

# THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN SUY DINH DƯỠNG THẤP CÒI CỦA TRẺ 6-24 THÁNG TUỔI TẠI XÃ Ô LÂM, HUYỆN TRI TÔN, TỈNH AN GIANG NĂM 2016.

*Bùi Ngọc Diễm<sup>1</sup>, Lê Thị Hợp<sup>2</sup>, Đỗ Thị Hạnh Trang<sup>3</sup>*

Nghiên cứu cắt ngang có phân tích trên 313 trẻ 6-23 tháng tuổi người Khmer và bà mẹ được thực hiện từ tháng 03 đến tháng 07 năm 2016 tại xã Ô Lâm, huyện Tri Tôn tỉnh An Giang. **Mục tiêu:** Tìm hiểu thực trạng dinh dưỡng của trẻ 6-23 tháng và các yếu tố liên quan đến suy dinh dưỡng thấp còi. **Kết quả** cho thấy tỷ lệ SDD trẻ em khá cao đặc biệt là SDD thấp còi (27,2%), SDD thể nhẹ cân (CN/T) là 21,1% và gầy còm (CN/CC) là 13,7%. Trong đó SDD thể nhẹ cân (28,6%) và thấp còi (34,7%) cao nhất ở nhóm tuổi từ 18 đến 23 tháng và SDD thể gầy còm cao nhất ở nhóm tuổi từ 12 đến 17 tháng (19,6%). Các yếu tố liên quan đến SDD thể thấp còi ở trẻ Khmer trong nghiên cứu này bao gồm: nhóm tuổi, giới, cân nặng sơ sinh, kinh tế hộ gia đình, gia đình không sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh, kiến thức, thực hành chăm sóc trẻ của bà mẹ.

**Từ khóa:** *Tình trạng dinh dưỡng, thấp còi, chăm sóc dinh dưỡng, Khmer, An Giang.*

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những thập niên vừa qua, Việt Nam được Quỹ nhi đồng liên hiệp quốc (UNICEF) và Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đánh giá là một trong số ít quốc gia có mức giảm suy dinh dưỡng (SDD) trẻ em gần đạt với Mục tiêu Thiên niên kỷ [1]. Tuy nhiên, ở nước ta hiện nay tỷ lệ SDD trẻ em dưới 5 tuổi vẫn còn ở mức cao so với phân loại của WHO, đặc biệt là SDD thấp còi [2]. Tỷ lệ SDD ở các vùng nước ta phân bố không đồng đều và các yếu tố tác động thay đổi theo từng địa phương, từng khu vực và từng cộng đồng [3, 4]. Phân bố SDD theo nhóm tuổi: Tỷ lệ SDD ở nhóm trẻ dưới 6 tháng tuổi là thấp nhất đối với cả 3 thể (nhẹ cân, thấp còi và gầy còm), sau đó SDD tăng dần. Thời kỳ trẻ 6-23 tháng là thời kỳ trẻ có nguy cơ bị SDD cao nhất. SDD thấp còi xuất hiện sớm ngay trong 6 tháng tuổi đầu tiên, tăng nhanh từ tháng 6 đến 23 tháng [5].

Ô Lâm là xã miền núi của huyện Tri

Tôn tỉnh An Giang, chủ yếu là người dân tộc Khmer đang sinh sống (chiếm 97%). Đặc điểm của đồng bào Khmer cư trú thành những cụm dân cư gọi là Phum, Sóc tương đối biệt lập với cộng đồng các dân tộc khác; tình trạng người dân uống nước lã, không làm nhà vệ sinh cố định mà đi vệ sinh tự do ngoài đồng, làm chuồng gia súc ngay trong nhà ở lẫn với người những thói quen này đã gây mất vệ sinh, ô nhiễm môi trường, ảnh hưởng đến sức khỏe cộng đồng [6]. Cho đến nay, chưa có một nghiên cứu khoa học nào được thực hiện tại địa phương về tình trạng dinh dưỡng (TTDD) của trẻ em 6-23 tháng tuổi và các yếu tố ảnh hưởng, đặc biệt là các yếu tố đặc thù cho người dân tộc Khmer. Nhằm đánh giá TTDD của trẻ và tìm hiểu những yếu tố nào ảnh hưởng đến tình trạng đó. Nghiên cứu “*Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến tình trạng suy dinh dưỡng thấp còi của trẻ từ 6-23 tháng tuổi tại xã Ô Lâm, huyện Tri Tôn tỉnh An Giang năm 2016*”

<sup>1</sup>Trung tâm y tế dự phòng An Giang

<sup>2</sup>GS.TS. Viện Dinh dưỡng

<sup>3</sup>Đại học Y tế Công cộng

Ngày nhận bài: 1/2/2017

Ngày phản biện đánh giá: 1/3/2017

Ngày đăng bài: 30/3/2017

được thực hiện với mục tiêu:

1. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của trẻ từ 6-23 tháng tuổi người dân tộc Khomer tại xã Ô Lâm, huyện Tri Tôn, tỉnh An Giang năm 2016.

2. Xác định một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ từ 6-24 tháng tuổi người dân tộc Khomer tại xã Ô Lâm, huyện Tri Tôn, tỉnh An Giang năm 2016.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp cắt ngang có phân tích, được thực hiện trên cặp mẹ và trẻ 6-24 tháng tuổi tại xã Ô Lâm huyện Tri Tôn tỉnh An Giang từ tháng 03 -07/2016.

### 2.1. Cỡ mẫu, phương pháp chọn mẫu:

Chọn tất cả các bà mẹ có con từ 6 đến 23 tháng tuổi và trẻ tính đến thời điểm điều tra, đang sinh sống tại xã Ô Lâm (313 trẻ), nếu bà mẹ có nhiều hơn một trẻ trong độ tuổi thì chọn một trẻ nhỏ nhất tham gia nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp thu thập số liệu:

Cân nặng của trẻ được thu thập bằng cân lòng máng Nhơn Hòa có độ chính xác 0,1 kg, chiều dài của trẻ sử dụng thước đo chiều dài nằm với độ chính xác 0,1 cm. Các yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ sử dụng bộ câu hỏi thiết kế

sẵn để phỏng vấn bà mẹ. Cân nặng sơ sinh của trẻ thu thập qua hỏi các bà mẹ; ngưỡng CNSS thấp <2.500 g.

### 2.3. Phân tích, đánh giá tình trạng dinh dưỡng:

Phân loại SDD theo 3 chỉ tiêu: cân nặng/tuổi (CN/T), chiều cao/tuổi (CC/T) và cân nặng/chiều cao (CN/CC). Áp dụng Chuẩn tăng trưởng của WHO 2006. Tình trạng dinh dưỡng của trẻ được xử lý bằng phần mềm Anthro Plus và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0. Áp dụng mô tả tính tỷ lệ %, phân tích hồi quy logistic đơn biến, tính OR và khoảng tin cậy 95% để xác định độ mạnh của sự kết hợp. Giá trị  $p < 0,05$  (Wald test) được sử dụng phân tích các mối liên quan.

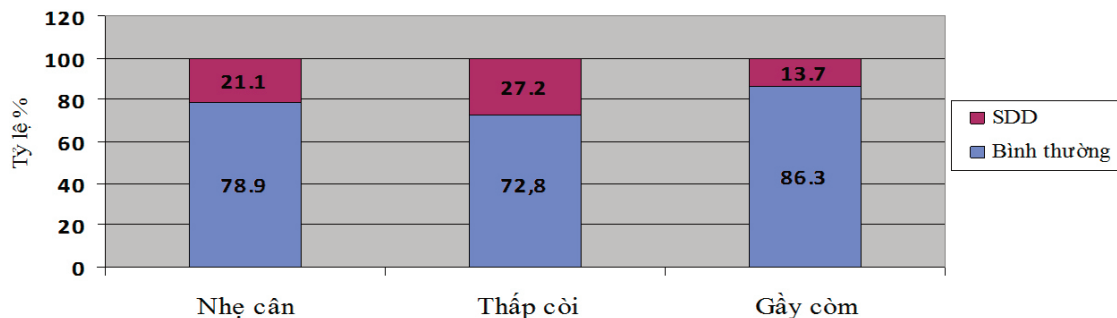
**2.8. Vấn đề đạo đức nghiên cứu:** Đề cương nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức trường Đại học Y tế Công cộng.

## III. KẾT QUẢ

### 3.1. Một số thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Sự phân bố trẻ giữa các nhóm tuổi tương đối đồng đều nhau, nhóm 6-11 tháng (36,1%) nhóm 12-17 tháng (32,6%) và nhóm 18-23 tháng (31,3%); phân bố theo giới tỷ lệ trẻ nam bị SDD chiếm 55,9%, trẻ nữ chiếm 44,1%; tỷ lệ trẻ có cân nặng sơ sinh thấp <2500 g là 7,7%.

### 3.2. Tình trạng dinh dưỡng của trẻ



**Hình 3.1. Tình trạng dinh dưỡng của trẻ 6-24 tháng (%)**

Kết quả hình 3.1 cho thấy tỷ lệ SDD các thể ở trẻ dưới 24 tháng tuổi khá cao: SDD thể nhẹ cân: 21,1%, SDD thể thấp còi: 27,2% và SDD thể gầy còm: 13,7%.

**Bảng 3.1. Tình trạng suy dinh dưỡng của trẻ theo một số đặc điểm của trẻ (n=313)**

Biến	Nhóm	Tình trạng dinh dưỡng					
		Nhẹ cân		Thấp còi		Gầy còm	
		N	%	N	%	N	%
Nhóm tuổi (tháng)	6 – 11 (n=113)	13	11,5	20	17,7	11	9,7
	12 – 17 (n=102)	25	24,5	31	30,4	20	19,6
	18 – 23 (n=98)	28	28,6	34	34,7	12	12,2
CNSS	<2500 g (n=23)	9	39,1	16	69,6	3	13,0
	≥2500 g (n=290)	57	19,7	69	23,6	40	13,8

Kết quả trong bảng 3.1 cho thấy tỷ lệ SDD thể nhẹ cân và thấp còi tăng dần khi tuổi của trẻ tăng lên, cao nhất ở nhóm tuổi từ 18-23 tháng ở thể nhẹ cân (28,6%) và

thấp còi (34,7); tỷ lệ SDD gầy còm cao nhất ở nhóm 12-17 tháng (19,6%); tỷ lệ SDD ở nhóm trẻ có CNSS <2500 g cao hơn nhóm có CNSS ≥2500 g ( $p<0,05$ ).

### 3.3. Một số yếu tố liên quan đến suy dinh dưỡng thể thấp còi

**Bảng 3.2. Mối liên quan giữa SDD thấp còi với tuổi, giới và CNSS của trẻ**

Đặc điểm	SDD thể thấp còi (%)		OR (KTC95%)	Giá trị p (Wald test)
	Có	Không		
Tuổi	6 – 11 <sup>a</sup>	20 (17,7)	93(82,3)	
	12 – 17*	31(30,4)	71(69,6)	2,0(1,7 - 3,8)
	18 – 23**	34(34,7)	64(65,3)	2,5(1,3-4,7)
Giới	Nữ	29(21)	109(79)	–
	Nam*	56(32)	119(68)	1,8(1,1 – 2,9)
CNSS	<2500 g***	16(69,6)	7(30,4)	7,3(2,9- 18,5)
	≥2500 <sup>a</sup>	69(23,8)	221(76,2)	<0,001

\*) $p<0,05$ , \*\*)  $p<0,01$ , \*\*\*)  $p<0,001$  Wald test.

a)Nhóm tham khảo

Kết quả bảng 3.2 cho thấy có mối liên quan giữa SDD thấp còi với nhóm tuổi, giới, CNSS ( $p<0,05$ ), tỷ lệ SDD tăng dần theo nhóm tuổi; trẻ nam cao có nguy

cơ SDD cao hơn trẻ nữ 1,8 lần OR=2,8 với  $p<0,05$ ; trẻ có CNSS <2500 g có nguy cơ SDD cao hơn trẻ có CNSS ≥2500 g là 7,3 lần OR=7,3 với  $p<0,001$ .

**Bảng 3.3. Mối liên quan giữa SDD thể thấp còi với đặc điểm hộ gia đình**

	Đặc điểm	SDD thể thấp còi (%)		OR (KTC95%)	Giá trị p (Wald test)
		Có	Không		
<b>Số con</b>	Từ 1-2 con <sup>a</sup>	69(26,4)	192(73,6)		>0,05
	Từ 3 con trở lên	16(30,8)	36(69,2)	1,2(0,6-2,4)	
<b>Kinh tế gia đình</b>	<4 triệu đồng/tháng*	56(31,8)	120(68,2)	1,7(1,1 – 2,9)	<0,05
	≥4 triệu đồng/tháng <sup>a</sup>	29(21,2)	108(78,8)		
<b>Nguồn nước sử dụng cho sinh hoạt</b>	Nước máy <sup>a</sup>	12(20,0)	48(80,0)		>0,05
	Giếng	72(28,7)	179(71,3)	1,7(0,1–29,0)	
	Khác (nước mưa, suối)	1(50,0)	1(50,0)	3,0(0,2– 49,4)	
<b>Nước dùng để uống</b>	Nước đun sôi để nguội <sup>a</sup>	44(23,5)	143(76,5)		>0,05
	Nước đóng chai/bình	10(26,3)	28(73,7)	1,2(0,5-2,6)	
	Nước lã*	31(35,2)	57(64,8)	1,8(1,1-3,1)	
<b>Nhà tiêu HGD</b>	Có nhà tiêu HVS <sup>a</sup>	28(21,2)	104(78,8)		<0,05
	Đi vệ sinh ngoài vườn, ruộng*	57(31,5)	124(68,5)	1,7(1,1-2,9)	

\*) $p < 0,05$ , \*\*)  $p < 0,01$ , \*\*\*)  $p < 0,001$  Wald test.

a) Nhóm tham khảo

Kết quả bảng 3.3 cho thấy trẻ trong nhóm gia đình có thu nhập dưới 4 triệu đồng/tháng có nguy cơ SDD cao hơn nhóm có thu nhập từ 4 triệu đồng trở lên 1,7 lần OR=1,7 với  $p < 0,05$ ; trẻ trong nhóm gia đình không có nhà tiêu HVS có nguy

cơ SDD cao hơn nhóm có sử dụng nhà tiêu HVS 1,7 lần OR=1,7 với  $p < 0,05$ . Không tìm thấy bằng chứng về mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa SDD thể thấp còi với số con trong gia đình và nguồn nước uống và sử dụng cho sinh hoạt.

**Bảng 3.4. Mối liên quan giữa suy dinh dưỡng thấp còi với kiến thức, thực hành của bà mẹ về chăm sóc trẻ**

	Đặc điểm	SDD thể thấp còi		OR (KTC 95%)	Giá trị p (Wald test)
		Có	Không		
<b>Kiến thức chăm sóc trẻ</b>	Đạt	28(20,6)	108(79,4)		
	Không đạt*	57(32,2)	120(67,8)	1,8(1,1 – 3,1)	<0,05
<b>Thực hành chăm sóc trẻ</b>	Đạt	33(16,2)	171(83,8)		
	Không đạt***	52(47,7)	57(52,3)	4,7(2,8-8,0)	<0,001

\*) $p < 0,05$ , \*\*)  $p < 0,01$ , \*\*\*)  $p < 0,001$  Wald test.

a) Nhóm tham khảo

Kết quả bảng 3.4 cho thấy con của những bà mẹ có kiến thức chăm sóc trẻ (CST) không đạt có nguy SDD cao hơn nhóm có kiến thức đạt 1,8 lần, OR=1,8 với  $p < 0,05$ ; trẻ nhóm bà mẹ có thực hành CST không tốt có nguy cơ SDD cao hơn

nhóm thực hành CST đạt 4,7 lần, OR=4,7 với  $p < 0,001$ .

## BÀN LUẬN

### Tỷ lệ suy dinh dưỡng thể thấp còi

Chiều cao theo tuổi thấp phản ánh tình

trạng thiếu dinh dưỡng kéo dài hoặc SDD trong quá khứ làm cho đứa trẻ bị thấp còi. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ SDD thể thấp còi (CC/T) là 27,2%, kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Nga và Trần Thành Đô [7]. Tuy nhiên, tỷ lệ này cũng cao hơn cao so với số liệu của tỉnh An Giang (23,9%) và cao hơn so khu vực Đồng bằng sông Cửu Long (23,5%) và toàn quốc (24,6%) [8]. Điều đó cho thấy tỷ lệ SDD thấp còi của người dân tộc Khomer ở xã Ô Lâm cũng còn ở mức cao.

#### **Một số yếu tố liên quan với suy dinh dưỡng thấp còi của trẻ 6-24 tháng tuổi**

Kết quả nghiên cứu ở huyện Tri Tôn An Giang cho thấy trẻ nam có nguy cơ SDD thấp còi gấp 1,8 lần so với trẻ nữ,  $p < 0,05$  (bảng 3.3). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Trần Thành Đô tại vùng Núi Phía Bắc và Tây Nguyên [7]. Trẻ có CNSS dưới 2500 g có nguy cơ thấp còi gấp 7,3 lần trẻ có cân nặng khi sinh từ 2500 g trở lên ( $p < 0,05$ ). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Lê Thị Hương tại Tuyên Quang [9].

SDD thấp còi tăng dần theo tuổi của trẻ (bảng 3.3) trong nhóm 19-24 tháng cao nhất (34,7%) kế đến là nhóm 13-18 tháng (30,4%) ( $p < 0,05$ ). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Trần Thành Đô [7]. Nghiên cứu của Bùi Xuân, kết quả cho thấy tỷ lệ SDD thấp còi tăng dần theo nhóm tuổi ( $p < 0,05$ ) và đạt đỉnh cao ở nhóm 2-3 tuổi [10].

#### **Mối liên quan đến kiến thức, thực hành chăm sóc trẻ**

Kiến thức, thực hành CST không tốt làm tăng nguy cơ SDD thấp còi ở trẻ. Kết quả (bảng 3.5) cho thấy bà mẹ có kiến thức và thực hành CST không đúng tăng nguy cơ SDD thấp còi 1,8 lần ( $p < 0,05$ ), thực hành CST không đúng tăng nguy cơ con bị SDD 4,7 lần ( $p < 0,001$ ). Kết quả

này cũng phù hợp với nghiên cứu tại xã Mỹ An, huyện Tháp Mười tỉnh Đồng Tháp năm 2009 và nghiên cứu năm 2005 về TTDD và một số yếu tố liên quan của trẻ em dưới 5 tuổi ở vùng núi phía bắc tỉnh Lào Cai [7] [11].

Ngoài ra, thu nhập của gia đình cũng ảnh hưởng đến SDD thấp còi của trẻ: kết quả đã cho thấy tỷ lệ trẻ SDD thấp còi ở nhóm gia đình có thu nhập thấp  $< 4$  triệu đồng/tháng cao gấp 1,7 lần so với gia đình có thu nhập  $\geq 4$  triệu đồng/tháng,  $p < 0,05$ . Điều này phù hợp với nghiên cứu của Phạm Thị Tâm, có 52,2% trẻ SDD ở những gia đình thuộc diện nghèo của xã và 24,2% trẻ SDD ở những hộ không nghèo,  $p < 0,05$  và cũng phù hợp với các tác giả khác [12]. Không sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh có liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ. Kết quả cho thấy thói quen đi tiêu ngoài vườn ruộng làm tăng nguy cơ SDD thấp còi 1,7 lần ( $p < 0,05$ ). Kết quả này phù hợp với khảo sát của Bùi Xuân Minh tại 2 huyện miền núi Khánh Sơn và Khánh Vĩnh năm 2013 [10].

#### **IV. KẾT LUẬN**

1. Kết quả điều tra cho thấy tỷ lệ SDD của trẻ 6-24 tháng tuổi khá cao đặc biệt là SDD thể thấp còi: SDD thể nhẹ cân (CN/T) là 21,1%, thấp còi (CC/T) 27,2% và gầy còm (CN/CC) là 13,7%.

2. Các yếu tố liên quan đến SDD thể thấp còi ở trẻ Khomer trong nghiên cứu này gồm nhóm tuổi (khi tuổi của trẻ tăng thì tỷ lệ SDD thấp còi cũng tăng với  $p < 0,05$ ); giới: trẻ nam có nguy cơ SDD thấp còi cao hơn trẻ nữ ( $p < 0,05$ ), nhóm trẻ có CNSS thấp  $< 2.500$  g có nguy cơ SDD cao hơn ( $p < 0,01$ ); kinh tế hộ gia đình kém ( $p < 0,05$ ), không sử dụng nhà tiêu HVS ( $p < 0,05$ ), kiến thức CST ( $p < 0,05$ ) và thực hành CST của bà mẹ ( $p < 0,001$ ).

**KHUYẾN NGHỊ**

Cần có giải pháp can thiệp sớm nhằm cải thiện kiến thức, thực hành chăm sóc trẻ cho bà mẹ bao gồm: Cách chăm sóc trẻ bị ốm, cho trẻ ăn đầy đủ các nhóm thức ăn, vệ sinh an toàn thực phẩm tại gia đình, bổ sung các vi chất dinh dưỡng cần thiết cho bà mẹ khi mang thai, thói quen giữ gìn vệ sinh cho trẻ và rửa tay bằng xà phòng, vệ sử dụng nước sạch và vệ sinh môi trường hạn chế nuôi gia súc trong nhà.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Lê Thị Hợp (2012). *Dinh dưỡng ở Việt Nam mấy vấn đề thời sự*, Y học, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2012). *Chiến lược quốc gia về dinh dưỡng giai đoạn 2011-2020 và tầm nhìn đến năm 2030*, Y học, Hà Nội.
3. Bộ Y tế (Viện Dinh dưỡng) (2014), Báo cáo kết quả giai đoạn 2011-2015 và đề xuất kế hoạch 2016-2020 "*Dự án cải thiện tình trạng dinh dưỡng trẻ em*"
4. Lê Cảnh Dũng và các cộng sự. (2011). *Các yếu tố ảnh hưởng đến suy dinh dưỡng trẻ em vùng sản xuất nông nghiệp ở vùng Đồng bằng sông Cửu Long*, Tạp chí Khoa học Trường Đại học Cần Thơ (20a), tr. 28-38.
5. Viện dinh dưỡng và UNICEF (2011). *Tình hình dinh dưỡng Việt Nam 2009-2010*, NXB Y học, Hà Nội.
6. Nguyễn Xuân Châu (2009). *Môi trường*

*vùng đồng bào dân tộc Khmer Nam Bộ thực trạng và thách thức*, truy cập ngày 15-10-2015, tại trang web <http://web.cema.gov.vn/modules.php?name=Content&op=details&mid=9267>.

7. Trần Thành Đô và các cộng sự. (2014), *Tình trạng suy dinh dưỡng thấp còi và thiếu vi chất ở trẻ em dưới 2 tuổi ở vùng Núi phía Bắc và Tây Nguyên*, Tạp chí Dinh dưỡng và thực phẩm, 10(3).
8. Bộ Y tế (Viện dinh dưỡng) (2016). *Kết quả điều tra tình trạng dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi năm 2015*.
9. Lê Thị Hương (2012). *Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của trẻ em dưới 5 tuổi tại xã Phúc Thịnh, huyện Chiêm Hóa, Tuyên Quang*, Tạp chí Y học dự phòng, 14(155), tr. 78-83.
10. Bùi Xuân Minh (2013). *Thực trạng và một số yếu tố liên quan của trẻ em dưới 5 tuổi người dân tộc Raglai tại 2 huyện miền núi Khánh Sơn và Khánh Vĩnh, tỉnh Khánh Hòa năm 2013*, Tạp chí Y tế công cộng (37).
11. Phạm Thị Tâm (2010). *Khảo sát tình hình trẻ em dưới 5 tuổi và một số yếu tố liên quan tại xã Mỹ An, huyện Tháp Mười, tỉnh Đồng Tháp, năm 2009*, Tạp chí Y học thực hành, 723(6), tr. 119-123.
12. Trần Xuân Huyền (2013). *Nghiên cứu tình hình suy dinh dưỡng của trẻ em dưới 5 tuổi và các yếu tố liên quan tại thành phố Cần Thơ năm 2013*, Thạc sỹ Y tế công cộng, ĐHY dược Cần Thơ.

**Summary**

**THE SITUATION AND RISK FACTORS OF STUNTED CHILDREN 6-24 MONTHS OF AGE IN Ô LÂM COMMUNES, TRI TÔN DISTRICT OF AN GIANG PROVINCE IN 2016.**

**Objectives:** 1) Assess the nutritional status of Khmer ethnic children 6-24 months of age in Ô Lâm communes, Tri Tôn district of An Giang province in 2016; 2) Identified a number of factors related to the nutritional status of Khmer ethnic children 6-24 months of age in O Lam communes, Tri Ton district of An Giang province in 2016. **Research subject:** children 6-24 months of age , mothers with children 6-24 months of age **Methods:** cross sectional study. **Results and conclusions:** Percentage of malnutrition among children 6-24 months of age is: 21,1% of underweight, 27,2% of stunting, 13,7% of wasting. Some factors related to the nutritional status among children 6-24 months of age are: months of age, sex, birth weight, families do not use sanitary latrines, the household economy, knowledge and practice of on child feeding.

**Keywords:** *Nutritional status , stunting, nutrition care, Khomer, An Giang.*