

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thủ tướng Chính phủ (2012), Quyết định số 608/QĐ-TTg ngày 25/5/2012 Quyết định phê duyệt Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn 2030, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2019) Số: 1112/QĐ-BYT ngày 26 tháng 03 năm 2019 Quyết định về việc ban hành hướng dẫn thực hiện tải lượng virus HIV trong theo dõi, điều trị HIV/AIDS.

3. Báo cáo tổng hợp hoạt động điều trị ARV hàng tháng của Trung tâm Y tế Sông Lô gửi Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Vĩnh Phúc giai đoạn 2021-2022.
4. Báo cáo tình hình dịch tễ HIV/AIDS trên địa bàn huyện Sông Lô năm 2023 của khoa Kiểm soát dịch bệnh – Trung tâm Y tế Sông Lô.
5. Báo cáo số lượng ca làm hàng tháng ở phòng xét nghiệm, Trung tâm Y tế huyện Sông Lô giai đoạn 2023-2024.

TỶ LỆ THIẾU MÁU Ở PHỤ NỮ CÓ THAI VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TẠI TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN HẠ LANG TỈNH CAO BẰNG 2019-2024

Vi Lương Bộ¹, Phạm Mỹ Hoài², Đinh Trọng Hà³

TÓM TẮT

Nghiên cứu thực hiện trên 317 bệnh nhân đến sinh tại trung tâm y tế huyện Hạ Lang - Cao Bằng. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ thiếu máu ở các phụ nữ có thai và xác định một số yếu tố ảnh hưởng đến thiếu máu ở các thai phụ trên. **Kết quả:** Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ thai phụ thiếu máu là 24,9%, trong đó thiếu máu nặng chiếm tỷ lệ 0,3%, thiếu máu vừa chiếm tỷ lệ 4,1%, thiếu máu nhẹ chiếm tỷ lệ 20,5%. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 27,10±5,46 tuổi, trong đó tuổi trung bình của nhóm thiếu máu là 27,35±6,19 cao hơn so với nhóm không có thiếu máu. Các yếu tố liên quan bao gồm tăng cân mẹ dưới 12kg, bổ sung sắt không đầy đủ, khoảng cách sinh, có con lần đầu là các yếu tố làm tăng thêm tình trạng thiếu máu thai kỳ

Từ khóa: thiếu máu thai kỳ, bổ sung sắt

SUMMARY

PREVALENCE OF ANEMIA IN PREGNANT WOMEN AND SOME INFLUENCING FACTORS AT HA LANG DISTRICT MEDICAL CENTER IN CAO BANG PROVINCE FROM 2019-2024

The study was conducted on 317 patients giving birth at Ha Lang district medical center - Cao Bang. **Objective:** Determine the rate of anemia in pregnant women and identify some factors affecting anemia in pregnant women. **Results:** In our study, the rate of pregnant women with anemia was 24.9%, of which severe anemia accounted for 0.3%, moderate anemia accounted for 4.1%, and mild anemia accounted for 20.5%. The average age of the study

subjects was 27.10±5.46 years old, while the average age of the anemic group was 27.35±6.19 years old, higher than the group without anemia. Related factors include maternal weight gain of less than 12kg, inadequate iron supplementation, birth spacing, and having a baby for the first time, all of which increase anemia during pregnancy. **Keywords:** anemia during pregnancy, iron supplementation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu máu đang ảnh hưởng xấu đến phụ nữ trong độ tuổi sinh sản và sức khỏe trẻ em, từ đó làm tăng tỷ lệ mắc bệnh và tử vong mẹ, đồng thời cản trở tăng trưởng kinh tế - xã hội. ai hơn 80% quốc gia trên thế giới, tỷ lệ thiếu máu trong thai kỳ > 20% và có thể được coi là một vấn đề sức khỏe công đồng lớn.

Thiếu máu thai kỳ được xác định khi nồng độ huyết sắc tố dưới 11,0g/dL [6]. Tỷ lệ thiếu máu trong thai kỳ được ước tính là khoảng 41,8% [5]. Trên toàn cầu, khoảng 32,4 triệu phụ nữ mang thai bị thiếu máu trong đó Đông Nam Á và Châu Phi chia sẻ gánh nặng thiếu máu lần lượt là 48,7% và 46,3%. Ở Việt Nam, thiếu máu bà mẹ và trẻ em được xác định là vấn đề sức khỏe cộng đồng quan trọng. Báo cáo của Viện Dinh dưỡng năm 2009-2010 cho thấy tỷ lệ thiếu máu ở phụ nữ tuổi sinh đẻ là 28,8%, phụ nữ mang thai là 36,5%, cao nhất là vùng núi phía Bắc và Tây Nguyên lên tới gần 60%. Nguyên nhân chính của thiếu máu phụ nữ Việt Nam cũng là do thiếu sắt, chiếm từ 22-86,3% ở một số vùng nông thôn và miền núi [3]. Có rất nhiều nghiên cứu về thiếu máu ở phụ nữ có thai, nhưng đa phần các nghiên cứu này tập trung ở các thành phố lớn. Huyện Hạ Lang tỉnh Cao Bằng là một tỉnh miền núi, với dân cư chủ yếu là người thiểu số. Vậy tỷ lệ thiếu máu ở các phụ nữ đến sinh ở đây là bao nhiêu? Các yếu tố nào ảnh

¹Trung tâm Y tế huyện Hạ Lang tỉnh Cao Bằng

²Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

³Học viện Quân Y 103

Chịu trách nhiệm chính: Vi Lương Bộ
Email: viluongbo1984caobang@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024

Ngày duyệt bài: 11.9.2024

hướng đến thiếu máu ở các sản phụ này thì chưa có nghiên cứu nào tiến hành để trả lời các câu hỏi trên. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Tỷ lệ thiếu máu ở phụ nữ có thai và một số yếu tố ảnh hưởng tại trung tâm y tế huyện Hạ Lang tỉnh Cao Bằng từ 2019-2013" nhằm 1 mục tiêu: Xác định tỷ lệ thiếu máu ở các phụ nữ có thai và xác định một số yếu tố ảnh hưởng đến thiếu máu ở các thai phụ trên

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Là các thai phụ đến đẻ tại Trung Tâm y tế huyện Hạ lang tỉnh Cao Bằng từ năm 2019 đến 2023

+ Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Thai phụ có 01 thai sống
- Bệnh nhân đến đẻ được khám và làm các xét nghiệm cận lâm sàng tại trung tâm y tế
- Tuổi thai > 22 tuần dựa theo ngày đầu kỳ kinh cuối cùng hoặc dựa theo kết quả siêu âm tính tuổi thai trong quý 1 của thai kỳ.
- Tiêu chuẩn lựa chọn thiếu máu thai kỳ theo tiêu chuẩn của WHO Hb < 110g/l [6].

+ Tiêu chuẩn loại trừ

- Các trường hợp mất máu do chấn thương, tai nạn
- Thai phụ mắc các bệnh lý về máu
- Đẻ tại nơi khác rồi đến trạm y tế
- Hồ sơ bệnh án không đủ thông tin nghiên cứu
- Thai phụ không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: Chọn mẫu toàn bộ, trên thực tế chúng tôi thu thập được 317 thai phụ đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu

2.3. Một số chỉ tiêu nghiên cứu

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Tuổi: ghi theo lịch dương phân nhóm theo tiêu chuẩn quốc tế
- Số lần sinh
- Tiền sử sản khoa của bản thân thai phụ: số lần mang thai, số lần đẻ con, số con còn sống, cân nặng con trong các lần đẻ trước.
- Bổ sung sắt đầy đủ không: Có hay không
- Khẩu phần ăn: Đủ hay thiếu
- Điều kiện kinh tế: nghèo hay không
- Tăng cân mẹ

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Phân bố thiếu máu, mức độ thiếu máu

Đặc điểm	n	%
Thiếu máu		
Có	79	24,9
Không	238	75,1

Mức độ thiếu máu		
Thiếu máu nặng	1	0,3
Thiếu máu vừa	13	4,1
Thiếu máu nhẹ	65	20,5
Không thiếu máu	238	75,1
Tổng	317	100

Nhận xét: - Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ thai phụ thiếu máu là 24,9%

- Trong đó thiếu máu nặng chiếm tỷ lệ 0,3%, thiếu máu vừa chiếm tỷ lệ 4,1%, thiếu máu nhẹ chiếm tỷ lệ 20,5%.

Bảng 3.2. Phân bố theo tuổi của đối tượng nghiên cứu

Tuổi thai	Có TM		Không TM		Tổng	
	N	%	N	%	N	%
< 24	29	27,1	78	72,9	107	33,8
24-29	22	19,6	90	80,4	112	35,3
30-34	14	23	47	77	61	19,2
35-39	13	40,6	19	59,4	32	10,1
≥ 40	1	25	4	75	5	1,6
Trung bình	27,35±6,19		27,02±5,02		27,10±5,46	
Min	18		18		18	
Max	41		42		42	

Nhận xét: - Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 27,10±5,46 tuổi, trong đó tuổi trung bình của nhóm thiếu máu là 27,35±6,19 cao hơn so với nhóm không có thiếu máu

- Độ tuổi nhiều nhất là dưới 29 tuổi chiếm tỷ lệ 69,2%, trên 40 tuổi chiếm tỷ lệ ít hơn

- Trong nhóm nhiều máu gặp chủ yếu ở những thai phụ dưới 24 tuổi.

Bảng 3.3. Tăng cân mẹ trong quá trình mang thai

Đặc điểm	TM	Có TM		Không TM		Tổng	OR	p
		N	%	N	%			
Tăng cân								
<12 kg	27	35,5	49	64,5	76	2,003 (1,143-3,501)	0,014	
≥ 12kg	52	21,6	189	78,4	241			
Bổ sung sắt								
Không	58	28,9	95	71,1	116	1,835 (1,045-3,220)	0,033	
Đủ	21	18,1	143	81,9	201			

Nhận xét: - Những bà mẹ tăng cân dưới 12kg có nguy cơ thiếu máu cao hơn những bà mẹ tăng cân trên 12kg cao gấp 2,003 lần, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê p < 0,05.

- Những bà mẹ không bổ sung sắt đầy đủ có nguy cơ thiếu máu cao gấp 1,835 lần những bà mẹ bổ sung sắt đầy đủ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê p < 0,05.

Bảng 3.4. Khoảng cách sinh và số con

Đặc điểm	TM	Có TM		Không TM		Tổng	OR	p
Số lần sinh								
< 5 năm	56	33,5	111	66,5	167	3,447 (1,381-8,607)	0,006	
≥ 5 năm	6	12,8	41	87,2	47			
Số con								
Con đầu	29	152	71	214	62	2,063 (1,134-3,753)	0,016	
Con thứ 2 trở lên	16,5	86	83,5	103	17			

Nhận xét: - Tỷ lệ những phụ nữ mang thai sinh con lần đầu thiếu máu cao hơn so với những phụ nữ mang thai lần 2, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

- Những bà mẹ có khoảng cách giữa 2 lần sinh dưới 5 năm có nguy cơ thiếu máu cao gấp 3,447 lần so với những bà mẹ sinh con trên 5 năm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu, mức độ thiếu máu. Tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu của chúng tôi là 24,9%, trong đó 0,3% bệnh nhân có thiếu máu nặng, 4,1% bệnh nhân có thiếu máu vừa và 20,5% bệnh nhân có thiếu máu nhẹ (tiêu chuẩn chẩn đoán thiếu máu theo tiêu chuẩn của tổ chức y tế thế giới).

Các tiêu chuẩn của tổ chức y tế thế giới phù hợp với mọi hoàn cảnh của các quốc gia và phù hợp với tình hình sức khỏe chung cho toàn cầu. Hiện nay bộ y tế cũng đưa tiêu chuẩn này vào trong chẩn đoán thiếu máu thai kỳ

So sánh với một số tác giả khác

Tác giả	Năm	Tỷ lệ thiếu máu
Mohammadmahdi Karami [7]	2022	36,8%
Bruno F. Sunguya [10]	2021	57%
Lê Thị Thủy Trang	2017	27,2
Chúng tôi	2024	24,9

Các nghiên cứu khác nhau tỷ lệ cũng khác nhau ở từng khu vực, tỷ lệ thiếu máu cũng phụ thuộc vào tình hình kinh tế ở từng quốc gia, tùy thuộc vào phong tục tập quán của từng nơi. Đối với Cao Bằng hiện nay kinh tế đã có nhiều phát triển nên tỷ lệ nằm ở mức thấp so với các tỉnh ở quốc gia có nền kinh tế kém hơn.

So sánh mức độ thiếu máu ở các nghiên cứu khác

Tác giả	Năm	TM nhẹ	TM vừa	TM nặng
Lê Thị Thủy Trang [2]	2017	80,1 %	19,9 %	0
Huifeng Shi [8]	2022	9,04	2,62	0,94
Chúng tôi	2024	20,5	4,1	0,3

Các nghiên cứu khác nhau cũng có mức độ thiếu máu khác nhau, trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 bệnh nhân có thiếu nặng, đây là trường hợp bệnh nhân người dân tộc gia đình hộ nghèo và thường xuyên ăn không đầy đủ chất dinh dưỡng. Các nghiên cứu khác nhau cũng phụ thuộc vào cách chọn mẫu của từng nghiên cứu, đối với nghiên cứu của chúng tôi là chọn mẫu thuận tiện và toàn bộ do vậy trong một thời gian ngắn chúng tôi chưa thể xác định được chính xác mức độ thiếu máu cả một quá trình.

Tuổi mẹ. Đối với nhóm thiếu máu trong nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi trung bình là 27,35±6,19 tuổi. Tuổi trung bình của nhóm có thiếu máu là 27,35±6,19 tuổi có cao hơn nhóm không có thiếu máu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi những bệnh nhân có độ tuổi dưới 24 có 27,3% thiếu máu vừa và 68,2% bệnh nhân thiếu máu nhẹ. Trong độ tuổi 25-29 có 4,5% bệnh nhân có thiếu máu nặng, 27,3% thiếu máu vừa, 68,2% bệnh nhân có thiếu máu nhẹ. Trong độ tuổi 30-34 có 7,1% bệnh nhân có thiếu máu vừa 92,9% bệnh nhân có thiếu máu nhẹ.

Tăng cân mẹ. Khi đưa vào phân tích chúng tôi nhận thấy có 35,5% bà mẹ tăng cân dưới 12kg có thiếu máu, ở những bà mẹ tăng trên 12kg có thiếu máu chỉ chiếm tỷ lệ 21,6%. Nguy cơ thiếu máu tăng gấp 2,003 lần ở những bà mẹ tăng cân dưới 12kg. Khi mẹ tăng cân không đủ thì cung cấp dự trữ sắt cho thai nhi trong quá trình mang thai, nhu cầu sắt của cơ thể mẹ tăng lên để hỗ trợ sự phát triển của thai nhi và sản xuất máu mới. Mẹ cần đủ sắt để cung cấp cho thai nhi trong suốt quá trình mang thai, và việc tăng cân ít hơn 12kg có thể làm giảm dự trữ sắt trong cơ thể mẹ, dẫn đến nguy cơ thiếu máu. Hơn thế mẹ cần đủ dưỡng chất để duy trì sức khỏe của bản thân và thai nhi. Việc tăng cân dưới 12kg có thể dẫn đến việc không đảm bảo cung cấp đủ dưỡng chất cho cả mẹ và thai nhi, đặc biệt là sắt, gây ra nguy cơ thiếu máu.

Theo Lê Minh Trác (2012) cũng cho thấy những bà mẹ tăng cân dưới 9kg nguy cơ đẻ non tháng, sơ sinh cân nặng thấp cao hơn những bà mẹ tăng cân trên 9kg, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$ [4]. Với các mức tăng cân ở các nghiên cứu là khác nhau theo các tiêu chí lựa chọn nhưng các tác giả đều có thống nhất chung là các bà mẹ tăng cân không đủ so với tiêu chuẩn thì trẻ có nguy cơ sinh non hay nhẹ cân so với tuổi.

Bổ sung sắt. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 28,9% bệnh nhân thiếu máu không được bổ sung sắt đầy đủ. Bệnh nhân không bổ sung

sắt đầy đủ sẽ làm tăng nguy cơ thiếu máu lên 1,835 lần, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$ kết quả của chúng tôi cũng tương tự một số tác giả khác

Theo Nguyễn Thị Lê (2013) 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% giảm có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị. Theo Phạm Thanh Hải (2018) sau 4 tuần điều trị, nồng độ Hb tăng 0,7g/dl, không còn trường hợp nào có Hb < 10 g/dl, tỷ lệ PNCT không còn tình trạng thiếu máu là 47,2%. Tại thời điểm 8 tuần so với thời điểm 4 tuần điều trị nồng độ Hb tăng thêm 0,6g/dl; có thể xem như tại thời điểm kết thúc nghiên cứu nồng độ Hb tăng 1,3 g/dl và tỷ lệ PNCT không còn tình trạng thiếu máu là 83,1%. 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 và truyền thông về kiến thức phòng chống thiếu máu cho thai phụ. Theo khuyến cáo Tổ chức y tế thế giới, phụ nữ lần đầu tiên phát hiện có thai nên uống ngay viên sắt mỗi ngày, uống kéo dài tới sau khi sinh một tháng. Theo khuyến cáo của bộ y tế Liều bổ sung là 30 - 60mg sắt kèm theo acid folic 400mcg mỗi ngày.

Số lần sinh và thiếu máu. Số lượng hồng cầu và nồng độ HST trung bình ở nhóm PNCT có từ 2 con trở lên có xu hướng thấp hơn nhóm PNCT có 1 con, trong nghiên cứu của chúng tôi những sản phụ có con lần 2 có nguy cơ thiếu máu cao gấp 2,063 lần những bà mẹ mang con đầu tiên, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Nghiên cứu của Trương Trịnh Linh Giang (2020) cho thấy sản phụ sinh từ 3 lần trở lên tăng nguy cơ thiếu máu lên 2,9 lần so với sinh dưới 3 lần, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê [1].

Khi người phụ nữ chưa hoặc có 1 con, họ vừa có thời gian và điều kiện cả về vật chất lẫn tinh thần để chăm sóc, nuôi dạy con thật tốt nhưng đồng thời vẫn có thời gian để chăm sóc bản thân. Vì vậy, tỷ lệ thiếu máu ở nhóm này không cao. Khi đã có từ 2 con trở đi, họ hầu như bị cuốn vào vòng xoáy của công việc và gia đình, con cái. Dinh dưỡng không đầy đủ đã làm tăng nguy cơ thiếu máu ở nhóm đối tượng này. Và điều này cũng cho thấy rằng, càng sinh đẻ nhiều lần, nguy cơ TMTS càng cao.

Khoảng cách sinh và thiếu máu. Trong nghiên cứu này, khi so sánh khoảng cách đẻ so với lần sinh trước của sản phụ, tôi không tính sản sản phụ đẻ con so, do đó số sản phụ đẻ con

ra là 214 trẻ.

Qua phân tích bảng chúng tôi nhận thấy, tỷ lệ bệnh nhân sinh con dưới 5 năm có thiếu máu là 33,5%, tỷ lệ mẹ sinh con từ năm năm trở lên có thiếu máu là 12,8%. Những bà mẹ sinh con dưới 5 năm có nguy cơ thiếu máu tăng gấp 3,447 lần, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Nghiên cứu của Trương Thị Linh Giang (2020) cho thấy tỷ lệ thiếu máu thai kỳ ở nhóm sản phụ có khoảng cách giữa hai lần sinh là 1 năm chiếm 41,7% cao hơn nhiều so với nhóm có khoảng cách hai lần mang thai 2 năm và từ 3 năm trở lên. Khoảng cách 1 năm giữa hai lần sinh làm tăng nguy cơ thiếu máu trong thai kỳ sau gấp 2,6 lần so với khoảng cách từ 2 năm trở lên [1].

Nghiên cứu của Kalayu Brhane Mruts (2022) cho thấy nguy cơ thiếu máu ở bà mẹ tương đối thấp hơn được quan sát thấy trong khoảng thời gian từ 24 đến 40 tháng giữa các lần sinh [9].

Kết quả cho thấy nguy cơ thiếu máu tỷ lệ nghịch với khoảng cách giữa hai lần sinh. Chúng tôi cho rằng, thời gian giữa hai lần sinh càng dài, tỷ lệ thiếu máu ở thai phụ càng cao có thể do nhu cầu để nuôi dưỡng thai và mẹ rất cao trong khi cơ thể chưa kịp bù đắp dinh dưỡng cũng như lượng sắt dự trữ đã thiếu hụt trong khi thời gian ngắn dẫn đến tình trạng thiếu máu của mẹ. Hơn thế khoảng cách 5 năm để hồi phục dự trữ sắt:

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ thai phụ thiếu máu là 24,9%. Trong đó thiếu máu nặng chiếm tỷ lệ 0,3%, thiếu máu vừa chiếm tỷ lệ 4,1%, thiếu máu nhẹ chiếm tỷ lệ 20,5%. Bổ sung sắt không đầy đủ, tăng cân mẹ dưới 12 kg, khoảng cách sinh con dài cũng là các yếu tố nguy cơ gây thiếu máu mẹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trương Thị Linh Giang** (2020), "Khảo sát tình hình thiếu máu thai kỳ và các yếu tố liên quan tại Khoa Phụ sản - Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế", Tạp chí Y dược học- Trường đại học Y Dược Huế. 10(1), tr. 38-44.
2. **Lê Thị Thuỳ Trang và Đinh Thị Phương Thuỳ** (2017), "Thực trạng thiếu máu tại phụ nữ mang thai tại huyện Phú Lệ, tỉnh Quảng Bình 2016", Tạp chí Y tế công cộng. 44, tr. 6-11.
3. **Viện Dinh dưỡng - Bộ Y tế** (2010), "Tổng điều tra dinh dưỡng 2009-2010".
4. **Lê Minh Trác** (2012), "Thực trạng sơ sinh thấp cân, non tháng đẻ tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương", Tạp chí Phụ sản. 10(4), tr. 98-103.
5. **S. Garzon và các cộng sự.** (2020), "Iron Deficiency Anemia in Pregnancy: Novel Approaches for an Old Problem", Oman Med J. 35(5), tr. e166.
6. **M. Goonewardene, M. Shehata và A. Hamad** (2012), "Anaemia in pregnancy", Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 26(1), tr. 3-24.

7. **M. Karami và các cộng sự.** (2022), "Global Prevalence of Anemia in Pregnant Women: A Comprehensive Systematic Review and Meta-Analysis", *Matern Child Health J.* 26(7), tr. 1473-1487.
8. **H. Shi và các cộng sự.** (2022), "Severity of Anemia During Pregnancy and Adverse Maternal and Fetal Outcomes", *JAMA Netw Open.* 5(2), tr. e2147046.
9. **Kalayu Brhane Mruts và các cộng sự.** (2022), "Interbirth interval and maternal anaemia in 21 sub-Saharan African countries: A fractional-polynomial analysis", *PLOS ONE.* 17(9), tr. e0275155.
10. **Bruno F. Sunguya và các cộng sự.** (2021), "High burden of anemia among pregnant women in Tanzania: a call to address its determinants", *Nutrition Journal.* 20(1), tr. 65.

THỰC TRẠNG THỰC HÀNH VỆ SINH GIẤC NGỦ CỦA SẢN PHỤ SAU SINH MỔ LẤY THAI TRONG THỜI GIAN NẪM VIỆN VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI THÀNH PHỐ HÀ NỘI

Hoàng Ngọc Ánh¹, Nguyễn Thị Hoa Huyền¹, Nguyễn Thị Giang²

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1) Mô tả thực trạng thực hành vệ sinh giấc ngủ và 2) xác định một số yếu tố liên quan đến thực hành vệ sinh giấc ngủ ở sản phụ sau sinh mổ lấy thai trong thời gian nằm viện ở một số bệnh viện tại Thành phố Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang sử dụng bộ câu hỏi thiết kế sẵn trên 100 sản phụ sau sinh mổ lấy thai và đang trong thời gian nằm viện tại Bệnh viện Đa khoa quốc tế VinMec Times City và Bệnh viện Phụ sản Trung ương Hà Nội. **Kết quả:** Tổng điểm trung bình \pm độ lệch chuẩn thực hành vệ sinh giấc ngủ của đối tượng nghiên cứu là $24,63 \pm 9,22$ trên thang điểm 78. Lĩnh vực "Lịch trình và thời gian ngủ" có điểm trung bình cao nhất là $9,67 \pm 3,54$; lĩnh vực "Thói quen ăn uống trước khi ngủ" có điểm trung bình thấp nhất là $1,86 \pm 2,02$. Không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các yếu tố nhân khẩu học và thực hành vệ sinh giấc ngủ ($p > 0,05$). **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các sản phụ sau sinh mổ tại thành phố Hà Nội thực hành vệ sinh giấc ngủ tương đối tốt trong khoảng thời gian nằm viện sau sinh. Trong đó, khía cạnh lịch trình và thời gian ngủ đang được thực hiện kém nhất trong các nhóm thực hành vệ sinh giấc ngủ. Sự khác biệt về các yếu tố nhân khẩu học không ảnh hưởng đến việc thực hành vệ sinh giấc ngủ của sản phụ. Do đó, cần có những can thiệp về giáo dục và hỗ trợ thực hành vệ sinh giấc ngủ phù hợp nhằm nâng cao hơn thực hành vệ sinh giấc ngủ và cải thiện sức khỏe toàn diện ở nhóm sản phụ sau sinh mổ.

Từ khóa: vệ sinh giấc ngủ, sau sinh, mổ lấy thai, thời gian nằm viện

SUMMARY

SLEEP HYGIENE PRACTICES OF CESAREAN POSTPARTUM WOMEN DURING

¹Viện Khoa học Sức khỏe, Trường Đại học VinUni

²Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Ngọc Ánh

Email: 20anh.hn@vinuni.edu.vn

Ngày nhận bài: 26.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2024

Ngày duyệt bài: 11.9.2024

HOSPITALIZATION AND ITS ASSOCIATED FACTORS IN HANOI CITY

Purposes: 1) To describe sleep hygiene practices and 2) to identify its associated factors of cesarean postpartum women during hospitalization in Hanoi city's hospitals. **Subjects and methods:** a cross-sectional using a pre-designed questionnaire on 100 hospitalized cesarean postpartum women at VinMec Times City International General Hospital and Hanoi Central Obstetrics Hospital. **Results:** The sleep hygiene practices score (mean \pm standard deviation) is 24.63 ± 9.22 (78-point scale). The domain "Sleep scheduling and timing" has the highest score of 9.67 ± 3.54 , while the domain "Eating/drinking habits before sleep" has the lowest score of 1.86 ± 2.02 . There was no statistically significant difference between demographics and sleep hygiene practices ($p > 0.05$). **Conclusion:** Our research found good sleep hygiene practices among post-cesarean section mothers in Hanoi during hospitalization. "Sleep scheduling and timing" was the weakest practice. Demographics' differences did not affect sleep hygiene practices. These results highlight the necessity for education and support programs to improve sleep hygiene practices and overall health in post-cesarean section women. **Keywords:** sleep hygiene, postpartum, cesarean section, hospitalization

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sau sinh mổ lấy thai, giấc ngủ đóng vai trò quan trọng đối với quá trình phục hồi sức khỏe sau phẫu thuật và hoạt động chức năng làm mẹ của các sản phụ [7]. Hơn nữa, thực hành vệ sinh giấc ngủ là một trong những yếu tố ảnh hưởng trực tiếp đến việc duy trì chất lượng giấc ngủ tốt ở sản phụ sau sinh [7]. Vệ sinh giấc ngủ (sleep hygiene) là tập hợp các khía cạnh hành vi và môi trường nhằm thúc đẩy giấc ngủ khỏe mạnh, góp phần duy trì sự cân bằng chu kỳ ngủ-thức, từ đó ngăn ngừa các rối loạn thể chất và tâm thần [1]. Trong khoảng thời gian nằm viện, nhiều tác nhân mới của môi trường bệnh viện khiến việc duy trì thực hành vệ sinh giấc ngủ gặp nhiều khó khăn hơn. Nghiên cứu của Baumgartel và Facco