

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN SDD Ở TRẺ EM DÂN TỘC THIỂU SỐ TỪ 25 ĐẾN 60 THÁNG TUỔI TẠI HAI XÃ VÙNG CAO HUYỆN BẢO YÊN TỈNH LÀO CAI NĂM 2019

*Phạm Hoàng Thái Quang¹, Ninh Thị Nhung², Phan Hương Dương³,
Nhậm Thị Kiều Chinh⁴*

Nghiên cứu mô tả thông qua cuộc điều tra cắt ngang nhằm xác định một số yếu tố liên quan đến SDD (SDD) ở trẻ em dân tộc thiểu số từ 25 đến 60 tháng tuổi tại hai xã vùng cao huyện Bảo Yên tỉnh Lào Cai năm 2019. **Kết quả:** Trẻ có cân nặng sơ sinh dưới 2500 g thì tỷ lệ SDD là 66,7% cao gấp 2,8 lần so với trẻ có cân nặng sơ sinh trên 2500 g. Trẻ em dân tộc H'Mông tỷ lệ SDD là 49% cao gấp 1,5 lần so với trẻ em dân tộc Dao, dân tộc Tày. Những gia đình thuộc hộ nghèo, thiếu ăn thì tỷ lệ trẻ SDD là 59,1% và 67,6% cao gấp từ 2 đến 2,9 so với những hộ không nghèo và đủ gạo ăn. Những gia đình đông con (từ 3 con trở lên) và đẻ dày thì tỷ lệ SDD ở con cũng cao gấp từ 1,5 đến 2 lần so với những gia đình ít con và đẻ thưa (trên 3 năm). Những bà mẹ không tăng đủ cân trong thời kỳ mang thai và không được bồi dưỡng khi mang thai cũng như lao động nặng khi mang thai thì tỷ lệ trẻ SDD cũng cao hơn. Những trẻ mắc các bệnh tiêu chảy, viêm đường hô hấp trên hoặc dưới trong 2 tuần qua thì tỷ lệ SDD cũng cao hơn những trẻ không ốm, không mắc những bệnh trên.

Từ khóa: SDD, trẻ 25 đến 60 tháng, dân tộc, Lào Cai.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm qua, Việt Nam đã đạt được những thành tựu đáng kể trong việc cải thiện tình trạng dinh dưỡng (TTDD) cho nhân dân. Phần lớn các mục tiêu của Chiến lược Quốc gia về Dinh dưỡng liên quan đến SDD (SDD) trẻ em dưới 5 tuổi trong giai đoạn 2011 - 2015 đã đạt hoặc vượt; mức an ninh lương thực cũng đã được tăng cường và khẩu phần ăn của người dân đã được tăng lên về số lượng và đa dạng hóa về chất lượng; kiến thức và thực hành dinh

dưỡng của người dân đã được cải thiện đáng kể, tỷ lệ SDD thể nhẹ cân ở trẻ em dưới 5 tuổi đã giảm tương đối nhanh và liên tục... Tuy vậy, SDD thể thấp còi vẫn còn cao. Đặc biệt ở các khu vực miền núi biên giới khó khăn và các dân tộc thiểu số [1, 2, 3].

Tại Việt Nam tỷ lệ SDD trẻ em dưới 5 tuổi đã giảm trong 5 năm qua; tỷ lệ trẻ em nhẹ cân giảm từ 17,5% vào năm 2010 xuống còn 13,8% trong năm 2016 và 12,8% năm 2018. Tuy nhiên, Việt Nam vẫn còn gần 1/4 trẻ em dưới 5 tuổi

¹BS. – TT Y tế huyện Bảo Yên

Email: phamthaiquang@gmail.com

²PGS.TS. – Trường ĐH Y Dược Thái Bình

³TS. – Bệnh viện Nội tiết Trung ương

⁴ThS. – Trường ĐH Y Dược Thái Bình

Ngày nhận bài: 10/5/2020

Ngày phản biện đánh giá: 20/5/2020

Ngày đăng bài: 5/6/2020

bị SDD thấp còi (23,2% năm 2018). Đặc biệt, tỷ lệ SDD thấp còi ở trẻ em dưới 5 tuổi người dân tộc thiểu số cao gấp gần 2 lần so với trẻ em người dân tộc Kinh [4].

Tỉnh Lào Cai là một tỉnh vùng cao biên giới, đời sống của nhân dân còn gặp nhiều khó khăn, phong tục tập quán của người dân tộc còn nhiều lạc hậu. Đặc biệt tỉ lệ SDD ở trẻ em dưới 5 tuổi trên địa bàn tỉnh còn ở mức rất cao 35,2% [4]. Để hiểu rõ hơn thực trạng này tại hai xã vùng cao Vĩnh Yên, Xuân Hòa, làm cơ sở đề xuất các giải pháp thiết thực hơn nhằm cải thiện tình trạng dinh dưỡng cho trẻ em vùng cao, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu: Xác định một số yếu tố liên quan đến SDD ở trẻ em dân tộc thiểu số từ 25 đến 60 tháng tuổi tại hai xã vùng cao huyện Bảo Yên, tỉnh Lào Cai năm 2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm, thời gian, đối tượng nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Xã Xuân Hòa và xã Vĩnh Yên, huyện Bảo Yên, tỉnh Lào Cai.

- Đối tượng nghiên cứu:

+ Trẻ em từ 25 đến 60 tháng tuổi dân tộc thiểu số sống tại địa bàn nghiên cứu.

+ Bà mẹ của trẻ từ 25 - 60 tháng tuổi dân tộc thiểu số sống tại địa bàn nghiên cứu.

- Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ 10/2019 – 6/2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

a/ **Cỡ mẫu:** Cỡ mẫu theo tính toán theo công thức:

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

Trong đó:

n : là số trẻ em cần để đánh giá tình trạng dinh dưỡng

$Z_{((1-\alpha/2))}$ với độ tin cậy tương ứng với xác suất 95% thì là 1,96.

p: là tỷ lệ SDD trẻ em thể thấp còi Lào Cai năm 2014 (theo báo cáo của viện dinh dưỡng 2014) $p = 32\%$).

d: là sai số, lấy $d = 0,06$.

Dự trữ 10% trẻ do phiếu điều tra thiếu thông tin.

Cỡ mẫu tính toàn bộ $n = 257$ trẻ. Do chọn mẫu chùm để tăng độ chính xác nên cỡ mẫu nhân đôi. Vậy số trẻ cần điều tra là $257 \times 2 = 514$ trẻ. Thực tế có 522 trẻ em tham gia đánh giá tình trạng dinh dưỡng và phỏng vấn 522 bà mẹ của những trẻ được đánh giá tình trạng dinh dưỡng.

b/ Phương pháp chọn mẫu:

+ Chọn xã: Chọn chủ đích hai xã Vĩnh Yên, Xuân Hòa của huyện Bảo Yên, tỉnh Lào Cai, là 2 xã vùng cao có nhiều dân tộc thiểu số sinh sống

+ Lập danh sách toàn bộ trẻ em từ 25-60 tháng tuổi dân tộc thiểu số đang sinh sống tại 2 xã chọn vào nghiên cứu

Tại xã Xuân Hòa chọn toàn bộ số trẻ em từ 25 đến 60 tháng tuổi được 245 trẻ đáp ứng các tiêu chuẩn chọn mẫu và loại mẫu đủ điều kiện tham gia nghiên cứu.

Tại xã Vĩnh Yên: Chủ động chọn 6 thôn

có trên 90% dân tộc Mông, Tày, Dao sinh sống. Chọn toàn bộ số trẻ em từ 25 đến 60 tháng tuổi được 277 trẻ đáp ứng các tiêu chuẩn chọn mẫu và loại mẫu đủ điều kiện tham gia nghiên cứu.

+ Chọn bà mẹ để phỏng vấn: Chọn toàn bộ các bà mẹ có con từ 25-60 tháng tuổi tham gia đánh giá TTDD để phỏng vấn tìm một số yếu tố liên quan.

2.3. Kỹ thuật áp dụng trong nghiên cứu

*** Tính tháng tuổi**

Sử dụng cách tính tuổi của WHO đang sử dụng ở Việt Nam

Trẻ đẻ ra sống 1 ngày đến 29 ngày: 0 tháng tuổi.

Trẻ 1 tháng 1 ngày đến trẻ 1 tháng 29 ngày: 1 tháng tuổi.

Trẻ từ 59 tháng 1 ngày đến 59 tháng 29 ngày: 59 tháng tuổi

*** Nhân trắc dinh dưỡng**

+ Cân nặng: Kiểm tra độ chính xác của cân. Trẻ được cởi bỏ hết quần áo dài, giày, dép, mũ, các vật nặng trên người trẻ (nếu có) để đảm bảo chính xác cân nặng thực tế của trẻ. Đặt trẻ lên bàn cân khi cân trẻ có sự hỗ trợ của các bà mẹ hoặc kỹ thuật viên khác để có thể cân nhanh cho trẻ, hạn chế để trẻ quấy khóc, ngã khỏi bàn cân. Cân nặng của trẻ được tính bằng kilôgam (kg) và ghi chính xác tới một chữ số thập phân.

+ Đo chiều cao đứng bằng thước gỗ 3 mảnh. Đặt thước dựa vào tường hoặc nơi có điểm tựa chắc chắn, bề ngang đủ rộng tối thiểu bằng bề ngang của thước, điểm tựa này phải tạo với mặt sàn một góc 90o. Mắt người đo luôn luôn ngang tầm với chiều cao của trẻ để dễ quan sát

và khi đọc số cho chính xác. Khi đo trẻ phải có 1 người phụ để chỉnh tư thế và giữ đầu gối, bàn chân của trẻ đúng tư thế. Đọc kết quả và ghi số cm với 1 số lẻ. Bỏ tay ra khỏi cầm và giúp đỡ đối tượng bước ra khỏi thước.

Phân loại trẻ em SDD theo WHO 2007.

Sử dụng các số đo nhân trắc dinh dưỡng và phân loại trẻ em theo 3 chỉ tiêu: Cân nặng theo tuổi (CN/T), Chiều cao theo tuổi (CC/T), cân nặng theo chiều cao (CN/CC).

+ Trẻ nhẹ cân: khi trẻ có CN/T Z-Score < - 2 SD.

+ Trẻ thấp còi: khi trẻ em có CC/T Z-Score < - 2SD.

+ Trẻ gầy còm: khi trẻ có CN/CC Z-Score < - 2SD.

*** Phỏng vấn:**

Xây dựng bộ phiếu điều tra tìm hiểu mối liên quan giữ tình trạng SDD của trẻ với một số yếu tố của bà mẹ như hoàn cảnh gia đình, khoảng cách các lần sinh, số lần khám thai..., hướng dẫn điều tra phù hợp với đối tượng được chọn vào điều tra

2.4. Các phương pháp hạn chế sai số

Lựa chọn các điều tra viên là người có kinh nghiệm tham gia nghiên cứu tại cộng đồng và được tập huấn kỹ trước khi điều tra. Đối tượng được chọn theo phương pháp chọn mẫu chuẩn xác, có tiêu chuẩn chọn mẫu rõ ràng. Không thay đổi điều tra viên tham gia cân đo từ đầu đến cuối nghiên cứu để tránh sai số do người đo. Thực hiện giám sát chặt chẽ.

2.5. Xử lý số liệu

Làm sạch số liệu từ phiếu. Số liệu

được nhập bằng phần mềm Epi Data 3.1. Các số liệu thu thập được xử lý theo thuật toán thống kê Y sinh học, sử dụng phần mềm SPSS 16.0. So sánh

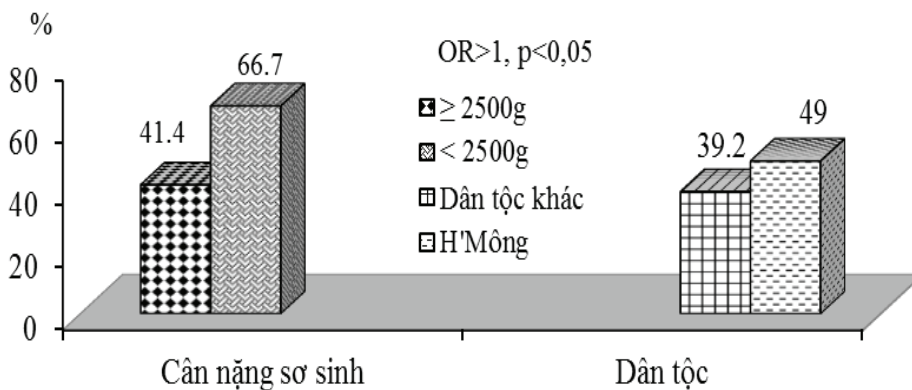
giữa các tỷ lệ sử dụng test χ^2 . Khoảng tin cậy là 95% được áp dụng cho toàn bộ các test. Nhận định có sự khác biệt khi giá trị $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố trẻ tham gia nghiên cứu theo giới tính và tháng tuổi (n=522)

Nhóm tuổi	Nam (n=277)		Nữ (n=245)		Chung (n=522)	
	SL	%	SL	%	SL	%
25-36 tháng	108	39,0	75	30,6	183	35,1
37-48 tháng	88	31,8	84	34,3	172	33,0
49-60 tháng	81	29,2	86	35,1	167	32,0
Tổng	277	53,1	245	46,9	522	100,0

Kết quả Bảng 1 cho thấy: Tỷ lệ trẻ nam và trẻ nữ tham gia nghiên cứu lần lượt 53,1% và 46,9% và được phân bố đều giữa các nhóm tuổi từ 25-36 tháng tuổi, từ 37 đến 48 tháng và từ 49 đến 60 tháng tuổi.



Biểu đồ 1. Mối liên quan giữa SDD của trẻ với cân nặng sơ sinh và dân tộc

Kết quả Biểu đồ 1 cho thấy: Trẻ có cân nặng sơ sinh dưới 2500 g thì tỷ lệ mắc ít nhất 1 thể SDD là 66,7% cao gấp 2,8 lần so với trẻ có cân nặng sơ sinh ≥ 2500 g,

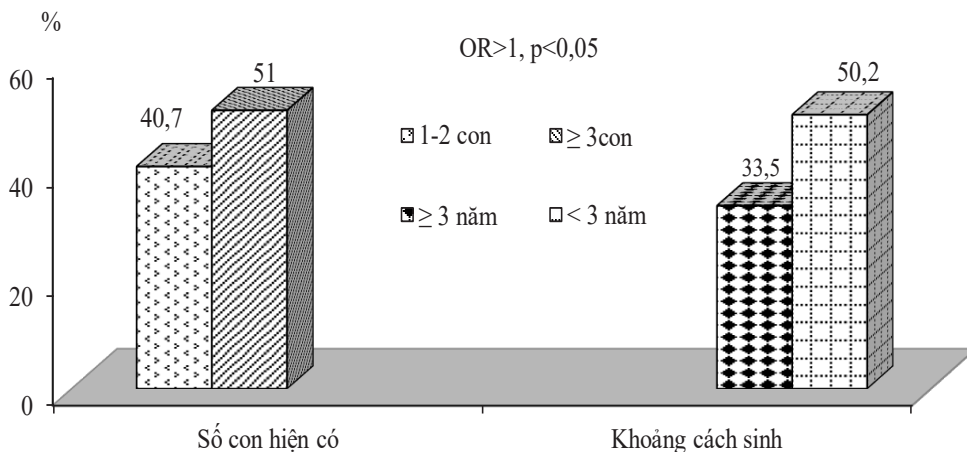
có ý nghĩa với $p < 0,05$. Trẻ em dân tộc H'Mông thì tỷ lệ mắc ít nhất 1 thể SDD là 49% cao hơn trẻ em các dân tộc khác (39,2%), với $OR = 1,5$ và $p < 0,05$.

Bảng 2. Mối liên quan giữa tình trạng SDD của trẻ với hoàn cảnh gia đình

Biến số	n	Ít nhất 1 thể SDD				
		SL	%	OR (95%CI)	p	
Thiếu gạo	Không	487	205	42,1	2,9 (1,4-6,0)	<0,05
	Có	34	23	67,6		
Hộ nghèo	Không	456	189	41,4	2,0 (1,2-3,4)	<0,05
	Có	66	39	59,1		

Kết quả Bảng 2 cho thấy gia đình thiếu gạo tỷ lệ trẻ mắc ít nhất 1 thể SDD là 67,6% cao gấp 2,9 lần so với gia đình không thiếu gạo (42,1%). Sự khác biệt

có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Gia đình là hộ nghèo thì trẻ có nguy cơ mắc ít nhất một thể SDD cao gấp 2 lần so với gia đình không phải hộ nghèo với $p < 0,05$.

**Biểu đồ 2. Mối liên quan giữa SDD với số con của bà mẹ và khoảng cách sinh**

Tìm hiểu mối liên quan giữa SDD với số con của bà mẹ và khoảng cách sinh qua bảng và biểu đồ cho thấy những gia đình hiện có ≥ 3 con tỉ lệ trẻ bị mắc ít nhất 1 thể SDD là 51% cao hơn so với gia đình hiện có từ 1 đến 2 con

(40,7%) với $OR = 1,5$ và $p < 0,05$.

Khoảng cách sinh < 3 năm có tỷ lệ trẻ mắc ít nhất 1 thể SDD là 50,2% cao gấp đôi so với trẻ có khoảng cách ≥ 3 năm là 33,5%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

Bảng 3. Mối liên quan giữa SDD với tăng cân khi mang thai, số lần khám thai, uống viên sắt, vitamin A của bà mẹ

Biến số	n	Ít nhất 1 thể SDD				
		SL	%	OR (95%CI)	p	
Tăng cân	≥ 8 kg	425	166	39,1	2,76 (1,7-4,4)	<0,05
	Dưới 8 kg	97	62	63,9		
Khám thai	≥ 3 lần	268	102	38,1	1,6 (1,1-2,3)	<0,05
	Dưới 3 lần	254	126	49,6		
Uống viên sắt	Có	416	166	39,9	2,1 (1,4-3,3)	<0,05
	Không	106	62	58,5		
Uống vitamin A	Có	409	169	41,3	1,5 (1,02-2,4)	<0,05
	Không	113	59	52,2		

Tìm hiểu mối liên quan giữa SDD của trẻ với tăng cân khi mang thai của bà mẹ và số lần khám thai (Bảng 3) cho thấy bà mẹ khi mang thai tăng dưới 8 kg thì trẻ có nguy cơ mắc ít nhất một thể SDD cao gấp 2,76 lần so với bà mẹ khi mang thai tăng trên 8 kg. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Bà mẹ trong thời kỳ thai nghén đi khám thai dưới 3 lần thì trẻ có tỷ lệ mắc ít nhất 1 thể SDD là 49,6% cao hơn so với bà mẹ đi khám

thai trên 3 lần (38,1%); có sự khác biệt với $p < 0,05$. Trong thời kỳ mang thai bà mẹ được uống viên sắt thì trẻ có nguy cơ mắc ít nhất một thể SDD thấp hơn 2,1 lần so với những bà mẹ không được uống viên sắt, có ý nghĩa với $p < 0,05$. Những bà mẹ không được uống vitamin A sau khi sinh thì trẻ có nguy cơ mắc ít nhất một thể SDD cao gấp 1,5 lần so với những bà mẹ được uống. Sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$.

Bảng 4. Mối liên quan giữa SDD với lao động khi mang thai và thời gian đi làm trở lại sau sinh

Biến số	n	Ít nhất 1 thể SDD				
		SL	%	OR (95%CI)	p	
Làm việc nặng	Không	423	171	40,4	2,0 (1,3-3,1)	<0,05
	Có	99	57	57,6		
Thời gian đi làm trở lại	Sau 4 tháng	181	56	30,9	2,3 (1,6-3,3)	<0,05
	≤ 4 tháng	341	172	50,4		

Tìm hiểu mối liên quan giữa SDD với lao động khi mang thai và thời gian đi làm trở lại sau sinh, kết quả Bảng 4 cho

thấy: Bà mẹ làm việc nặng thì trẻ có nguy cơ mắc ít nhất một thể SDD cao hơn bà mẹ không phải làm việc nặng nhọc gấp

2,0 lần và có ý nghĩa với $p < 0,05$. Bà mẹ có thời gian đi làm trở lại dưới 4 tháng tỷ lệ SDD thì trẻ có nguy cơ mắc ít nhất

một thể SDD cao gấp 2,3 lần so với bà mẹ đi làm sau 4 tháng, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 5. Mối liên quan giữa SDD với tình trạng tiêu chảy, viêm đường hô hấp của trẻ trong 2 tuần qua

Biến số		n	Ít nhất 1 thể SDD			
			SL	%	OR (95%CI)	p
Tiêu chảy	Không	491	204	41,5	4,8 (2,0-11,4)	<0,05
	Có	31	24	77,4		
Viêm đường hô hấp trên	Không	475	199	41,9	2,2 (1,2-4,1)	<0,05
	Có	47	29	61,7		
Viêm đường hô hấp dưới	Không	486	206	42,4	2,1 (1,1-4,3)	<0,05
	Có	36	22	61,1		

Kết quả Bảng 5 cho thấy: Trong 2 tuần qua trẻ bị các bệnh như tiêu chảy, viêm đường hô hấp trên, viêm đường hô hấp dưới tỷ lệ mắc ít nhất một thể SDD sẽ cao hơn so với những trẻ không bị tiêu chảy và không bị các bệnh đường hô hấp. Sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$.

BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ trẻ nam và trẻ nữ tham gia nghiên cứu lần lượt là 53,1% và 46,9% và được phân bố đều giữa các nhóm tuổi từ 25-36 tháng tuổi, từ 37 đến 48 tháng và từ 49 đến 60 tháng tuổi. Kết quả của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của tác giả Ngô Trọng Trung khi nghiên cứu tình hình SDD ở trẻ dưới 5 tuổi hai xã đặc biệt khó khăn của huyện Mộc Châu tỉnh Sơn La [5].

Cân nặng sơ sinh là một trong những

yếu tố có liên quan chặt chẽ tới SDD đã được nhiều nghiên cứu chứng minh [2, 6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trẻ có cân nặng sơ sinh dưới 2500 g thì tỷ lệ SDD là 66,7% cao gấp 2,8 lần so với trẻ có cân nặng sơ sinh trên 2500 g. Sự khác biệt với $p < 0,05$. Trẻ có cân nặng sơ sinh cao trên 2500 g là trẻ đẻ ra khỏe mạnh, thường bà mẹ được điều kiện chăm sóc tốt. Do đó trẻ sẽ có khả năng tiêu hóa hấp thu tốt cùng với điều kiện nuôi dưỡng của mẹ là những nguyên nhân trực tiếp làm giảm tỷ lệ SDD thấp còi ở trẻ. Ngược lại, những trẻ đã bị SDD từ trong bào thai dẫn đến khả năng tiêu hóa hấp thu kém hơn, khả năng chống đỡ với môi trường bên ngoài kém hơn dễ bị mắc các bệnh tật, do đó khả năng phục hồi dinh dưỡng sẽ chậm hơn dễ bị SDD kéo dài và dẫn đến SDD thấp còi. Một số nghiên cứu trong và ngoài nước cũng cho thấy cân

nặng sơ sinh thấp là một yếu tố nguy cơ đối với SDD thấp còi của trẻ dưới 5 tuổi. Nghiên cứu của tác giả Lương Tuấn Dũng khi đánh giá tình trạng dinh dưỡng của trẻ dưới 5 tuổi tại 2 xã Phúc Thịnh và Xuân Quang (Chiêm Hóa, Tuyên Quang) cho thấy cân nặng sơ sinh của trẻ, số con trong gia đình là những yếu tố liên quan đến TTDD cân nặng/tuổi với $p < 0,01$ [7]. Điều này cho thấy vấn đề chăm sóc thai có ý nghĩa với sự phát triển không những trong thời kỳ bào thai mà cả sự phát triển sau này của trẻ.

Đánh giá mối liên quan giữa SDD và một số yếu tố gia đình cho thấy tỷ lệ trẻ mắc ít nhất 1 thể SDD ở gia đình có 1 đến 2 con là 40,7% thấp hơn gia đình có trên 2 con 51,0% với $OR = 1,5$ và $p < 0,05$. Kết quả này không tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Minh Chính cho thấy số con trong gia đình và thứ tự sinh của trẻ không có ảnh hưởng rõ rệt tới với tỷ lệ SDD thấp còi cả trong phân tích đơn biến và đa biến ($p > 0,05$). Nhưng cũng cho thấy một xu hướng trẻ trong gia đình nhiều con và nhóm trẻ là con thứ ba trở lên có tỷ lệ SDD cao hơn so với nhóm còn lại [8].

Kết quả nghiên cứu cho thấy gia đình sản xuất gạo không đủ ăn có tỉ lệ trẻ mắc ít nhất 1 thể SDD cao gấp 2,9 lần so với gia đình sản xuất gạo đủ ăn ($p < 0,05$). Tại 2 xã nghiên cứu là 2 xã đặc biệt khó khăn của huyện Bảo Yên tỉnh Lào Cai, ước tính tỷ lệ hộ nghèo còn cao. Số hộ nghèo là người dân tộc thiểu số chiếm gần trên 50% tổng số hộ nghèo trong cả huyện, thu nhập bình quân của hộ dân tộc thiểu số chỉ bằng 1/5 mức thu nhập bình quân của cả huyện. Gia đình trẻ sản

xuất không đủ lương thực thực phẩm, sản lượng lương thực thấp nên không đủ nuôi sống gia đình cả năm và không đảm bảo được chế độ dinh dưỡng đa dạng cần thiết cho trẻ. Kết quả nghiên cứu của tác giả Lê Thị Hương khi đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở trẻ em dưới 5 tuổi dân tộc Mường tại huyện Yên Thủy Hòa Bình cũng cho thấy, các hộ gia đình thiếu ăn có tỷ lệ suy dinh dưỡng thể nhẹ cân, thấp còi và gày còm cao hơn so với các hộ đủ ăn, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê [3].

Tình trạng thiếu vi chất dinh dưỡng là một trong những nguyên nhân quan trọng dẫn đến SDD, đặc biệt là SDD thấp còi. Chính vì thế việc bổ sung vi chất dinh dưỡng của các bà mẹ trong thời kỳ mang thai cũng rất quan trọng. Trong thời kỳ mang thai bà mẹ được uống viên sắt thì tỷ lệ trẻ SDD là 39,9% thấp hơn 2,1 lần so với những bà mẹ không được uống viên sắt trong thời kỳ mang thai (58,5%). Sự khác biệt với $OR > 1$ và $p < 0,05$. Những bà mẹ không được uống vitamin A sau khi sinh thì tỷ lệ trẻ SDD là 52,2% cao gấp 1,5 lần so với những bà mẹ được uống vitamin A sau sinh. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $OR > 1$ và $p < 0,05$.

Tìm hiểu mối liên qua giữa tình trạng SDD với tình trạng ốm của trẻ cho thấy trong 2 tuần qua trẻ bị các bệnh như tiêu chảy, viêm đường hô hấp trên, viêm đường hô hấp dưới tỷ lệ mắc ít nhất một thể SDD sẽ cao hơn so với những trẻ không bị tiêu chảy và không bị các bệnh đường hô hấp, có ý nghĩa với $p < 0,05$. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu khác như nghiên cứu của tác giả Đình Đạo cho thấy trong số

45,7% trẻ bị nhiễm khuẩn hô hấp cấp trong vòng 2 tuần trước thời điểm điều tra có 46,4% SDDTE thể nhẹ cân, cao cách biệt so với nhóm không mắc bệnh chỉ có 28,2% trẻ bị SDD ($p < 0,001$) [2]. Nhóm tác giả Phạm Trung Kiên, Lê Thị Nga điều tra trên trẻ em dân tộc Sán Dìu và H'Mông tại 2 xã miền núi phía Bắc Việt Nam với kết quả nhóm trẻ SDD có nguy cơ mắc nhiễm khuẩn hô hấp cao hơn 3,9 lần nhóm trẻ không SDD ($OR=3,91$, $p < 0,05$) [9]. Điều này là hoàn toàn hợp lý vì những bệnh lý trẻ thường mắc phải là: viêm đường hô hấp, tiêu chảy... nhất là ở những trẻ không được bú sữa mẹ thì xác suất mắc bệnh sẽ cao hơn những trẻ bình thường. Khi bệnh trẻ thường cảm thấy khó chịu và biếng ăn. Những kháng sinh trong thuốc không chỉ tiêu diệt các vi trùng gây hại cho cơ thể, mà còn tiêu diệt các vi khuẩn có lợi ở đường ruột dẫn đến rối loạn đường tiêu hóa kéo dài, điều này khiến trẻ biếng ăn và thức ăn không được hấp thụ triệt để, từ đó làm gia tăng tỷ lệ SDD ở trẻ, tạo vòng xoắn bệnh lý.

IV. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ trẻ nam và trẻ nữ tham gia nghiên cứu lần lượt 53,1% và 46,9% và được phân bố đều giữa các nhóm tuổi từ 25-36 tháng tuổi, từ 37 đến 48 tháng và từ 49 đến 60 tháng tuổi.

- Một số yếu tố nguy cơ làm cho trẻ mắc ít nhất 1 thể SDD với $OR > 1$; $p < 0,05$ là: cân nặng sơ sinh, dân tộc, hoàn cảnh gia đình, số con hiện tại, khoảng cách sinh, tăng cân khi mang thai, bổ sung vi chất, làm việc khi mang thai và tình trạng ốm của trẻ.

KHUYẾN NGHỊ

Tăng cường truyền thông cho bà mẹ về chế độ ăn uống, lao động nghỉ ngơi trong thời kỳ mang thai cho các bà mẹ có con dưới 5 tuổi đặc biệt là những bà mẹ người dân tộc H'Mông. Truyền thông cho bà mẹ về cách nuôi con đúng cách.

Chính quyền địa phương phải xã hội hóa công tác phòng chống SDD để các ngành vào cuộc làm giảm tỷ lệ hộ nghèo. Quan tâm đến việc uống vi chất dinh dưỡng đối với bà mẹ mang thai, nuôi con nhỏ, nhằm cải thiện tình trạng dinh dưỡng cho trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lương Thị Thu Hà (2008). *Nghiên cứu thực trạng SDD thiếu protein, năng lượng ở trẻ em dưới 5 tuổi tại 2 xã của huyện Phú Lương tỉnh Thái Nguyên*. Luận văn Thạc sĩ y học dự phòng, Trường Đại học Y khoa - Đại học Thái Nguyên.
2. Đinh Đạo (2014). *Nghiên cứu thực trạng và kết quả can thiệp phòng chống SDD trẻ em dưới 5 tuổi người dân tộc thiểu số tại huyện Bắc Trà My tỉnh Quảng Nam*. Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế.
3. Lê Thị Hương (2011). *Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của trẻ em dưới 5 tuổi vùng dân tộc Mường tại huyện Yên Thủy, tỉnh Hòa Bình*. Tạp chí Y học thực hành. 768(6), tr. 27-32.
4. Viện Dinh dưỡng (2018). *Báo cáo tỷ lệ SDD trẻ em dưới 5 tuổi theo các mức độ, theo vùng sinh thái 2018*.

5. Ngô Trọng Trung (2018). *Tình trạng dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi tại hai xã đặc biệt khó khăn và hoạt động phòng chống SDD của huyện Mộc Châu tỉnh Sơn La năm 2018*. Luận án bác sĩ chuyên khoa II, Trường đại học Y Dược Thái Bình. *Hóa, tỉnh Tuyên Quang năm 2012*. Tạp chí Y học Thực hành, (899), tr 21-24.
6. UNICEF (2019). *Báo cáo tình hình trẻ em thế giới 2019: Trẻ em, thực phẩm và dinh dưỡng*.
7. Lương Tuấn Dũng và cs (2013). *Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở trẻ dưới 5 tuổi tại 2 xã Phúc Thịnh Xuân Quang, huyện Chiêm Hóa, tỉnh Tuyên Quang năm 2012*. Tạp chí Y học Thực hành, (899), tr 21-24.
8. Nguyễn Thị Minh Chính (2018). *Tình trạng dinh dưỡng và hiệu quả can thiệp gạo tăng cường sắt, kẽm ở trẻ em từ 36 đến dưới 60 tháng tuổi tại huyện Vũ Thư tỉnh Thái Bình*. Luận văn Tiến sĩ y tế công cộng, Trường Đại học Y Dược Thái Bình.
9. Phạm Trung Kiên, Lê Thị Nga (2010). *Nhiễm khuẩn hô hấp cấp ở trẻ em dân tộc Sán Dìu và H'Mông tại 2 xã miền núi phía Bắc Việt Nam*. Tạp chí Y học thực hành, số 3 (708), tr. 31-33.

Summary

SOME FACTORS RELATED TO MALNUTRITION AMONG ETHNIC MINORITY CHILDREN AGED 25 TO 60 MONTHS IN TWO UPLAND COMMUNES OF BAO YEN DISTRICT, LAO CAI PROVINCE IN 2019

A descriptive study was conducted through a cross-sectional survey to identify some factors related to malnutrition among ethnic minority children aged 25 to 60 months in two upland communes of Bao Yen district, Lao Cai province in 2019. Results: Among children with birth weight less than 2500 gr, the rate of malnutrition was 66.7%, which was 2.8 times higher than children with birth weight of over 2500 gr. Children of H'Mong ethnic group had the malnutrition rate of 49%, which was 1.5 times higher than that of the Dao and Tay ethnic children. Poor and food unsecured families had the rate of malnourished children of 59.1% and 67.6%, which was 2 to 2.9 times higher than non-poor and food secured ones. For families with many children (from 3 children and above) and close birth intervals, the rate of child malnutrition was also 1.5 to 2 times higher than those with fewer children and sparse birth intervals (over 3 years). Of mothers, who did not have enough gestational weight gain and optimal nourishment, who had heavy labor during pregnancy, the percentage of malnourished children was also higher. Among children suffering from diarrhea, upper or lower respiratory tract infections in the past 2 weeks, the rate of malnutrition was also higher than those of children who were not sick or had these diseases.

Keywords: *Malnutrition; Children aged 25 to 60 months; ethnic minority, Lao Cai province.*