

thường là các tổn thương có đặc điểm mô học tiến triển, liên quan đến tăng sinh tế bào, bộc lộ HER2 cao hơn và nguy cơ xâm nhập lớn hơn. Riêng nhóm HER2 IHC2+, chiếm 11,4%, phân bố rải rác giữa các nhóm độ mô học. Dù không được khẳng định bằng FISH trong nghiên cứu này, nhóm không xác định có thể ảnh hưởng đến đánh giá phân tầng nguy cơ nếu không được làm rõ bằng kỹ thuật bổ sung. HER2 dương tính trong DCIS không chỉ phản ánh đặc điểm sinh học ác tính hơn mà còn gợi ý nguy cơ tái phát cao, đặc biệt là tái phát tại chỗ sau phẫu thuật bảo tồn. Mặc dù hiện tại chưa có hướng dẫn chuẩn hóa việc sử dụng liệu pháp kháng HER2 trong DCIS, song các nghiên cứu lâm sàng gần đây đang xem xét vai trò của Trastuzumab như một liệu pháp bổ trợ tiềm năng ở nhóm nguy cơ cao.

Chỉ số tăng sinh Ki-67, khi chia theo ngưỡng 20% (phân nhóm cao/thấp), cho thấy sự khác biệt rõ rệt: nhóm DCIS độ cao có tỷ lệ Ki-67 cao lên tới 79,2%, so với 38,2% ở độ trung gian và chỉ 22,9% ở độ thấp ( $p < 0,001$ ). Mỗi liên quan giữa Ki-67 cao với nhóm độ cao đã được khẳng định trong nhiều nghiên cứu gần đây, được xem là một yếu tố nguy cơ độc lập trong DCIS. Việc sử dụng Ki-67 giúp hỗ trợ thêm trong phân tầng DCIS nguy cơ cao, đặc biệt ở nhóm tổn thương hormone âm tính.

## V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 210 trường hợp DCIS cho thấy ER dương tính chiếm 61,4% và PR dương tính 49%, giảm rõ theo độ mô học,

đặc biệt thấp ở nhóm độ cao (ER 45%, PR 28,3%). HER2 dương tính ghi nhận ở 55,7% trường hợp, nổi bật ở nhóm độ cao (77,5%) và liên quan chặt chẽ với hoại tử trứng cá (77,6%). Ki-67 cao ( $\geq 20\%$ ) gặp ở 79,2% DCIS độ cao so với 22,9% ở độ thấp. ER, PR, HER2 và Ki-67 có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với các đặc điểm mô bệnh học ( $p < 0,001$ ).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al.** Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2022.2.
2. **Tan PH, Ellis I, Allison K, et al.** The 2019 World Health Organization classification of tumours of the breast. *Histopathology.* 2020
3. **Scripcaru G, Zardawi IM.** Mammary ductal carcinoma in situ: a fresh look at architectural patterns. *Int J Surg Oncol.* 2012;2012:979521.
4. **Kim JY, Park K, Kang G, Kim HJ, Gwak G, Shin YJ.** Predictors of recurrent ductal carcinoma in situ after breast-conserving surgery. *J Breast Cancer.* 2016;19(2):185-190.
5. **Yang L, Shen M, Qiu Y, Tang T, Bu H.** Molecular subtyping reveals uniqueness of prognosis in breast ductal carcinoma in situ patients with lumpectomy. *The Breast.* 2022;64:1-6.
6. **Barnes NLP, Boland GP, Davenport A, Knox WF, Bundred NJ.** Relationship between hormone receptor status and tumour size, grade and comedo necrosis in ductal carcinoma in situ. *Br J Surg.* 2005
7. **Sathvik G, V P, Joseph LD, Challa CB.** Spectrum of ductal carcinoma in situ (DCIS) lesions of the breast: From morphology to molecular characteristics. *Cureus.* 2024;16(9): e69929.

## ĐẶC ĐIỂM THIẾU MÁU Ở TRẺ SINH NON DƯỚI 32 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Trương Thị Ngọc Phú<sup>2</sup>, Nguyễn Phan Minh Nhật<sup>1</sup>,  
Phạm Bảo Châu<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Kim Nhi<sup>2</sup>, Nguyễn Thu Tịnh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Tổng quan:** Trẻ sinh non < 32 tuần có nguy cơ thiếu máu do dự trữ sắt kém vì giảm nguồn cung trong 3 tháng cuối thai kỳ từ mẹ, nồng độ erythropoietin thấp, nhiễm khuẩn, bệnh lý đi kèm cần lấy máu xét nghiệm, Đánh giá được yếu tố liên quan

và biểu hiện sớm của thiếu máu trên lâm sàng ở trẻ sinh non giúp điều trị kịp thời và hiệu quả, tránh những biến chứng do thiếu máu nặng. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng ở trẻ sơ sinh non tháng < 32 tuần được chẩn đoán thiếu máu tại Bệnh viện Nhi Đồng 2. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca, các trẻ sinh non dưới 32 tuần được đưa vào nghiên cứu. **Kết quả:** Có 32 trẻ sinh non < 32 tuần nhập bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 01/01/2022 đến 31/07/2024 thỏa chẩn đoán thiếu máu với Hct < 35%. Tuổi thai trung bình  $28,2 \pm 1,5$  tuần, với 34,4% trẻ có tuổi thai < 28 tuần. Cân nặng lúc sinh trung bình là  $1203,4 \pm 286,8$  gram. Thể tích máu lấy làm xét nghiệm trước khi ghi nhận thiếu máu là  $9,67 \pm 4,12$

<sup>1</sup>Trường Y, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Nhi Đồng 2

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thu Tịnh

Email: tinhnguyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.8.2025

Ngày duyệt bài: 2.10.2025

ml/kg ở nhóm sinh cực non và  $7,17 \pm 5,03$  ml/kg ở nhóm sinh rất non ( $p=0,17$ ). Về biểu hiện lâm sàng, có 1/3 trẻ có cơn ngưng thở bệnh lý, < 10% trẻ có triệu chứng da niêm nhạt và không ghi nhận trẻ nào có nhịp tim > 180 lần/phút. 12/32 (37,5%) trẻ cần truyền hồng cầu lắng, tỷ lệ truyền máu ở nhóm sinh cực non và rất non lần lượt là 63,64% và 23,81% ( $p=0,027$ ). Thời gian nằm viện trung bình ở nhóm truyền máu là  $71,3 \pm 14,6$  ngày, cao hơn  $37,1 \pm 16,7$  ngày ở nhóm không truyền máu ( $p<0,01$ ). **Kết luận:** Thiếu máu ở trẻ sinh non < 32 tuần có thể biểu hiện lâm sàng với ngưng thở bệnh lý trong 1/3 các trường hợp, hầu hết xuất hiện trong 1-2 tuần sau sinh; tỷ lệ truyền máu ở trẻ sinh cực non cao gấp 2,7 lần trẻ sinh rất non; những trẻ truyền máu có xu hướng nằm viện kéo dài hơn. **Từ khóa:** thiếu máu, sinh non, nhẹ cân, hematocrit, hemoglobin

## SUMMARY

### CLINICAL CHARACTERISTICS OF ANEMIA IN PRETERM INFANTS UNDER 32 WEEKS AT CHILDREN'S HOSPITAL 2

**Background:** Preterm infants born before 32 weeks' gestation are at increased risk of anemia due to limited iron stores resulting from reduced maternal supply during the third trimester, low endogenous erythropoietin levels, infections, and comorbidities requiring frequent phlebotomy. Early identification of risk factors and clinical manifestations enables timely and effective intervention to prevent severe anemia-related complications. **Objective:** To describe the clinical characteristics of preterm infants < 32 weeks' gestation diagnosed with anemia at Children's Hospital 2. **Methods:** This case series study included preterm infants born under 32 weeks of gestation. **Results:** Thirty-two preterm infants < 32 weeks admitted to Children's Hospital 2 between January 1, 2022, and July 31, 2024, were diagnosed with anemia. The mean gestational age was  $28.2 \pm 1.5$  weeks; 11/32 (34.4%) were born at < 28 weeks. The mean birth weight was  $1203.4 \pm 286.8$  grams. The mean phlebotomy blood loss before the diagnosis of anemia ( $Hct < 35\%$ ) was  $9.67 \pm 4.12$  ml/kg in infants < 28 weeks and  $7.17 \pm 5.03$  ml/kg in those born between 28–32 weeks ( $p = 0.17$ ). Clinically, one-third of the cases presented pathologic apnea; less than 10% showed pallor, and none of them had a heart rate > 180 beats per minute. 12/32 infants (37.5%) required packed red blood cell transfusions, with transfusion rates of 63.64% in the extremely preterm group versus 23.81% in the very preterm group ( $p = 0.027$ ). The mean length of hospital stay was  $71.3 \pm 14.6$  days in the transfusion group versus  $37.1 \pm 16.7$  days in the non-transfusion group ( $p < 0.01$ ). **Conclusion:** In preterm infants < 32 weeks, anemia clinically presents as pathologic apnea in one-third of cases, and most commonly occurs within the first 1–2 weeks of life. The blood transfusion rate in extremely preterm infants is 2,67 times higher than in very preterm infants, and transfusion is associated with prolonged hospital stays.

**Keywords:** Anemia, preterm, low birth weight, hematocrit, hemoglobin.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trẻ sinh non < 32 tuần có nguy cơ thiếu máu do dự trữ sắt kém vì giảm nguồn cung trong 3 tháng cuối thai kỳ từ mẹ, nồng độ erythropoietin thấp, nhiễm khuẩn, bệnh lý đi kèm cần lấy máu xét nghiệm. Lượng máu xét nghiệm của một trẻ sinh cực non có thể dao động 11-22ml/kg (khoảng 15-30% thể tích tuần hoàn) mỗi tuần trong 6 tuần đầu sau sinh (1). Truyền máu là một biện pháp điều trị hiệu quả và nhanh chóng, đặc biệt trong các tình huống khẩn cấp như xuất huyết ồ ạt, thiếu máu nặng ảnh hưởng huyết động, ngưng thở, giảm tưới máu ruột. Tối ưu hóa nồng độ oxy mô của các cơ quan quan trọng bằng cách truyền hồng cầu trong giai đoạn tăng trưởng và phát triển có khả năng cải thiện kết quả nhận thức thần kinh cho trẻ sinh non. Tuy nhiên, việc truyền chế phẩm máu có thể gây ra biến chứng cũng như tăng tỷ lệ mắc các bệnh truyền nhiễm qua chế phẩm máu, trong đó quan trọng nhất là lây nhiễm Cytomegalovirus (2). Bên cạnh đó, nhiều thay đổi thực hành đã được áp dụng nhằm giảm nhu cầu truyền máu cho trẻ như kẹp dây rốn muộn, giảm thể tích máu cần lấy để xét nghiệm như sử dụng mẫu máu khô (tuy nhiên chỉ có sẵn cho 1 số xét nghiệm). Tuy vậy tỷ lệ trẻ sinh non tháng thiếu máu cần truyền hồng cầu lắng là 29,3-35,7% ở các nước phát triển (2). Nhận diện sớm thiếu máu ở trẻ sinh non giúp điều trị kịp thời và hiệu quả, tránh những biến chứng do thiếu máu, nguy cơ làm nặng thêm tình trạng bệnh chính của trẻ. Vì vậy, nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị ban đầu của các trẻ sơ sinh non tháng < 32 tuần được chẩn đoán thiếu máu tại khoa Sơ sinh và Hồi sức Sơ sinh Bệnh viện Nhi Đồng 2.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca

**Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả trẻ sinh non < 32 tuần được chẩn đoán thiếu máu Bệnh viện Nhi Đồng 2 từ ngày 01/01/2022 đến 31/07/2024.

**Phương pháp nghiên cứu.** Chọn các đối tượng thỏa tất cả các tiêu chí chọn vào: tuổi thai < 32 tuần; hematocrit < 35%. Loại ra khi có  $\geq 1$  trong các tiêu chí: dị tật bẩm sinh phức tạp (bất sản thận hai bên, tim bẩm sinh ngoại trừ còn ống động mạch, tồn tại lỗ bầu dục); có chỉ định phẫu thuật (teo tắc đường tiêu hóa, thoát vị hoành), có bệnh lý huyết học gây thiếu máu (tán huyết miễn dịch, bệnh hemoglobin, rối loạn chuyển hóa bẩm sinh); nhiễm trùng huyết (cấy

máu dương tính; bạch cầu > 20 K/ $\mu$ L hoặc < 5 K/ $\mu$ L; bạch cầu đa nhân trung tính < 1K/ $\mu$ L; tiểu cầu < 100 K/ $\mu$ L; C-reactive protein > 10 mg/L).

Ghi nhận các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, lượng máu lấy xét nghiệm và phương pháp điều trị theo bệnh án mẫu.

Ngưỡng truyền máu được sử dụng cho nghiên cứu (3)

**Bảng 1. Hướng dẫn truyền hồng cầu lảng ở trẻ sinh non**

| Tuổi sau sanh            | Thở máy  | Thở CPAP/ oxy | Khí trời  |
|--------------------------|----------|---------------|-----------|
| 24 giờ đầu               | <12 g/dl | <12 g/dl      | <10 g/dl  |
| Tuần 1 (2-7 ngày)        | <12 g/dl | <10 g/dl      | <10 g/dl  |
| Tuần 2 (8-14 ngày)       | <10 g/dl | <9,5 g/dl     | <7,5 g/dl |
| Tuần 3 ( $\geq$ 15 ngày) | <10 g/dl | <8,5 g/dl     | <7,5 g/dl |

Truyền hồng cầu lảng được chỉ định ở ngưỡng cao hơn khi trẻ có giảm thể tích không đáp ứng với bù dịch, sốc nhiễm trùng, viêm ruột hoại tử, trước hoặc sau phẫu thuật lớn.

**Phân tích và xử lý số liệu:** Bằng phần mềm thống kê STATA 14. Biến định tính: trình bày dưới dạng tỉ lệ phần trăm, tần số. Biến định lượng: trình bày theo trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn nếu phân phối chuẩn hay trung vị (khoảng tứ phân vị 25th – 75th) nếu không phải phân phối chuẩn.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 32 trẻ thỏa tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu

**Bảng 2. Đặc điểm nền của dân số nghiên cứu (N=32)**

| Đặc điểm                           | Kết quả                        |
|------------------------------------|--------------------------------|
| <b>Giới tính:</b> Nam              | 22 (68,8)                      |
| Nữ                                 | 10 (31,3)                      |
| <b>Tuổi thai (tuần)</b>            | 28,2 $\pm$ 1,5 (26; 31,5)      |
| <b>Sinh cực non &lt;28 tuần</b>    | 11 (34,4)                      |
| <b>Cân nặng lúc sinh (gram)</b>    | 1203,4 $\pm$ 286,8 (800; 2000) |
| <b>Sanh mổ</b>                     | 7 (21,9)                       |
| <b>Đa thai</b>                     | 3 (9,4)                        |
| <b>Bệnh lí mẹ trong thai kì</b>    |                                |
| Tăng huyết áp                      | 1 (3,1)                        |
| Đái tháo đường                     | 2 (6,3)                        |
| <b>Corticoid trước sinh</b>        | 7 (21,9)                       |
| <b>Hỗ trợ hô hấp khi nhập viện</b> |                                |
| Oxy cannula                        | 0                              |
| NCPAP                              | 12 (37,5)                      |
| NIV/nHFOV                          | 6 (18,8)                       |
| CMV/HFOV                           | 14 (43,8)                      |
| <b>Dùng surfactant</b>             | 12 (37,5)                      |

Dữ liệu được trình bày dưới dạng Trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn, (nhỏ nhất; lớn nhất) hoặc n (%).

CMV (Conventional mechanical ventilation): thở máy xâm lấn; nHFO (nasal- High-Frequency Oscillatory Ventilator): thở máy rung tần số cao

qua mũi; HFOV (High-Frequency Oscillatory Ventilator): thở máy rung tần số cao qua nội khí quản; NIV (Non-invasive ventilation): thở máy không xâm lấn; NCPAP (Nasal Continuous Positive Airway Pressure): thở áp lực dương liên tục qua mũi

Các trẻ sơ sinh trong mẫu nghiên cứu được chẩn đoán các bệnh lý nhiễm trùng thường gặp (viêm phổi, viêm ruột, viêm màng não) có tình trạng ổn định.

**Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm, điều trị tại thời điểm Hct < 35% của dân số nghiên cứu (N=32)**

| Đặc điểm   | Kết quả                    |                               | p     |
|--|----------------------------|-------------------------------|-------|
|  | <28 tuần (n=1)             | 28-32 tuần (n=21)             |       |
| Tuổi sau sinh (ngày)                                   | 15 [8-24]                  | 8 [5-12]                      | 0,056 |
| Tuổi sau kinh chót (tuần)                              | 28,9 $\pm$ 0,35 (27; 30,5) | 30,33 $\pm$ 1,23 (28,5; 32,7) |       |
| Thể tích máu làm xét nghiệm trước khi Hct <35% (ml/kg) | 9,67 $\pm$ 4,12            | 7,17 $\pm$ 5,03               | 0,17  |
| Da niêm nhạt   | 1 (9,09)                   | 2 (9,52)                      | 0,968 |
| Cơ ngừng thở bệnh lí                                   | 3 (27,27)                  | 6 (28,57)                     | 0,938 |
| Truyền máu   | 7 (63,64)                  | 5 (23,81)                     | 0,027 |
| <b>Mức độ hỗ trợ hô hấp</b>                            |                            |                               |       |
| Khí trời   | 1 (9,09)                   | 3 (14,29)                     | 0,317 |
| Oxy cannula  | 0                          | 2 (9,52)                      |       |
| NCPAP  | 5 (45,45)                  | 12 (57,14)                    |       |
| NIV/nHFOV  | 5 (45,45)                  | 3 (14,29)                     |       |
| CMV/HFOV   | 0                          | 1 (4,76)                      |       |

Dữ liệu được trình bày dưới dạng: Trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn (nhỏ nhất; lớn nhất), Trung vị (khoảng tứ phân vị) hoặc n (%)

Tất cả các trẻ khi chẩn đoán thiếu máu được điều trị theo phác đồ của bệnh viện. 12/32 (37,5%) trẻ cần truyền hồng cầu lảng, trong đó 1 trẻ sinh non 27 tuần tuổi, cân nặng lúc sinh 1000 g có thể tích máu lấy xét nghiệm cao nhất là 24,1 ml/kg.

**Bảng 4. So sánh đặc điểm lâm sàng giữa nhóm trẻ sơ sinh có truyền máu và không truyền máu**

| Đặc điểm   | Truyền máu         |                  | p    |
|--|--------------------|------------------|------|
|  | Có                 | Không            |      |
| Tuổi thai (tuần)                                 | 27,5 $\pm$ 1,1     | 28,58 $\pm$ 1,49 | 0,04 |
| Cân nặng lúc sinh (gram)                         | 1054,2 $\pm$ 210,5 | 1293 $\pm$ 293,3 | 0,02 |
| Thể tích máu xét nghiệm trước truyền máu (ml/kg) | 8,7 $\pm$ 5,97     | 7,62 $\pm$ 4,11  | 0,54 |

|                           |               |               |       |
|---------------------------|---------------|---------------|-------|
| Thời gian nằm viện (ngày) | 71,3<br>±14,6 | 37,1<br>±16,7 | <0,01 |
|---------------------------|---------------|---------------|-------|

Dữ liệu được trình bày dưới dạng: Trung bình ± độ lệch chuẩn (nhỏ nhất; lớn nhất), Trung vị (khoảng tứ phân vị) hoặc n (%)

Trẻ truyền máu ở thời điểm tuổi sau kinh chót là 31,6 ± 1,9 tuần, số lần truyền máu trung vị là 1 [1-2], số lần truyền máu nhiều nhất của 1 trẻ là 7 lần.

**Bảng 5. Các yếu tố liên quan đến truyền máu qua phân tích hồi quy logistic**

| Đặc điểm   | Hệ số   | Sai số chuẩn | P value |
|--|---------|--------------|---------|
| Tuổi thai (tuần)                                 | -0,015  | 0,11         | 0,89    |
| Cân nặng lúc sinh (gram)                         | -0,0006 | 0,0005       | 0,24    |
| Thể tích máu xét nghiệm trước truyền máu (ml/kg) | 0,002   | 0,019        | 0,91    |

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu chúng tôi thực hiện trên 32 trẻ thiếu máu. Đặc điểm về tiền căn sản khoa ghi nhận với tỉ lệ tăng huyết áp thai kỳ của mẹ là 3,1%, thấp hơn tỉ lệ 9,8% của tác giả Nguyễn Thị Minh Tâm (4). Ngoài ra, tỷ lệ đái tháo đường là 6,3%, tương đồng với tác giả Nguyễn Thị Minh Tâm.

Chúng tôi ghi nhận ngày tuổi trung vị trẻ cực non xuất hiện thiếu máu là 15 (8-24) ngày, còn trẻ rất non là 8 (5-12) ngày tuổi. Kết quả này khá tương đồng với báo cáo của Kalteren và cộng sự trong nghiên cứu ở 36 trẻ sinh non có tuổi thai 27.6 (26.6–28.6) tuần, các trẻ này có dấu hiệu thiếu máu được chỉ định truyền máu khoảng 11 (8-18) ngày tuổi(5). Các kết quả nghiên cứu gợi ý rằng dấu hiệu thiếu máu trên lâm sàng ở trẻ < 32 tuần có thể xuất hiện khoảng 1-2 tuần sau sinh, thiếu máu ở trẻ rất non xảy ra đồng đều và sớm hơn trẻ cực non, có thể liên quan đến bệnh lý, nhu cầu tăng trưởng và can thiệp y tế khác nhau ở 2 nhóm trẻ này, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p=0,056)

Về dấu hiệu lâm sàng, chúng tôi nhận thấy dấu hiệu da niêm nhạt chiếm 9,09% ở trẻ cực non và 9,52% ở trẻ rất non (p= 0,968), tỷ lệ cơn ngưng thở bệnh lý là 27,27% ở nhóm cực non và 28,57% ở nhóm rất non (p= 0,938), không ghi nhận có trẻ nào có nhịp tim > 180 lần/phút. Như vậy dấu hiệu da niêm nhạt và nhịp tim > 180 lần/phút như trong y văn không nhạy để phát hiện sớm thiếu máu ở trẻ sinh non < 32 tuần. Khoảng 1/3 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có triệu chứng cơn ngưng thở bệnh lý (được định nghĩa cơn ngưng thở kéo dài > 20 giây hoặc cơn ngưng thở kèm giảm nhịp

tim < 100 lần/phút hoặc giảm SpO2 < 85%) khi được chẩn đoán thiếu máu, do đó cần cân nhắc tìm nguyên nhân thiếu máu bên cạnh việc khảo sát các bệnh lý như nhiễm khuẩn huyết, viêm phổi nặng, viêm ruột hoại tử,... khi trẻ sinh non < 32 tuần xuất hiện những cơn ngưng thở bệnh lý.

Thể tích máu làm xét nghiệm ở nhóm sinh cực non trong nghiên cứu của chúng tôi là 9,67 ± 4,12 ml/kg, cao hơn nhóm rất non là 7,17 ± 5,03 ml/kg (p = 0,17), có thể do nhóm sinh cực non cần theo dõi diễn tiến bệnh nhiều hơn. Trong nghiên cứu của Puia-Dumitrescu năm 2019, thể tích lấy máu xét nghiệm ở trẻ cực non là 10 (5-17) ml/kg, cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi, tác giả cũng ghi nhận thể tích máu mất qua xét nghiệm cao hơn ở nhóm trẻ có tuổi thai thấp hơn, tương tự như nghiên cứu của chúng tôi (6). Thể tích máu xét nghiệm trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn báo cáo của Ga và cộng sự năm 2013 ở 50 trẻ <1500gr, trong đó lượng máu mất qua xét nghiệm ở nhóm trẻ cần truyền máu và không cần truyền máu lần lượt là 37 ml/kg và 16 ml/kg(7), sự khác biệt này có thể là kết quả của áp dụng những tiến bộ trong chăm sóc trẻ sinh non nhẹ cân giúp hạn chế lượng máu mất qua xét nghiệm, điều này giúp giải thích cho lý do lượng máu mất chưa ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê đến tỷ lệ truyền máu. Bên cạnh nguyên nhân mất máu do xét nghiệm, một số nghiên cứu cho thấy yếu tố nguy cơ của truyền máu ở trẻ sinh non < 1500gr là cân nặng lúc sinh thấp (8), tuy nhiên chúng tôi phân tích hồi quy logistic đa biến chưa phát hiện thấy yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ truyền máu ở nhóm trẻ này.

Tỷ lệ trẻ cần truyền máu trong nghiên cứu của chúng tôi là 37,5%, không khác biệt nhiều với tỷ lệ 32% trong kết quả nghiên cứu về thiếu máu ở trẻ sinh non < 32 tuần của Kalezi và cộng sự thực hiện tại nước đang phát triển Tanzania(8), tuy nhiên nghiên cứu tại nước phát triển Hà Lan của Kalteren báo cáo tỷ lệ truyền máu 28,6% (5) thấp hơn kết quả của chúng tôi và Kalezi. Trẻ sinh non ở các nước đang phát triển có nguy cơ nhiễm trùng cao hơn nước phát triển, thêm vào đó, tình trạng kinh tế xã hội khác biệt có thể ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng của thai phụ và trẻ sơ sinh, góp phần lý giải sự khác biệt trong tỷ lệ truyền máu. Bên cạnh đó, tỷ lệ truyền máu ở nhóm trẻ sinh cực non là 63,64%, cao hơn gấp 2,67 lần khi so sánh với tỷ lệ 23,81% ở nhóm rất non (p= 0,027), thời gian nằm viện ở nhóm truyền máu dài hơn nhóm không truyền máu, có thể do nhóm truyền máu có 7/12 (58,5%) là trẻ cực non, thường có bệnh

lý nền nặng hơn.

## V. KẾT LUẬN

Thiếu máu ở trẻ sơ sinh non tháng < 32 tuần có thể biểu hiện lâm sàng với ngưỡng thở bệnh lý trong 1/3 các trường hợp, hầu hết xuất hiện trong 1-2 tuần sau sinh. Tỷ lệ truyền máu ở nhóm cực non cao hơn nhóm rất non khoảng 2,7 lần. Cân nặng lúc sinh thấp có thể là yếu tố liên quan nguy cơ truyền máu. Trẻ truyền máu có xu hướng nằm viện kéo dài hơn so với nhóm không truyền máu. Hiểu biết về nguy cơ và diễn tiến lâm sàng của thiếu máu có thể giúp phát hiện sớm để có kế hoạch can thiệp phù hợp cho nhóm trẻ sinh non < 32 tuần.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Saito-Benz M, Flanagan P, Berry MJ. Management of anaemia in pre-term infants. Br J Haematol. 2020 Feb 6;188(3):354–66.
2. Kim YJ, Yoon SA. Risk factors associated with anemia of prematurity requiring red blood cell transfusion in very low birth weight infants: a

retrospective study. BMC Pediatr. 2024 Sep 30;24(1):623.

3. Bệnh viện Nhi đồng 2. Hướng Dẫn Điều Trị Bệnh Lý ở Trẻ Sơ Sinh. 2019.
4. Nguyễn Thị Minh Tâm, Nguyễn Thanh Hùng, Lâm Thị Mỹ. Các yếu tố liên quan đến truyền máu ở trẻ sơ sinh non tháng tại bệnh viện Nhi đồng 1. Y học TP Hồ Chí Minh. 2017;21(3).
5. Kalteren WS, Bos AF, van Oeveren W, Hulscher JBF, Kooi EMW. Neonatal anemia relates to intestinal injury in preterm infants. Pediatr Res. 2022 May 14;91(6):1452–8.
6. Puia-Dumitrescu M, Tanaka DT, Spears TG, Daniel CJ, Kumar KR, Athavale K, et al. Patterns of phlebotomy blood loss and transfusions in extremely low birth weight infants. Journal of Perinatology. 2019 Dec 3;39(12):1670–5.
7. Jeon GW, Sin JB. Risk Factors of Transfusion in Anemia of Very Low Birth Weight Infants. Yonsei Med J. 2013;54(2):366.
8. Kalezi ZE, Kisenge R, Naburi H, Simbila AN, Mkony M, Leyna G. Prevalence of anaemia and associated factors among preterm infants at six weeks chronological age at Muhimbili National Hospital, Dar es Salaam, Tanzania: a cross-sectional study. Pan African Medical Journal. 2023;44.

## TRẦM CẢM VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở PHỤ NỮ SAU PHÁ THAI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2024

Huỳnh Nguyễn Phương Thảo<sup>1</sup>, Huỳnh Nguyễn Phương Quang<sup>2</sup>,  
Trần Thị Thu Trang<sup>1</sup>, Phùng Ngọc Hải<sup>3</sup>, Nguyễn Tấn Đạt<sup>4</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ trầm cảm và tìm hiểu một số yếu tố liên quan ở phụ nữ sau phá thai. **Đôi tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 348 phụ nữ sau phá thai tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ năm 2024. **Kết quả:** Tỷ lệ trầm cảm ở phụ nữ sau phá thai là 30,7%. Nghiên cứu ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với tỷ lệ trầm cảm cao hơn ở nhóm có mâu thuẫn trong gia đình (OR=2,83; p=0,019), không kể hoặc không nhận được hỗ trợ từ người thân/bạn bè (OR=2,12; p=0,036), thường xuyên/thỉnh thoảng căng thẳng trong công việc (OR=3,69; p=0,027) và ngủ không đủ giấc (OR=3,67; p=0,013). **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ phụ nữ sau phá thai có trầm cảm chiếm 30,7%. Các yếu tố liên quan đến trầm cảm bao gồm: có mâu thuẫn trong gia đình, thiếu sự hỗ

trợ từ người thân/bạn bè, tần suất căng thẳng trong công việc cao và ngủ không đủ giấc. Từ những kết quả này cho thấy sự cần thiết phải thực hiện lối sống lành mạnh, đồng thời mở rộng mạng lưới chuyên gia chăm sóc sức khỏe tâm thần và khuyến khích tìm kiếm sự giúp đỡ từ các tổ chức, nhóm hỗ trợ cộng đồng nhằm giúp giảm thiểu những gánh nặng về tinh thần ở người phụ nữ.

**Từ khóa:** Trầm cảm, phụ nữ, phá thai, Cần Thơ.

### SUMMARY

#### DEPRESSION AND SOME RELATED FACTORS AMONG WOMEN UNDERGOING ABORTION AT CAN THO GYNECOLOGY OBSTETRICS HOSPITAL IN 2024

**Objective:** To determine the rate of depression and analyze some related factors among women undergoing abortion. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 348 women undergoing abortion at Can Tho Gynecology Obstetrics Hospital in 2024. **Results:** The percentage of depression in women after abortion was 30.7%. The study recorded statistically significant differences, with a higher rate of depression in the group with family conflict (OR=2.83; p=0.019), no or no support from relatives/friends (OR=2.12; p=0.036), frequent/occasional stress at work (OR=3.69; p=0.027) and insufficient sleep (OR=3.67;

<sup>1</sup>Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ

<sup>2</sup>Sở Y tế thành phố Cần Thơ

<sup>3</sup>Đại học Griffith

<sup>4</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tấn Đạt

Email: ntddat@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 3.10.2025