

TỶ LỆ THIẾU MÁU, THIẾU KẼM VÀ THIẾU VITAMIN A Ở TRẺ 12-72 THÁNG TUỔI NĂM 2010

PHẠM VĂN THÚY - Viện Dinh dưỡng

TÓM TẮT

Thiếu máu, thiếu sắt, thiếu kẽm, thiếu vitamin A rất phổ biến ở các nước đang phát triển và là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tăng tỷ lệ mắc bệnh và tử vong, đặc biệt đối với trẻ em. Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 586 trẻ. Xác định tỷ lệ thiếu máu, thiếu sắt, thiếu kẽm và vitamin A ở trẻ 12-72 tháng tuổi năm 2010, tại 19 tỉnh/thành của Việt Nam. Tỷ lệ trẻ em suy dinh dưỡng (SDD) thể thấp còi là 23,2%, SDD thể gầy còm là 6,3%; 7% số trẻ bị thừa cân/ béo phì. Tỷ lệ thiếu máu là 9,1%, thiếu sắt là 12,9%; tỷ lệ thiếu kẽm là 51,9%, tỷ lệ thiếu kẽm ở nông thôn cao hơn có YNTK so với khu vực thành thị; tỷ lệ thiếu vitamin A là 10,1%. Tỷ lệ thiếu máu, thiếu sắt thuộc mức YNSKCD nhẹ theo phân loại của WHO. Tỷ lệ thiếu máu và tình trạng sắt của trẻ < 18 tháng cao nhất so với các nhóm tuổi khác. Tỷ lệ trẻ bị thiếu kẽm thuộc mức YNSKCD nặng, thiếu kẽm ở nông thôn cao hơn có YNTK so với thành thị. Tỷ lệ thiếu vitamin A là 10,1% thuộc mức YNSKCD mức trung bình. Cần đẩy mạnh giáo dục kiến thức về dinh dưỡng hợp lý cho các bà mẹ có con nhỏ, nhằm phòng chống suy dinh dưỡng và thiếu vi chất cho trẻ em, nhất là cho trẻ dưới 18 tháng tuổi.

Từ khóa: Suy dinh dưỡng, thiếu máu, thiếu kẽm, thiếu vitamin A.

SUMMARY

THE PREVALENCE OF ANEMIA, ZINC AND VITAMIN A DEFICIENCY OF CHILDREN 12-72 MONTHS IN 2010

Anemia, iron deficiency, zinc deficiency and vitamin A deficiency is common in developing countries and is one of the leading causes of increased morbidity and mortality, particularly for children. It was a descriptive cross-sectional study on 586 children, to determine the rate of anemia, iron deficiency, zinc and vitamin A deficiency in children 12-72 months of age in 2010, in 19 province /cities of Vietnam. The prevalence of malnourished children, stunting was 23.2%, wasting was 6.3%, 7% of children were overweight/obese. The prevalence of anemia was 9.1%, iron deficiency was 12.9%, the prevalence of zinc deficiency was 51.9%, zinc deficiency rate in rural significantly higher than in urban areas and the ratio of vitamin deficiency A was 10.1%. The prevalence of anemia, iron deficiency was light public health significant problems according to WHO classification. The prevalence of anemia and iron status of infants under 18 month of age higher than any other age groups. The prevalence of zinc deficiency was a severe public health significant problems and zinc deficiency higher in rural than in urban. Vitamin A deficiency was 10.1%, under the average level of public health significant problems. Education should promoted to show the proper nutrition for mothers with small children, to prevent malnutrition and micronutrient deficiencies, especially for children under 18 month of age.

Keywords: Malnutrition, anemia, zinc deficiency, vitamin A deficiency.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu vi chất dinh dưỡng, đặc biệt thiếu máu, thiếu sắt, thiếu kẽm, thiếu vitamin A rất phổ biến ở các nước đang phát triển. Thiếu máu là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tăng tỷ lệ mắc và tử vong, đặc biệt đối với trẻ em. Tỷ lệ thiếu máu chung ở trẻ em trước tuổi đi học là 47,4%. Hàng triệu trẻ em trên thế giới bị thiếu vitamin A, ước tính hàng năm có khoảng 250.000 đến 500.000 trẻ em ở các nước đang phát triển bị mù do thiếu vitamin A, tỷ lệ thiếu vitamin A cao nhất là ở Đông Nam Á [1]. Thiếu máu làm kém về nhận thức, giảm khả năng lao động, tăng tỷ lệ mắc và tử vong, cân nặng sơ sinh thấp, tăng nguy cơ tử vong bào thai và sơ sinh. Ở trẻ em, thiếu máu làm giảm khả năng học tập, đáp ứng miễn dịch và sức đề kháng với nhiễm khuẩn giảm và tăng tỷ lệ mắc bệnh và tử vong.

Thiếu máu được coi là vấn đề có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng ở nước ta. Theo cuộc điều tra thiếu máu toàn quốc gần đây nhất của Viện Dinh dưỡng năm 2000, thì tỷ lệ thiếu máu ở trẻ em trước tuổi đi học, trẻ em dưới 2 tuổi, phụ nữ tuổi sinh đẻ, phụ nữ có thai và nam giới tương ứng là 34,1%, 51,2%, 24,3%, 32,2% và 9,4% (29, 30, 31). Tỷ lệ này thay đổi giữa 8 vùng sinh thái của cả nước [2].

Các kết quả điều tra của Viện Dinh dưỡng ở 6 tỉnh đã đưa ra tỷ lệ thiếu vitamin A (retinol huyết thanh <0,70µmol/l) ở trẻ em dưới 5 tuổi là 29,8% [3].

Một số nghiên cứu cho rằng tỷ lệ thiếu kẽm (86,9%) rất cao ở trẻ em trước tuổi học đường vùng nông thôn Việt Nam. Cuộc điều tra tiêu thụ thực phẩm ở Việt Nam đã cho thấy khẩu phần ăn thiếu các thực phẩm giàu kẽm. Ước tính dựa vào khẩu phần ăn, nhóm tư vấn quốc tế về kẽm (IZINCG) cho biết có khoảng 28% người Việt Nam có nguy cơ thiếu kẽm. Tỷ lệ suy dinh dưỡng thể còi cọc ở trẻ em dưới 5 tuổi năm 2010 là 29%, tỷ lệ này chỉ ra chế độ ăn nghèo nàn kéo dài dẫn đến thiếu năng lượng, kẽm, và thiếu các vi chất dinh dưỡng khác [4].

Thiếu máu, thiếu sắt, thiếu vitamin A, thiếu kẽm vẫn đang phổ biến ở Việt Nam mặc dù đã có những cải thiện đáng kể do các chương trình can thiệp sức khỏe cộng đồng mang lại như chương trình bổ sung viên nang vitamin A mỗi 6 tháng cho trẻ em từ 6 đến 36 tháng tuổi, tăng cường sắt vào nước mắm, phòng chống suy dinh dưỡng protein năng lượng ở trẻ em dưới 5 tuổi và phụ nữ có thai. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ thiếu máu, thiếu sắt, thiếu kẽm và vitamin A ở trẻ 12-72 tháng tuổi năm 2010.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng: Trẻ từ 12-72 tháng tuổi, không mắc các bệnh mạn tính, dị tật bẩm sinh, không mắc bệnh tâm thần hoặc tàn tật; không sốt, tiêu chảy, viêm hô hấp cấp hoặc các nhiễm trùng cấp tính khác; được bố/ mẹ ký cam kết cho con tham gia

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả có phân tích

Cuộc điều tra này sử dụng phương pháp và số mẫu đã được chọn trong cuộc điều tra tiêu thụ thực phẩm năm 2009 [2]. Là cuộc điều tra tiêu thụ thực phẩm, nên cỡ mẫu được tính dựa vào công thức: $n = [4(r)(1-r)(deff)(1,1)] / [(e^2)(p)]$, trong đó: n= số đối tượng/ vùng (nông thôn, thành thị); r= tỷ lệ ước tính (chọn 0,5); e= sai số ước tính là 0,055; deff= sai số do tác động của thiết kế nghiên cứu; p= % đối tượng nhóm đích/mỗi hộ gia đình, và đối tượng trong chọn mẫu là phụ nữ tuổi sinh đẻ.

Theo công thức trên, cần tối thiểu 694 phụ nữ cho mỗi vùng để đảm bảo độ chính xác là 5,5% và với tỷ lệ thiếu máu ước tính là 50%. Dự kiến tỷ lệ bỏ cuộc khoảng 20%, số phụ nữ tuổi sinh đẻ phải là 833. Do cuộc điều tra năm 2009 cung cấp tỷ lệ ước tính cho cả thành thị và nông thôn cho nên số mẫu cần phải tăng gấp đôi, cụ thể là $833 \times 2 = 1.666$ đối tượng. Nếu chọn 1 phụ nữ tuổi sinh đẻ/1 hộ gia đình, thì cần điều tra 1.666 hộ gia đình. Tỷ lệ trẻ em từ 12 đến 72 tháng tuổi chiếm khoảng 0,3 trẻ /hộ, với cách chọn mẫu này cần khoảng 555 trẻ em. Thực tế chúng tôi đã điều tra 586 trẻ em trong 1.666 hộ gia đình. Cuộc điều tra tiêu thụ thực phẩm toàn quốc năm 2009 chọn 15 hộ/cụm nên cỡ mẫu 1.666 đối tượng ứng với 112 cụm (56 cụm nông thôn và 56 cụm thành thị). Chúng tôi chọn ngẫu nhiên 19 tỉnh tham gia điều tra, chọn ngẫu nhiên 112 cụm (56 cụm thành thị và 56 cụm nông thôn) trong số 512 cụm của cuộc điều tra năm 2009.

2. Phương pháp thu thập số liệu

Nhân trắc: Cân nặng và chiều cao/chiều dài nằm của trẻ được đo để đánh giá tình trạng dinh dưỡng. Áp dụng chuẩn của WHO, 2006 để phân loại tình trạng dinh dưỡng. Sử dụng các chỉ tiêu trên, trẻ được phân loại là nhẹ cân, còi cọc hay gầy còm khi cân nặng/tuổi (WAZ), chiều cao/tuổi (HAZ) và cân nặng/chiều cao (WHZ) < -2 độ lệch chuẩn (SD) so với giá trị trung bình của quần thể tham khảo WHO.

Dùng cân Tanita BC-543 của Nhật Bản để đo cân nặng, đối tượng mặc quần áo mỏng, nhẹ, ghi kết quả cân chính xác đến 0,1kg.

Sử dụng thước gỗ có độ chính xác 0,1cm để đo chiều cao/dài nằm. Đối với trẻ nhỏ <2 tuổi, đo chiều dài nằm, đối trẻ em > 2 tuổi đo chiều cao đứng.

Xét nghiệm

Đo hàm lượng Hb trong máu toàn phần sử dụng HemoCue 301 (Hemocue, Thụy Điển). Quality control được đo hàng ngày trước khi bắt đầu. 10% số mẫu được đo lại hai lần để kiểm tra độ chính xác. Các giá trị Quality control và giá trị đo lại được ghi chép và báo cáo. Thiếu máu khi Hb <110 g/l ở trẻ < 60 tháng tuổi, và Hb <115 g/l ở trẻ >=60 tháng tuổi [1]

Ferritin huyết thanh (µg/L)

Máu toàn phần được ly tâm với tốc độ 3.000 vòng trong 10 phút ở nhiệt độ phòng và huyết thanh được tách ra đưa vào ống eppendorf 200 µl đã ghi code của đối tượng và bảo quản ở nhiệt độ -20°C tại tỉnh. Sau khi vận chuyển về Viện Dinh dưỡng, các mẫu huyết thanh phải được bảo quản lạnh ở -70°C cho tới khi phân tích.

Ferritin huyết thanh được đo bằng phương pháp ELISA. Độ chính xác được kiểm tra bằng Chất chuẩn của Ramco Laboratories. Dự trữ sắt cạn kiệt khi Ferritin < 12 µg/l ở trẻ < 60 tháng tuổi, SF < 15 µg/l khi trẻ >=60 tháng tuổi [1]

Retinol huyết thanh: Hàm lượng retinol được xác định bằng máy sắc ký lỏng cao áp HPLC tránh ánh sáng chiếu trực tiếp (LC 10 Advp, Shimadzu, Nhật bản) theo phương pháp của Nhóm tư vấn quốc tế về vitamin A. Kiểm tra chất lượng việc đo lường retinol sẽ được đánh giá trước và trong khi tiến hành điều tra bằng cách gửi mẫu đến Viện Nghiên cứu vitamin của Thụy Sĩ. Thiếu vitamin A khi vitamin A huyết thanh < 0,7 µmol/L, WHO, 1996.

Kẽm huyết thanh: Hàm lượng kẽm huyết thanh được xác định bằng đo quang phổ hấp thụ ngọn lửa (AAS GBC, Avanta) sử dụng quy trình tránh nhiễm yếu tố vi lượng tại Viện Dinh dưỡng. Thiếu kẽm khi kẽm huyết thanh < 9,9 µmol/l, Hotz, 2003 [5].

3. Phân tích và xử lý số liệu

Số liệu được kiểm tra, làm sạch trước khi vào máy, sử dụng chương trình Excel 2007. Quản lý và phân tích dữ liệu được thực hiện bằng phần mềm SPSS 19.0.

4. Đạo đức nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu được Hội đồng Khoa học và Đạo đức của Viện Dinh dưỡng thông qua.

KẾT QUẢ

Trong tổng số 586 trẻ em, có 53,7% là trẻ trai và 46,3% trẻ gái. Tuổi trung bình của trẻ em trong nghiên cứu là 44,8 tháng. Z-score chiều cao theo tuổi trung bình của trẻ em là -1,1; Z-score cân nặng theo tuổi trung bình là -1,0; Z-score chiều cao theo tuổi trung bình và z-scores cân nặng theo chiều cao trung bình ở trẻ em thành thị cao hơn trẻ em ở nông thôn có ý nghĩa thống kê (Bảng 1). Tỷ lệ trẻ em suy dinh dưỡng (SDD) thể thấp còi là 23,2%, tỷ lệ trẻ em SDD thể gầy còm là 6,3%; có 7% số trẻ bị thừa cân hoặc béo phì.

Bảng 1. Đặc điểm chung của trẻ em tham gia nghiên cứu

Chỉ số	Chung		Thành thị		Nông thôn		P
	N	T.bình / %	n	T.bình / %	n	T.bình / %	
Tuổi (tháng)	565	44,8	256	45,1	309	44,7	0,81
Cân nặng (kg)	561	13,9	247	14,4	307	13,5	0,02
Chiều cao (cm)	563	95,3	245	96,2	303	94,5	0,14
WHZ*	557	-0,4	250	-0,2	307	-0,6	0,01
Gầy còm (%)	557	6,3	250	5,2	307	7,2	0,44
WAZ*	558	-1,0	250	-0,7	308	-1,2	<0,01
Nhẹ cân (%)	558	18,1	250	14,8	308	20,8	0,11
HAZ*	552	-1,1	249	-0,9	303	-1,3	0,02
Thấp còi (%)	552	23,2	249	18,9	303	26,7	0,13

CN/T <-2z-scores (WAZ) (SDD nhẹ cân), CC/T<-2 z-scores (HAZ): (SDD thấp còi) và CN/CC<-2 z-scores (WHZ) (SDD gầy còm).

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ thiếu máu chung là 9,1%, thiếu sắt là 12,9%; và chỉ có 3,2% trẻ em bị thiếu máu thiếu sắt. Hơn một nửa số trẻ em (51,9%) bị thiếu kẽm, và tỷ lệ thiếu kẽm ở nông thôn cao hơn có YNTK so với khu vực thành thị. Tỷ lệ thiếu vitamin A là 10,1% (Bảng 2).

Bảng 2. Hàm lượng và tỷ lệ thiếu một số vi chất

Chỉ số	Chung		Thành phố		Nông thôn		p
	n	TB/%	N	TB/%	n	TB/T L	
Hb (g/l)	583	125,3	262	125,8	321	125,0	0,51
Tỷ lệ thiếu máu Hb<110g/l	583	9,1	262	8,0	321	10,0	0,50
Ferritin (μg/l)*	568	33,8	259	32,1	309	35,3	0,21
Tỷ lệ thiếu sắt SF<12 mcg/l	568	12,9		14,7		11,3	0,27
Thiếu máu thiếu sắt	564	3,2	258	1,9	306	4,3	0,25

Plasma retinol (μmol/l)	546	1,04	242	1,06	304	1,02	0,35
Tỷ lệ thiếu Vitamin A Vit A < 0,7 μmol/L	546	10,1	242	8,7	304	11,2	0,43
Kẽm huyết thanh (μmol/l)	563	10,2	257	10,8	306	9,7	<0,01
Tỷ lệ thiếu kẽm Kẽm HT < 9,9 μmol/l	563	51,9	257	42,0	306	60,1	<0,01

*geometric mean

Theo kết quả bảng 3, tỷ lệ thiếu máu và tình trạng sắt của trẻ thay đổi theo tuổi của trẻ, với độ tuổi <18 tháng có nguy cơ cao nhất đối với bệnh thiếu máu và thiếu máu thiếu sắt so với các nhóm khác, sự khác nhau có YNTK.

Đối với thiếu kẽm và vitamin A, tuổi ít tác động hơn và không có sự khác nhau có YNTK giữa các nhóm tuổi, tuy vậy, nguy cơ thiếu hoặc tình trạng thiếu cao nhất cũng ở nhóm tuổi nhỏ nhất, < 18 tháng tuổi.

Bảng 3. Tỷ lệ thiếu vitamin và khoáng chất ở trẻ em theo nhóm tuổi

Chỉ số	< 18 tháng		18 - 24 tháng		24 - 36 tháng		36 - 60 tháng		60 - 72 tháng		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tỷ lệ thiếu máu (Hb<110g/l)	42	31,0	56	3,6	111	6,3	209	4,3	143	15,4	<0,01
Tỷ lệ thiếu sắt SF<12 mcg/l	37	54,1	53	32,1	109	13,8	207	5,3	143	7,0	<0,01
Thiếu máu thiếu sắt	37	29,7	53	0	106	0,9	207	1,0	142	2,8	<0,01
Tỷ lệ thiếu kẽm Kẽm HT < 9,9 μmol/l	37	67,6	52	48,1	109	54,1	206	55,3	141	43,3	0,11
Tỷ lệ thiếu Vitamin A Vit A < 0,7 μmol/L	36	13,9	49	10,2	103	15,5	199	10,1	140	5,0	0,06

BÀN LUẬN

Theo phân loại của WHO tỷ lệ thiếu máu ở trẻ em thuộc mức nhẹ (5,0-20%) về ý nghĩa sức khỏe cộng đồng (YNSKCD) [1]. Thiếu vitamin A được nhận định là bệnh YNSKCD mức độ trung bình ($\geq 10\%$). Tỷ lệ thiếu kẽm cao ở trẻ em và thuộc mức nặng về YNSKCD ($\geq 25\%$ ở trẻ em dưới 5 tuổi) [5]

Theo điều tra thiếu máu toàn quốc, năm 2000, tỷ lệ thiếu máu ở trẻ em dưới 5 tuổi là 43% [2]. Trong nghiên cứu này (năm 2010), tỷ lệ thiếu máu ở trẻ em đã giảm nhiều, điều này cho thấy có sự cải thiện về tỷ lệ thiếu máu trong thập kỷ vừa qua. Đó là do, Việt Nam đã đưa phòng chống thiếu máu vào Kế hoạch Hành động Dinh dưỡng Quốc gia giai đoạn 2001-2010. Chiến lược đã tập trung vào việc giảm SDD trẻ em và cân nặng sơ sinh thấp cũng như thiếu vitamin A, sắt, iod thông qua đa dạng hóa thực phẩm và tăng cường vi chất dinh dưỡng vào thực phẩm. Từ cuối những năm 1990 đến 2005, thu nhập bình quân đầu người ở Việt Nam đã tăng lên từ 300 USD đến trên 400 USD, và SDD trẻ em được giảm dần từ năm 1990 đến 2010 với tỷ lệ SDD thấp còi từ 56,5% xuống 29,3% và SDD thể nhẹ cân giảm từ 51,5% xuống 17,5%. Ở Việt Nam, thu nhập bình quân đầu người tăng lên có liên quan với tăng tiêu thụ thịt, cá, trái cây, là những nguồn thực phẩm chính của sắt Hem và các yếu tố làm tăng hấp thu sắt không Hem.

Trong nghiên cứu hiện tại, nồng độ Hb đã được đo bằng máy Hemocue HB 301 và một nghiên cứu gần đây đã chỉ ra rằng máy này cho kết quả nồng độ Hb cao hơn khoảng 5 g/L so với máy Hemocue HB 201 được sử dụng trong điều tra thiếu máu năm 2000 [2]. Mặc dù vậy, việc sử dụng ngưỡng thiếu máu tăng lên khoảng 5 g/L để hiệu chỉnh, kết quả về tỷ lệ thiếu máu trong nghiên cứu này sẽ là 16,0% (CI: 12,3-19,8%) ở trẻ em, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ thiếu máu giữa thành thị và nông thôn. Tuy nhiên, tỷ lệ thiếu máu này vẫn thấp hơn so với tỷ lệ thiếu máu trong Điều tra thiếu máu toàn quốc, năm 2000, theo đó, trẻ em dưới 12 tháng có tỷ lệ thiếu máu cao nhất (45,3%), tỷ lệ thiếu máu thấp dần ở những nhóm tuổi lớn hơn và tỷ lệ thiếu máu thấp nhất ở nhóm tuổi 48-59 tháng (14,2%). Kết quả của chúng tôi thấp hơn so với kết quả của Trần Thúy Nga và cs là 38,6% ở một số xã vùng núi phía Bắc [8]. Việc thiếu nhóm trẻ dưới 12 tháng trong quần thể nghiên cứu cũng góp phần làm thấp tỷ lệ thiếu máu chung của chúng tôi.

Kết quả điều tra tình trạng sắt cho thấy tỷ lệ thiếu sắt thấp và khoảng một nửa trường hợp thiếu máu có liên quan đến thiếu sắt, điều này gợi ý rằng còn có các nguyên nhân khác gây thiếu máu ngoài thiếu sắt, như thiếu vitamin A, Folate hoặc vitamin B12 hoặc các bệnh lý huyết sắc tố. Hơn nữa, một nửa thiếu sắt không liên quan với thiếu máu, điều này gợi ý rằng lượng sắt ăn vào hàng ngày ở các đối tượng nghiên

cứu đủ cho các chức năng sinh lý bình thường nhưng không đủ để xây dựng kho dự trữ sắt cho cơ thể. Trên 25% số trẻ em có nồng độ Ferritin < 30 µg/l, cho thấy dự trữ sắt thấp (dưới 180-200 mg sắt).

Ở trẻ em, kết quả về tỷ lệ thiếu máu, thiếu sắt theo nhóm tuổi đã chỉ ra rằng tỷ lệ thiếu máu cao hơn có ý nghĩa ở nhóm trẻ < 18 tháng tuổi. Trong nghiên cứu, tỷ lệ thiếu máu được xem là vấn đề sức khỏe cộng đồng mức trung bình và hầu hết các trường hợp thiếu máu có liên quan với thiếu sắt. Hơn một nửa số trẻ em bị thiếu sắt. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Phu và cs. năm 2010. Ở nhóm trẻ lớn hơn, nguy cơ thiếu máu và thiếu sắt thấp hơn nhiều, tuy nhiên, tỷ lệ thiếu máu vẫn cao ở nhóm tuổi từ 18-23 tháng (~30%). Có mối liên quan nghịch giữa tuổi của trẻ và tình trạng sắt và thiếu máu, có thể là do trẻ có cơ hội được ăn nhiều loại thực phẩm hơn, có thể là với các sản phẩm được bổ sung vi chất như nước mắm bổ sung sắt và nhu cầu sắt của trẻ em ở nhóm tuổi lớn hơn thì thấp hơn [6].

Hiện nay, số liệu quốc gia về thiếu kẽm đo bằng kẽm huyết thanh còn ít. Hầu hết dữ liệu về thiếu kẽm có được từ khẩu phần kẽm ăn vào thấp hơn nhu cầu khuyến nghị, và tỷ lệ SDD thấp còi của trẻ dưới 5 tuổi. Mặc dù nồng độ kẽm huyết thanh thường được sử dụng để đánh giá tình trạng kẽm của cá thể, nhưng nó vẫn là chỉ số đáng tin cậy ở cộng đồng. Tỷ lệ thiếu kẽm cao ở trẻ em trong điều tra này (51,9%) phù hợp với kết quả của Phu và cs, tỷ lệ thiếu kẽm trong khoảng 32% đến 67% ở trẻ nhỏ dưới 2 tuổi [6]. Kết quả của chúng tôi thấp hơn kết quả trong nghiên cứu của Nga và cs là 85,5% [8]. Theo một nghiên cứu gần đây của Hotz C, Brown KH nhằm đánh giá nguy cơ thiếu kẽm, người dân sống ở vùng Đông Nam Á có nguy cơ thiếu kẽm cao nhất. Ở Đông Nam Á, 6 trong số 10 nước tham gia đánh giá được nhận định là nước có nguy cơ thiếu kẽm cao, trong đó có Việt Nam [5].

Tỷ lệ thiếu vitamin A và tình trạng nguy cơ thiếu vitamin A ở trẻ em khá cao. Điều tra của Viện Dinh dưỡng cho thấy tỷ lệ thiếu vitamin A ở trẻ em dưới 2 tuổi là 15% năm 2004 ở 4 vùng sinh thái [3]. Hiện nay, sau một thập kỷ, tỷ lệ thiếu vitamin A, 11,8% ở trẻ em dưới 2 tuổi và 11,9% ở trẻ em 2 đến 5 tuổi. Trẻ em có tình trạng thiếu vitamin A gợi ý rằng những nỗ lực để phòng chống thiếu vitamin A vẫn phải duy trì và phải đặc biệt chú ý đối với trẻ dưới 2 tuổi. Loại trừ bệnh

thiếu vitamin A thông qua bổ sung vitamin A là công tác trọng tâm của toàn cầu. Mặc dù vậy, nghiên cứu ở Philippin cho thấy hiệu quả của bổ sung viên nang vitamin A liều cao ở nhóm 2-3 tháng tuổi không có hiệu quả hơn so với bổ sung sau 6 tháng tuổi [7]. Kết quả này cho thấy các loại can thiệp bổ sung khác như tăng cường vi chất dinh dưỡng vào thực phẩm hoặc đa dạng hóa bữa ăn nên được triển khai rộng rãi.

KẾT LUẬN

Tỷ lệ thiếu máu 9,1%, thiếu sắt 12,9% thuộc mức YNSKCD nhẹ, theo phân loại của WHO. Tỷ lệ thiếu máu và tình trạng sắt của trẻ thay đổi theo tuổi, với độ tuổi < 18 tháng có nguy cơ thiếu máu và thiếu sắt cao nhất so với các nhóm tuổi khác.

Tỷ lệ trẻ bị thiếu kẽm là 51,9% thuộc mức YNSKCD nặng, và tỷ lệ thiếu kẽm ở nông thôn cao hơn có YNTK so với thành thị.

Tỷ lệ thiếu vitamin A là 10,1% thuộc mức YNSKCD trung bình.

KHUYẾN NGHỊ

Cần đẩy mạnh giáo dục kiến thức về dinh dưỡng hợp lý cho các bà mẹ có con nhỏ, nhằm phòng chống suy dinh dưỡng, thiếu vi chất cho trẻ em, nhất là trẻ dưới 18 tháng tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. Iron Deficiency Anemia: Assessment, Prevention, and Control. World Health Organization, 2001.
2. NIN/MOH. Report on Vietnam National Anemia Survey, 2000. Hanoi, NIN 2001, 28 pp.
3. NIN/UNICEF. Report on anemia and sub-clinical vitamin A deficiency in some provinces in Vietnam, March, 2006. NIN/UNICEF, 2006.
4. World Bank, Repositioning Nutrition as Central to Development. Washington DC, 2006.
5. Hotz C, Brown KH. Overview of zinc nutrition. Food Nutr Bull. 2004; 25 (1 Suppl 2) S99-203.
6. Phu, P.V, et al, Complementary foods fortified with micronutrients prevent iron deficiency and anemia in Vietnamese infants. J Nutr, 2010. 140(12): p. 2241-7.
7. Perlas, L.A., et al., Vitamin A status of Filipino preschool children given a massive oral dose. Southeast Asian J Trop Med Public Health, 1996. 27(4): p. 785-91.
8. Trần Thúy Nga, Phạm Văn Thúy. Tỷ lệ thiếu máu, thiếu kẽm và một số yếu tố liên quan ở trẻ em dưới 5 tuổi tại một số xã miền núi phía Bắc. Tạp chí Y học Việt Nam, tập 414, tháng 1(1), 2014, 90-93.