

Nghiên cứu gốc

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA TRẺ TỪ 6 - 35 THÁNG TUỔI ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN VIÊM PHỔI ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI KHOA NHI HỒ HẤP BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN NĂM 2023 – 2024

Nguyễn Hoàng Huyền My¹, Nguyễn Thị Hương Lan^{1,2,✉},
Lê Mỹ Phương³, Nguyễn Thị Thanh Huyền¹, Nguyễn Văn Nhi¹

¹ Trường Đại học Y Hà Nội

² Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn, Hà Nội

³ Trường Đại học Y tế Công cộng

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và mô tả một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ từ 6 - 35 tháng tuổi được chẩn đoán viêm phổi điều trị nội trú tại khoa Nhi Hô hấp Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn, năm 2023 - 2024.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Trẻ được cân đo nhân trắc và bà mẹ được phỏng vấn bằng bộ câu hỏi.

Kết quả: Tỷ lệ trẻ có tình trạng dinh dưỡng bình thường là 73,3%, suy dinh dưỡng thể nhẹ cân là 7,6%, thể thấp còi là 17,1%, thể gầy còm là 5,7%, thừa cân – béo phì là 3,8%. Tỷ lệ mắc suy dinh dưỡng thể nhẹ cân cao nhất ở nhóm 24 - 35 tháng tuổi với 24% ($p < 0,05$). Trẻ thuộc nhóm sinh non có tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp còi cao hơn trẻ thuộc nhóm sinh đủ tháng ($p < 0,05$). Trẻ thuộc nhóm cân nặng sơ sinh thấp có tỷ lệ suy dinh dưỡng nhẹ cân và tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp còi cao hơn trẻ thuộc nhóm cân nặng sơ sinh bình thường ($p < 0,05$). Một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ: Trẻ ở nhóm 24 – 35 tháng tuổi (so với nhóm 6 – 11 tháng tuổi: OR = 4,7; 95%CI: 1,3 – 16,2); trẻ sinh thiếu tháng (OR = 3,1; 95%CI: 1 – 9,4); trẻ trong gia đình có từ 3 con trở lên (so với nhóm gia đình có 2 con: OR = 4,8; 95%CI: 1,4 – 16,7); trẻ có tình trạng tăng cân chậm (OR = 3,8; 95%CI: 1,3 – 11,1); trẻ có mẹ cho rằng nên ăn/bú ít hơn bình thường khi trẻ viêm phổi (OR = 4,3; 95%CI: 1,1 – 17,4).

Kết luận: Tỷ lệ suy dinh dưỡng của trẻ tham gia nghiên cứu cao nhất ở thể thấp còi, tuy nhiên tỷ lệ suy dinh dưỡng ở các thể đều thấp hơn so với số liệu thống kê toàn quốc của Viện Dinh dưỡng Quốc gia (2020). Yếu tố liên quan đến tình trạng suy dinh dưỡng của trẻ là tuổi của trẻ, tuổi thai khi sinh, số con trong gia đình, tình trạng tăng cân chậm và kiến thức của bà mẹ trong việc điều chỉnh lượng ăn/ bú vào của trẻ khi viêm phổi.

Từ khóa: tình trạng dinh dưỡng, viêm phổi, trẻ em, bệnh viện đa khoa Xanh Pôn.

NUTRITIONAL STATUS AND RELATED FACTORS OF THE CHILDREN FROM 6 TO 35 MONTHS OLD DIAGNOSED WITH PNEUMONIA INPATIENT TREATMEN AT THE PEDIATRIC RESPIRATORY DEPARTMENT OF SAINT PAUL GENERA HOSPITAL IN 2023 – 2024

✉ Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Hương Lan
Email: huonglandd@hmu.edu.vn
Doi: 10.56283/1859-0381/831.

Nhận bài: 8/10/2024 Chính sửa: 10/10/2024
Chấp nhận đăng: 4/3/2026
Công bố online: 8/3/2026

ABSTRACT

Aims: To assess the nutritional status and describe factors related to the nutritional status of children aged 6 - 35 months diagnosed with pneumonia and receiving inpatient treatment at the Pediatric Respiratory Department, Saint Paul General Hospital, in 2023 - 2024.

Methods: Cross-sectional descriptive study. The child will have anthropometric measurements and the mother will be interviewed with a series of questions.

Results: The percentage of children with normal nutritional status is 73.3%, underweight is 7.6%, stunting is 17.1%, wasting is 5.7%, overweight – obesity is 3.8%. The prevalence of underweight is highest in the 24-35 months age group with 24% ($p < 0.05$). Children in the premature birth group has a higher rate of stunting than children in the full-term birth group ($p < 0.05$). Children in the low birth weight group has higher rates of underweight and stunting than children in the normal birth weight group ($p < 0.05$). Factors related to the nutritional status of children: Children in the 24-35 month age group (compared to the 6-11 month age group: OR = 4.7; 95% CI: 1.3 – 16.2); premature babies (OR = 3.1; 95% CI: 1 – 9.4); children in a family with 3 or more children (compared to children in a family group with 2 children: OR = 4.8; 95% CI: 1.4 – 16.7); children with slow weight gain (OR = 3.8; 95% CI: 1.3 – 11.1); children whose mothers think they should eat/feed less than usual when they have pneumonia (OR = 4.3; 95% CI: 1.1 – 17.4).

Conclusion: The malnutrition rate of children in the study is highest in stunting. However, the malnutrition rate in all bodies is lower than the national statistics of the National Institute of Nutrition (2020). Factors related to the child's malnutrition are the child's age, gestational age at birth, the number of children in the family, slow weight gain, and the mother's knowledge in adjusting the child's feeding during pneumonia.

Keywords: *nutritional status, pneumonia, children, Saint Paul General Hospital.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dinh dưỡng là một trong những yếu tố quan trọng nhất của môi trường bên ngoài có ảnh hưởng tới sự phát triển của trẻ em, một đứa trẻ thiếu hụt dinh dưỡng đều sẽ không phát triển đúng với tiềm năng của nó. Dinh dưỡng không chỉ tác động tại một thời điểm nhất định trong quá trình phát triển của trẻ, mà còn để lại ảnh hưởng đến suốt đời trong nhiều khía cạnh khác nhau. Vậy nên việc thực hành dinh dưỡng hợp lý ngay từ giai đoạn đầu đời sẽ tạo nền tảng cho sự phát triển

trí não, tăng cường miễn dịch và phát triển khỏe mạnh lâu dài [1].

Theo Tổ chức nông lương Liên hợp quốc (FAO) trên toàn thế giới vào năm 2022, ước tính có khoảng 148,1 triệu (22,3%) trẻ em dưới 5 tuổi bị thấp còi, 45 triệu (6,8%) bị suy dinh dưỡng (SDD) thể gầy còm và 37 triệu (5,6%) bị thừa cân [2]. Chisti cùng các cộng sự đã cho thấy trẻ em trên toàn cầu bị viêm phổi và suy dinh dưỡng ở mức độ trung bình hoặc nặng có nguy cơ tử vong cao hơn so với

trẻ dinh dưỡng đầy đủ [3]. Từ một nghiên cứu về mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng và mức độ viêm phổi ở trẻ mới biết đi tại Bệnh viện Đa khoa Đại học Kristen Indonesia trong khoảng thời gian từ tháng 12 năm 2016 – đến tháng 1 năm 2017 đã chỉ ra rằng trẻ suy dinh dưỡng có nguy cơ mắc bệnh viêm phổi nặng cao hơn so với trẻ được nuôi dưỡng tốt [4].

Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn là cơ sở đầu ngành Nhi của sở Y tế Hà Nội, hàng năm tiếp nhận một lượng lớn lượt bệnh nhi trong khoảng từ 6 đến 35 tháng tuổi nhập viện điều trị. Trước đây đã có tác giả nghiên cứu về tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở nhóm đối

tượng là trẻ từ 2 - 36 tháng tuổi mắc các bệnh nhiễm khuẩn thường gặp [5]. Tuy nhiên, nghiên cứu này đã được thực hiện cách đây khá lâu, từ năm 2013 và trên một nhóm trẻ em mắc các bệnh nhiễm khuẩn nói chung. Câu hỏi đặt ra là số liệu mới nhất về tình trạng dinh dưỡng của nhóm trẻ mắc viêm phổi và những yếu tố liên quan hiện nay là như thế nào?. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu đánh giá tình trạng dinh dưỡng và mô tả một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ từ 6 - 35 tháng tuổi được chẩn đoán viêm phổi điều trị nội trú tại khoa Nhi Hô hấp Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn, năm 2023 – 2024.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang thu thập số liệu từ tháng 8 năm 2023 đến tháng 1 năm 2024, hoàn thành phân tích số liệu tháng 6 năm 2024, nhằm đánh giá tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ từ 6 - 35 tháng tuổi được chẩn đoán viêm phổi điều trị nội trú tại khoa Nhi Hô hấp Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn. Tiêu chuẩn chọn là trẻ 6 - 35 tháng tuổi được chẩn đoán

viêm phổi điều trị nội trú tại khoa Nhi Hô hấp. Tiêu chuẩn loại trừ là trẻ mắc các dị tật bẩm sinh có thể gây ảnh hưởng tới nhân trắc (gù lưng, vẹo cột sống, tim bẩm sinh...), trẻ đang trong tình trạng cấp cứu, hôn mê, không thể lấy được các chỉ số nhân trắc. Bà mẹ hoặc người chăm sóc của trẻ đủ khả năng trả lời các câu hỏi phỏng vấn và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ trong quần thể:

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

Trong đó: n là cỡ mẫu nghiên cứu; $p = 0,412$ là tỷ lệ trẻ bị suy dinh dưỡng (tham khảo tỷ lệ SDD của trẻ - Phòng khám Dinh dưỡng, Bệnh viện Nhi Trung ương 2020 - 2021)[6]; $\alpha=0,05$ với độ tin cậy là 95%; $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ là giá trị của hệ số giới hạn giá trị tin cậy; $\varepsilon = 0,25$ là khoảng sai lệch tương đối. Tính được cỡ mẫu cần thu thập là 88 đối tượng.

Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu tất cả các trẻ và bà mẹ/người chăm sóc chính thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian tiến hành nghiên cứu cho đến khi đủ cỡ mẫu nghiên cứu. Thực tế thu thập được 105 đối tượng.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Thu thập thông tin của trẻ và bà mẹ, bằng phương pháp phỏng vấn trực tiếp dựa trên bộ câu hỏi thiết kế sẵn và khai thác thông tin trên bệnh án điện tử. Thu thập thông tin về chỉ số nhân trắc của trẻ: Đo cân nặng, chiều cao (chiều dài) của trẻ trong 36 giờ sau khi trẻ nhập viện. Sử dụng các số đo tháng tuổi, cân nặng, chiều cao của trẻ và phân loại theo WHO 2006 với các chỉ số: WAZ (Z-score cân nặng theo tuổi), HAZ (Z-score chiều cao theo

tuổi), WHZ (Z-score cân nặng theo chiều cao)[7]. Trong nghiên cứu này, một trẻ được phân loại là Suy dinh dưỡng khi có ít nhất một trong ba chỉ số: Cân nặng theo tuổi (WAZ), Chiều cao theo tuổi (HAZ), hoặc Cân nặng theo chiều cao (WHZ) ở mức $< -2SD$ theo tiêu chuẩn của WHO 2006. Ngược lại, trẻ được coi là Không suy dinh dưỡng khi cả ba chỉ số trên đều $\geq -2SD$.

2.4. Phân tích số liệu

Số liệu điều tra được nhập vào hệ thống RedCap. Số liệu được quản lý bằng phần mềm Excel 2010. Số liệu được xử lý, phân tích bằng phần mềm WHO Anthro 3.2.2, Stata 17, sử dụng các test

thống kê: tính tần suất, tỷ lệ %, điểm trung bình, độ lệch chuẩn, hồi quy logistic, p. Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

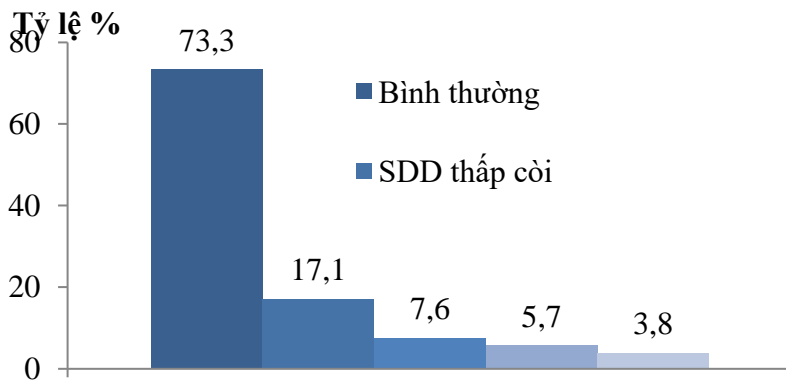
III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

| Thông tin về trẻ | n | % | Thông tin về bà mẹ hoặc người chăm sóc trẻ | n | % |
|---------------------------|----|------|--|-----|------|
| Tuổi | | | Trình độ học vấn | | |
| 6 – 11 tháng | 35 | 33,3 | < THPT | 3 | 2,8 |
| 12 – 23 tháng | 45 | 42,9 | \geq THPT | 102 | 97,2 |
| 24 – 35 tháng | 25 | 23,8 | Nghề nghiệp | | |
| Giới tính | | | Cán bộ, viên chức | 33 | 31,4 |
| Bé trai | 64 | 61 | Công nhân, nông dân | 16 | 15,2 |
| Bé gái | 41 | 39 | Nội trợ | 34 | 32,4 |
| Tuổi thai khi sinh | | | Kinh doanh buôn bán | 22 | 21 |
| < 37 tuần | 16 | 15,2 | Số con trong gia đình | | |
| \geq 37 tuần | 89 | 84,8 | 1 con | 40 | 38,1 |
| Cân nặng sơ sinh | | | 2 con | 42 | 40 |
| < 2500g | 10 | 9,5 | Từ 3 con trở lên | 23 | 21,9 |
| \geq 2500g | 95 | 90,5 | | | |

Theo Bảng 1, nhóm tuổi từ 12 - 23 tháng chiếm đa số với 42,9%. Tỷ lệ bé trai chiếm tỷ lệ 61% và bé gái 39%. Số trẻ sinh đủ tháng trong nghiên cứu là 89 trẻ chiếm 84,8%, trẻ sinh non là 15,2%. 90,5% trẻ có cân nặng sơ sinh (CNSS) \geq 2500g, chỉ có 9,5% trẻ có CNSS $<$ 2500g.

Đa số trẻ tham gia nghiên cứu được sinh ra trong gia đình có 1 con hoặc 2 con với tỷ lệ lần lượt là 38,1% và 40%. Nghề nghiệp của các bà mẹ/người chăm sóc trẻ nổi bật là cán bộ/viên chức (31,4%) và nội trợ (32,4%).



Hình 1. Tình trạng dinh dưỡng của trẻ tham gia nghiên cứu.

Theo Hình 1, có 73,3% trẻ em tham gia có tình trạng dinh dưỡng bình thường, 17,1% trẻ bị SDD thấp còi, 7,6% trẻ bị SDD nhẹ cân, 5,7% trẻ bị SDD gầy còm và 3,8% trẻ bị thừa cân, béo phì.

Bảng 2. Tình trạng suy dinh dưỡng của trẻ theo nhóm tuổi.

| Chỉ số | SDD nhẹ cân | | SDD thấp còi | | SDD gầy còm | |
|-----------------------------------|-------------|--------------|--------------|--------------|-------------|--------------|
| | n (%) | p | n (%) | p | n (%) | p |
| Chung (n=105) | 8 (7,6) | | 18 (17,1) | | 6 (5,7) | |
| Tỷ lệ SDD theo nhóm tuổi | | | | | | |
| 6 – 11 tháng (n=35) | 2 (5,7) | $p^a < 0,05$ | 4 (11,4) | $p^a > 0,05$ | 2 (5,7) | $p^a > 0,05$ |
| 12–23 tháng (n=45) | 0 (0) | | 6 (13,3) | | 3 (6,7) | |
| 24–35 tháng (n=25) | 6 (24) | | 8 (32,0) | | 1 (4) | |
| Tỷ lệ SDD theo giới tính | | | | | | |
| Bé trai (n=64) | 5 (7,8) | $p^a > 0,05$ | 11 (17,2) | $p^b > 0,05$ | 4 (6,3) | $p^a > 0,05$ |
| Bé gái (n=41) | 3 (7,8) | | 7 (17,1) | | 2 (4,9) | |
| Tỷ lệ SDD theo tuổi thai khi sinh | | | | | | |
| < 37 tuần (n=16) | 2 (12,5) | $p^a > 0,05$ | 6 (37,5) | $p^a < 0,05$ | 2 (12,5) | $p^a > 0,05$ |
| ≥ 37 tuần (n=89) | 6 (6,7) | | 12 (13,5) | | 4 (4,5) | |
| Tỷ lệ SDD theo cân nặng sơ sinh | | | | | | |
| < 2500g (n=10) | 3 (30) | $p^a < 0,05$ | 5 (50,0) | $p^a < 0,05$ | 1 (10,0) | $p^a > 0,05$ |
| ≥ 2500g (n=95) | 5 (5,3) | | 13 (13,7) | | 5 (5,3) | |

*Biến số/chỉ số được biểu diễn dưới dạng n(%). * $p < 0,05$ ** $p > 0,05$ (Fisher's exact-test)*

Theo Bảng 2, tỷ lệ SDD nhẹ cân cao nhất ở nhóm trẻ từ 24 – 35 tháng tuổi (24%), sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ SDD nhẹ cân ở trẻ có

CNSS nhẹ cân và trẻ có CNSS bình thường với $p < 0,05$. Tỷ lệ SDD thấp còi cao nhất ở nhóm trẻ từ 24 – 35 tháng tuổi, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Có sự khác biệt

có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ SDD thấp còi ở trẻ sinh non và trẻ sinh đủ tháng với $p < 0,05$. Sự khác biệt giữa tỷ lệ SDD thấp còi ở trẻ có CNSS nhẹ cân và trẻ có CNSS bình thường là có ý nghĩa thống

kê ($p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu cho thấy sự khác biệt giữa tỷ lệ SDD gây còi ở các đặc điểm: Nhóm tuổi, giới tính, tuổi thai khi sinh, CNSS của trẻ là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3. Chỉ số Z-score của trẻ theo tiền sử sản khoa của trẻ.

| Chỉ số | Tuổi thai khi sinh | | Cân nặng sơ sinh | |
|--------|--------------------|------------------|------------------|----------------|
| | < 37 tuần (n=16) | ≥ 37 tuần (n=89) | < 2500g (n=10) | ≥ 2500g (n=95) |
| WAZ | -0,7 ± 1,4**** | -0,3 ± 1,1**** | -1,1 ± 1,8**** | -0,3 ± 1,1**** |
| HAZ | -1,3 ± 1,9**** | -0,6 ± 1,4**** | -1,8 ± 1,5**** | -0,6 ± 1,4**** |
| WHZ | 0,01 ± 1,7**** | -0,004 ± 1,4**** | -0,2 ± 1,6**** | 0,02 ± 1,5**** |

Biến số/chỉ số được biểu diễn dưới dạng Mean±SD. **** $p < 0,05$ **** $p > 0,05$ (T-test)

Theo Bảng 3, các chỉ số Z-score trung bình không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm trẻ sinh đủ tháng và sinh thiếu tháng ($p > 0,05$). Có sự khác biệt

có ý nghĩa thống kê ở chỉ số WAZ trung bình và chỉ số HAZ trung bình giữa trẻ sinh nhẹ cân và trẻ sinh đủ cân với $p < 0,05$.

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan tới tình trạng dinh dưỡng của trẻ.

| Chỉ số | Suy dinh dưỡng | | Phân tích đơn biến | | Phân tích đa biến | |
|------------------------------|----------------|--------------|--------------------|-------|-------------------|-------|
| | Có (n=25) | Không (n=80) | OR (95% CI) | p | OR (95% CI) | p |
| Nhóm tuổi | | | | | | |
| 24–35 tháng, n=25 | 11 (44) | 14 (56) | 4,7 (1,4–16,2) | 0,014 | 9,22 (1,95–43,59) | 0,005 |
| 12–23 tháng, n=45 | 9 (20) | 36 (80) | 1,5 (0,5–5) | 0,506 | 1,59 (0,37–6,79) | 0,534 |
| 6–11 tháng, n=35 | 5 (14,3) | 30 (85,7) | 1 | - | 1 | - |
| Tuổi thai khi sinh | | | | | | |
| < 37 tuần, n=16 | 7 (43,8) | 9 (56,2) | 3,1 (1 – 9,4) | 0,049 | 3,09 (0,53–18,06) | 0,21 |
| ≥ 37 tuần n=89 | 18(20,2) | 71(79,8) | | | | |
| Cân nặng sơ sinh | | | | | | |
| < 2500g, n=10 | 5 (50) | 5 (50) | 3,8 (1 – 14,2) | 0,052 | 2,77 (0,34–22,73) | 0,342 |
| ≥ 2500g, n=95 | 20 (21,1) | 75 (78,9) | | | | |
| Số con trong gia đình | | | | | | |
| Từ 3 con trở lên, n=23 | 9 (39,1) | 14 (60,9) | 4,8 (1,4– 16,7) | 0,015 | 3,70 (0,80–17,09) | 0,094 |
| 1 con, n=40 | 11 (27,5) | 29 (72,5) | 2,8 (0,9 – 9) | 0,082 | 1,75 (0,43–7,05) | 0,433 |
| 2 con, n=42 | 5 (11,9) | 37 (88,1) | 1 | - | 1 | - |

| Chỉ số | Suy dinh dưỡng | | Phân tích đơn biến | | Phân tích đa biến | |
|--|----------------|-----------------|--------------------|-------|-------------------|-------|
| | Có (n=25) | Không (n=80) | OR (95% CI) | p | OR (95% CI) | p |
| Trẻ tăng cân chậm gần đây | | | | | | |
| Có, n=61 | 20 (32,8) | 41 (67,2) | 3,8 | 0,015 | 4,08 | 0,044 |
| Không, n=44 | 5 (11,4) | 39 (88,6) | (1,3–11,1) | | (1,04–16,03) | |
| Kiến thức của bà mẹ về lượng ăn/bú vào của trẻ khi mắc bệnh | | | | | | |
| Ít hơn bình thường, n=12 | 5 (41,7) | 7 (58,3) | 4,3 | 0,041 | 9,51 | 0,02 |
| | | | (1,1–17,4) | | (1,42–63,59) | |
| Nhiều hơn bình thường, n=44 | 13 (29,5) | 31 (70,5) | 2,5 | 0,079 | 3,25 | 0,075 |
| | | | (0,9 – 7) | | (0,89–11,86) | |
| Như bình thường, n=49 | 7 (14,3) | 42 (85,7) | 1 | - | 1 | - |

$R^2 = 0,2685$; $p < 0,001$

Theo Bảng 4, trẻ thuộc nhóm 24 – 35 tháng tuổi có liên quan thuận với tình trạng suy dinh dưỡng, với khả năng bị suy dinh dưỡng cao gấp 4,7 lần so với trẻ ở nhóm 6 – 11 tháng tuổi (OR = 4,7; 95% CI: 1,4 – 16,2; $p=0,014$). Trẻ sinh thiếu tháng có khả năng bị suy dinh dưỡng cao gấp 3,1 lần so với nhóm trẻ sinh đủ tháng (OR = 3,1; 95% CI: 1 – 9,4; $p=0,049$). Trẻ sinh trưởng trong gia đình có từ 3 con trở lên có khả năng bị suy dinh dưỡng cao gấp 4,8 lần so với trẻ trong gia đình có 2 con (OR = 4,8; 95%CI: 1,4 – 16,7; $p=0,015$). Tình trạng tăng cân chậm có liên quan thuận với tình trạng suy dinh dưỡng của trẻ tại thời điểm nhập viện. Cụ thể, nhóm trẻ có tình trạng tăng cân chậm gần đây có khả năng bị suy dinh dưỡng cao gấp 3,8 lần so với nhóm không có tình trạng này (OR = 3,8; 95%CI: 1,3 – 11,1; $p=0,015$). Kiến thức của bà mẹ về việc điều chỉnh lượng ăn khi trẻ mắc bệnh là yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ. Trẻ có

mẹ cho rằng nên cho trẻ ăn/bú ít hơn bình thường khi bị viêm phổi có khả năng bị suy dinh dưỡng cao gấp 4,3 lần so với nhóm trẻ có mẹ giữ nguyên lượng ăn như bình thường (OR = 4,3; 95%CI: 1,1 – 17,4; $p=0,041$). Mô hình hồi quy đa biến có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) với độ phù hợp cao ($R^2 = 0,2685$). Sau khi hiệu chỉnh các biến nhiễu, nghiên cứu xác định được 03 yếu tố liên quan độc lập đến tình trạng SDD: Kiến thức của mẹ: Trẻ có mẹ quan niệm nên cho ăn/bú ít đi khi con bệnh có khả năng SDD cao nhất, gấp 9,51 lần ($p = 0,020$). Nhóm tuổi: Trẻ từ 24 – 35 tháng có khả năng SDD cao gấp 9,22 lần so với nhóm 06 – 11 tháng ($p = 0,005$). Tăng cân chậm: Trẻ có tiền sử tăng cân chậm gần đây có khả năng SDD cao gấp 4,08 lần ($p = 0,044$). Các yếu tố về tiền sử sản khoa (sinh non, nhẹ cân sơ sinh) và số con trong gia đình không cho thấy mối liên quan độc lập trong mô hình này ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện trên 105 cặp bà mẹ và trẻ em từ 6–35 tháng tuổi

được chẩn đoán viêm phổi điều trị nội trú tại khoa Nhi Hô hấp của bệnh viện đa

khoa Xanh Pôn, 2023-2024. Trẻ em từ 6–35 tháng tuổi tham gia nghiên cứu được chia thành 3 nhóm tuổi lần lượt là nhóm trẻ 6–11 tháng tuổi, nhóm trẻ 12–23 tháng tuổi và nhóm trẻ 24–35 tháng tuổi.

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về chỉ số WAZ, HAZ giữa trẻ sinh nhẹ cân và trẻ sinh đủ cân ($p < 0,05$), điều này giống với nghiên cứu về trẻ 6 – 23 tháng tuổi tại Phòng khám – Tư vấn dinh dưỡng và Tiêm chủng Viện đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng của tác giả Phan Quốc Anh và các cộng sự.[8]

Trọng lượng (cân nặng) là tiêu chí để đánh giá tình trạng dinh dưỡng tại các thời điểm phát triển của trẻ, nghiên cứu của tôi cho thấy tỷ lệ trẻ SDD nhẹ cân là 7,6%, thấp hơn rõ rệt so với nghiên cứu của Nguyễn Việt Sơn (2016) về tỷ lệ trẻ SDD thể nhẹ cân của trẻ dưới 5 tuổi điều trị nội trú tại Bệnh viện Sản - Nhi tỉnh Vĩnh Phúc năm là 15%.[9] Kết quả này cũng thấp hơn số liệu thống kê của Viện dinh dưỡng Quốc gia năm 2020 SDD thể nhẹ cân (11,6%).[10] Nhóm trẻ 24 – 35 tháng tuổi chiếm tỷ lệ SDD nhẹ cân cao nhất so với hai nhóm tuổi còn lại, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Huỳnh Văn Dũng (2019) đều cho thấy tỷ lệ SDD nhẹ cân nhiều nhất ở nhóm trẻ 24 – 35 tháng tuổi điều này có thể lý giải do giai đoạn này trẻ bắt đầu được đi học tại các trường mầm non/tư thực, trẻ sẽ được ăn bữa trưa và bữa phụ chiều ở trường. Điều này ảnh hưởng đến khẩu vị và lượng ăn vào của trẻ, gia đình khó kiểm soát để bổ sung kịp thời.[11] Nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ trẻ SDD thể nhẹ cân ở nhóm trẻ có CNSS nhẹ cân là 30% cao hơn hẳn tỷ lệ trẻ SDD thể nhẹ cân ở nhóm trẻ có CNSS ở mức bình thường ($30% > 5,26%$), sự khác biệt này là có ý

nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tương tự với kết quả nghiên cứu của tác giả Aphanhnee và các cộng sự (2021), cho tỷ lệ trẻ có CNSS nhẹ cân bị SDD nhẹ cân là 31,1% và cao hơn so với nhóm trẻ có CNSS bình thường ($31,1% > 19,7%$), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. [12]

SDD thấp còi phản ánh tình trạng suy dinh dưỡng mãn tính kéo dài, tỷ lệ trẻ SDD thấp còi là 17,14% thấp hơn so với số liệu thống kê của Viện dinh dưỡng Quốc gia năm 2020 (19,5%).[11] Tỷ lệ trẻ SDD thể thấp còi ở nhóm trẻ có CNSS nhẹ cân là 50% cao hơn hẳn tỷ lệ trẻ SDD thể thấp còi của nhóm trẻ có CNSS bình thường ($50% > 13,7%$), sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Ở nghiên cứu của tác giả Trịnh Bảo Ngọc và cộng sự về trẻ dưới 24 tháng tuổi tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Bắc Giang (2020), cũng cho tỷ lệ trẻ có CNSS nhẹ cân bị SDD thể thấp còi lớn hơn so với tỷ lệ trẻ có CNSS bình thường bị SDD thể thấp còi ($35,7% > 21,5%$), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ [13].

Chỉ số cân nặng theo chiều cao thấp phản ánh một tình trạng SDD cấp tính nhưng cũng có thể lâu hơn. Tỷ lệ SDD gầy còm trong nghiên cứu của tôi là 5,7%, tương tự như tỷ lệ trẻ SDD gầy còm ở nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Khánh Huyền (2018) trên đối tượng trẻ 6 – 36 tháng tuổi khám tư vấn dinh dưỡng tại Viện Dinh dưỡng là 5,6%. [14]

Kết quả của nghiên cứu cho thấy trẻ càng ở nhóm lớn tuổi càng có mối liên quan SDD cao hơn so với trẻ ở nhóm ít tuổi hơn. Trẻ ở nhóm 24 – 35 tháng tuổi có mối liên quan thuận SDD gấp 4,7 lần so với trẻ ở nhóm 6 – 11 tháng tuổi ($p < 0,05$; 95%CI: 1,3 – 16,2). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Hà Thanh Minh (2023) và cộng sự cho thấy

trẻ ở nhóm 25–36 tháng tuổi có nguy cơ mắc SDD gấp 6,5 lần trẻ ở nhóm 0–12 tháng tuổi ($p < 0,05$; 95%CI: 3,2–13,1) [15]. Điều này do trẻ càng lớn nhu cầu về năng lượng càng lớn theo, đặc biệt giai đoạn 24 – 35 tháng tuổi trẻ đã cai sữa cho nên đòi hỏi phải có một chế độ ăn bổ sung hợp lý, khoa học.

Nghiên cứu này cho thấy trẻ sinh thiếu tháng có mối liên quan suy dinh dưỡng cao gấp 3,1 lần trẻ sinh đủ tháng ($p < 0,05$; 95%CI: 1–9,4). Tương tự như trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hoa (2021) với đối tượng là trẻ dưới 2 tuổi nhiễm khuẩn hô hấp cấp tại Bệnh viện Sản nhi và Bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc, cho kết quả trẻ sinh non (< 37 tuần) có nguy cơ mắc SDD gấp 4,4 lần trẻ sinh đủ tháng với $p < 0,05$; 95%CI: 2,9–10 [16]. Điều này cho thấy việc trẻ sinh non hay đủ tháng là một trong những yếu tố liên quan mật thiết tới tình trạng dinh dưỡng sau này của trẻ.

Trong nghiên cứu cũng cho thấy trẻ có CNSS < 2500g có tỷ lệ mắc SDD cao hơn nhóm trẻ có CNSS ≥ 2500 g 3,8 lần, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$; 95%CI: 1–14,2. Điều này khác với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hoa (2021), tỷ lệ trẻ SDD ở nhóm có CNSS thấp gấp 4,8 lần nhóm trẻ có CNSS bình thường ($p < 0,05$; 95%CI: 2,1–11,1) [16].

Tỷ lệ SDD ở trẻ sinh trưởng trong gia đình có từ 3 con trở lên có khả năng SDD gấp 4,8 lần trẻ sinh trưởng trong gia đình có 2 con với $p < 0,05$; 95%CI: 1,4–16,7. Điều này xảy ra do đa số các gia đình có xu hướng thận trọng trong việc chăm sóc đứa con đầu lòng hơn vì chưa có kinh nghiệm nuôi trẻ còn bỡ ngỡ. Đến những đứa con sau gia đình trở nên thả lỏng hơn có thể gây lơ là việc chăm sóc trẻ. Ngoài ra trong gia đình đông con, quỹ thời gian

để chăm sóc từng trẻ sẽ bị chia nhỏ ra. Cho nên việc trẻ sinh trưởng trong gia đình đông con sẽ tiềm ẩn nguy cơ SDD cao hơn trẻ sinh trưởng trong gia đình chỉ có từ 1 – 2 con.

Nghiên cứu cho thấy trẻ ở nhóm có mẹ cho rằng nên ăn/bú lượng ít hơn bình thường khi viêm phổi có nguy cơ SDD gấp 4,3 lần so với trẻ ở nhóm có mẹ cho rằng ăn/bú lượng như bình thường khi viêm phổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$; 95%CI: 1,1 – 17,4). Trên thực tế tỷ lệ trẻ ăn/bú ít hơn bình thường bị SDD cũng lên tới 35,7%. Khẳng định tầm quan trọng của việc kiểm soát lượng ăn/bú vào của trẻ khi viêm phổi với tình trạng dinh dưỡng của trẻ.

Kết quả phân tích hồi quy đa biến cho thấy mô hình có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) với độ phù hợp cao (McFadden's Pseudo $R^2 = 0,2685$), đồng thời xác định được 03 yếu tố liên quan độc lập đến tình trạng suy dinh dưỡng của trẻ. Cụ thể, trẻ có mẹ với quan niệm cho ăn hoặc bú ít đi khi con mắc bệnh có khả năng suy dinh dưỡng cao gấp 9,51 lần ($p = 0,020$), nhóm trẻ từ 24 - 35 tháng tuổi có khả năng suy dinh dưỡng cao gấp 9,22 lần so với nhóm 6 - 11 tháng ($p = 0,005$), và những trẻ có tiền sử tăng cân chậm gần đây có khả năng suy dinh dưỡng cao gấp 4,08 lần ($p = 0,044$). Trong khi đó, các yếu tố về tiền sử sản khoa như sinh non, nhẹ cân sơ sinh và số con trong gia đình không cho thấy mối liên quan độc lập có ý nghĩa thống kê trong mô hình đa biến ($p > 0,05$).

Hạn chế của nghiên cứu:

Chưa đánh giá được tình trạng dinh dưỡng qua các chỉ số xét nghiệm sinh hóa máu, tình trạng thiếu máu hoặc tình trạng thiếu hụt các vi chất dinh dưỡng cụ thể, vốn là những yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến quá trình hồi phục của trẻ viêm phổi.

Khuyến nghị:

* Tăng cường công tác truyền thông giáo dục dinh dưỡng nhằm nâng cao kiến thức và thực hành về dinh dưỡng (nuôi con bằng sữa mẹ, cho trẻ ăn bổ sung), chăm sóc trẻ khi bị bệnh cho các bà mẹ có con từ 6 – 35 tháng tuổi để cải thiện tình trạng dinh dưỡng cho trẻ em.

* Tư vấn dinh dưỡng cho phụ nữ mang thai và cho con bú nhằm đảm bảo dinh

dưỡng cho mẹ khi mang thai và trẻ khi sinh ra để giảm thiểu tình trạng trẻ sinh non hoặc sinh ra nhẹ cân.

* Tăng cường sàng lọc, đánh giá tình trạng dinh dưỡng cho trẻ mới nhập viện và trong quá trình nằm viện nhằm phát hiện sớm trẻ suy dinh dưỡng và can thiệp dinh dưỡng kịp thời.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 105 cặp bà mẹ và trẻ em từ 6 đến 35 tháng tuổi mắc viêm phổi điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn năm 2023 – 2024 cho thấy tỷ lệ trẻ có tình trạng dinh dưỡng bình thường chiếm đa số với 73,3%. Trong số các thể suy dinh dưỡng, thể thấp còi chiếm tỷ lệ cao nhất với 17,1%, tiếp theo là suy dinh dưỡng thể nhẹ cân (7,6%), thể gầy còm (5,7%) và tỷ lệ thừa cân – béo phì là 3,8%. Nhìn chung, tỷ lệ suy dinh dưỡng ở các thể trong nhóm trẻ nghiên cứu đều thấp hơn so với số liệu thống kê toàn quốc của Viện Dinh dưỡng Quốc gia năm 2020.

Kết quả nghiên cứu cũng ghi nhận những mối liên quan có ý nghĩa thống kê

giữa đặc điểm sinh học, tiền sử sản khoa với tình trạng dinh dưỡng của trẻ. Cụ thể, tỷ lệ suy dinh dưỡng thể nhẹ cân đạt mức cao nhất ở nhóm trẻ từ 24 đến 35 tháng tuổi (24%) và ở nhóm trẻ có cân nặng sơ sinh thấp (30%). Đối với suy dinh dưỡng thể thấp còi, trẻ sinh non và trẻ có cân nặng sơ sinh thấp có tỷ lệ mắc cao hơn rõ rệt so với nhóm trẻ sinh đủ tháng và đủ cân. Nghiên cứu xác định các yếu tố liên quan chính đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ bao gồm: độ tuổi của trẻ, tuổi thai khi sinh, số con trong gia đình, tình trạng tăng cân chậm gần đây và kiến thức của bà mẹ trong việc điều chỉnh lượng ăn hoặc bú của trẻ khi bị viêm phổi.

Tài liệu tham khảo

1. Bộ môn Nhi, Trường Đại học Y Hà Nội. Bài Giảng Nhi Khoa Tập 1. Vol 1. 2020th ed. Nhà xuất bản Y học
2. The state of Food Security and Nutrition in the World 2023. doi:10.4060/cc3017en
3. Chisti MJ, Tebruegge M, La Vincente S, Graham SM, Duke T. Pneumonia in severely malnourished children in developing countries – mortality risk, aetiology and validity of WHO clinical signs: a systematic review. Trop Med Int Health. 2009;14(10):1173-1189. doi:10.1111/j.1365-3156.2009.02364.x
4. Adriani A, Simarmata VP. The Relationship between Nutritional Status and Degree of Pneumonia in Toddlers at Universitas Kristen Indonesia General Hospital. J Drug Deliv Ther. 2022;12(3-S):129-133. doi:10.22270/jddt.v12i3-S.5391
5. Phan Thị Kim Dung. Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố ảnh hưởng đến nguy cơ dinh dưỡng ở trẻ em từ 02 - 36 tháng tuổi mắc các bệnh nhiễm khuẩn thường gặp tại bệnh viện Đa khoa Saint Paul.
6. Nguyễn Thị Hằng, Chu Thị Phương Mai, Nguyễn Thị Thúy Hồng. Mối liên quan giữa kiến thức và thực hành dinh dưỡng của bà mẹ với tình trạng dinh dưỡng của trẻ. Tạp chí học viện nam. 2023;522(1). doi:10.51298/vmj.v522i1.4247

7. WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development. Accessed June 5,
2024. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/924154693X>
8. Phan Quốc Anh, Trần Thị Phương Lan, Nguyễn Thị Hương Lan, Phạm Đức Minh, Nguyễn Minh Diệu, Nguyễn Minh Ngọc. Tình trạng dinh dưỡng trẻ 6-23 tháng tuổi tại phòng khám - tư vấn dinh dưỡng và tiêm chủng, viện đào tạo y học dự phòng và y tế công cộng. Tạp Chí Học Việt Nam. 2023;528(1). doi:10.51298/vmj.v528i1.5988
9. Nguyễn Việt Sơn, Phạm Thị Dung, Hoàng Năng Trọng, Ngô Thanh Bình. Tình trạng dinh dưỡng của trẻ em dưới 5 tuổi bị tiêu chảy cấp điều trị nội trú tại Bệnh Viện Sản Nhi Tỉnh Vĩnh Phúc Năm 2016. Tạp Chí Dinh Dưỡng Và Thực Phẩm. 2017;13(3):14-20. Accessed May 20, 2024. <https://tapchidinhduongthucpham.org.vn/index.php/jfns/article/view/468>
10. Viện Dinh dưỡng. Số liệu thống kê. Accessed May 23, 2024. <https://chuyentrang.viendinhduong.vn/vi/so-lieu-thong-ke/so-lieu-thong-ke-266.html>
11. Huỳnh Văn Dũng, Trương Thanh Hải. Tình trạng dinh dưỡng của trẻ em 6-36 tháng tuổi tại Phường Phú Hoà Thành Phố Thủ Dầu Một Tỉnh Bình Dương Năm 2019. Tạp Chí Dinh Dưỡng Và Thực Phẩm. 2021;17(3):12-20. doi:10.56283/1859-0381/61
12. Aphanhnee S, Nguyễn Thị Yên, Nguyễn Thị Thuý Hồng, Chu Thị Phương Mai, Lê Hữu Thành. Tình trạng dinh dưỡng ở trẻ 6 tháng đến 5 tuổi tại Phòng Khám Dinh Dưỡng Bệnh Viện Nhi Trung Ương. Tạp Chí Học Việt Nam. 2021;507(2). doi:10.51298/vmj.v507i2.1400
13. Trịnh Bảo Ngọc, Nguyễn Thị Như Quỳnh, Nguyễn Thị Thu Liễu. Một số yếu tố liên quan tới tình trạng dinh dưỡng của trẻ dưới 24 tháng tuổi đến khám tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Bắc Giang 2020. Tạp Chí Nghiên Cứu Học. 2021;146(10):206-213. doi:10.52852/tencyh.v146i10.343
14. Nguyễn Thị Khánh Huyền, Nguyễn Trọng Hưng, Nguyễn Thị Hương Lan. Tình trạng dinh dưỡng của trẻ 6 - 36 tháng tuổi khám tư vấn dinh dưỡng Tại Viện Dinh Dưỡng Năm 2018. Published online 2020.
15. Hà Thanh Minh, Trần Thơ Nhị, Huỳnh Nam Phương. Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của trẻ em dân tộc h' mông dưới 5 tuổi tại một số xã huyện Mù Cang Chải, Yên Bái năm 2021-2022. Accessed November 4, 2023. <https://tapchihocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/3186/2939>
16. Nguyễn Thị Hoa, Phạm Văn Phú. Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của trẻ dưới 2 tuổi nhiễm khuẩn hô hấp cấp tại Bệnh viện Sản nhi và Bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc năm 2021. Tạp Chí Học Dự Phòng. 2022;32(3):60-68. doi:10.51403/0868-2836/2022/639.