TỶ LỆ TRẺ NHẸ CÂN LÚC SINH VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI DÂN TỘC Ê ĐÊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH ĐẮKLẮK

Nguyễn Thị Diệu Trang, Võ Minh Tuấn***

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: *Trẻ sơ sinh nhẹ cân là trẻ có cân nặng lúc sinh < 2500g và là nguyên nhân cơ bản gây tử vong sơ sinh. Mục tiêu nghiên cứu là xác định tỷ lệ trẻ nhẹ cân lúc sinh và các yếu tố liên quan ở người dân tộc Ê Đê tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh ĐắkLắk.*

Phương pháp nghiên cứu: *Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên phụ nữ Ê Đê có tuổi thai từ 37 tuần trở lên đến sinh tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh ĐắkLắk từ tháng 11/2014 đến 03/2015. Thông tin được thu thập qua phỏng vấn sản phụ trước ngày xuất viện theo bảng câu hỏi soạn sẵn.*

Kết quả: *Trong 385 trẻ sinh ra sống có 47 trẻ có cân nặng lúc sinh < 2500g. Tỷ lệ trẻ nhẹ cân lúc sinh là 12,21%. Các yếu tố có liên quan đến trẻ nhẹ cân lúc sinh: gia đình có tình trạng kinh tế nghèo (OR* = 3,80; KTC 95% = 1,66 - 8,68), chỉ số khối cơ thể của mẹ trước mang thai < 18.5 (OR*= 2,44; KTC 95% = 1,01 - 5,86), tăng cân trong thai kỳ ≤ 9 kg (OR*= 3,77; KTC 95% = 1,66 – 8,58), khám thai dưới 3 lần trong thai kỳ (OR*= 2,54; KTC 95% = 1,08 - 5,94), bổ sung sắt không đầy đủ trong thai kỳ (OR*= 2,69; KTC 95% = 1,10 - 6,57), bà mẹ mắc bệnh trong thai kỳ (OR*= 4,76; KTC 95% = 2,03 - 10,61).*

Kết luận: *Cần có sự hỗ trợ hơn nữa về việc cung ứng các dịch vụ y tế, tăng cường khám thai định kỳ và giúp xóa đói giảm nghèo.*

Từ khóa*: trẻ nhẹ cân, phụ nữ Ê Đê.*

ABSTRACT

PREVALENCE OF LOW BIRTH WEIGHT AND RELATED FACTORS OF E DE WOMEN AT GENERAL HOSPITAL IN DAKLAK PROVINCE

Nguyen Thi Dieu Trang, Vo Minh Tuan* Y Hoc TP. Ho Chi Minh * Vol. 20 - No 1 - 2016: 353 - 359

Objective: *Low birth weight (LBW) is birth weight < 2500g. This is the leading cause of mortality among new born babies. Our study aim is to define the prevalence of low birth weight and related factors of E De women who gave birth at the General Hospital in DakLak province.*

Methods: *A cross-sectional study was conducted all women E De, having gestation aged upper 37 weeks, who delivered from November 2014 to March 2015 at the General Hospital in DakLak province. Right before discharge, subject's information was obtained by face-to-face interviewing using a structured questionnaire.*

Results: *There were 385 lived newborn babies including 47 newborn babies which weight low 2500g. The prevalence of low birth weight was 12.21%. Some factors related to LBW found such as poor family (OR*= 3.80; 95% CI = 1.66 – 8.68), Body Mass Index (BMI) of mothers before pregnancy < 18.5 (OR*= 2,44; 95% CI = 1,01 – 5.86), weight gain during term ≤ 9 kg (OR*= 3.77; 95% CI = 1.66 - 8.58), times of routine exam during term ≤ 3 times (OR*= 2.54; 95% CI = 1.08 – 5.94), insufficient iron supplementation in term (OR*= 2.69; 95% CI= 1.10 – 6.57), mothers had medical problems during their term (OR*= 4.76; 95% CI = 2.03 – 10.61).*

Conclusions: *There are in need of having more supporting from E DE health services including: good*

** Đại học Y Dược TP. HCM * Bệnh viện Đa khoa tỉnh ĐắkLắk

Tác giả liên lạc: PGS.TS. Võ Minh Tuấn ĐT: 0909727199 - Email: drvo_obgyn@yahoo.com.vn

control for pregnant routine exam, further the poverty - alleviation movement.

Key words: *Low birth weight, E De women.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), mỗi năm có khoảng 20 triệu trẻ nhẹ cân được sinh ra, chiếm 15,5% tổng số ca sinh sống trên toàn thế giới. Phần lớn những trẻ nhẹ cân này sinh ra ở các nước đang phát triển thuộc hai khu vực Châu Á và Châu Phi[11]. Tại Việt Nam, theo báo cáo của Tổng cục Thống kê năm 2011 thì tỷ lệ trẻ nhẹ cân lúc sinh chung của cả nước là 5,1%, trong đó khu vực Tây Nguyên có tỷ lệ trẻ nhẹ cân cao nhất 6,5%[6].

Trẻ nhẹ cân lúc sinh (TNCLS) làm tăng bệnh suất và tử suất chu sinh. Nguy cơ tử vong ở TNCLS tăng gấp 20 lần so với trẻ sinh đủ cân, tần suất trẻ nhẹ cân mắc bệnh ở giai đoạn mới sinh cũng nhiều hơn. Các bệnh lý có thể gặp ở trẻ nhẹ cân như hội chứng suy hô hấp, xuất huyết não, nhiễm khuẩn huyết, viêm ruột hoại tử, viêm phổi… Bên cạnh đó, trẻ còn gặp các vấn đề sức khỏe khác như hạ thân nhiệt, hạ đường huyết, đa hồng cầu, vàng da sơ sinh kéo dài. Những hậu quả này làm trẻ phải tăng số ngày nằm viện và cần có chế độ chăm sóc đặc biệt, do đó gây ra nhiều tốn kém cho gia đình và xã hội. Những TNCLS nếu nuôi dưỡng không tốt sẽ tiếp tục bị suy dinh dưỡng trong tương lai, chậm phát triển thể lực và trí lực ảnh hưởng đến khả năng học tập và cơ hội làm việc khi trưởng thành. Về sau, những trẻ này còn có nguy cơ cao với các bệnh lý mãn tính như tiểu đường, tăng huyết áp, bệnh mạch vành. Đặc biệt các bé gái khi đến tuổi làm mẹ cũng có nguy cơ sinh con nhẹ cân[2]. Như vậy, hậu quả của TNCLS là một vấn đề lớn vì nó không những ảnh hưởng trực tiếp đến bản thân trẻ mà còn là gánh nặng cho gia đình và xã hội.

TNCLS không những là một chỉ số sức khỏe quan trọng của một quốc gia, của một địa phương mà còn có ý nghĩa về tình trạng dinh dưỡng, bệnh tật và những tập quán có hại của bà mẹ; nó còn phản ánh những yếu tố khác mà trong quá trình mang thai bà mẹ phải chịu ảnh hưởng như yếu tố kinh tế, văn hóa - xã hội, yếu tố môi trường, yếu tố di truyền và yếu tố từ thai. Việc thực hiện nghiên cứu xác định tỷ lệ TNCLS và các yếu tố liên quan theo từng vùng dân cư của quốc gia là nguồn tham khảo để các nhà chính sách, chuyên môn soạn thảo các chiến lược, chương trình can thiệp sức khỏe trong cộng đồng có hiệu quả hơn.

ĐắkLắk là một tỉnh miền núi nằm ở trung tâm khu vực Tây Nguyên, có diện tích rộng nhưng dân cư thưa thớt, trong đó có khoảng 1/3 dân số là đồng bào dân tộc thiểu số. Trong nhóm dân tộc thiểu số thì người Ê Đê chiếm phần lớn khoảng 17,2% dân số toàn tỉnh, sống ở vùng sâu vùng xa, điều kiện kinh tế chủ yếu phụ thuộc vào nương rẫy, trồng cây công nghiệp và chăn nuôi, giao thông chưa phát triển mạnh, trình độ văn hóa thấp[4]. Chính vì vậy, đời sống của đồng bào dân tộc Ê Đê trên địa bàn tỉnh hiện nay vẫn còn nhiều khó khăn, cộng thêm vào đó là phong tục tập quán lạc hậu, phụ nữ Ê Đê thường kết hôn khá sớm, sinh nhiều con, nhận thức về chăm sóc sức khỏe còn kém… Theo điều tra của Viện Dinh Dưỡng năm 2000, tỷ lệ TNCLS tại tỉnh ĐắkLắk là 16,7%[9], nếu tính riêng cho đối tượng dân tộc thiểu số thì tỷ lệ này có lẽ sẽ cao hơn. Nói đến vấn đề TNCLS cho đến nay vẫn chưa có một nghiên cứu nào được thực hiện riêng trên đối tượng đồng bào dân tộc Ê Đê.

Xuất phát từ những vấn đề nêu trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Tỷ lệ trẻ nhẹ cân lúc sinh và các yếu tố liên quan ở người dân tộc Ê Đê tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh ĐắkLắk", với mong muốn trả lời câu hỏi: Tỷ lệ trẻ nhẹ cân lúc sinh ở người dân tộc Ê Đê tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh ĐắkLắk là bao nhiêu và các yếu tố nào liên quan đến tình trạng này?

Mục tiêu nghiên cứu

- Mục tiêu chính: Xác định tỷ lệ trẻ có cân nặng lúc sinh dưới 2500g ở những sản phụ

người dân tộc Ê Đê có tuổi thai từ 37 tuần tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh ĐắkLắk.

- Mục tiêu phụ: Xác định mối liên quan giữa trẻ nhẹ cân lúc sinh có tuổi thai từ 37 tuần với các đặc điểm chung của bố, mẹ và các đặc tính thai kỳ.

ĐỐI TƯỢNG PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang.

Dân số nghiên cứu

Dân số mục tiêu

Các sản phụ là người dân tộc Ê Đê sống tại tỉnh ĐắkLắk

Dân số chọn mẫu

Các sản phụ là người dân tộc Ê Đê có tuổi thai từ 37 tuần đến sinh tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh ĐắkLắk từ tháng 11/2014 đến tháng 03/2015 và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn nhận vào

Sản phụ sinh con sống trong thời gian nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Đa thai, không xác định được chính xác tuổi thai, sản phụ có rối loạn hành vi, tâm thần, sản phụ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Cỡ mẫu :

Tính theo công thức ước tính một tỷ lệ trong quần thể với độ chính xác tuyệt đối.

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} \times p \times (1-p)}{d^2}$$

α: xác suất sai lầm loại I, α = 0,05

Z: trị số từ phân phối chuẩn, $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$

d: độ chính xác tuyệt đối, d = 0,05

p: tỷ lệ cần ước lượng, tỷ lệ TNCLS trong các nghiên cứu đã thực hiện trước đây thay đổi khác nhau nên chúng tôi chọn p = 0,5 để được cỡ mẫu lớn nhất cho mục tiêu chính.

n = 385.

Phương pháp chọn mẫu

Lấy mẫu toàn bộ, chọn tuần tự trong thời gian nghiên cứu cho đến khi đủ số mẫu.

Nhân sự tham gia nghiên cứu

Chúng tôi tập huấn cho 4 cộng tác viên đồng thời cũng là nữ hộ sinh đang công tác tại khoa Phụ Sản cùng tham gia phỏng vấn.

Quy trình thực hiện nghiên cứu

Bước 1: Sàng lọc đối tượng nghiên cứu

Sản phụ Ê Đê đến nhập sinh tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh ĐắkLắk sẽ được nữ hộ sinh đón tiếp, hỏi các thông tin về hành chính và thăm khám lâm sàng. Các sản phụ thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu sẽ được ghi nhận vào danh sách và gửi đến nhóm nghiên cứu mỗi ngày để lập kế hoạch tiến hành thu thập thông tin. Các sản phụ được theo dõi sinh theo quy trình của bệnh viện và sau sinh sẽ được chuyển về trại Hậu Sản.

Bước 2: Mời sản phụ tham gia nghiên cứu

Trước ngày xuất viện, nhóm nghiên cứu sẽ tiếp xúc với sản phụ, mời tham gia nghiên cứu, nếu đồng ý sản phụ sẽ được ký bảng đồng thuận và bắt đầu buổi phỏng vấn.

Bước 3: Phỏng vấn và thu thập số liệu

Địa điểm phỏng vấn: tại phòng Tư Vấn Nuôi Dưỡng Trẻ Nhỏ, là một phòng nằm trong khu vực trại Hậu Sản có không gian tách biệt với những phòng khác.

Thời gian phỏng vấn: dự kiến kéo dài từ 10 – 15 phút đối với mỗi sản phụ.

Bảng thu thập số liệu được soạn sẵn dưới dạng những câu hỏi đóng, một chọn lựa, người phỏng vấn đặt câu hỏi, sản phụ trả lời sẽ được người phỏng vấn điền vào bảng thu thập số liệu.

Ghi nhận các thông tin từ hồ sơ bệnh án, sổ khám thai để hoàn tất bảng thu thập số liệu.

Đối với các trường hợp sản phụ sinh trẻ nhẹ cân, nhóm nghiên cứu sẽ tham vấn cho sản phụ cách chăm sóc trẻ để hạn chế các biến chứng về sau.

Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm

thống kê Stata 10.0.

Phân tích số liệu gồm 2 bước:

- Bước 1: mô tả và phân tích đơn biến bằng hồi quy Logistic.
- Bước 2: phân tích đa biến bằng hồi quy Logistic nhằm kiểm soát các yếu tố gây nhiễu.

Sử dụng khoảng tin cậy 95%.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1. *Tỷ lệ trẻ nhẹ cân lúc sinh*

Cân nặng trẻ lúc sinh	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	KTC 95%
Bình thường	338	87,79	84,09 – 90,89
Nhẹ cân	47	12,21	9,10 – 15,90
Tổng số	385	100	

Tác giả Huỳnh Văn Dõng (2012)[1] thực hiện nghiên cứu năm 2011 tại bệnh viện huyện Khánh Vĩnh, Khánh Hòa với tỷ lệ trẻ nhẹ cân lúc sinh là 17%. Đây là nghiên cứu khá tương đồng để chúng tôi so sánh kết quả, bởi lẽ đối tượng nghiên cứu ở đây cũng là người dân tộc thiểu số. Tỷ lệ TNCLS trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn, có thể là do chúng tôi chỉ khảo sát những thai phụ có tuổi thai từ 37 tuần trở lên còn trong nghiên cứu của tác giả Huỳnh Văn Dõng đối tượng nghiên cứu bao gồm các thai phụ sinh non tháng và đủ tháng.

Tỷ lệ trẻ nhẹ cân lúc sinh trong nghiên cứu của chúng tôi đều cao hơn khi so với các nghiên cứu của Nguyễn Văn Khoa (2009)[2] và Trần Thị Bảo Vân (2014)[7]. Điều này có thể được lý giải như sau:

Tác giả Nguyễn Văn Khoa thực hiện nghiên cứu tại tỉnh Bình Phước năm 2008 ghi nhận tỷ lệ TNCLS là 11%. Điểm chung của cả hai nghiên cứu là đều khảo sát những thai phụ có tuổi thai từ 37 tuần trở lên, tuy nhiên đối tượng trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Khoa bao gồm cả người Kinh và người dân tộc thiểu số, trong đó người Kinh chiếm phần chủ yếu (78,76%). Xét về mốc thời gian thì thời điểm 2 nghiên cứu thực hiện cách nhau 7 năm, là một khoảng thời gian đủ để tình hình kinh tế - xã hội, giáo dục, y tế của các vùng miền trên đất nước có sự thay đổi, phát triển. Nếu theo chiều hướng phát triển này thì tỷ lệ TNCLS phải giảm xuống, tuy nhiên tỷ lệ TNCLS trong nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn ở mức cao, có thể là do ĐắkLắk là một tỉnh miền núi còn nhiều khó khăn, điều kiện kinh tế phát triển không đồng đều, nhất là vùng sâu vùng xa nơi có nhiều đồng bào dân tộc Ê Đê sinh sống.

Nghiên cứu của tác giả Trần Thị Bảo Vân thực hiện năm 2014 phỏng vấn 807 bà mẹ sống ở huyện Trảng Bàng, tỉnh Tây Ninh ghi nhận tỷ lệ TNCLS là 6,32%. Như vậy tỷ lệ TNCLS trong nghiên cứu của chúng tôi cao gấp đôi so với nghiên cứu của tác giả Trần Thị Bảo Vân. Xét về đối tượng nghiên cứu, tác giả Trần Thị Bảo Vân khảo sát các bà mẹ chủ yếu là dân tộc Kinh, chỉ có một số rất ít là người Khmer, Chăm. Xét về yếu tố nghề nghiệp, các bà mẹ ở Trảng Bàng đa số là công nhân làm trong hai khu công nghiệp Trảng Bàng và khu chế xuất Linh Trung nên thu nhập ổn định hơn, tính chất công việc nhẹ hơn so với các bà mẹ trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là làm nương rẫy, tính chất công việc nặng nhọc mà thu nhập lại không cao. Khi điều kiện kinh tế được cải thiện thì nó sẽ tác động lên nhiều mặt khác trong đời sống của bà mẹ như thu nhập trong gia đình, nghề nghiệp, yếu tố dinh dưỡng, bà mẹ có cơ hội tiếp cận nhiều với các dịch vụ y tế và chăm sóc thai kỳ tốt hơn.

Tỷ lệ trẻ nhẹ cân lúc sinh chung của Việt Nam do MISC thống kê năm 2011 là 5,1%[6]. So sánh với tỷ lệ này thì tỷ lệ TNCLS trong nghiên cứu của chúng tôi cao gấp 2,3 lần. Điều này cho thấy có sự chênh lệch về tình hình phát triển kinh tế xã hội của các vùng miền trên đất nước, đời sống vật chất của đồng bào dân tộc Ê Đê còn nhiều khó khăn, đặc biệt là những đối tượng sống ở vùng sâu vùng xa nơi mà điều kiện kinh tế chủ yếu phụ thuộc vào nương rẫy, trồng cây công nghiệp và chăn nuôi, giao thông chưa phát triển mạnh, mạng lưới y tế, công tác chăm sóc sức khỏe chưa được phủ đều. Cộng thêm vào đó là phong tục tập quán lạc hậu, trình độ văn hóa

thấp, phụ nữ Ê Đê thường kết hôn khá sớm, sinh nhiều con, nhận thức về chăm sóc sức khỏe còn kém…Tất cả những điều này đều góp phần làm gia tăng tỷ lệ TNCLS ở đối tượng đồng bào dân tộc Ê Đê.

Bảng 2. *Các yếu tố liên quan đến kết cục trẻ nhẹ cân lúc sinh trong phân tích đa biến*

Đặc điểm	Nhẹ cân n = 47(%)	Không nhẹ cân n = 338 (%)	OR*	KTC 95%	P**
Tuổi mẹ					
20 – 34 tuổi	29 (10,47)	248 (89,53)	1		
≤ 19 tuổi	12 (15,38)	66 (84,62)	1,28	0,41 – 2,85	0,865
≥ 35 tuổi	6 (20)	24 (80)	0,62	0,12 – 2,34	0,313
Trình độ học vấn của mẹ					
≤ Cấp I	18 (20,93)	68 (79,07)	1		
Cấp II	25 (11,36)	195 (88,64)	0,75	0,30 – 1,90	0,558
≥ Cấp III	4 (5,06)	75 (94,94)	0,50	0,11 – 2,14	0,355
Điều kiện kinh tế					
Đủ sống, khá giả	18 (6,47)	260 (93,53)	1		
Nghèo	29 (27,10)	78 (72,90)	3,80	1,66 – 8,68	0,002
Chỉ số BMI mẹ trước mang thai					
18,5 ≤ BMI ≤ 22,9	26 (9,12)	259 (90,88)	1		
BMI < 18,5	19 (26,76)	52 (73,24)	2,44	1,01– 5,86	0,046
BMI ≥ 23	2 (6,90)	27 (93,10)	1,96	0,31 – 12,09	0,468
Tăng cân trong thai kỳ					
> 9kg	23 (7,28)	293 (92,72)	1		
≤ 9 kg	24 (34,78)	45 (65,22)	3,77	1,66 – 8,58	0,002
Chiều cao bố					
160 – 170 cm	35 (12,64)	242 (87,36)	1		
< 160 cm	7 (21,88)	25 (78,12)	1,54	0,46 – 5,09	0,476
> 170 cm	5 (6,58)	71 (93,42)	0,86	0,25 – 2,95	0,817
Hút thuốc lá (bố)					
Không	11 (7,75)	131 (92,25)	1		
Có	36 (14,81)	207 (85,19)	1,79	0,72 – 4,41	0,206
Số lần đã sinh					
Chưa sinh lần nào	31 (12,92)	209 (87,08)	1		
1 lần	4 (4,76)	80 (95,24)	0,39	0,10 – 1,47	0,167
≥ 2 lần	12 (19,67)	49 (80,33)	1,35	0,47 – 3,89	0,573
Khám thai					
≥ 3 lần	22 (7,24)	282 (92,76)	1		
< 3 lần	25 (30,86)	56 (69,14)	2,54	1,08 – 5,94	0,031
Uống sắt					
Đầy đủ	11 (4,98)	229 (95,42)	1		
Không đủ	36 (24,83)	109 (75,17)	2,69	1,10 – 6,57	0,029
Mắc bệnh trong thai kỳ					
Không	26 (8,28)	288 (91,72)	1		
Có	21 (29,58)	50 (70,42)	4,76	2,03 – 10,61	0,000
Giới tính trẻ					
Trai	17 (8,29)	188 (91,71)	1		
Gái	30 (16,67)	150 (83,33)	1,74	0,78 – 3,88	0,171

(*) OR hiệu chỉnh (**) Hồi quy Logistic đa biến

Trong phân tích đơn biến, chúng tôi có 10 yếu tố liên quan đến nguy cơ sinh trẻ nhẹ cân. Nhằm kiểm soát các yếu tố gây nhiễu và đồng tác, chúng tôi chọn 12 biến số có P-value < 0,25 khi phân tích đơn biến đưa vào phương trình hồi quy đa biến như đã trình bày ở bảng 3. Kết quả còn lại 6 yếu tố có liên quan đến kết cục TNCLS như sau:

Những sản phụ có điều kiện kinh tế thuộc diện hộ nghèo làm tăng nguy cơ sinh con nhẹ cân gấp 3,80 lần so với những sản phụ có điều kiện kinh tế ở mức đủ sống, khá giả trở lên. Tác giả Tô Minh Hương (2007)[4] và Trần Thị Bảo Vân (2014)[11] cũng có kết luận giống với chúng tôi. Tuy nhiên, nghiên cứu của Huỳnh Văn Dõng (2012)[1] thì lại không tìm thấy mối liên quan giữa tình trạng kinh tế và kết cục TNCLS. Có lẽ do sự phân loại bà mẹ thuộc diện hộ nghèo hay hộ bình thường ở huyện Khánh Vĩnh, Khánh Hòa là không mấy rõ ràng. Phần lớn các bà mẹ tham gia trong nghiên cứu này đều thuộc hộ nghèo, các hộ bình thường khác thì mức sống cũng không cao hơn bao nhiêu nên sự khác biệt này không có ý nghĩa về mặt thống kê.

Những sản phụ có chỉ số BMI trước mang thai < 18,5 có nguy cơ sinh con nhẹ cân gấp 2,44 lần so với những sản phụ có chỉ số BMI trước mang thai bình thường (18,5 ≤ BMI ≤ 22,9). Kết quả này cũng giống với các tác giả Erik Ota (2011)[3] và Huỳnh Văn Dõng (2012)[1].

Những thai phụ tăng cân trong cả thai kỳ ≤ 9 kg có nguy cơ sinh con nhẹ cân gấp 3,77 lần so với những sản phụ tăng cân trong cả thai kỳ > 9kg. Trong các nghiên cứu của Huỳnh Văn Dõng (2012)[1] và Trần Thị Bảo Vân (2014)[11] đều chọn điểm cắt 9 kg để đánh giá mức tăng cân trong thai kỳ và cũng có kết luận tương tự.

Khám thai định kỳ là việc làm rất quan trọng của người phụ nữ khi mang thai. Những sản phụ khám thai < 3 lần trong thai kỳ làm tăng nguy cơ sinh con nhẹ cân gấp 2,54 lần so với những sản phụ khám thai ≥ 3 lần. Điều này cũng phù hợp kết luận của tác giả Huỳnh Văn Dõng (2012)[1]. Tuy nhiên, tác giả Trần Thị Bảo Vân (2014)[11] lại không tìm thấy mối liên quan giữa số lần khám thai và kết cục TNCLS. Có thể do trong nghiên cứu này hầu hết các sản phụ đều đi khám thai > 3 lần (97%), chỉ có một tỷ lệ khá thấp sản phụ khám thai < 3 lần nên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Cùng với việc khám thai định kỳ là uống viên sắt để phòng thiếu máu trong thai kỳ. Tỷ lệ thai phụ uống sắt đầy đủ trong thời gian mang thai trong nghiên cứu của chúng tôi đạt 62,34%. Theo thống kê của Viện Dinh Dưỡng năm 2013 thì tỷ lệ chung của các bà mẹ được uống sắt trong khi mang thai tại ĐắkLắk là 74,4%[9]. Số liệu của chúng tôi thấp hơn con số đã công bố này, có thể giải thích do hiện nay viên sắt không còn được cấp miễn phí cho đối tượng đồng bào dân tộc thiểu số tại tỉnh ĐắkLắk, các thai phụ người Ê Đê thường đi khám thai muộn và chưa nhận thấy tầm quan trọng của việc bổ sung sắt trong thời kỳ mang thai. Những bà mẹ uống sắt không đầy đủ trong thai kỳ có nguy cơ sinh con nhẹ cân gấp 2,69 lần so với những bà mẹ uống sắt đầy đủ. Kết luận này giống với tác giả Huỳnh Văn Dõng (2012)[1].

Những thai phụ có mắc bệnh trong thai kỳ sẽ làm tăng nguy cơ sinh con nhẹ cân gấp 4,76 lần so với những thai phụ không mắc bệnh. Kết quả này cũng phù hợp với các tác giả trong và ngoài nước khác khi khảo sát mối liên quan giữa bệnh lý của mẹ trong thai kỳ và trẻ nhẹ cân lúc sinh.

KẾT LUẬN & KIẾN NGHỊ

Qua thời gian nghiên cứu từ tháng 11/2014 đến 03/2015 trên 385 thai phụ người Ê Đê đến sinh tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh ĐắkLắk, số liệu nghiên cứu cho thấy: Tỷ lệ trẻ nhẹ cân lúc sinh là 12,21% (KTC 95%: 9,10 - 15,90). Các yếu tố liên quan đến trẻ nhẹ cân lúc sinh là: Gia đình có tình

trạng kinh tế thuộc diện hộ nghèo (OR*= 3,80; KTC 95% = 1,66 - 8,68), bà mẹ có chỉ số BMI trước mang thai < 18,5 (OR*= 2,44; KTC 95% = 1,01 - 5,86), bà mẹ tăng cân trong cả thai kỳ ≤ 9 kg (OR*= 3,77; KTC 95% = 1,66 - 8,58), bà mẹ khám thai < 3 lần trong thai kỳ (OR*= 2,54; KTC 95% = 1,08 - 5,94), bà mẹ uống sắt không đầy đủ trong thai kỳ (OR*= 2,69; KTC 95% = 1,10 - 6,57), bà mẹ mắc bệnh trong thai kỳ (OR*= 4,76; KTC 95% = 2,03 - 10,61)

Để hạ thấp tỷ lệ trẻ nhẹ cân lúc sinh ở đối tượng đồng bào dân tộc Ê Đê tại tỉnh ĐắkLắk, căn cứ vào kết quả nghiên cứu, chúng tôi xin đề xuất một số ý kiến sau:

- Tập trung giải quyết khó khăn cho những gia đình thuộc diện hộ nghèo đặc biệt là đối tượng đồng bào dân tộc Ê Đê ở vùng sâu vùng xa.

- Cán bộ y tế cơ sở cần quan tâm nhiều hơn đến các thai phụ người Ê Đê có chỉ số BMI trước mang thai < 18,5; hướng dẫn thai phụ cách ăn uống hợp lý, đảm bảo chế độ dinh dưỡng để tăng cân đủ trong thai kỳ.

- Cần tổ chức các buổi truyền thông về sức khỏe cho những thai phụ người Ê Đê để nâng cao kiến thức về chăm sóc vệ sinh thai nghén, hiểu rõ tầm quan trọng của việc khám thai định kỳ cũng như việc bổ sung sắt trong thời gian mang thai, qua đó tầm soát và điều trị kịp thời các bệnh lý trong thai kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Huỳnh Văn Dõng (2012), "Tỷ lệ trẻ sơ sinh nhẹ cân ở người dân tộc thiểu số và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Khánh Vĩnh - Khánh Hòa năm 2012", Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, tr. 33-59.
2. Nguyễn Văn Khoa, Huỳnh Nguyễn Khánh Trang (2009), "Tỉ lệ trẻ nhẹ cân và các yếu tố liên quan tại tỉnh Bình Phước". Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, 13 (1), tr. 114-118.
3. Ota E, Haruna M, Suzuki M, Anh DD, Tho le H, et al (2011), "Maternal body mass index and gestational weight gain and their association with perinatal outcomes in Viet Nam". Bull World Health Organ, 89 (2), pp. 127-36.
4. Tô Minh Hương, Trần Thị Phương Mai (2007), "Tổng suất và những yếu tố nguy cơ cho trẻ sơ sinh thấp cân tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội". Tạp chí Thông tin Y Dược, (12/2007), tr. 13-17.
5. Tổng cục Thống kê ĐắkLắk (2009), tr. 19.
6. Tổng cục Thống kê Việt Nam (2011), "Điều tra đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ 2011", tr. 71-72.
7. Trần Thị Bảo Vân (2014), "Tỷ lệ trẻ sơ sinh nhẹ cân và các yếu tố liên quan tại huyện Trảng Bàng, tỉnh Tây Ninh", Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, tr. 60-78.
8. United Nations Children's Fund and World Health Organization (2004), "Low Birth Weight: Country, regional and global estimates", New York, pp. 1-22.
9. Viện Dinh Dưỡng (2001), "Tình hình dinh dưỡng trẻ em năm 2000", Nhà xuất bản Y học, tr. 12.
10. Viện Dinh Dưỡng - UNICEF - Alive & Thrive (2014), "Thông tin Giám sát Dinh dưỡng năm 2013", Hà Nội, Việt Nam, tr. 195.
11. World Health Organization (2011), "WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee", In: Guidelines on Optimal Feeding of Low Birth-Weight Infants in Low- and Middle-Income Countries, Genevna.

Ngày nhận bài báo: *12/11/2015*

Ngày phản biện nhận xét bài báo: *20/11/2015*

Ngày bài báo được đăng: *20/01/2016*