hiệu quả dự phòng thiếu máu.

Kết quả này gợi ý cần tăng cường tư vấn không chỉ về việc sử dụng viên sắt mà còn về cách dùng đúng, chế độ dinh dưỡng hợp lý và theo dõi đáp ứng điều trị nhằm nâng cao hiệu quả phòng ngừa thiếu máu trong thai kỳ.

Kết quả tại bảng 3 chỉ ra có 92,2% sản phụ thiếu máu nhẹ với chỉ số huyết sắc tố từ 90 đến 110g/L, cao hơn đáng kể so với nghiên cứu của Mohammadmahdi Karami⁸, tỉ lệ mắc thiếu máu nhẹ trên toàn cầu là 70,8%. Sự khác biệt này có thể xuất phát từ đặc điểm dân số nghiên cứu, điều kiện kinh tế - xã hội, cũng như sự khác biệt về tiêu chuẩn chẩn đoán và thời điểm đánh giá trong thai kỳ. Ngoài ra, tại các nước đang phát triển, tình trạng thiếu vi chất dinh dưỡng, đặc biệt là sắt, vẫn còn phổ biến do chế độ ăn chưa đảm bảo và khả năng hấp thu sắt bị hạn chế. Một điểm đáng chú ý là mặc dù tỷ lệ thai phụ bổ sung sắt cao, tỷ lệ thiếu máu vẫn ở mức cao. Điều này gợi ý rằng việc bổ sung sắt chưa thực sự hiệu quả, có thể do liều lượng chưa phù hợp, tuân thủ chưa đầy đủ, hoặc do các nguyên nhân khác như nhiễm ký sinh trùng, viêm mạn tính, hoặc các bệnh lý huyết học tiềm ẩn.

Đáng chú ý, có tới 99,5% thai phụ trong nghiên cứu không làm xét nghiệm Ferritin hay sắt huyết thanh. Trong khi đó, ferritin huyết thanh được xem là chỉ số có độ nhạy và độ đặc hiệu cao nhất để đánh giá dự trữ sắt và chẩn đoán thiếu máu thiếu sắt. Việc không thực hiện xét nghiệm này khiến cho chẩn đoán nguyên nhân thiếu máu chủ yếu dựa vào hemoglobin, vốn chỉ mang tính chất sàng lọc và không đặc hiệu. Điều này có thể dẫn đến bỏ sót các

trường hợp thiếu sắt tiềm ẩn hoặc nhầm lẫn với các dạng thiếu máu khác. Đây cũng là một hạn chế của nghiên cứu, có thể ảnh hưởng đến khả năng phân loại nguyên nhân thiếu máu.

Trong nghiên cứu, có 2 trường hợp được làm các xét nghiệm do mắc Thalassemia và cần theo dõi truyền máu định kỳ. Điều này phản ánh thực tế lâm sàng rằng các xét nghiệm chuyên sâu thường chỉ được chỉ định khi có bệnh lý rõ ràng, trong khi các trường hợp thiếu máu thường quy lại chưa được tiếp cận đầy đủ với các phương tiện chẩn đoán cần thiết. Tuy nhiên, các khuyến cáo hiện nay nhấn mạnh vai trò của việc đánh giá dự trữ sắt (thông qua ferritin) nhằm phân biệt thiếu máu thiếu sắt với các nguyên nhân khác, từ đó có hướng điều trị phù hợp.

Từ những kết quả trên, có thể thấy cần tăng cường chỉ định xét nghiệm ferritin trong quản lý thai kỳ, đặc biệt ở những thai phụ có nguy cơ cao hoặc không đáp ứng với điều trị bổ sung sắt. Đồng thời, cần nâng cao chất lượng tư vấn về tuân thủ điều trị và dinh dưỡng nhằm cải thiện hiệu quả phòng và điều trị thiếu máu trong thai kỳ.

Tại bảng 4 cho thấy có 59,4% sản phụ mổ lấy thai cao hơn so với đẻ đường âm đạo (40,6%) có sự khác biệt với nghiên cứu của Vũ Đình Nam và cộng sự khi tỷ lệ mổ lấy thai và sinh đường âm đạo của tác giả lần lượt là 65,6% và 34,4%⁹. Sự khác biệt có thể do đặc điểm dân số và chỉ định sản khoa giữa các cơ sở. Trong nhóm mổ lấy thai, nguyên nhân do mẹ chiếm tỷ lệ cao nhất (30,6%). Thiếu máu thai kỳ thường đi kèm với sự giảm dự trữ oxy mô, giảm sức chịu đựng của sản phụ trong chuyển dạ và tăng nguy cơ băng huyết sau sinh, do đó làm tăng xu hướng mổ lấy thai nhằm đảm bảo an toàn cho mẹ và thai. Bên cạnh đó, các trường hợp mổ lấy thai do nguyên nhân phối hợp (mẹ + thai, mẹ + phần phụ) chiếm tỷ lệ đáng kể. Thiếu máu thai kỳ có thể làm nặng thêm các yếu tố nguy cơ như thai chậm phát triển trong tử cung, suy thai hoặc bất thường phần phụ. Ở nhóm đẻ đường âm đạo có tỷ lệ rách tầng sinh môn rất thấp 0,3%, cho thấy đẻ đường âm đạo vẫn là phương pháp an toàn và nên được ưu tiên với các trường hợp thiếu máu nhẹ và không có chống chỉ định sản khoa.

Theo nhiên của WOMAN-2 tại các bệnh viện ở Pakistan, Nigeria, Tanzania và Zambia năm 2023 cho thấy tỷ lệ sản phụ chảy máu sau sinh là 7,0%¹⁰ và tác giả Jan Andreas Klok là 11%¹¹. Kết quả này cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 1,5% sản phụ bị băng huyết sau sinh, phản ánh kết cục cuộc chuyển dạ nhìn chung khá thuận lợi. Tuy nhiên, vẫn có 1 tỷ lệ nhất định sản phụ có nhiễm khuẩn sau sinh (7,1%). Trong nghiên cứu của Brenda Nabawanuka năm 2024 chỉ ra rằng phụ nữ thiếu máu trước và trong mang thai là một trong nhiều yếu tố có thể gây ra nhiễm trùng hậu sản¹².

Những kết quả này nhấn mạnh vai trò của việc sàng lọc và điều trị thiếu máu trước sinh, theo dõi chặt chẽ trong chuyển dạ và tiếp tục bổ sung sắt sau sinh nhằm giảm biến chứng và nhu cầu truyền máu.

V. KẾT LUẬN

Trong 395 thai phụ mắc thiếu máu trong thai kỳ, đa số mức độ nhẹ (92,2%), nhiều khả năng do thiếu sắt nhưng chưa được đánh giá đầy đủ. Thiếu máu thường phát hiện từ quý II, cần theo dõi Hb định kỳ. Đề đường âm đạo an toàn ở trường hợp nhẹ; truyền máu khi thiếu máu nặng và theo dõi chặt trong chuyển dạ, hậu sản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Obeagu GU, Obeagu EI (2025) *Complications of anemia in pregnancy: An updated overview for healthcare professionals*. Medicine 104(35): 44246.
2. Organization WH (2025) *Anaemia in women and children*. Geneva: World Health Organization.
3. Organization WH (2001) *Iron deficiency anaemia: assessment, prevention and control: A guide for programme managers*. Geneva: World Health Organization.
4. Organization WH (2015) *Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity*. Geneva: World Health Organization.
5. Viện Dinh Dưỡng (2015) *Đánh giá tình trạng thiếu máu, thiếu một số vi chất dinh dưỡng của phụ nữ và trẻ em 6-59 tháng tại vùng thành thị, nông thôn và*

- miền núi năm 2014-2015. Báo cáo đề tài nghiên cứu cấp Viện.*
6. Lê Thị Huyền, Bùi Thị Hoàng Lan (2023) *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 527(2).
 7. Huỳnh Thanh Triều, Nguyễn Tấn Đạt, Trần Quang Trung (2024) *Tỷ lệ thiếu máu thiếu sắt và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ mang thai tại huyện cái nước, tỉnh Cà Mau, năm 2022-2023.* Tạp chí Y học Việt Nam 536(2).
 8. Karami M, Chaleshgar M, Salari N, Akbari H, Mohammadi M (2022) *Global Prevalence of Anemia in Pregnant Women: A Comprehensive Systematic Review and Meta-Analysis.* Matern Child Health J 26(7): 1473-1487.
 9. Vũ Đình Nam, Đặng Thị Minh Nguyệt (2025) *Tỷ lệ và kết cục thai kỳ ở những thai phụ thiếu máu tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông năm 2024.* Tạp chí Phụ sản 23(2): 31-36.
 10. *Maternal anaemia and the risk of postpartum haemorrhage: A cohort analysis of data from the WOMAN-2 trial.* Lancet Glob Health 11(8):1249-1259.
 11. Klok JA, Jasny T, Jennewein L, Friedrichson B, Zacharowski K, Neef V (2024) *Maternal anemia and red blood cell requirements in 72 women undergoing ex-utero intrapartum treatment (EXIT) procedure.* Front Med (Lausanne) 11: 1353405.
 12. Nabawanuka B, Asimwe M, Irumba P, Aryampa J, Wasswa G, Muhoozi M et al (2025) *Prevalence and factors associated with puerperal sepsis among postnatal women at a Tertiary Referral Hospital in Western Uganda.* PLoS One 20(8): 0311708.