IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của Lai SK (2001) [1] chỉ ra mệt mỏi, stress ở lái xe là nguyên nhân chính gây ra tai nạn đường bộ và có liên quan đến an toàn đường bộ. Suhr K (2017) [5] nghiên cứu trên 653 sinh viên đại học được tham gia và yêu cầu hoàn thành nhiều bảng câu hỏi đo lường sự giận dữ, suy nghĩ, sự tức giận khi lái xe và hành vi lái xe nguy hiểm. Nghiên cứu này có thể giúp hiểu được quá trình nhận thức ảnh hưởng đến hành vi lái xe khác nhau như thế nào và giúp phát triển các phương pháp để hướng sự chú ý vào các hành vi lái xe an toàn.

Shahar A (2009) [4] kiểm tra các hành vi của 120 nam lái xe Israeli. Kết quả cho thấy các hành vi lái xe nguy hiểm có nguy cơ cao hơn ở những người có mức độ lo lắng, stress cao. Các lái xe ở Toronto được báo cáo sự phân biệt đối xử hàng ngày ở nơi làm việc nhiều hơn [tham khảo qua 113]. Đây cũng là một trong những nguyên nhân gây stress nghề nghiệp

Theo Jayatilleke AU (2009) thời gian làm việc và tiền lương thấp là yếu tố nguy cơ đối với tai nạn xe buýt trong huyện Kandy, Sri Lanka [tham khảo qua 6].

Còn nghiên cứu của Pourabdian S (2013) thực hiện trên 168 lái xe có tai nạn cho thấy điểm trầm cảm có liên quan đáng kể với hành vi lái xe, đặc biệt là lỗi sai sót và có liên quan nghịch với tuổi (p<0,01) [3].

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ lái xe khách đường dài có biểu hiện stress là 58,5%. Đa số các lái xe khách kiểm soát được stress công việc (97,5%). Nguy cơ tai nạn giao thông ở nhóm lái xe khách đường dài có biểu hiện stress cao gấp 4,2 lần so với nhóm không có biểu hiện stress (95%CI=1,5-11,7).

- Tỷ lệ lái xe khách đường dài có biểu hiện lo âu là 40,0%. Nguy cơ tai nạn giao thông ở nhóm lái xe khách đường dài có biểu hiện lo âu cao gấp 3,0 lần so với nhóm không có biểu hiện lo âu (95%CI=1,3-6,5).

VI. KHUYẾN NGHỊ

Các tác giả khuyến nghị cần áp dụng giải pháp phòng tránh stress, lo âu cho lái xe để góp phần giảm thiểu tai nạn giao thông.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lai SK, Craiq A (2001),** A critical review of the psychophysiology of driver fatigue. Biol Psychol. 2001 Feb; 55(3):173-94
2. **Lotfi S, Yazdanirad S, Pourabdiyan S, Hassanzadeh A, Lotfi A (2017).** Driving Behavior among Different Groups of Iranian Drivers Based on Driver Coping Styles. Int J Prev Med. 2017 Jul 4;8:52.
3. **Pourabdian S, Azmoon H (2013).** The Relationship between Trait Anxiety and Driving Behavior with Regard to Self-reported Iranian Accident Involving Drivers. Int J Prev Med. 2013 Oct;4(10):1115-21.
4. **Shahar A (2009)** Self-reported driving behaviors as a function of trait anxiety. Accid Anal Prev. 2009 Mar; 41(2):241-5.
5. **Suhr KA, Dula CS (2017).** The dangers of rumination on the road: Predictors of risky driving. 10.1016/j.aap.2016.10.026. Epub 2016 Nov 26.
6. **The Royal society for the prevention od accidents (ROSPA) (2001),** Driver fatigue and road accidents a literature review and position paper february.

ĐÁNH GIÁ SỰ ĐÁP ỨNG CỦA TEST KÍCH THÍCH THẦN KINH LẶP LẠI LIÊN TIẾP Ở BỆNH NHÂN NHƯỢC CƠ THỂ MẮT

Triệu Thị Tạo[1], Nguyễn Văn Tuận[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét sự đáp ứng của test kích thích thần kinh lặp lại liên tiếp ở bệnh nhân nhược cơ thể mắt. **Đối tượng và phương pháp**: 43 bệnh nhân (BN) nhược cơ thể mắt có kháng thể kháng thụ thể acetylcholin dương tính hoặc dương tính với test neostigmin. **Kết quả**: Tuổi khởi phát trung bình bệnh nhân 39,2 ±17,7 (thể mắt đơn thuần), 43,1± 13 (thể lan toàn thân), thời gian từ khi xuất hiện nhược cơ ở mắt lan toàn thân là 18,9 ± 59,7 tháng. Test kích thích thần kinh liên tiếp (KTTKLT) dương tính ở 28 BN (65,1%), tỷ lệ dương tính ở nhược cơ thể mắt 30,2%, độ nhạy 30,8%, nhóm toàn thân độ nhạy 80%. Độ nhạy KTTKLT của từng cơ cũng khác nhau tùy nhóm cơ: cơ thang (61,5%), cơ vòng mi (53,8%), cơ dạng ngắn ngón cái (30,8%), cơ dạng ngón út (38,5%), đến giai đoạn tiến triển sang toàn thân có độ nhạy cao hơn lần lượt 90%, 86,7%, 80%, 66,7%. Kích thích thần kinh liên tiếp có mối liên quan với mức độ nặng trên lâm sàng theo phân độ Osserman (P= 0,001). **Kết luận**: Test kích thích thần kinh liên tiếp là xét nghiệm đơn giản, thuận lợi có thể giúp chẩn đoán bệnh nhược cơ thể mắt được nhanh hơn và có thể

[1]*Đại học Y Hà Nội*
[2]*Trung tâm Thần kinh- Bệnh viện Bạch Mai*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tuận
Email: ngtuan21965@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.5.2021
Ngày phản biện khoa học: 7.7.2021
Ngày duyệt bài: 19.7.2021

phát hiện những cơ yếu dưới lâm sàng.

Keywords: Nhược cơ, nhược cơ thể mắt, test kích thích thần kinh lặp lại.

SUMMARY

VALUATION OF THE RESPONSE TO REPEATED NERVE STIMULATION TEST IN PATIENTS WITH OCULAR MYASTHENIA GRAVIS

Aim: To evaluate the response of consecutively repeated nerve stimulation tests in patients with ocular myasthenia gravis. **Objects and methods:** 43 patients with ocular myasthenia gravis had positive anti-acetylcholine antibody or positive neostigmine test. **Results:** The average age of onset of patients was 39.2 ± 17.7 (ocular myasthenia gravis), 43.1 ± 13 (generalized myasthenia gravis), the time since the onset of ocular myasthenia gravis the conversion to the whole body was 18.9 ± 59.7 months. The repetitive nerve stimulation test was positive in 28 patients (65.1%), the positive rate in ocular myasthenia gravis 30.2%, sensitivity 30.8%, sensitivity 80% for the generalized myasthenia gravis group. The sensitivity of each muscle also varies according to muscle group: trapezius muscle (61.5%), ocular muscle (53.8%), abductor pollicis brevis (30.8%), abductor digiti minimi muscle (38.5%), and sensitivities of repetitive nerve stimulation were significantly higher in the generalized myasthenia gravis according to subgroup: 90%, 86.7%, 80%, 66.7%. Repetitive nerve stimulation is associated with clinical severity according to Osserman's classification (P = 0.001). **Conclusions:** Repetitive nerve stimulation test is a simple and convenient test that can help diagnose myasthenia gravis faster and can detect subclinical muscle weakness.

Keywords: Myasthenia gravis, Ocular myasthenia gravis, Repetitive nerve stimulation test.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nhược cơ là một rối loạn khớp nối thần kinh - cơ do cơ thể người bệnh có kháng thể kháng lại các thụ thể acetylcholin ở màng sau synap thần kinh – cơ. Triệu chứng chính của bệnh là yếu cơ khi gắng sức, bệnh giảm khi nghỉ ngơi và dùng thuốc kháng cholinesterase[1]. Theo phân độ của Osserman nhược cơ được phân theo từng nhóm liên quan tới các biểu hiện lâm sàng như: Nhược cơ thể mắt đơn thuần, nhược cơ toàn thể với biểu hiện ở nhóm cơ hầu họng, cơ hô hấp, cơ thân mình, cơ chi[2]. Hiện nay, bệnh nhân nhược cơ được tìm thấy rất nhiều kháng thể trong huyết thanh như: Kháng thể kháng thụ thể acetylcholin (AchR-Ab), kháng thể đặc hiệu cho cơ (Muscle Specific tyrosine Kinase- MuSK), kháng thể chống lại thụ thể Liproprotein tỷ trọng thấp liên quan đến protein 4 (antibody against low-density lipoprotein receptor–related protein 4 - LPR4)[3]… Trong đó AchR-Ab có tỷ lệ dương tính 85-90% ở nhược cơ toàn thể và 75% ở nhược cơ thể mắt đơn thuần[4]. Với sự phát triển của lĩnh vực điện sinh lý, test kích thích thần kinh liên tiếp giữ vai trò quan trọng trong chẩn đoán nhược cơ. Vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *Nhận xét sự đáp ứng của test kích thích thần kinh liên tiếp ở bệnh nhân nhược cơ thể mắt.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: tất cả BN đều được chẩn đoán nhược cơ thể mắt và điều trị tại Trung tâm Thần kinh 1/2020- 5/2021

Tiêu chuẩn lựa chọn: + Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán nhược cơ chỉ có biểu hiện ở mắt với tính chất thay đổi trong ngày (sáng nhẹ, chiều nặng), tăng khi vận động hoặc gắng sức, giảm khi nghỉ ngơi, hoặc có thể khởi đầu biểu hiện ở mắt sau diễn biến yếu thêm các cơ ở ngoài mắt như chi, trục thân, cơ hô hấp...

+ Xét nghiệm để khẳng định chẩn đoán dựa vào bệnh nhân có kháng thể kháng thụ thể acetylcholin dương tính hoặc test kích thích thần kinh lặp lại dương tính hoặc test neostigmin dương tính.

Tiêu chuẩn loại trừ: Liệt các dây thần kinh vận nhãn do các bệnh tại mắt, các hội chứng nhược cơ bẩm sinh, nhược cơ do thuốc, hội chứng Lambert – Eaton, viêm nhiều dây thần kinh sọ não, do nguyên nhân nội sọ hay hốc mắt.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- Bệnh nhân được khám lâm sàng và thống kê theo bệnh án nghiên cứu nhằm thu thập và xác định các yếu tố sau:

+ Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu, khai thác tiền sử, bệnh sử.

+ Khám lâm sàng, xác định chẩn đoán, lượng giá mức độ nặng lâm sàng theo phân độ của Osserman, làm test neostigmin. Phân độ lâm sàng của Osserman[2],[5] chia 4 nhóm: I: nhược cơ thể mắt. II: IIa ngoài cơ mắt còn yếu cơ chi và hoặc cơ trục thân mức độ nhẹ hoặc trung bình. IIb ưu thế cơ hầu họng và/ hoặc kèm cơ hô hấp. III ngoài cơ mắt ra còn nhược cơ toàn thân nặng nề và có thể liên quan cơ hô hấp. IV cơn nhược cơ có suy hô hấp.

- Tiến hành ghi điện cơ kích thích thần kinh lặp lại liên tiếp:

Sử dụng máy điện cơ CADWELL tại trung tâm Thần kinh- Bệnh viện Bạch Mai. Thực hiện ghi kích thích thần kinh liên tiếp 10 lần tại các cơ: Cơ thang, cơ vòng mi, cơ dạng ngắn ngón cái, cơ dạng ngón út, tần số kích thích 3 Hz.

- Đánh giá kết quả[6]:

+ Kết quả dương tính (+): Biên độ của các điện thế đáp ứng từ thứ tư, thứ năm giảm ít nhất 10% so với đáp ứng đầu tiên.

+ Kết quả (-): Khi điện thế đáp ứng suy giảm dưới 10 %.

- Đánh giá mối tương quan giữa mức độ nặng lâm sàng theo phân độ của Osserman với kết quả test kích thích thần kinh liên tiếp.

- Xử lý số liệu: Số liệu sau khi thu thập được xử lý trên phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung

Đặc điểm chung		Thể mắt	Thể toàn thân	p	
Giới	Nam	5	11	>0,05	
	Nữ	8	19		
Tuổi khởi phát		39,2±17,7	43,1± 13	>0,5	
Thời gian bị bệnh	<1 năm	12	13	0,01	
	1-3 năm	1	7		
	>3 năm	0	10		
Khoảng thời gian từ khi nhược cơ thể mắt lan toàn thân (tháng)			18.9 ± 59.7		
Kháng thể kháng thụ thể acetylcholin	Dương tính	10	28	0,041	Fishers=0,075
	Âm tính	3	2		
Test neostigmin	Dương tính	9	28	>0,05	
	Nghi ngờ	1	0		
	Âm tính	3	2		
KTTKLT	Dương tính	4	24	0,04	
	Âm tính	9	6		

Nhận xét: Đa số BN bị bệnh dưới 1 năm (25/43BN = 58,1%) (p= 0,01), chỉ có 5 BN có kháng thể kháng thụ thể acetylcholin âm tính nhưng những BN này đều có KTTKLT dương tính và đáp ứng với test neostigmin. Tỷ lệ kháng thể kháng thụ thể acetylcholin dương tính chiếm 38/43 BN (88,4%) (p= 0,041) và đa số KTTKLT cho kết quả dương tính 28/43 BN (65,1%) (p= 0,04). Thời gian từ khi bị nhược cơ thể mắt chuyển sang nhược cơ toàn thân là 18.9 ± 59.7 tháng.

Bảng 2. Phân nhóm bệnh nhân theo phân độ của Osserman

Độ Osserman		KTTKLT (+)	KTTKLT (-)	Số BN (tỷ lệ %)	Độ nhạy	P
Nhẹ (n= 14)	Nhóm I	4 (30,8%)	9(69,2%)	13 (30,2%)	30,8	
Vừa (n=19)	Nhóm IIa	3	2	5 (11,6%)		
	Nhóm IIb	17	4	21(48,8%)	80	0,024
Nặng	Nhóm III	2	0	2 (4,7%)		
	Nhóm IV	2	0	2 (4,7%)		
Tổng		**28**	**15**	**43 (100%)**		

Nhận xét: Nhược cơ thể mắt đơn thuần gặp 13 bệnh nhân (chiếm 30,2%), trong khi đó đa phần bệnh nhân có khởi đầu triệu chứng ở mắt sau diễn biến lan các cơ vùng khác 30 BN (69,8%). Nhược cơ thể mắt, KTTKLT lại cho tỷ lệ dương tính thấp, độ nhạy (30,8%) nhưng khi bệnh lan ra toàn thân thì độ nhạy cao hơn hẳn (80%) (p=0,004). Có mối liên quan giữa kết quả KTTKLT với mức độ nặng lâm sàng của bệnh nhược cơ theo Osserman (Pearson correlation= -498, P= 0,001).

Bảng 3: Kết quả test kích thích thần kinh liên tiếp tại các cơ

Vị trí- KTTKLT \ Thể bệnh		Thể mắt		Thể toàn thân		P
		Số BN	Độ nhạy	Số BN	Độ nhạy	
Cơ thang	dương tính	8	61,5	27	90	=0,042
	âm tính	5		3		
Cơ vòng mi	dương tính	7	53,8	26	86,7	=0,028
	âm tính	6		4		
Cơ dạng ngắn ngón cái	dương tính	4	30,8	24	80	=0,004
	âm tính	9		6		
Cơ dạng ngón út	dương tính	5	38,5	20	66,7	=0,085
	âm tính	8		10		

Nhận xét: Test kích thích thần kinh liên tiếp có độ nhạy cũng khác nhau tùy theo nhóm cơ: cơ thang (61,5%), cơ vòng mi (53,8%), cơ dạng ngắn ngón cái (30,8%), cơ dạng ngón út (38,5%), đến giai đoạn tiến triển sang toàn thân có độ nhạy cao hơn lần lượt 90%; 86,7%; 80%; 66,7%. Độ nhạy khác nhau giữa nhóm cơ (cơ thang, cơ vòng mi, cơ giạng ngắn ngón cái) ở nhược cơ thể mắt và thể lan toàn thân có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung (bảng 1):

Bệnh nhân có tuổi khởi phát ở nhược cơ thể mắt (39,2±17,7) và thời gian chuyển sang thể toàn thân cũng dài 18,9 ± 59,7 tháng. Tuổi khởi phát trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu Kim và cs (2021)[7] là 45,3±17, chưa thấy có sự khác biệt rõ. Bệnh nhân có tỷ lệ kháng thể kháng thụ thể acetylcholin cao 38/43 (88,4%) và có sự khác nhau giữa 2 thể nhược cơ này (p= 0,041. Fishers= 0,075). Cũng theo tác giả Kim [7], kháng thể kháng thụ thể acetylcholin ở nhóm toàn thân cao hơn do sự tương quan với những BN đã uống prednisolone.

Phân nhóm bệnh nhân theo phân độ của Osserman (bảng 2). Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu khi nhập viện đều được chẩn đoán lâm sàng là nhược cơ thể mắt, khởi phát với những biểu hiện ở mắt như: sụp mi, nhìn đôi, yếu cơ vận nhãn, hoặc giai đoạn sau lan ra toàn thân (yếu tứ chi, ăn nuốt nghẹn, sặc, khó thở). Theo phân loại của Osserman thì trong nghiên cứu này nhóm I chiếm 30,2%, nhóm IIa chiếm 11,6%, nhóm IIb chiếm 48,8%, nhóm III (4,7%), IV (4,7%). Phân theo độ nặng lâm sàng của Osserman thì mức độ nhược cơ nặng có tỷ lệ KTTKLT dương tính cao hơn mức độ nhẹ do bệnh diễn biến toàn thân, khi đó làm KTTKLT dương tính cao hơn. Độ nhạy KTTKLT trong nhược cơ thể mắt chỉ đạt 30,8% trong khi nhược cơ lan toàn thân đạt 80%, sự khác nhau có ý nghĩa thống kê với p= 0,024 <0,05. Kết quả này phù hợp với tác giả Oh S.J. (2019)[8] và Witoonpanich R. (2006)[9] những nhược cơ toàn thân thường bất thường và mức độ mệt mỏi cơ cao hơn khi KTTKLT, trái lại những cơ thể mắt thường bất thường cao hơn các cơ ở chi. Kết quả này cũng phù hợp với tác giả Kim (2021)[7].

- Phân tích mối liên quan giữa KTTKLT với mức độ nặng của nhược cơ: có mối liên quan với nhau giữa kết quả KTTKLT với mức độ nặng lâm sàng của nhược cơ theo Osserman (Pearson correlation= -498, P= 0,001). Kết quả này phù hợp với tác giả Kim (2021)[7], Jing (2015)[10]. Theo Oh S.J. (2019) những nhược cơ nặng theo phân độ Osserman có thể KTTKLT dương tính từ 79-100%[8].

Kết quả kích thích thần kinh liên tiếp theo nhóm cơ. Kích thích thần kinh liên tiếp (bảng 3) có độ nhạy ở BN nhược cơ thể mắt đơn thuần thấp hơn và thể lan toàn thân chiếm tỷ lệ cao hơn và khác nhau tùy theo nhóm cơ lần lượt là cơ thang (61,5%, 90%), cơ vòng mi (53,8%, 86,7%), cơ dạng ngắn ngón cái 30,8%, 80%) (P<0,05) và nhóm cơ dạng ngón út (38,5%, 66,7%, p>0,05).

Kết quả KTTKLT tại các cơ cho thấy tỷ lệ dương tính tại cơ thang chiếm tỷ lệ cao nhất 78,8%. Kết quả này tương tự như kết quả nghiên cứu đã công bố của Jing (2015) 81.1%[10]. Theo Costa và cs (2004) do tỷ lệ dương tính cao, khi ghi điện thế kích thích thần kinh liên tiếp nên ghi những cơ thang, cơ vòng mi đầu tiên.

Trong nhược cơ thể mắt, độ nhạy của KTTKLT ở những cơ ngọn chi (cơ dạng ngắn ngón cái 30,8%) thấp hơn cơ gốc chi (cơ thang 61,5%) tương tự như nghiên cứu của Oh S.J. năm 2019[8]. Các tác giả nhận thấy bệnh nhân chỉ có nhược cơ thể mắt mà KTTKLT dương tính ở những cơ ngoài cơ vòng mi chứng tỏ có yếu cơ dưới lâm sàng. Đây là những thông tin có ích để lựa chọn cơ khi ghi điện cơ KTTKLT, đặc biệt trong nhược cơ thể mắt [9].

V. KẾT LUẬN

- Tuổi khởi phát trung bình bệnh nhân 39,2 ±17,7 (thể mắt đơn thuần), thời gian từ khi xuất hiện nhược cơ ở mắt lan toàn thân là 18,9 ± 59,7 tháng. Test kích thích thần kinh liên tiếp (KTTKLT) dương tính ở 28 BN (65,1%), tỷ lệ dương tính ở nhược cơ thể mắt 30,2%, độ nhạy 30,8%, nhóm toàn thân có độ nhạy 80%.

- Độ nhạy KTTKLT thấp ở nhược cơ thể mắt đơn thuần và cao ở giai đoạn tiến triển sang toàn thân, tùy theo từng nhóm cơ cũng khác nhau lần lượt là cơ thang (61,5%, 90%), cơ vòng mi (53,8%, 86,7%), cơ dạng ngắn ngón cái (30,8%, 80%), cơ dạng ngón út (38,5%, 66,7%).

- Kích thích thần kinh liên tiếp có mối liên quan với mức độ nặng trên lâm sàng theo phân độ Osserman (P= 0,001).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Smith S V, & Lee A G. (2017).** Update on Ocular Myasthenia Gravis. Neurol Clin, 35(1), 115-123. doi:10.1016/j.ncl.2016.08.008
2. **Osserman KE. (1967).** Ocular Myasthenia Gravis. Invest Ophthalmol Vis Sci, 6(3), 277-287.
3. **Gilhus N E, & Verschuuren J J. (2015).**

Myasthenia gravis: subgroup classification and therapeutic strategies. Lancet Neurol, 14(10), 1023-1036. doi:10.1016/S1474-4422(15)00145-3
4. **Vincent A, & Newsom Davis J. (1980).** Anti-acetylcholine receptor antibodies. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 43(7), 590-600. doi:10.1136/jnnp.43.7.590
5. **Thanvi B R, & Lo T C. (2004).** Update on myasthenia gravis. Postgrad Med J, 80(950), 690-700. doi:10.1136/pgmj.2004.018903
6. **Nguyễn Hữu Công. (2013)**. Chẩn đoán điện và ứng dụng lâm sàng: Nhà xuất bản Đại học quốc gia thành phố Hồ Chí Minh.
7. **Kim K H, Kim S W, & Shin H Y. (2021)**. Initial Repetitive Nerve Stimulation Test Predicts Conversion of Ocular Myasthenia Gravis to Generalized Myasthenia Gravis. J Clin Neurol, 17(2), 265-272. doi:10.3988/jcn.2021.17.2.265
8. **Oh S J, Jeong D, Lee I, et al. (2019).** Repetitive nerve stimulation test in myasthenic crisis. Muscle Nerve, 59(5), 544-548. doi:10.1002/mus.26390
9. **Witoonpanich R, Barakul S, & Dejthevaporn C. (2006).** Relative fatigability of muscles in response to repetitive nerve stimulation in myasthenia gravis. J Med Assoc Thai, 89(12), 2047-2049.
10. **Jing F, Cui F, Chen Z, et al. (2015).** Clinical and Electrophysiological Markers in Myasthenia Gravis Patients. Eur Neurol, 74(1-2), 22-27. doi:10.1159/000431284

TÌNH TRẠNG THIẾU MÁU VÀ DỰ TRỮ SẮT Ở PHỤ NỮ 15 – 35 TUỔI TẠI HUYỆN MƯỜNG LA, TỈNH SƠN LA NĂM 2018

Nguyễn Thúy Anh[1], Nguyễn Song Tú[1], Hoàng Nguyễn Phương Linh[1]

TÓM TẮT

Thiếu máu là vấn đề có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng, phụ nữ tuổi sinh đẻ tại khu vực nông thôn, miền núi là đối tượng có nguy cơ thiếu máu cao. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 395 phụ nữ 15-35 tuổi tại 5 xã thuộc huyện Mường La, tỉnh Sơn La để mô tả tình trạng thiếu máu, dự trữ sắt. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ thiếu máu là 26,3% trong đó tỷ lệ thiếu máu ở nhóm 15-24 tuổi cao hơn nhóm 25-35 tuổi. Giá trị trung bình hàm lượng Hemoglobin của nhóm 15-25 tuổi và 25-35 tuổi là 125,9g/l và 129,5 g/l (p<0,05). Tỷ lệ thiếu máu theo mức độ giữa các xã có sự khác biệt, cao nhất ở xã Mường Trai (18,9%), thấp nhất ở xã Chiềng Lao (2,2%) (p<0,001). Tỷ lệ dự trữ sắt cạn kiệt và dự trữ sắt thấp lần lượt là 11,4% và 10,1%; trong đó tỷ lệ dự trữ sắt thấp và cạn kiệt giảm dần theo độ tuổi tăng dần, ở lớp tuổi 15 - 24 tuổi là 27,5% và 25-35 tuổi là 17,4% (p<0,05). Tỷ lệ thiếu máu thiếu sắt là 3,8%, nhưng thiếu máu không thiếu sắt là 22,5%. Ngoài nguyên nhân thiếu máu do thiếu sắt, cần xác định thêm các nguyên nhân khác gây ra tình trạng thiếu máu ở PNTSĐ khu vực dân tộc miền núi.

Từ khóa: thiếu máu, dự trữ sắt cạn kiệt, dự trữ sắt, phụ nữ tuổi sinh đẻ, Hemoglobin, Ferritin

SUMMARY

ANEMIA AND IRON STORE STATUS IN WOMEN AGED 15-35 YEARS OLD IN MUONG LA DISTRICT, SON LA PROVINCE IN 2018

Anemia is a significant public health problem, women of reproductive age living in the rural or mountainous areas are at high risk for anemia. A descriptive cross-sectional study was conducted on 395 women aged 15-35 years old in 5 communes of Muong La district, Son La province to assess anemia and iron store status. The study results showed that the prevalance of anemia was 26.3%, in which the rate of anemia in the 15-24 year old group was higher than the 25-35 year old group. The mean of Hemoglobin concentration of the 15-25 years old and 25-35 year old groups were 125.9g/l and 129.5g/l, respectively (p<0.05). There was a significant difference in the prevalance of anemia by level between the communes, the highest in Muong Trai commune (18.9%), the lowest in Chieng Lao (2.2%) (p<0.001). The prevalance of depleted iron stores and low iron stores is 11.4% and 10.1% respectively, in which the rate of low and depleted iron stores decreases with increasing age, in the age group of 15-24 years old, it is 27.5% and 25-35 years old is 17.4% (p<0.05). The prevalance of iron deficiency anemia was 3.8%, but anemia without iron deficiency was 22.5%. In addition to iron deficiency anemia, it is necessary to identify other causes of anemia in women of reproductive age in ethnic minority and moutainous area.

Keywords: anemia, depleted iron stores, iron stores, women of reproductive age, haemoglobin, ferritin

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong các vấn đề dinh dưỡng ở phụ nữ lứa tuổi sinh đẻ, thiếu máu thiếu sắt là vấn đề sức khỏe cần quan tâm. Thiếu máu gây hậu quả nặng nề, ảnh hưởng xấu đến sức khỏe con người và sự phát triển kinh tế xã hội, là nguyên nhân làm tăng tỷ lệ mắc bệnh và tử vong. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) năm 2011, thiếu máu ảnh hưởng đến gần 800 triệu trẻ em và phụ nữ, trong đó có khoảng 528,7 triệu phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ bị thiếu máu chiếm 29,4%. Tỷ lệ thiếu máu hiện mắc cao nhất ở

[1]*Viện Dinh dưỡng Quốc gia*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thúy Anh
Email: nguyenthuyanh@dinhduong.org.vn
Ngày nhận bài: 17.5.2021
Ngày phản biện khoa học: 8.7.2021
Ngày duyệt bài: 16.7.2021