

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thu Quỳnh (2017), Nghiên cứu bào chế và đánh giá viên metronidazol giải phóng tại đại tràng, Luận án tiến sĩ dược học, Trường đại học Dược Hà Nội, Hà Nội.
2. Trần Thị Kim Anh (2019), Nghiên cứu bào chế vi nang berberin clorid hướng giải phóng tại đại tràng, Luận văn thạc sĩ Dược học, Trường đại học Dược Hà Nội, Hà Nội.
3. Ankur V., Shweta J. (2014), "Metronidazole loaded eudragit coated alginate beads for colon targeting", International Journal of Pharmaceuticals And Health Care Research, 2(2), pp. 81-86.
4. Harish G., Abeda A. (2012), "Preparation and in-vitro evaluation of chitosan-alginate microcapsules for colon targeted drug delivery of metronidazole", Journal of Chemical and Pharmaceutical sciences, 5(3), pp. 117-123.
5. Nguyen T. T., Pham T. M. H, Nguyen T. H. (2016), "Pectin/HPMC dry powder coating formulations for colon specific targeting tablets of metronidazole", Journal of Drug Delivery Science and Technology, 33, pp. 19-27.
6. Oluwatoyin A. O., Aderemi A. A. (2017), "Formulation of floating metronidazole microspheres using cassava starch (Manihot esculenta) as polymer", Journal of Pharmaceutical Investigation, 47(1), pp. 445-451.
7. Yunqi W. et al (2004), "Stability of metronidazole, tetracycline HCl and famotidine alone and in combination", International Journal of Pharmaceutics, 290(1), pp. 1-13.

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG, THIẾU MÁU VÀ THIẾU VI CHẤT DINH DƯỠNG PHỤ NỮ DÂN TỘC THÁI TẠI TỈNH SƠN LA, NĂM 2018

Nguyễn Song Tú¹, Hoàng Nguyễn Phương Linh¹,
Nguyễn Thúy Anh¹, Hồ Thị Thín²

TÓM TẮT

Tình trạng dinh dưỡng và thiếu vi chất dinh dưỡng ở phụ nữ tuổi sinh đẻ vùng nghèo, vùng đồng bào dân tộc thiểu số là vấn đề cần quan tâm. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 700 phụ nữ 15 – 35 tuổi dân tộc Thái tại các xã nghèo tỉnh Sơn La đã được triển khai nhằm mô tả thực trạng dinh dưỡng, thiếu máu và thiếu vi chất dinh dưỡng. Kết quả cho thấy, chiều cao trung bình của đối tượng nghiên cứu là 152,7cm; tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp còi ở đối tượng 15-19 tuổi là 25,9% và thiếu năng lượng trường diễn (CED) ở phụ nữ ≥ 20 tuổi là 12,8%; Nồng độ hemoglobin trung bình là 128,3g/L; kẽm huyết thanh là 9,6μmol/l và retinol huyết thanh là 1,20μmol/L. Tỷ lệ thiếu máu ở phụ nữ dân tộc Thái là 26,9%; thiếu máu do thiếu sắt 4,7% và 22,2% thiếu máu không do thiếu sắt; dự trữ sắt cạn kiệt là 12,6%; 87,1% thiếu kẽm. Tình trạng thiếu máu và thiếu kẽm là vấn đề cần ưu tiên can thiệp, đồng thời cần nghiên cứu sâu hơn tìm hiểu các nguyên nhân khác của thiếu máu ở phụ nữ dân tộc Thái.

Từ khoá: Dinh dưỡng; thiếu máu; thiếu vi chất dinh dưỡng; phụ nữ tuổi sinh đẻ; dân tộc Thái.

SUMMARY

NUTRITIONAL STATUS, ANEMIA AND MICRONUTRIENT DEFICIENCY AMONG THAI WOMEN IN SON LA PROVINCE, 2018

Nutritional status and micronutrient deficiency in

women of childbearing age in poor areas and ethnic minority areas are concerned. A cross-sectional descriptive study on 700 Thai women aged 15-35 years old in poor communes was conducted in Son La province to describe nutritional status, anemia, and micronutrient deficiencies. The results showed that the mean height of the study subjects was 152.7cm; the prevalence of stunting in women aged 15-19 years olds was 25.9% and chronic energy deficiency (CED) in women aged ≥ 20 years old was 12.8%; The mean hemoglobin concentration was 128.3 g/L; serum zinc was 9.6 μmol/l and serum retinol were 1.20 μmol/L. The prevalence of anemia in Thai women was 26.9%; iron deficiency anemia was 4.7% and 22.2% non-iron deficiency anemia; depleted iron reserves were 12.6%; 87.1% zinc deficiency. Anemia and zinc deficiency status are issues that need to be prioritized for intervention, and further research is needed to explore other causes of anemia in Thai women.

Keywords: Nutrition; anemia; micronutrient deficiency; women of childbearing age; Thai ethnicity

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu năng lượng trường diễn ở bà mẹ có thể là nguyên nhân dẫn đến suy dinh dưỡng (SDD) bào thai và cân nặng sơ sinh thấp và SDD trong giai đoạn dưới 2 tuổi ở trẻ. Ở Việt Nam, theo Viện Dinh dưỡng tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn (CED) ở phụ nữ tuổi sinh đẻ (PNTSD) đã giảm 18,0% năm 2009 và 13,4% năm 2015 [1]; Tình trạng CED có sự khác biệt giữa các vùng, miền, nhất là giữa thành thị, đồng bằng với miền núi và vùng dân tộc thiểu số. Tỷ lệ CED ở PNTSD vùng nông thôn 17,9%; miền núi 14,9% và thành thị 13,7% [1]; CED của PNTSD tại vùng dân tộc thiểu số miền núi phía Bắc vẫn là vấn đề

¹Viện Dinh dưỡng Quốc gia, Hà Nội

²Công ty TNHH Lavichem, Vĩnh Phúc

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Song Tú

Email: nguyensongtu@yahoo.com

Ngày nhận bài: 1.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2022

Ngày duyệt bài: 29.4.2022

cần quan tâm như ở phụ nữ Tuyên Quang năm 2016 là 22,2% [2], dân tộc Tày tại Thái Nguyên năm 2017 là 16,4%. Ngoài vấn đề thiếu dinh dưỡng, tình trạng thiếu vitamin A, thiếu máu thiếu sắt và thiếu kẽm ở PNTSD vẫn là các vấn đề có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng. Trong những năm qua, tỷ lệ thiếu vitamin A, thiếu máu, thiếu kẽm ở PNTSD đã có nhiều cải thiện, tuy vậy kết quả vẫn chưa đạt được theo mong muốn. Tỷ lệ thiếu máu năm 2015 ở PNTSD là 25,5%, thiếu kẽm là 63,5% (dân tộc thiểu số tại vùng miền núi là 76,7%) và vitamin A trong sữa mẹ thấp là 34,8% [1]; tỷ lệ này luôn cao hơn ở vùng miền núi tương ứng là (27,9%, 73,4% và 37,9%) [1]; phụ nữ dân tộc Dao tỷ lệ thiếu máu là 31,3%, thiếu sắt chung là 7,6%; nhưng tỷ lệ thiếu máu thiếu sắt chỉ có 4,2% [3].

Tình trạng CED và thiếu vi chất dinh dưỡng ở PNTSD tại vùng miền núi và dân tộc sẽ gây hậu quả lâu dài trực tiếp đến sức khỏe của họ, đến tình trạng dinh dưỡng cho những đứa trẻ được sinh ra, cũng như ảnh hưởng gián tiếp đến chất lượng nguồn nhân lực, làm chậm quá trình giảm nghèo, phát triển kinh tế. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu mô tả thực trạng dinh dưỡng và thiếu vi chất dinh dưỡng của PNTSD dân tộc Thái ở một số huyện nghèo khó khăn của tỉnh Sơn La để tìm hiểu thực trạng và đề xuất phù hợp cải thiện tình trạng dinh dưỡng PNTSD ở vùng dân tộc thiểu số và miền núi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Phụ nữ độ tuổi 15-35, không nuôi con bú < 12 tháng sau sinh hoặc không có thai.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu. Tại 10 xã của huyện Thuận Châu và Mường La, tỉnh Sơn La trong thời gian từ tháng 07/2018 đến tháng 12/2018.

2.3. Thiết kế nghiên cứu. Mô tả cắt ngang

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Áp dụng công thức:

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

Trong đó: n là số đối tượng cần điều tra; p là tỷ lệ mắc tại một cộng đồng từ một nghiên cứu trước; d là khoảng sai lệch chấp nhận, chọn d = 0,05; α là mức ý nghĩa thống kê; Z là giá trị thu được từ bảng Z ứng với giá trị α được chọn $\alpha = 0,05$ thì $Z_{(1-\alpha/2)}$ là 1,96

Cỡ mẫu cụ thể: Đối với tình trạng CED: tỷ lệ CED ở PNTSD là 22,2% [2] nên cỡ mẫu là 266 đối tượng; Tình trạng thiếu máu: Tỷ lệ thiếu máu

PNTSD dân tộc Dao là 31,3% [3] nên cỡ mẫu cần là 331. Thiếu vi chất dinh dưỡng: tỷ lệ dự trữ sắt cạn kiệt là 7,6% [3] nên cỡ mẫu cần là 154; tỷ lệ thiếu vitamin A tiền lâm sàng (VAD – TLS) ở PNTSD Thái Nguyên là 2,8% [4], cỡ mẫu cần 42; tỷ lệ thiếu kẽm ở phụ nữ dân tộc vùng miền núi là 76,7% [1], cỡ mẫu cần 275. Vậy cỡ mẫu cần chung cho tất cả các chỉ số là 331 đối tượng x 2 huyện = 662; thêm 10% để phòng các trường hợp đối tượng không tham dự. Do đó cỡ mẫu cần là 700 đối tượng. Thực tế điều tra 700 đối tượng.

2.5. Phương pháp chọn mẫu. Chọn tỉnh: Chọn chủ đích huyện Thuận Châu và Mường La, tỉnh Sơn La.

Chọn xã: Chọn ngẫu nhiên đơn 5/9 xã thuộc xã nghèo thuộc huyện Mường La (là xã Chiềng Lao, Nậm Giôn, Mường Trai, Hua Trai, Ngọc Chiến) và 5/27 xã nghèo thuộc huyện Thuận Châu (xã Chiềng Bôm, Nậm Lầu, Tông Lạnh, Chiềng Pha, Mường Khiêng)

Chọn đối tượng: theo phương pháp ngẫu nhiên hệ thống như sau:

Bước 1: Lập danh sách tất cả các phụ nữ dân tộc Thái đáp ứng tiêu chí. Được số PNTSD của huyện Thuận Châu là 4.476 và huyện Mường La là 2.518.

Bước 2: Xác định khoảng cách mẫu k là tổng số phụ nữ của mỗi huyện chia cho số mẫu cần; chọn ngẫu nhiên đơn được người thứ nhất, sau đó lần lượt lấy người thứ 2, 3... bằng cách cộng thêm k (Mường La là 8 và Thuận Châu là 12), đến khi đủ đối tượng.

2.6. Phương pháp và công cụ thu thập số liệu. Phỏng vấn: sử dụng bộ câu hỏi được thử nghiệm trước khi điều tra.

Cân đo nhân trắc: cân điện tử TANITA SC 330 với độ chính xác 0,1 kg; đo phần trăm mỡ, khối mỡ và khối không mỡ. Đo chiều cao sử dụng thước gỗ 3 mảnh có độ chính xác tới 1mm.

Xét nghiệm máu: Đối tượng được lấy 3ml máu tĩnh mạch vào buổi sáng (không nhịn đói). Máu đã được lấy bằng syringe vô trùng, sau đó được chuyển vào ống nghiệm không chống đông. Định lượng Hemoglobin (Hb) trong máu bằng phương pháp Cyamethemoglobin; Định lượng vitamin A huyết thanh bằng phương pháp HPLC (WHO, 1996). Kẽm huyết thanh định lượng theo phương pháp quang phổ hấp phụ nguyên tử (AAS). Nồng độ Ferritin huyết thanh (SF) bằng phương pháp ELISA. Các mẫu đã được phân tích tại labo vi chất dinh dưỡng, Viện Dinh dưỡng.

2.7. Biến số nghiên cứu. Tình trạng dinh dưỡng: cân nặng, chiều cao, BMI, % mỡ cơ thể, khối lượng mỡ, khối lượng cơ ước tính, khối

không mỡ trung bình; cân nặng thấp, CED, BMI.

Thiếu máu và thiếu vi chất dinh dưỡng: Nồng độ hemoglobin, kẽm, retinol, ferritin huyết thanh trung bình; Tỷ lệ thiếu máu, thiếu máu do thiếu sắt, dự trữ sắt cạn kiệt, thiếu kẽm, thiếu VAD – TLS.

2.8. Một số tiêu chuẩn xác định, đánh giá.Đánh giá tình trạng dinh dưỡng (TTDD) từ 15-19 tuổi: Z-score chiều cao theo tuổi (Z-score CC/T) < -2 là SDD thể thấp còi; Z-score BMI theo tuổi (Z-score BMI/T) < -2 là SDD thể gầy còm và -2 ≤ Z-score ≤ 1 là bình thường (WHO 2016).

Chỉ số khối cơ thể (BMI): được tính bằng cân nặng/(chiều cao)² tức kg/m². Người trưởng thành (20-35 tuổi): CED độ 3 khi BMI < 16; CED độ 2 khi BMI từ 16,0 đến 16,99; Gầy độ 1 khi BMI từ 17 – 18,49; Bình thường khi BMI từ 18,5 – 24,9 (WHO 1995).

Đánh giá thiếu vi chất dinh dưỡng: dự trữ sắt thấp khi nồng độ ferritin huyết thanh < 30 µg/l; < 15 µg/l là dự trữ sắt đã cạn kiệt; thiếu máu khi nồng độ Hemoglobin (Hb) trong máu < 120 g/l; thiếu máu thiếu sắt khi (ferritin huyết thanh < 15 µg/l và Hemoglobin <120 g/l) (WHO 2001). Thiếu kẽm khi nồng độ kẽm huyết thanh (buổi sáng) <10,1 µmol/L (tức < 66 µg/dL); vitamin A

huyết thanh < 0,7µmol/l là thiếu vitamin A tiền lâm sàng (WHO 2011).

Xác định kinh tế hộ gia đình: theo chuẩn nghèo tiếp cận đa chiều áp dụng cho giai đoạn 2016-2020 của Thủ tướng Chính phủ năm 2015.

2.9. Phân tích và xử lý số liệu. Sử dụng phần mềm Epi Data 3.1 để nhập liệu và phần mềm SPSS 18.0 để phân tích. Test kiểm định thống kê là χ^2 test; t test so sánh giá trị trung bình và Mann-Whitney U test so sánh giá trị trung vị hai nhóm. Giá trị p<0,05 được xem có ý nghĩa thống kê. Cân nặng, chiều cao, nồng độ hemoglobin retinol và kẽm huyết thanh phân bố chuẩn; Ferritin phân bố không chuẩn.

2.10. 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

Có 700 phụ nữ từ 15 - 35 tuổi dân tộc Thái tham gia nghiên cứu. Có 45,0% đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) thuộc hộ gia đình nghèo; 21,4% là cận nghèo; 82,6% ĐTNC có nghề nghiệp chính là làm ruộng; 14,3% ĐTNC là học sinh.

Bảng 1. Đặc điểm nhân trắc, cấu trúc cơ thể của phụ nữ 15 – 35 dân tộc Thái (n = 700)

Đặc điểm	Huyện Thuận Châu (n=386)			Huyện Mường La (n=314)			Chung (n = 700)			p ^a
	TB	±	SD	TB	±	SD	TB	±	SD	
Cân nặng (kg)	48,0	±	6,9	48,8	±	6,6	48,3	±	6,7	0,121
Chiều cao (cm)	152,9	±	5,0	152,5	±	5,1	152,7	±	5,0	0,209
BMI (kg/m ²)	20,5	±	2,6	20,9	±	2,4	20,7	±	2,5	0,017
Mỡ cơ thể (%)	26,6	±	5,0	27,3	±	4,7	26,9	±	4,8	0,075
Khối lượng mỡ (kg)	13,1	±	4,1	13,5	±	4,0	13,3	±	4,1	0,114

^{a)} t-test; TB ±SD: Trung bình, độ lệch chuẩn

Cân nặng trung bình của ĐTNC là 48,3 kg; chiều cao trung bình là 152,7 cm.

Bảng 2. Tình trạng dinh dưỡng của phụ nữ 15 - 35 tuổi dân tộc Thái (n = 700)

Các chỉ số		Thuận Châu (n = 386) n, (%)	Mường La (n = 314) n, (%)	Chung (n = 700) n, (%)	p ^b
ĐTNC có cân nặng thấp	Từ 15 – 35 tuổi	139 (36,0)	78 (24,8)	217 (31,0)	0,002
	Từ 15-24 tuổi (n= 323)	93 (47,4)	51 (40,2)	144 (44,6)	0,241
ĐTNC có chiều cao thấp (n= 414)		20 (5,2)	23 (7,3)	43 (6,1)	0,309
SDD thấp còi 15 – 19 tuổi (n=166)		19 (19,4%)	24 (35,3)	43 (25,9)	0,034
SDD gầy còm 15 – 19 tuổi (n= 166)		8 (8,2)	5 (7,4)	13 (7,8)	1,000
CED của nhóm 20-35 tuổi (n= 525)		48 (17,2)	19 (7,7)	67 (12,8)	0,002
CED	Độ 1	41 (14,7)	18 (7,3)	59 (11,2)	0,003

^{b)} χ^2 – test

Tỷ lệ đối tượng có cân nặng thấp (dưới 45 kg) là 31,0% và chiều cao thấp (dưới 145 cm) là 6,1%;. Tỷ lệ phụ nữ CED là 12,8%; chủ yếu là CED độ 1 (11,2%). Tỷ lệ SDD thấp còi ở nhóm 15 – 19 tuổi là 25,9 và gầy còm là 7,8%.

Bảng 3. Nồng độ hemoglobin, retinol, kẽm huyết thanh và ferritin của phụ nữ 15 - 35 tuổi dân tộc Thái (n = 700)

Đặc điểm	Huyện Thuận Châu (n=386)			Huyện Mường La (n=314)			Chung (n=700)			P
	TB/TV	±	SD	TB/TV	±	SD	TB/TV	±	SD	
Hemoglobin (g/L)	128,8	±	14,0	127,8	±	17,6	128,3	±	15,7	0,344 ^a
Kẽm huyết thanh (μmol/L)	9,56	±	1,38	9,66	±	1,49	9,60	±	1,43	0,382 ^a
Retinol (μmol/L)	1,20	±	0,37	1,21	±	0,39	1,20	±	0,38	0,703 ^a
Ferritin (μg/l)	42,8	±	2,8	64,7	±	3,7	51,3	±	2,3	0,000 ^c

^{a)} t-test TB ±SD: Trung bình, độ lệch chuẩn TV: Trung vị ^cMann-Whitney U test

Nồng độ hemoglobin trung bình là 128,3 g/L; kẽm huyết thanh là 9,6 μmol/L, retinol huyết thanh là 1,2 μmol/L và hàm lượng ferritin trung vị là 51,3 μg/l.

Bảng 4. Tình trạng thiếu máu và thiếu vi chất dinh dưỡng ở phụ nữ 15 - 35 tuổi dân tộc Thái (n = 700)

Tình trạng	Thuận Châu (n = 386) n, (%)	Mường La (n=314) n, (%)	Chung (n=700) n, (%)	p ^b
Thiếu máu	101 (26,2)	87 (27,7)	188 (26,9)	0,710
Thiếu máu thiếu sắt	24 (6,2)	9 (2,9)	33 (4,7)	0,038
Thiếu máu không thiếu sắt	77 (20,0)	78 (24,8)	155 (22,2)	
Thiếu sắt không thiếu máu	36 (9,3)	19 (6,1)	55 (7,9)	0,012
Dự trữ sắt cạn kiệt	60 (15,5)	28 (8,9)	88 (12,6)	
Thiếu kẽm	342 (88,6)	268 (85,4)	610 (87,1)	0,244
VAD và VAD-TLS	12 (3,1)	11 (3,5)	23 (3,3)	0,938
VAD và nguy cơ VAD-TLS	141 (36,5)	119 (37,9)	260 (37,1)	0,768

^{b)} χ^2 test

Tỷ lệ thiếu máu là 26,9%; dự trữ sắt cạn kiệt là 12,6%; nhưng thiếu máu thiếu sắt là 4,7%; 22,2% ĐTNC thiếu máu không do thiếu sắt; tỷ lệ thiếu kẽm là 87,1% và 3,3% trường hợp VAD - TLS và 37,1% VAD-TLS và nguy cơ VAD - TLS.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả cho thấy cân nặng trung bình của PNTSD dân tộc Thái là 48,3 kg, tỷ lệ cân nặng thấp \leq 45 kg (31,0%), cao hơn của PNTSD tại Thái Nguyên tương ứng (là 47,3 kg và 36,8%) [5]; tương đương với PNTSD ở Cao Bằng năm 2014 (48,1kg)[6]. Chiều cao TB của ĐTNC (152,7 cm), tương đương với chiều cao TB (152,0 cm) của PNTSD Phú Bình [5] và PNTSD dân tộc Thái là 152,8 cm (Viện Dinh dưỡng 2010); thấp hơn chiều cao nữ thanh niên Việt Nam theo Tổng điều tra 2020 (156,2 cm) [7] và cao hơn phụ nữ dân tộc H'mông (148,5 cm) [6]. Như vậy, chiều cao PNTSD dân tộc Thái sau 10 năm cải thiện không đáng kể; Chiều cao phản ánh tình trạng dinh dưỡng trong quá khứ; là hậu quả của việc thiếu dinh dưỡng kéo dài và đặc biệt là SDD thấp còi giai đoạn dưới 5 tuổi; Tỷ lệ CED của ĐTNC là 12,8%, thấp hơn tỷ lệ CED ở PNTSD vùng nông thôn (20,5%), dân tộc Thái 16,1% năm 2010; và vùng miền núi là 14,9% năm 2015 [1]; nhưng cao hơn CED PNTSD vùng miền núi (8,1%) và vùng đặc biệt khó khăn (11,0%) năm 2020 [5]. Điều này cho thấy CED đã giảm, nhưng tốc độ giảm chậm.

Tỷ lệ thiếu máu ở ĐTNC là 26,9%, ở mức trung bình theo ngưỡng sức khỏe cộng đồng. Tỷ lệ này cao hơn ở PNTSD tỉnh Thái Nguyên năm 2012 (23,8%) [5] và vùng núi phía Bắc (21,9%) năm 2020 [7]; nhưng thấp hơn tỷ lệ ở PNTSD vùng miền núi (27,9%) năm 2015 [1]. Cho thấy, tình trạng thiếu máu PNTSD dân tộc Thái có giảm nhưng không đáng kể (26,9% so với 27,9% năm 2015) [1], cao hơn so với năm 2020 (26,9% so với 21,9%); Tỷ lệ dự trữ sắt cạn kiệt ở ĐTNC là 12,6%; thấp hơn so với PNTSD vùng nông thôn là 15,6% [8]; nhưng tỷ lệ thiếu máu do thiếu sắt của ĐTNC là 4,7% (chiếm 17,5% nguyên nhân thiếu máu), so với kết quả thiếu máu do thiếu sắt chỉ chiếm là 37,7% nguyên nhân ở vùng miền núi năm 2010 [1]; hay ở dân tộc Dao có 4,2% thiếu máu thiếu sắt (chiếm 13,5% nguyên nhân thiếu máu trong tỷ lệ thiếu máu là 31,3%) [3]; Có thể thấy rằng thiếu máu do nguyên nhân thiếu sắt đang có xu hướng giảm dần; tuy nhiên, cần tìm hiểu về nguyên nhân khác gây thiếu máu để hỗ trợ cải thiện tốt hơn cho những vùng tỷ lệ thiếu máu còn cao.

Tỷ lệ thiếu kẽm ở phụ nữ dân tộc Thái là 87,1%, ở ngưỡng rất cao (theo nhóm tư vấn quốc tế về kẽm - IZINCG) về YNSKCĐ; cao hơn ở PNTSD năm 2012 (67,2%)[8], ở vùng miền núi (73,4%) năm 2015 [1] và ở miền núi phía Bắc (81,9%) [7]; Điều đó cho thấy tỷ lệ thiếu kẽm của phụ nữ dân tộc Thái là vấn đề nghiêm trọng cần có giải pháp can thiệp tích cực, kịp thời. Tỷ lệ VAD-TLS ở ĐTNC là 3,3%, ở mức thấp có ý

ngĩa sức khoẻ cộng đồng; cao hơn ở PNTSD năm 2012 (1,6%)[8] và ở Thái Nguyên năm 2012 (2,8%) [4]; cho thấy, tình trạng VAD – TLS ở phụ nữ dân tộc Thái nói riêng và ở Việt Nam nói chung đã giảm đáng kể, tuy nhiên tình trạng VAD và nguy cơ VAD – TLS (retinol huyết thanh < 1,05 μ mol/L) ở ĐTNC với tỷ lệ 37,1% cho thấy nguy cơ tiềm ẩn dẫn đến tình trạng VAD - TLS.

Từ kết quả trên cho thấy, cải thiện SDD thấp còi, tình trạng thiếu máu và thiếu kẽm ở phụ nữ tuổi sinh đẻ dân tộc Thái vùng miền núi phía Bắc là vấn đề cần tiếp tục quan tâm giải quyết nhằm góp phần cải thiện tầm vóc đồng bào dân tộc thiếu số vùng phía Bắc.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu tiến hành trên 700 phụ nữ 15 – 35 tuổi dân tộc Thái cho thấy tỷ lệ SDD thấp còi đối tượng 15-19 tuổi là 25,9%; CED ở phụ nữ từ \geq 20 tuổi trở lên là 12,8%; Tỷ lệ thiếu máu là 26,9% ở mức trung bình có YNSKĐ; thiếu máu do thiếu sắt là 4,7%; dự trữ sắt cạn kiệt là 12,6%; tỷ lệ thiếu kẽm rất cao (87,1%). Tỷ lệ thiếu máu và thiếu kẽm là vấn đề cần ưu tiên can thiệp, đồng thời cần nghiên cứu sâu hơn tìm hiểu các nguyên nhân khác của thiếu máu ở phụ nữ dân tộc Thái.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 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 tại vùng thành thị, nông thôn và miền núi năm 2014 - 2015. Báo cáo đề tài nghiên cứu cấp Viện 2015.

2. Chu Quỳnh Mai, Ninh Thị Nhung. Nghiên cứu một số chỉ số nhân trắc của phụ nữ lứa tuổi sinh đẻ dân tộc thiểu số tại huyện Na Hang tỉnh Tuyên Quang năm 2016. Tạp chí Dinh dưỡng & Thực phẩm, 2016. 13(3): 7-12.
3. Nguyễn Văn Điệp, Nguyễn Quang Dũng. 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 (191); Phụ bản: 100-105.
4. Nguyễn Song Tú, Trần Thúy Nga. Tình trạng vitamin A ở bà mẹ sau sinh 6 tháng và một số yếu tố liên quan tại huyện Phú Bình, Thái Nguyên. Tạp chí Y học dự phòng, 2017. Tập 27, (số 3): 18-26.
5. Trần Thúy Nga, Nguyễn Song Tú. Tình trạng dinh dưỡng, thiếu máu và một số yếu tố liên quan đến thiếu máu ở phụ nữ sau sinh 6 tháng huyện Phú Bình, Thái Nguyên năm 2012. Tạp chí Y học dự phòng, 2017 (Tập 27, số 3 Phụ bản): 58-66.
6. Nguyễn Quang Dũng, Nguyễn Lân. Tình trạng dinh dưỡng, đặc điểm cấu trúc cơ thể của phụ nữ tuổi sinh đẻ người H'mông tại Huyện Bảo Lạc, tỉnh Cao Bằng. Tạp chí Dinh dưỡng & Thực phẩm, 2015. 11(4): 18-24.
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 tháng 03 năm 2021.
8. Lailou A, Pham TV, Tran NT et al. Micronutrient deficits are still public health issues among women and young children in Vietnam. PLoS ONE 2012, 7, e34906. 2012.

SỬ DỤNG BÓNG ĐỐI XUNG ĐỘNG MẠCH CHỦ HỖ TRỢ CAN THIỆP THÂN CHUNG ĐỘNG MẠCH VÀNH TRÁI QUA DA: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Nguyễn Trung Hậu¹, Phạm Mạnh Hùng^{1,2}

TÓM TẮT

Can thiệp động mạch vành qua da (Percutaneous coronary interventions – PCI) là phương pháp được tiến hành ngày càng rộng rãi, mang lại hiệu quả cao trong điều trị bệnh lý động mạch vành (ĐMV). Ngày nay, PCI thực hiện ở nhiều trường hợp bệnh nhân nguy cơ cao, đặc biệt là tổn thương thân chung ĐMV trái. Quá trình can thiệp nhóm đối tượng này luôn tiềm ẩn nguy cơ suy sụp huyết động cấp tính. Các thiết bị hỗ trợ tuần hoàn cơ học ngắn hạn trong quá trình PCI cho thấy hiệu quả hỗ trợ huyết động tốt, trong đó có

bóng đối xung động mạch chủ (Intra Aortic Balloon Pump – IABP). Chúng tôi báo cáo trường hợp lâm sàng bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp với tổn thương nặng thân chung ĐMV trái. Dưới sự hỗ trợ của IABP, quá trình can thiệp được diễn ra an toàn, thuận lợi. Như vậy, IABP có thể xem xét là một phương thức hỗ trợ tuần hoàn cơ học với các bệnh nhân can thiệp ĐMV nguy cơ cao, trong đó có tổn thương thân chung ĐMV trái.

Từ khóa: Bóng đối xung động mạch chủ, can thiệp thân chung động mạch vành trái.

SUMMARY

INTRA-AORTIC BALLOON PUMP ASSISTED LEFT MAIN CORONARY ARTERY DISEASE INTERVENTION: A CASE REPORT

Percutaneous coronary interventions (PCI) are now widely used and highly effective in treating coronary artery diseases. PCI are increasingly performed among high-risk patients, especially patients having left main

¹Viện Tim mạch Việt Nam – Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trung Hậu

Email: bs.nguyentrunghau@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2022

Ngày duyệt bài: 29.4.2022