

0,02; P: 0,000). Theo nghiên cứu của Zumhagen và cộng sự thấy được rằng khoảng thời gian TpTe và tỉ lệ TpTe/QT tại chuyển đạo V1 dài hơn đáng kể đối với nhóm bệnh nhân có triệu chứng so với nhóm bệnh nhân không triệu chứng[7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đường cong ROC đã cho điểm cut off giá trị tối ưu của khoảng thời gian TpTe và tỉ lệ TpTe/QT ở chuyển đạo V1 và V2 có độ nhạy và độ đặc hiệu cao hơn với kết quả là TpTe ở V1: 76 ms cho độ nhạy 87,5% và độ đặc hiệu 76,5%, TpTe ở V2 là 77,5 ms cho độ nhạy 87,5% và độ đặc hiệu 70,6%. Điểm cắt của tỉ lệ TpTe/QT ở chuyển đạo V1: 0,199 cho độ nhạy 83,3% và độ đặc hiệu 76,5%. Ở chuyển đạo V2 thì điểm cắt của tỉ lệ TpTe/QT là 0,201 cho độ nhạy là 87,5% và độ đặc hiệu là 88,2%.

## V. KẾT LUẬN

- Khoảng thời gian Tpeak- Tend trên điện tâm đồ bề mặt đường như có một vai trò quan trọng liên quan đến rối loạn nhịp ở bệnh nhân Brugada.

- Khoảng thời gian Tpeak-Tend và tỉ lệ Tpeak-Tend/QT ở chuyển đạo V1 và V2 tăng cao hơn đáng kể ở những bệnh nhân Brugada gây được cơn rối loạn nhịp thất nguy hiểm trong thăm dò điện sinh lý tim.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **25 Years of Brugada Syndrome**, with Dr Josep Brugada. Medscape, <<http://www.medscape.com/viewarticle/895502>>, accessed: 06/02/2018.
2. **Brugada J., Brugada R., Brugada P. (2003)**. Determinants of sudden cardiac death in individuals with the electrocardiographic pattern of Brugada syndrome and no previous cardiac arrest. *Circulation*, **108(25)**, 3092-3096
3. **Sroubek J., Probst V., Mazzanti A., et al. (2016)**. Programmed ventricular stimulation for risk stratification in the Brugada syndrome. *Circulation*, **133(7)**, 622-630.
4. **Antzelevitch C., Brugada P., Borggreve M., et al. (2005)**. Brugada syndrome: report of the second consensus conference: endorsed by the Heart Rhythm Society and the European Heart Rhythm Association. *Circulation*, (2005). **111(5)**, 659-670.
5. **Arteyeva NV., Goshka S., Sedova K A., et al 2013**. What does the T(peak)- T(end) interval reflect? An experimental and model study. *J Electrocardiol.* **46(4)**:291-298
6. **Tokuyama T., Nakano Y., Awazu A., et al. (2014)** Deterioration of the circadian variation of heart rate variability in Brugada syndrome may contribute to the pathogenesis of ventricular fibrillation. *Journal of Cardiology.* **64(2)**: 133-138.
7. **Zumhagen S., Zeidler S.M., Stallmeyer B. et al. (2016)**. Tpeak-Tend interval and Tpeak-Tend/QT ratio in patients with Brugada syndrome. *Europace*, **18(12)**, 1866-1872.

## TÌNH TRẠNG THIẾU MÁU VÀ DỰ TRỮ SẮT Ở PHỤ NỮ 15-35 TUỔI TẠI MỘT HUYỆN MIỀN NÚI PHÍA BẮC, NĂM 2018

Hoàng Nguyễn Phương Linh\*, Nguyễn Hồng Trường\*, Nguyễn Song Tú\*, Lê Danh Tuyên\*

### TÓM TẮT

Thiếu máu đang là vấn đề sức khỏe cộng đồng tại các quốc gia có thu nhập thấp và đang phát triển. Nghiên cứu mô tả cắt ngang đã được tiến hành trên 414 phụ nữ ở độ tuổi từ 15 - 35 tại 5 xã nghèo tại một huyện miền núi phía Bắc, tỉnh Sơn La nhằm đánh giá tình trạng thiếu máu, dự trữ sắt và thiếu máu thiếu sắt. Kết quả cho thấy, tỷ lệ thiếu máu là 25,6%, ở mức trung bình có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng. Tỷ lệ thiếu máu cao nhất là nhóm 15-24 tuổi (30,3%). Tỷ lệ dự trữ sắt cạn kiệt là 15,7%; dự trữ sắt thấp là 16,2%; thiếu máu do thiếu sắt là 6,0% và có 19,6%

phụ nữ thiếu máu không thiếu sắt; 9,7% thiếu sắt không thiếu máu. Cần tiếp tục theo dõi tình trạng thiếu máu trên phụ nữ tuổi sinh đẻ và có thêm các nghiên cứu về tìm hiểu thêm nguyên nhân dẫn đến thiếu máu để đưa ra những giải pháp can thiệp cải thiện tình trạng thiếu máu một cách chính xác và hiệu quả ở phụ nữ từ 15-35 tuổi tại các huyện miền núi phía Bắc.

**Từ khóa:** Thiếu máu thiếu sắt, dự trữ sắt, phụ nữ tuổi sinh đẻ, miền núi.

### SUMMARY

#### THE ANEMIA AND IRON STORES STATUS IN WOMEN AGED 15-35 YEARS OLD AT A DISTRICT IN THE NORTHERN MOUNTAINOUS AREA IN 2018

Anemia is currently a significant public health issue in low-income, developing, and developed countries. A cross-sectional descriptive study was conducted in 414 women aged 15-35 years old in low socioeconomic in

<sup>1</sup>Viện Dinh dưỡng Quốc gia, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Nguyễn Phương Linh

Email: [hoangnguyenvphuonglinh@dinhdhuong.org.vn](mailto:hoangnguyenvphuonglinh@dinhdhuong.org.vn)

Ngày nhận bài: 28.7.2021

Ngày phản biện khoa học: 27.9.2021

Ngày duyệt bài: 4.10.2021

Thuan Chau district, Son La Province, to evaluate anemia, iron stores and iron deficiency anemia. The results showed that the prevalence of anemia was 25.6%, at the moderate of public health significance problem. The highest prevalence of anemia was in the group of 15-24 years old (30.3%). The prevalence of depleted iron store was 15.7%; low iron stores was 16.2%; iron deficiency anemia and anemia without iron deficiency were 6.0% and 19.6%; 9.7% depleted iron store but not anemia. It is necessary to continue to monitor the anemia status in women of reproductive age and to have more studies on causes of anemia to provide interventions to improve anemia accurately and effectively in women aged 15-35 years old in Northern mountainous districts.

**Keywords:** iron deficiency anemia, Iron stores, reproductive-age women, mountainous

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổ chức Y tế thế giới (WHO) công bố thiếu máu đang là vấn đề sức khoẻ cộng đồng tại các quốc gia có thu nhập thấp, đang phát triển và phát triển [1]. WHO thống kê được khoảng 800 triệu trẻ em và phụ nữ trên toàn thế giới bị thiếu máu năm 2015, 29,4% là phụ nữ ở tuổi sinh đẻ (15-49 tuổi) [1]. Tỷ lệ thiếu máu ở phụ nữ tuổi sinh đẻ cao nhất tại khu vực Đông Nam Á (41,9%) trong đó 1,8% là thiếu máu ở mức độ nặng [1]. Khu vực Châu Mỹ và Tây Thái Bình Dương có tỷ lệ thiếu máu thấp nhất lần lượt là 16,8% và 19,9%, trong đó thiếu máu mức độ nặng ở cả hai khu vực là 0,5% [1]. Theo báo cáo điều tra tại Việt Nam năm 2015, tỷ lệ thiếu máu ở phụ nữ tuổi sinh đẻ là 25,5% ở mức độ trung bình có ý nghĩa sức khoẻ cộng đồng, trong đó cao nhất ở khu vực miền núi (27,9%) và thấp nhất ở khu vực thành thị (20,8%) [2].

Thiếu máu là kết quả của nhiều nguyên nhân, nhưng nguyên nhân chủ yếu nhất là do thiếu sắt. Khoảng 50% trường hợp thiếu máu nguyên nhân do thiếu sắt [1], các trường hợp còn lại do thiếu vi chất dinh dưỡng, nhiễm trùng cấp mạn tính (sốt rét, ung thư...), và các rối loạn do di truyền hoặc mắc phải ảnh hưởng đến tổng hợp hemoglobin, sản xuất hồng cầu. Nguyên nhân thiếu máu cũng thay đổi theo lứa tuổi, giới tính, điều kiện kinh tế, chế độ ăn hàng ngày và kiến thức dinh dưỡng [3]. Thiếu máu ảnh hưởng nghiêm trọng tới sức khoẻ của người dân và mang lại hậu quả tiêu cực cho sự phát triển kinh tế và xã hội. Người bị thiếu máu thường có biểu hiện mệt mỏi, sức khoẻ yếu, dễ bị hạ thân nhiệt và suy nhược tuyến giáp [4]. Trường hợp thiếu máu trong thời gian mang thai làm tăng rủi ro trong thời kỳ sinh nở cho bà mẹ và thai nhi, nặng hơn là tăng tỉ lệ tử vong trẻ sơ sinh [4]. Khoảng 40% trường hợp tử vong của bà mẹ và thai nhi

trong thời kỳ mang thai có liên quan tới thiếu máu [4]. Hiệu quả cũng như năng suất lao động và làm việc của người thiếu máu thấp hơn so với người bình thường [4]. Thiếu máu có tác động tới nền kinh tế xã hội như là chi phí cho các biện pháp can thiệp thiếu máu, hạn chế để hiệu quả và năng suất lao động ở phụ nữ tuổi sinh đẻ, và suy giảm sự phát triển trí tuệ về hình thành của con người và cộng đồng [4].

Để đánh giá tình trạng thiếu máu do thiếu sắt, các nhà nghiên cứu đã sử dụng nồng độ ferritin huyết thanh để đo lường tình trạng dự trữ sắt trong cơ thể. Một nghiên cứu mô tả cắt ngang đã được tiến hành tại huyện Thuận Châu, tỉnh Sơn La nhằm đánh giá tình trạng thiếu máu, thiếu máu do thiếu sắt và dự trữ sắt ở phụ nữ 15 - 35 tuổi tại các xã nghèo của huyện thuộc tại khu vực miền núi phía Bắc.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1 Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu:

#### Đối tượng đáp ứng các tiêu chí:

- Phụ nữ trong độ tuổi 15-35, không nuôi con bú dưới 12 tháng, không có thai; không có dị tật, không mắc các bệnh về máu, các bệnh nhiễm trùng cấp.

- Chấp thuận tham gia nghiên cứu.

Địa điểm và thời gian: tại 5 xã của huyện Thuận Châu, tỉnh Sơn La trong thời gian từ tháng 07/2018 đến tháng 12/2018; thuộc huyện nghèo miền núi phía Bắc

#### 2.2 Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

#### 2.3. Cỡ mẫu:

\*Xác định tình trạng thiếu máu:

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

n =

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu:

*Trong đó:* n là số đối tượng cần điều tra, với p là tỷ lệ thiếu máu phụ nữ không có thai ở miền núi, năm 2015 là 27,9% [2]; chọn d = 0,05 với độ tin cậy 95%; z có giá trị là 1,96. DE = 1,2; Cỡ mẫu cần là 372 đối tượng.

\*Tình trạng dự trữ sắt cạn kiệt với p tỷ lệ phụ nữ không có thai dự trữ sắt cạn kiệt năm 2017 là 9,1% [3]; chọn d = 0,05; z có giá trị là 1,96; DE x 1,2; Tính toán được cỡ mẫu cần là 154.

Cỡ mẫu chung cần là 372; thêm 10% để phòng các trường hợp đối tượng bỏ cuộc. Do đó cỡ mẫu lựa chọn là **409** đối tượng. Thực tế điều tra 414 đối tượng.

#### 2.4. Phương pháp chọn mẫu:

Chọn tình: Chọn chủ đích huyện Thuận Châu,

tỉnh Sơn La một trong những tỉnh miền núi phía Bắc, nơi có hoàn cảnh kinh tế khó khăn.

Chọn xã: Chọn ngẫu nhiên đơn 5 xã trong 27 /29 xã thuộc xã nghèo là (xã Chiềng Bôm, Nậm Lâu, Tông Lạnh, Chiềng Pha, Mường Khiêng).

Chọn đối tượng nghiên cứu: theo phương pháp ngẫu nhiên hệ thống

**2.5. Phương pháp và công cụ thu thập số liệu**

+ Tính tuổi của phụ nữ từ 15 – 35 tuổi: Các phụ nữ sinh sau ngày 01/10/1983 đến trước ngày 01/10/2003 sống tại địa bàn được chọn được đưa vào khung mẫu.

+ Phỏng vấn: sử dụng bộ câu hỏi được thử nghiệm trước khi điều tra.

+ Xét nghiệm máu: Định lượng Hemoglobin (Hb) trong máu bằng phương pháp Cyamethemoglobin, dùng máy Hemocue; Đo nồng độ Ferritin huyết thanh (SF) bằng phương pháp ELISA.

**2.6. Một số tiêu chuẩn xác định, đánh giá**

+ Tình trạng thiếu máu: khi hàm lượng Hemoglobin trong máu <120g/l, trong đó thiếu máu nặng khi Hb < 70g/l; thiếu máu trung bình khi 70g/l ≤ Hb < 100g/l và thiếu máu nhẹ khi 100g/l ≤ Hb < 120g/l; Hàm lượng Ferritin huyết thanh nhỏ hơn 30µg/l là dự trữ sắt thấp; nhỏ hơn 15µg/l là dự trữ sắt cạn kiệt.

**2.7. Phân tích và xử lý số liệu:** Sử dụng phần mềm Epi Data 3.1 để nhập liệu và SPSS 18.0 để phân tích. Test kiểm định thống kê là  $\chi^2$  test so sánh tỷ lệ, t - test độc lập so sánh giá trị trung bình 2 nhóm, ANOVA test so sánh giá trị trung bình của 3 nhóm. Nồng độ hemoglobin phân bố chuẩn; Ferritin phân bố không chuẩn. Giá trị p<0,05 được xem có ý nghĩa thống kê.

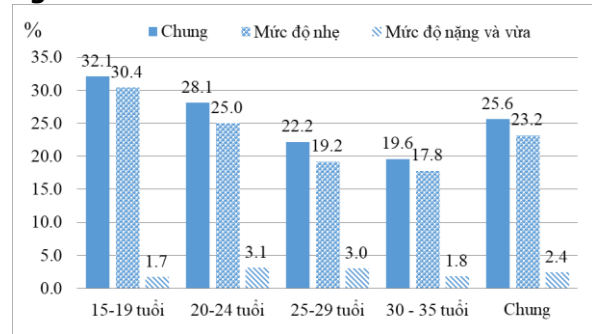
**2.8. Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu đã được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức của Viện Dinh dưỡng trước khi triển khai, theo quyết định số 1474 /QĐ-VDD ngày 14/09/2018.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Thông tin chung về đối tượng điều tra.** Nghiên cứu đã tiến hành trên 414 phụ nữ 15-35 tuổi tại 5 xã thuộc huyện Thuận Châu, đây là huyện nghèo của tỉnh miền núi phía Bắc có 93,2% đối tượng nghiên cứu là người dân tộc Thái, còn lại 6,8% là các dân tộc Kinh, H'mông,

Dao, Khơ mú, Laha... Tuổi trung bình của đối tượng là 24,5 ± 6,2; Có 45,4% hộ gia đình thuộc kinh tế hộ nghèo và 22,5% là cận nghèo; Nông nghiệp vẫn nghề nghiệp đem lại thu nhập chính cho các gia đình 82,4%, bên cạnh đó có 13,% đối tượng là học sinh; Có 73,2% số phụ nữ chỉ học đến trung học cơ sở.

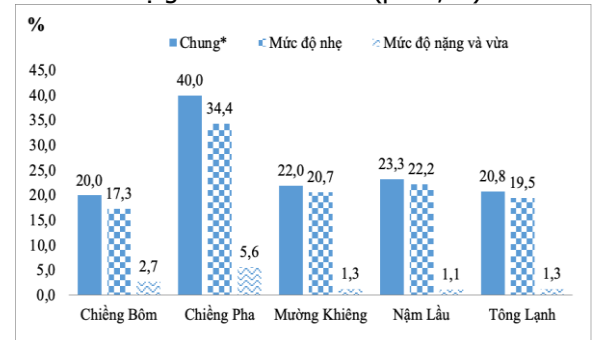
**3.2. Tình trạng thiếu máu của đối tượng nghiên cứu**



$\chi^2$  test với p > 0,05 so sánh theo mức độ giữa các nhóm tuổi

**Hình 1. Tỷ lệ thiếu máu theo mức độ thiếu máu và theo nhóm tuổi**

Tỷ lệ thiếu máu chung là 25,6% trong đó mức độ nhẹ là 23,2%; mức độ nặng và vừa (2,4%). Không có sự khác biệt có YNTK về tỷ lệ thiếu máu theo mức độ giữa 4 nhóm tuổi (p >0,05).



$\chi^2$  test với \*p < 0,05.

**Hình 2. Tỷ lệ thiếu máu theo mức độ thiếu máu và theo xã**

Tỷ lệ thiếu máu mức độ nặng và vừa cao nhất ở xã Chiềng Pha (5,6%), tiếp theo là xã Chiềng Bôm (2,7%); Có sự khác biệt có YNTK tỷ lệ thiếu máu chung giữa các xã (p <0,05).

**Bảng 1. Tỷ lệ thiếu máu và nồng độ hemoglobin ở đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi**

Nhóm tuổi	n	Số thiếu máu	Tỷ lệ (%) <sup>b</sup>	Nồng độ Hb (g/l)
15-24 tuổi	208	63	30,3 <sup>b1</sup>	128,4± 15,2 <sup>c</sup>
25-35 tuổi	206	43	20,9	130,0±12,6
15-19 tuổi	112	36	32,1 <sup>b</sup>	127,5± 15,6 <sup>a</sup>
20-24 tuổi	96	27	28,1	129,4±14,7
25-29 tuổi	99	22	22,2	129,5± 12,7

30-35 tuổi	107	21	19,6	130,4± 12,6
<b>Chung</b>	<b>414</b>	<b>106</b>	<b>25,6</b>	<b>129,2±13,9</b>

a) ANOVA-test với  $p > 0,05$     b)  $\chi^2$  test với  $^1p < 0,05$     c) t-test  $p > 0,05$ .

Tỷ lệ thiếu máu ở nhóm đối tượng 15 – 24 tuổi là 30,3% cao hơn so với nhóm 25 – 35 tuổi, sự khác biệt có YNTK về tỷ lệ thiếu máu giữa 2 nhóm tuổi ( $\chi^2$  test,  $p < 0,05$ ). Ở 4 nhóm tuổi tỷ lệ thiếu máu cao nhất ở nhóm 15-19 tuổi (32,1%) tiếp theo là nhóm 20-24 tuổi (28,1%);

nhóm 30 -35 tuổi có tỷ lệ thiếu máu thấp nhất (19,6%); sự khác biệt về tỷ lệ thiếu máu và nồng độ hemoglobin giữa 4 nhóm tuổi không có YNTK ( $p > 0,05$ ). Nồng độ Hemoglobin (Hb) trung bình là 129,2 g/L;

**3.3. Tình trạng dự trữ sắt thấp và cạn kiệt ở đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 2. Tình trạng dự trữ sắt thấp và cạn kiệt theo các nhóm tuổi**

Nhóm tuổi	n	Dự trữ sắt thấp và cạn kiệt		Thiếu sắt không thiếu máu		Thiếu máu thiếu sắt		Thiếu máu không thiếu sắt	
		n	%	n	%	n	%	n	%
15-24 tuổi	208	78	37,5 <sup>b1</sup>	26	12,5	16	7,7	47	22,6
25-35 tuổi	206	54	26,2	14	6,8	9	4,4	34	16,5
15-19 tuổi	112	40	35,7	14	12,5	11	9,8	25	22,3
20-24 tuổi	96	38	39,6	12	12,5	5	5,2	22	22,9
25-29 tuổi	99	29	29,3	7	7,1	6	6,1	16	16,2
30-35 tuổi	107	25	23,4	7	6,5	3	2,8	18	16,8
Chung	414	132	31,9 <sup>b3</sup>	<b>40</b>	<b>9,7</b>	<b>25</b>	<b>6,0</b>	<b>81</b>	<b>19,6</b>

b)  $\chi^2$  test so sánh tỷ lệ giữa 2 nhóm tuổi, 4 nhóm tuổi; với  $^1p < 0,05$ ,  $^3p < 0,001$ .

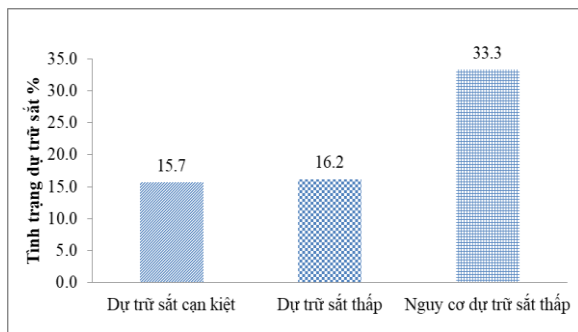
Tỷ lệ dự trữ sắt thấp và cạn kiệt là (31,9%); Thiếu máu thiếu sắt là 6,0%; có 9,7% trường hợp dự trữ sắt cạn kiệt nhưng không thiếu máu.

**Bảng 3. Tình trạng thiếu máu, dự trữ sắt cạn kiệt theo hoàn cảnh kinh tế xã hội**

Các yếu tố	Nghèo và cận nghèo (n = 281)	Bình thường (n= 133)	OR (95%CI)	p
<b>Tình trạng thiếu máu</b>				
Thiếu máu	77 (27,4%)	29 (21,8%)	1,35	0,272
Không thiếu máu	204 (72,6%)	104 (78,2%)	(0,83–2,21)	
<b>Tình trạng dự trữ sắt</b>				
Cạn kiệt	47 (16,7%)	18 (13,5%)	0,779	0,491
Không cạn kiệt	234 (83,3%)	115 (86,5%)	(0,43 –1,40)	
<b>Tình trạng dự trữ sắt</b>				
Thấp	92 (32,7%)	40 (30,1%)	1,13	0,667
Không thấp	189 (67,3%)	93 (69,9%)	(0,72 –1,77)	

\*)  $\chi^2$  test cho các giá trị tỷ lệ

Không có sự khác biệt có YNTK về tỷ lệ thiếu máu, dự trữ sắt thấp, dự trữ sắt cạn kiệt với điều kiện kinh tế hộ gia đình ( $\chi^2$  test;  $p > 0,05$ ).



**Hình 3. Tỷ lệ dự trữ sắt thấp và cạn kiệt ở đối tượng nghiên cứu (n = 414)**

Tỷ lệ dự trữ sắt cạn kiệt là (15,7%); dự trữ sắt thấp và nguy cơ dự trữ sắt thấp tương ứng là

(16,2% và 33,3%).

**IV. BÀN LUẬN**

Tỷ lệ thiếu máu ở phụ nữ 15 - 35 tuổi tại huyện Thuận Châu, tỉnh Sơn La là 25,6%, ở mức trung bình có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng, thấp hơn so với kết quả nghiên cứu tại Campuchia năm 2016 (43,6%) (Wieringa FT, 2016). Nguyên cứu gần đây ở phụ nữ Dao tuổi sinh đẻ tại huyện Bảo Lạc, tỉnh Cao Bằng năm 2017 [5] và ở nữ công nhân 15 - 49 tuổi tại Bà Rịa - Vũng Tàu năm 2013 chỉ ra tỷ lệ thiếu máu lần lượt là 31,3% và 32,0% [6]. Điểm giống nhau giữa ba nghiên cứu tại huyện Thuận Châu, Bảo Lạc, và Bà Rịa - Vũng Tàu là tỷ lệ thiếu máu chủ yếu ở

mức độ nhẹ và vừa. Tuy nhiên, kết quả tại huyện Thuận Châu cao hơn so với kết quả nghiên cứu ở 340 bà mẹ sau khi sinh 6 tháng tại huyện Phú Bình, tỉnh Thái Nguyên năm 2017 (24,5%) [3] và báo cáo tổng điều tra của Viện Dinh dưỡng năm 2020 (16,2%) [7].

Kết quả điều tra chỉ ra, tỷ lệ thiếu máu ở nhóm tuổi 15 - 24 tuổi (32,1%) cao hơn nhóm tuổi 25 - 35 tuổi (20,9%). Kết quả này hoàn toàn ngược lại với kết quả nghiên cứu ở hai nhóm tuổi này tại Bà Rịa - Vũng Tàu và tại Bệnh viện giảng dạy Janaki, Nepal, tỷ lệ thiếu máu ở các nhóm trên 25 tuổi cao hơn nhóm dưới 25 tuổi [6], [8]. Tuy nhiên nghiên cứu chỉ ra tỷ lệ thiếu máu giữa hai nhóm tuổi 15 - 24 tuổi và 25 - 35 tuổi có sự khác biệt ý nghĩa thống kê, nhưng lại không có mối liên quan giữa tỷ lệ thiếu máu với bốn nhóm tuổi (15-19 tuổi, 20-24 tuổi, 25-29 tuổi, và 30-35 tuổi). Kết quả điều tra tương đồng với nghiên cứu ở huyện Phú Bình và Bà Rịa - Vũng Tàu [6].

Tỷ lệ dự trữ sắt cạn kiệt ở phụ nữ 15 - 35 tuổi tại huyện Thuận Châu (15,7%) cao hơn so huyện Phú Bình (9,1%) [3]. Tuy nhiên, huyện Phú Bình có tỷ lệ dự trữ sắt thấp và nguy cơ dự trữ sắt thấp cao hơn so huyện Thuận Châu. Số liệu thống kê được tỷ lệ thiếu máu không thiếu sắt ở phụ nữ 15 - 35 tuổi tại huyện Thuận Châu cao hơn so với hai nhóm thiếu sắt không thiếu máu và nhóm thiếu máu thiếu sắt. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu ở huyện Bảo Lạc [5]. Nguyên nhân dẫn đến việc thiếu máu có thể không chỉ do thiếu sắt mà còn nhiều nguyên nhân khác như là thiếu các vi chất dinh dưỡng khác (Vitamin A, Vitamin B<sub>12</sub>...), gen di truyền, bệnh sốt rét - sốt xuất huyết... và một vài bệnh không lây nhiễm khác (Nguyen PH, 2016).

Qua kết quả điều tra tại các quốc gia thu nhập thấp và đang phát triển, các nhà nghiên cứu đã chỉ ra tình trạng thiếu máu ở phụ nữ tuổi sinh đẻ tại nhóm kinh tế xã hội thấp có tỷ lệ và nguy cơ thiếu máu cao hơn rất nhiều so với các nhóm khác. Nói cách khác, trình độ văn hóa, nghề nghiệp, mức thu nhập, tình trạng kinh tế xã hội, và mức độ hiểu biết về dinh dưỡng của người phụ nữ nói riêng và của hộ gia đình nói chung có ảnh hưởng tới tình trạng thiếu máu và các vi chất dinh dưỡng khác. Tỷ lệ thiếu máu ở huyện Thuận Châu có sự khác biệt ý nghĩa thống kê tại các xã. Tuy vậy, nghiên cứu này đã chỉ ra rằng không có mối liên quan giữa điều kiện kinh tế hộ gia đình với tỷ lệ thiếu máu và tình trạng dự trữ sắt của đối tượng nghiên cứu. Kết luận này có sự tương đồng với nghiên cứu ở huyện Phú Bình và Nepal [3], [8]. Như vậy, để tìm được

thêm nguyên nhân dẫn đến tình trạng thiếu máu ở khu vực miền núi phía Bắc, nên có thêm các điều tra nghiên cứu tìm hiểu về phong tục tập quán, thói quen ăn uống, kết hợp với đánh giá tình trạng thiếu máu và vi chất khác của từng xã, huyện, đặc biệt là những huyện nghèo để có thể tìm ra thêm nguyên nhân dẫn đến việc thiếu máu tại những khu vực này.

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thiếu máu ở phụ nữ 15 - 35 tuổi tại huyện Thuận Châu, tỉnh Sơn La là 25,6%, ở mức trung bình có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng. Thiếu máu chủ yếu ở mức độ nhẹ và vừa. Nhóm tuổi 15-24 có tỷ lệ thiếu máu cao nhất. Tỷ lệ dự trữ sắt thấp và cạn kiệt là 31,9%. Tỷ lệ thiếu máu không thiếu sắt là 19,6%, cao hơn tỷ lệ thiếu sắt không thiếu máu (9,7%) và thiếu máu thiếu sắt (6,0%). Cần tiếp tục theo dõi tình trạng thiếu máu trên phụ nữ tuổi sinh đẻ và có thêm các nghiên cứu về tìm hiểu thêm nguyên nhân dẫn đến thiếu máu để đưa ra những phương án can thiệp cải thiện tình trạng thiếu máu một cách chính xác và hiệu quả.

**Lời cảm ơn:** Nghiên cứu này sử dụng kinh phí của đề tài nghiên cứu khoa học của Viện Dinh dưỡng năm 2018.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. The global prevalence of anaemia in 2011. 2015.
2. Viện Dinh Dưỡng. Đánh giá tình trạng thiếu máu, thiếu một số vi chất dinh dưỡng của phụ nữ và trẻ em 6 - 59 tháng tuổi tại vùng thành thị, nông thôn và miền núi năm 2014 - 2015. Báo cáo nghiệm thu đề tài nghiên cứu cấp Viện 2015.
3. Nguyễn Song Tú, Trần Thúy Nga, Lê Danh Tuyên, Hoàng Văn Phương. Thực trạng dự trữ sắt ở bà mẹ sau sinh 6 tháng và một vài yếu tố liên quan tại Phú Bình. Tạp chí Y học dự phòng, 2017; Tập 27, số 6 phụ bản: 175-182.
4. UNICEF, WHO. Iron Deficiency Anaemia: Assessment, Prevention, and Control: A guide for programme managers. 2001; 11-14.
5. Nguyễn Văn Điệp, Nguyễn Quang Dũng, Lê Danh Tuyên. Tình trạng thiếu máu ở phụ nữ tuổi sinh đẻ người Dao tại 4 xã thuộc huyện Bảo Lạc, tỉnh Cao Bằng. Tạp chí Y học dự phòng, 2017; Tập 27, số 2, Phụ bản: 100-105.
6. Phạm Thị Thu Hiền, Trần Thị Minh Hạnh. Tình trạng thiếu máu ở nữ công nhân 18 - 49 tuổi tại công ty cổ phần cao su Hoà Bình Bà Rịa - Vũng Tàu năm 2013. Tạp chí Y học dự phòng, 2014; Tập 24, số 10 (159): 90-95.
7. Viện Dinh dưỡng. Báo cáo sơ bộ kết quả Tổng điều tra Dinh dưỡng toàn quốc 2019 - 2020. Hội nghị Công bố kết quả Tổng điều tra Dinh dưỡng 2021.
8. Prakash S et al. Incidence of Anemia and its Socio-demographic determinants among pregnant women attending for antenatal care: A cross sectional study. International Journal of Medical and Health Research, 2015; 1(3): 12-17.