

THỰC TRẠNG SUY DINH DƯỠNG 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

Nghiên cứu cắt ngang nhằm mô tả tỷ lệ SDD (SDD) trên 522 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:** Tỷ lệ trẻ nam và trẻ nữ tham gia nghiên cứu lần lượt là 53,1% và 46,9%. Trẻ được phân bố đều giữa các nhóm tuổi từ 25-36 tháng tuổi, từ 37 đến 48 tháng tuổi và từ 49 đến 60 tháng tuổi. Trẻ SDD thể thấp còi, nhẹ cân, gầy còm lần lượt là 42,5%; 24,1% và 15,1%. Không có sự khác biệt về các thể SDD giữa nam và nữ với $p > 0,05$. Trẻ mắc ít nhất một thể SDD chiếm 43,7%; đặc biệt có tới 14,4% trẻ mắc cả 3 thể phối hợp, trong đó nữ chiếm tỉ lệ là 18,4% cao hơn nam là 10,8%. SDD thể thấp còi ở trẻ cao nhất ở nhóm tuổi từ 25-36 tháng tuổi, giảm dần ở nhóm 37-48 tháng tuổi sau đó tiếp tục tăng cao ở nhóm 49-60 tháng tuổi. SDD thể nhẹ cân thấp nhất ở nhóm 25-48 tháng tuổi và có xu hướng tăng lên ở nhóm 49-60 tháng tuổi. SDD thể gầy còm chiếm tỷ lệ cao ở nhóm 25-48 tháng tuổi giảm nhẹ ở nhóm 49-60 tháng tuổi. **Kết luận:** Tình trạng SDD của trẻ em dân tộc thiểu số từ 25 đến 60 tháng tuổi tại hai xã vùng cao huyện Bảo Yên còn khá cao, đặc biệt là SDD thể thấp còi.

Từ khóa: *Tình trạng dinh dưỡng, trẻ 25 đến 60 tháng, dân tộc thiểu số, 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. – Trung tâm Y tế huyện Bảo Yên

Email: phamthaiquang@gmail.com

²PGS.TS. – Trường ĐH Y Dược Thái Bình

³TS. – Bệnh viện Nội tiết Trung ương

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: Mô tả tỷ lệ 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 hiện đang sống tại địa bàn nghiên cứu.

+ Tiêu chuẩn loại trừ đối tượng nghiên cứu: Trẻ mắc các bệnh mạn tính, các dị tật bẩm sinh, bệnh cấp tính nặng tại thời điểm điều tra.

- Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ 10/2019 – 5/2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp dịch tễ học mô tả thông qua cuộc điều tra cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

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 2018 (theo báo cáo của viện Dinh dưỡng 2018) $p = 32\%$ [13].

d: là sai số, lấy $d = 0,06$;

Vậy $n = 233$ trẻ. Dự trữ 10% trẻ do phiếu điều tra thiếu thông tin.

Cỡ mẫu tính toán $n = 257$ 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 TTDD.

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 như dân tộc H'Mông, Dao, Tày,...

+ 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.

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

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

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 nghiên cứu tại Bảng 1 cho thấy: Tỷ lệ trẻ nam và trẻ nữ tham gia nghiên cứu lần lượt là 53,1% và 46,9%. Trẻ 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.

Bảng 2. Giá trị trung bình các chỉ số Z-Score của trẻ theo nhóm tuổi (n=522)

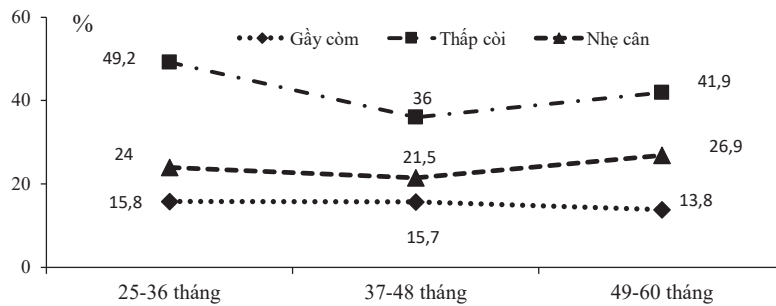
Nhóm tuổi	n	WHZ ($\bar{X} \pm SD$)	HAZ ($\bar{X} \pm SD$)	WAZ ($\bar{X} \pm SD$)
25-36 tháng	183	0,27±1,44	-1,34±1,55	-0,54±1,58
37-48 tháng	172	0,49±1,51	-1,26±1,37	-0,41±1,57
49-60 tháng	167	0,33±1,50	-1,36±1,39	-0,61±1,57
Chung	522	0,36±1,48	-1,32±1,44	-0,52±1,57

Kết quả tại Bảng 2 cho thấy: Giá trị trung bình chỉ số Z-Score cân nặng theo chiều cao là $0,36 \pm 1,48$, chỉ số Z-Score chiều cao theo tuổi là $-1,32 \pm 1,44$ và chỉ số Z-Score cân nặng theo tuổi là $-0,52 \pm 1,57$. Trong đó nhóm tuổi 37-48 tháng tuổi có các chỉ số trên cao hơn các nhóm tuổi khác.

Bảng 3. Phân loại tình trạng dinh dưỡng của trẻ theo giới tính (n=522)

Tình trạng dinh dưỡng	Nam (n=277)		Nữ (n=245)		Chung (n=522)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Bình thường	151	54,5	143	58,4	294	56,3
Gầy còm	34	12,3	45	18,4	79	15,1
Thấp còi	120	43,3	102	41,6	222	42,5
Nhẹ cân	64	23,1	62	25,3	126	24,1

Kết quả tại Bảng 3 cho thấy: Trẻ SDD thấp còi chiếm tỷ lệ khá cao 42,5%, tỷ lệ trẻ SDD thể nhẹ cân là 24,1% và thể gầy còm là 15,1%. Không có sự khác biệt về các thể SDD giữa nam và nữ với $p > 0,05$.



Biểu đồ 1. Phân loại tình trạng dinh dưỡng của trẻ theo nhóm tuổi (n=522)

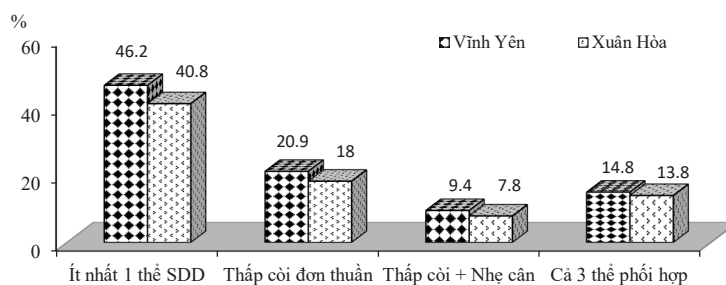
Kết quả Biểu đồ 1 cho thấy: tỷ lệ SDD thể thấp còi ở trẻ cao nhất ở nhóm tuổi từ 25-36 tháng tuổi, giảm dần ở nhóm 37-48 tháng tuổi sau đó tiếp tục tăng cao ở nhóm 49-60 tháng tuổi. SDD thể nhẹ cân thấp nhất ở nhóm 25-48 tháng tuổi và có xu hướng tăng lên ở nhóm 49-60 tháng tuổi. SDD thể gầy còm chiếm tỷ

lệ cao ở nhóm 25-48 tháng tuổi giảm nhẹ ở nhóm 49-60 tháng tuổi.

Kết quả Bảng 4 cho thấy: Trẻ mắc ít nhất một thể SDD chiếm 43,7%; không có sự chênh lệch lớn giữa nam và nữ. Đặc biệt có tới 14,4% trẻ mắc cả 3 thể phối hợp, trong đó nữ chiếm tỉ lệ 18,4% cao hơn nam là 10,8%.

Bảng 4. Tỷ lệ trẻ mắc phối hợp với các thể SDD khác theo giới tính (n=522)

Thể SDD	Nam (n=277)		Nữ (n=245)		Chung (n=522)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Ít nhất 1 thể SDD	126	45,5	102	41,6	228	43,7
Thấp còi đơn thuần	62	22,4	40	16,3	102	19,5
Thấp còi + Nhẹ cân	28	10,1	17	6,9	45	8,6
Cả 3 thể phối hợp	30	10,8	45	18,4	75	14,4



Biểu đồ 2. Tỷ lệ trẻ mắc phối hợp với các thể SDD khác theo địa bàn (n=522)

Kết quả Bảng và Biểu đồ 2 cho thấy: 43,7% trẻ mắc ít nhất một thể SDD. Trẻ mắc SDD thấp còi đơn thuần chiếm 19,5%, trong đó ở trẻ tại xã Vĩnh Yên cao hơn ở xã Xuân Hòa với tỉ lệ 20,9% so với 18%. Tỷ lệ trẻ SDD cả ba thể phối hợp chiếm 14,4%. Trong đó xã Vĩnh Yên là 14,8% và xã Xuân Hòa là 13,8%.

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 [3].

Chiều cao là thước đo về tiền sử phát triển của trẻ; một đứa trẻ bị thiếu chiều cao (so với tuổi) chứng tỏ trước đây trẻ bị thiếu dinh dưỡng thường xuyên và thường xảy ra ở các quần thể cư dân thiếu ăn kéo dài gây nên SDD mạn tính, là chỉ tiêu quan trọng nhất của chất lượng dinh dưỡng và phát triển. SDD thấp còi được coi là chỉ tiêu phản ánh trung thực nhất sự phát triển nói chung ở trẻ em. Tỷ lệ SDD thể thấp còi của 2 xã vùng cao Vĩnh Yên và Xuân Hòa có nhiều dân tộc thiểu số sinh sống là 42,5%, ở mức rất cao theo phân loại của WHO, cao hơn rất nhiều so với tỷ lệ SDD thấp còi chung trên toàn quốc là 23,2% và cao hơn tỷ lệ SDD thấp còi chung của tỉnh Lào Cai

năm 2018 là 33,1%. Cao hơn mức tỷ lệ SDD thấp còi ở Nam Á là 34,4%; ở Đông và Nam Phi là 33,6% và ở Tây và Trung Phi là 33,1% [5]. Đồng thời cũng cao hơn một số kết quả nghiên cứu của các tác giả trong nước như nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thanh Nga khi xác định tình trạng SDD ở trẻ dưới 5 tuổi tại huyện Đơn Dương tỉnh Lâm Đồng cho thấy trẻ dân tộc thiểu số bị SDD thể thấp còi là 34,6% [6]; hay nghiên cứu của tác Trần Quang Trung về thực trạng SDD thấp còi ở trẻ dưới 5 tuổi vùng ven biển Tiền Hải, Thái Bình cho thấy tỷ lệ này là 26,9% [7]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Minh Phương khi xác định tỷ lệ SDD thấp còi và một số yếu tố liên quan ở trẻ tại thành phố Cần Thơ cho thấy tỷ lệ SDD thấp còi chiếm 14,6% [8]. Tác giả Nguyễn Thị Thùy Linh thực hiện nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 400 trẻ dưới 5 tuổi xã Nghĩa Phong, huyện Nghĩa Hưng, Nam Định cho tỉ lệ SDD thấp còi ở trẻ là 26,3% [9]. Lý do kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn là do địa bàn nghiên cứu của chúng tôi nằm tại 2 xã Vĩnh Yên và Xuân Hòa, là 2 xã đặc biệt khó khăn của huyện Bảo Yên tỉnh Lào Cai với đa số là trẻ em người dân tộc thiểu số như H'Mông, Dao, Tày.

Tuy nhiên, số liệu của chúng tôi thấp hơn so với tỷ lệ thấp còi của trẻ em dân tộc thiểu số huyện Bắc Trà My trong nghiên cứu của tác giả Đinh Đạo là 62,8% [10]. Đồng thời cũng thấp hơn nghiên cứu của tác giả Đỗ Thị Hạnh Trang tại Quảng Bình trên 355 trẻ từ 6 đến 59 tháng tuổi cho thấy tỷ lệ trẻ SDD thể thấp còi 54,9%, phần lớn là SDD độ 1 [11]; nghiên cứu của tác giả

Nguyễn Thị Hoài Thương nghiên cứu tại Văn Chấn Yên Bái cho thấy tỷ lệ trẻ dưới 5 tuổi bị SDD thể thấp còi là 52,6% [12]. Đây cũng là kết quả nghiên cứu của các tác giả thực hiện trên địa bàn vùng núi phía Bắc. Điều này cho thấy, SDD thể thấp còi cao và rất cao vẫn còn là thực trạng chung của trẻ em ở những vùng đặc biệt khó khăn và trẻ em dân tộc thiểu số.

Trọng lượng là hình ảnh về tình trạng dinh dưỡng của đứa trẻ tại thời điểm cân. SDD thể nhẹ cân thường bắt đầu tăng từ giai đoạn trẻ bắt đầu ăn bổ sung. Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ hiện mắc SDD thể nhẹ cân là 24,1%. Dựa vào phân loại SDD theo mức độ của WHO thì các xã này có tỷ lệ SDD ở mức rất cao. Tỷ lệ SDD thể nhẹ cân trong nghiên cứu này cao hơn cách biệt tỷ lệ 12,8% trẻ nhẹ cân trên toàn quốc năm 2018 [4], cũng như cao hơn nhiều so với một số tác giả như nghiên cứu của tác giả Đỗ Thị Hạnh Trang với tỷ lệ trẻ SDD thể nhẹ cân là 17,5% [11]. Nhưng tỷ lệ trẻ nhẹ cân trong nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn thấp hơn so với một số nghiên cứu như của tác giả Huỳnh Văn Dũng với tỷ lệ nhẹ cân 42,7% [13]. Lương Thị Thu Hà 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 cho thấy tỷ lệ SDD nhẹ cân là 35,4% [1]. Như vậy càng chứng tỏ rằng tỷ lệ SDD hiện nay ở nước ta khác nhau ở các vùng miền cũng như cần đặc biệt chú ý tới vùng miền núi cao, dân tộc thiểu số và vùng xa.

Dựa vào chỉ số cân nặng theo chiều cao thì chỉ số này chứng tỏ đứa trẻ

bị SDD cấp tính. Tỷ lệ SDD thể gầy còm trong nghiên cứu của chúng tôi là 15,1%. Cao hơn kết quả nghiên cứu của một số tác giả như tác giả Đỗ Thị Hạnh Trang tại Quảng Bình trên 355 trẻ từ 6 đến 59 tháng tuổi cho thấy tỷ lệ trẻ SDD thể gầy còm là 4,8% phần lớn là SDD độ 1 [11]. Nghiên cứu của tác giả Lê Thị Hương trên nhóm đối tượng tại huyện Yên Thủy nhằm mục đích đánh giá tình trạng SDD và tìm hiểu các yếu tố liên quan ở trẻ em dưới 5 tuổi. Kết quả cho thấy trong 400 trẻ tham gia nghiên cứu: Tỷ lệ trẻ SDD thể gầy còm là 6,9% [2]. Nghiên cứu của tác giả Huỳnh Văn Dũng khi đánh giá tình trạng dinh dưỡng của trẻ dưới 5 tuổi tại thị xã Thủ Dầu Một, tỉnh Bình Dương kết quả: 710 trẻ < 36 tháng tuổi, SDD thể gầy còm 5,6% [13]. Như vậy trẻ trên 24 tháng tuổi là giai đoạn trẻ bắt đầu đi nhà trẻ và chế độ ăn phụ thuộc hoàn toàn vào thực phẩm bên ngoài trong khi khả năng tiêu hóa của trẻ còn kém và cộng thêm với nguy cơ mắc bệnh nhiễm trùng do tiếp xúc với bên ngoài môi trường nên ảnh hưởng rất nhiều đến khả năng tiêu hóa hấp thu và dẫn đến tỷ lệ SDD tăng cao ở lứa tuổi này.

Chương trình quốc gia phòng chống SDD trẻ em đã tác động hiệu quả lên nhiều vùng miền trong cả nước, giảm liên tục trẻ em nhẹ cân, thấp còi và gầy còm xuống còn 12,8%; 23,2% và 5,4% năm 2018, tuy nhiên có thể sự tác động đó còn hạn chế đối với các xã vùng miền núi cao, đồng bào dân tộc thiểu số của huyện Bảo Yên tỉnh Lào Cai. Tỷ lệ này là thước đo trung thực mức kinh tế - xã hội của địa phương nghiên cứu.

IV. KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ SDD ở trẻ em người dân tộc rất cao. Tỷ lệ SDD thấp còi, nhẹ cân, gày còm lần lượt là 42,5%; 24,1% và 15,1%. Không có sự khác biệt về các thể SDD giữa nam và nữ với $p > 0,05$. Trẻ mắc ít nhất một thể SDD chiếm 43,7%; đặc biệt có tới 14,4% trẻ mắc cả 3 thể phối hợp, trong đó nữ chiếm tỉ lệ là 18,4% cao hơn nam là 10,8%.

2. Tỷ lệ SDD thể thấp còi ở trẻ cao nhất ở nhóm tuổi từ 25-36 tháng tuổi, giảm dần ở nhóm 37-48 tháng tuổi sau đó tiếp tục tăng cao ở nhóm 49-60 tháng tuổi. SDD thể nhẹ cân thấp nhất ở nhóm 25-48 tháng tuổi và có xu hướng tăng lên ở nhóm 49-60 tháng tuổi. SDD thể gày còm chiếm tỷ lệ cao ở nhóm 25-48 tháng tuổi giảm nhẹ ở nhóm 49-60 tháng tuổi.

KHUYẾN NGHỊ

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. 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.
3. 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.
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. UNICEF (2019). *Báo cáo tình hình trẻ em thế giới 2019: Trẻ em, thực phẩm và dinh dưỡng*.
6. Nguyễn Thị Thanh Nga (2015). *Tình trạng SDD ở trẻ dưới 5 tuổi tại huyện Đơn Dương tỉnh Lâm Đồng*. Tạp chí y học dự phòng 6(166), tr. 67-69.
7. Trần Quang Trung (2014). *Thực trạng SDD thấp còi và hiệu quả cải thiện khẩu phần cho trẻ dưới 5 tuổi tại vùng ven biển Tiền Hải, Thái Bình*. Luận án Tiến sĩ y tế công cộng, Trường Đại học Y Dược Thái Bình.
8. Nguyễn Minh Phương (2014). *SDD thể thấp còi và một số yếu tố liên quan ở trẻ từ 11-14 tuổi Thành phố Cần Thơ*. Tạp chí Y học Việt Nam, 34 (2), tr. 24-41.
9. Nguyễn Thị Thùy Linh (2016). *Thực trạng SDD thấp còi và một số yếu tố liên quan ở trẻ em dưới 5 tuổi tại xã Nghĩa Phong, huyện Nghĩa Hưng, Nam Định năm 2016*. Tạp chí Y học dự phòng 7(180).

10. 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.
11. Đỗ Thị Hạnh Trang (2015). *SDD ở trẻ em 6-59 tháng tuổi sau bão lũ tại Quảng Sơn, huyện Quảng Trạch, tỉnh Quảng Bình năm 2013*. Tạp chí Y học Cộng đồng, tập 15+16, tr. 26-34.5.
12. Nguyễn Thị Hoài Thương, Lê Hồng Phụng (2015). *Kiến thức và thực hành chăm sóc trẻ của bà mẹ và tình trạng dinh dưỡng của trẻ em dưới 5 tuổi tại huyện Văn Chấn, tỉnh Yên Bái năm 2013*. Tạp chí Y học dự phòng số 6(166).
13. Huỳnh Văn Dũng (2012). *Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của trẻ dưới 5 tuổi tại thị xã Thủ Dầu Một, tỉnh Bình Dương*. Tạp chí y học thực hành, 821(5), tr. 9-12

Summary

THE SITUATION OF 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 describe the rate of malnutrition in 522 ethnic minority children aged 25 to 60 months in two upland communes of Bao Yen district, Lao Cai province in 2019. Results: The percentage of boys and girls participating in the study were 53.1% and 46.9%, respectively. Children were evenly distributed among age groups from 25-36 months, from 37 to 48 months and from 49 to 60 months. Stunting, underweight and wasting rate was 42.5%, 24.1% and 15.1%. There was no difference in malnutrition types between boys and girls with $p > 0.05$. Children with at least one form of malnutrition were accounted for 43.7%. Especially, up to 14.4% of children had all three types of combination, of which the proportion of girls was 18.4% and of boys was 10.8%. Stunting was highest in children aged 25-36 months, declining in the 37-48 month age group and then increasing in the 49-60 month age group. Underweight was lowest in the 25-48 month age group and tended to increase in the 49-60 month group. Wasting was accounted for a high proportion in the 25-48 month age group, slightly decreasing in the 49-60 month age group. Conclusion: Malnutrition status of ethnic minority children aged 25 to 60 months in two highland communes of Bao Yen district was still quite high, especially stunting malnutrition.

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