

NUTRITIONAL STATUS AND ASSOCIATED FACTORS IN CHILDREN AGED 5-10 YEARS AT THE NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Do Thi Dung¹, Luu Thi My Thuc^{2*}, Truong Van Quy^{1,3}

¹Hanoi Medical University 1 - Ton That Tung, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam

²National Children's Hospital - 18/879 La Thanh, Lang Ward, Hanoi City, Vietnam

³E Hospital - 89 Tran Cung, Nghia Do Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 24/10/2025

Revised: 08/11/2025; Accepted: 08/01/2026

ABSTRACT

Objective: Describe the nutritional status of children aged 5-10 years at the Nutrition Clinic, National Children's Hospital; assess several factors associated with the nutritional status of these children.

Subject and methods: Cross-sectional description.

Results: Children with underweight malnutrition accounted for 31.9%, stunting 21.3%, wasting 16.9%, and overweight/obesity 5.5% with no significant difference between sexes. Children with low birth weight had 3.7 times higher odds of being underweight and 4.7 times higher odds of being wasted compared to those with normal birth weight. Both paternal and maternal heights were significantly associated with the child's height-for-age, with the effect of maternal height ($\beta = 0.199$; $p = 0.001$) being stronger than that of paternal height ($\beta = 0.178$; $p = 0.004$), there is a difference between boys and girls. The habit of skipping breakfast increases the risk of stunting in children by 8.3 times, while children who eat quickly are 8.4 times more likely to be overweight or obese compared to those who eat slowly.

Conclusion: The prevalence of malnutrition among children aged 5-10 years remains high in all three forms, requiring appropriate and timely nutritional interventions to improve their growth and development.

Keywords: Nutritional status, children aged 5-10 years, factors associated with malnutrition, overweight-obesity.

*Corresponding author

Email: luuthucvn@gmail.com Phone: (+84) 983837166 DOI: 10.52163/yhc.v67i1.4177

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở TRẺ TỪ 5-10 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Đỗ Thị Dung¹, Lưu Thị Mỹ Thục^{2*}, Trương Văn Quý^{1,3}

¹Trường Đại học Y Hà Nội 1 - Tôn Thất Tùng, P. Kim Liên, Tp. Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Nhi Trung ương - 18/879 La Thành, P. Láng, Tp. Hà Nội, Việt Nam

³Bệnh viện E - 89 Trần Cung, P. Nghĩa Đô, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 24/10/2025

Ngày sửa: 08/11/2025; Ngày đăng: 08/01/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng dinh dưỡng ở trẻ từ 5-10 tuổi tại Phòng khám Dinh dưỡng, Bệnh viện Nhi Trung ương; nhận xét một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Kết quả: Trẻ suy dinh dưỡng nhẹ cân (31,9%), thấp còi (21,3%), gầy còm (16,9%) và TC-BP (5,5%) không có sự khác biệt về giới. Trẻ khi sinh nhẹ cân có tỷ lệ mắc suy dinh dưỡng nhẹ cân cao hơn 3,7 lần và suy dinh dưỡng gầy còm hơn 4,7 lần so với trẻ đủ cân khi sinh. Chiều cao của bố và mẹ đều có mối liên quan có ý nghĩa thống kê tới chiều cao theo tuổi của con, ảnh hưởng của mẹ ($\beta = 0,199$; $p = 0,001$) mạnh hơn so với bố ($\beta = 0,178$; $p = 0,004$) và có sự khác biệt giữa trẻ trai và trẻ gái. Thói quen bỏ ăn sáng của trẻ làm tăng nguy cơ suy dinh dưỡng thấp còi lên 8,3 lần, trẻ ăn nhanh có nguy cơ TC-BP gấp 8,4 lần so với trẻ ăn lâu.

Kết luận: Tỷ lệ trẻ em từ 5-10 tuổi mắc suy dinh dưỡng còn cao ở cả 3 thể, cần có những biện pháp can thiệp dinh dưỡng đúng và kịp thời để có thể cải thiện tầm vóc của trẻ.

Từ khóa: Tình trạng dinh dưỡng, trẻ 5-10 tuổi, yếu tố liên quan suy dinh dưỡng, thừa cân-béo phì.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, tình trạng suy dinh dưỡng ở trẻ em vẫn còn là một vấn đề sức khỏe ý nghĩa cộng đồng, với tỷ lệ suy dinh dưỡng (SDD) thấp còi, nhẹ cân, gầy còm còn ở mức cao so với nhiều quốc gia trong khu vực. Theo thống kê của Viện Dinh dưỡng Quốc gia (2019-2020), tỷ lệ trẻ SDD thấp còi ở độ tuổi học đường (5-19 tuổi) là 14,8% (năm 2010 chiếm 23,4%), đặc biệt tỷ lệ thừa cân-béo phì (TC-BP) tăng từ 8,5% (2010) lên 19,0% (2020) [1]. Theo biểu đồ tăng trưởng của Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh Hoa Kỳ, tốc độ tăng chiều cao trung bình sẽ ở mức thấp nhất kể từ khi sinh đến trước 9 tuổi ở bé gái và 10,5 tuổi ở bé trai. Vào thời điểm đó, trước khi có sự tăng tốc ở tuổi dậy thì, cả bé trai và bé gái sẽ đạt 80% chiều cao cuối cùng của chúng. Do đó, chiều cao thời điểm này mang yếu tố dự báo mạnh mẽ về chiều cao đạt được của cá nhân, đây cũng là giai đoạn tích lũy dinh dưỡng để bước vào giai đoạn đột phá khi dậy thì [2].

Mô hình tình trạng dinh dưỡng trong cộng đồng hiện nay đang có sự thay đổi, tỷ lệ SDD đã giảm và tỷ lệ TC-BP gia tăng. Bệnh viện là nơi không chỉ can thiệp cá thể mà còn là nơi góp phần cung cấp số liệu, hỗ trợ việc đảm bảo các

chính sách thiệp dinh dưỡng cộng đồng bền vững. Vì vậy để tìm hiểu lý do trẻ đến khám dinh dưỡng và khảo sát tình trạng dinh dưỡng của trẻ, chúng tôi tiến hành nghiên cứu về tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở trẻ từ 5-10 tuổi tại Phòng khám Dinh dưỡng, Bệnh viện Nhi Trung ương.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Thời gian: nghiên cứu tiến hành từ tháng 7/2024-8/2025.

- Địa điểm: Phòng khám Dinh dưỡng, Bệnh viện Nhi Trung ương.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

- Trẻ 5-10 tuổi đến khám dinh dưỡng tại Phòng khám Dinh dưỡng, Bệnh viện Nhi Trung ương.

*Tác giả liên hệ

Email: luuthucvn@gmail.com Điện thoại: (+84) 983837166 DOI: 10.52163/yhc.v67i1.4177

- Tiêu chuẩn chọn mẫu: không mắc các dị tật bẩm sinh, các bệnh lý mạn tính, chuyển hóa dinh dưỡng ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ; gia đình đồng ý cho trẻ tham gia nghiên cứu.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

- Cỡ mẫu của nghiên cứu là 254 trẻ.

- Chọn mẫu thuận tiện tất cả trẻ từ 5-10 tuổi trong thời gian nghiên cứu đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

2.5. Biến số nghiên cứu

- Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, ngày sinh, cân nặng lúc sinh, tuổi thai, chiều cao bố mẹ.

- Các thông số đánh giá tình trạng dinh dưỡng: chỉ số nhân trắc (cân nặng, chiều cao) của đối tượng nghiên cứu.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

- Kỹ thuật cân: cân điện tử SECA có độ chính xác đến 0,1 kg.

- Kỹ thuật đo chiều cao: sử dụng thước gỗ với độ chính xác 0,1 cm.

- Phân loại tình trạng dinh dưỡng của trẻ theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO, 2006) với các chỉ tiêu: cân nặng theo tuổi, chiều cao theo tuổi, BIM theo tuổi.

Bảng 1. Phân loại tình trạng dinh dưỡng trẻ 5-10 tuổi theo chỉ số nhân trắc của WHO (2006)

Z-score	Chỉ số tăng trưởng		
	Chiều cao/tuổi	Cân nặng/tuổi	BMI/tuổi
> 3SD	(1)	(2)	Béo phì
> 2 SD đến ≤ 3 SD	Bình thường		Béo phì
> 1 SD đến ≤ 2 SD	Bình thường		Thừa cân
-2 SD đến 1 SD	Bình thường	Bình thường	Bình thường
≥ -3 SD đến < -2 SD	Thấp còi vừa	Nhẹ cân vừa	Gầy
< -3 SD	Thấp còi nặng	Nhẹ cân nặng	Rất gầy

(1): Trẻ có thể rất cao, cần xem xét để loại trừ rối loạn hormon tăng trưởng (do u), đặc biệt khi bố mẹ trẻ có chiều cao bình thường; (2): Để đánh giá TC-BP, nên được đánh giá dựa trên BMI theo tuổi.

Cách tính tuổi của trẻ dựa theo cách tính tuổi của WHO (2006): từ tròn 5 tuổi đến trước sinh nhật lần thứ 6 tính 5 tuổi; và tương tự với các tuổi còn lại.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

- Sử dụng phần mềm SPSS 22.0 để nhập, xử lý số liệu.

- Số liệu về nhân trắc được xử lý bằng phần mềm Anthro 3.2.2.

- Các thuật toán dùng để phân tích số liệu: sử dụng χ^2 test để so sánh sự khác biệt giữa các tỷ lệ, hồi quy tuyến tính để tìm mối tương quan giữa 2 biến.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

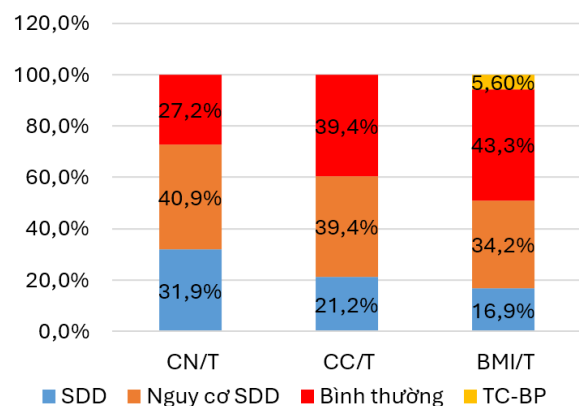
Nghiên cứu nhằm nâng cao và bảo vệ sức khỏe trẻ em, không nhằm mục đích nào khác. Nghiên cứu được tiến hành sau khi được Hội đồng Y đức của Bệnh viện Nhi Trung ương phê duyệt (Quyết định số 3301/BVNTW-HĐĐĐ ngày 24 tháng 10 năm 2024).

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 2. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 254)

Thông tin chung		n	%
Tuổi	5 tuổi	45	17,7
	6 tuổi	57	22,4
	7 tuổi	55	21,7
	8 tuổi	38	15
	9 tuổi	32	12,6
	10 tuổi	27	10,6
	$\bar{X} \pm SD$ (tuổi)	7,14 $\pm$ 1,5	
Giới tính	Trai	153	60,2
	Gái	101	39,8
Cân nặng lúc sinh	< 2500g	13	5,1
	≥ 2500g	241	94,9
Tuổi thai	< 37 tuần	15	5,9
	≥ 37 tuần	239	94,1

Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 7,14 $\pm$ 1,5, đa phần trẻ ở độ tuổi 6 tuổi (22,4%) và 7 tuổi (21,7%). Trẻ trai nhiều gấp 1,5 lần trẻ gái. Hầu hết trẻ có cân nặng sơ sinh đủ cân (94,9%) và sinh đủ tháng (94,1%).



Biểu đồ 1. Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu

Tỷ lệ trẻ SDD nhẹ cân cao nhất, chiếm 31,9%; tỷ lệ trẻ SDD thấp còi là 21,3%; SDD gầy còm chiếm 16,9%; trẻ TC-BP là 5,5%.

Bảng 3. Mối liên quan giữa tình trạng SDD và một số đặc điểm của trẻ

Đặc điểm của trẻ		SDD nhẹ cân		SDD thấp còi		SDD gầy còm	
		Có	Không	Có	Không	Có	Không
Giới tính	Trai (n = 153)	48 (31,4%)	105 (68,6%)	32 (20,9%)	121 (79,1%)	26 (17%)	127 (83%)
	Gái (n = 101)	33 (32,6%)	68 (67,3%)	22 (21,8%)	79 (78,2%)	17 (16,8%)	84 (83,2%)
	p	> 0,05		> 0,05		> 0,05	
Cân nặng lúc sinh	< 2500g (n = 13)	8 (61,5%)	5 (38,5%)	3 (23,1%)	10 (76,9%)	6 (46,2%)	7 (53,9%)
	≥ 2500g (n = 241)	73 (30,3%)	168 (69,7%)	51 (21,2%)	190 (78,8%)	37 (15,4%)	204 (84,6%)
	p	< 0,05		> 0,05		< 0,05	
	OR	3,7 [1,1-11,8]				4,7 [1,5-15,2]	
Tuổi thai	< 37 tuần (n = 15)	4 (26,7%)	11 (73,3%)	4 (26,7%)	11 (73,3%)	2 (13,3%)	13 (86,7%)
	≥ 37 tuần (n = 239)	77 (32,2%)	162 (67,8%)	50 (20,9%)	189 (79,1%)	41 (17,2%)	198 (82,8%)
	p	> 0,05		> 0,05		> 0,05	

Tỷ lệ SDD ở trẻ trai và trẻ gái không có sự khác biệt ($p > 0,05$). Không tìm thấy mối liên hệ giữa tình trạng dinh dưỡng của trẻ với tuổi thai ($p > 0,05$). Trẻ có cân nặng lúc sinh dưới 2500g có nguy cơ mắc SDD thể nhẹ cân gấp 3,7 lần và SDD thể gầy còm gấp 4,7 lần so với trẻ có cân nặng từ 2500g trở lên ($p < 0,05$). Không tìm thấy sự khác biệt giữa SDD thấp còi và cân nặng lúc sinh của trẻ ($p > 0,05$).

Bảng 4. Ảnh hưởng chiều cao bố, chiều cao mẹ tới chiều cao trẻ

Biến độc lập	Chiều cao bố				Chiều cao mẹ			
	Beta	β	KTC 95%	p	Beta	β	KTC 95%	p
Chiều cao của trẻ	0,42	0,178	0,014-0,07	0,004	0,48	0,199	0,019-0,076	0,001
Chiều cao trẻ trai	0,42	0,156	0,000-0,084	0,049	0,64	0,238	0,022-0,105	0,003
Chiều cao trẻ gái	0,041	0,222	0,005-0,077	0,025	0,032	0,164	-0,006-0,07	0,096

Phân tích hồi quy tuyến tính thấy chiều cao của bố và mẹ đều có mối liên quan có ý nghĩa thống kê tới chiều cao theo tuổi của con. Cụ thể ảnh hưởng của mẹ ($\beta = 0,199$; $p = 0,001$) mạnh hơn so với bố ($\beta = 0,178$, $p = 0,004$). Chiều cao của bé trai chịu ảnh hưởng từ mẹ ($\beta = 0,238$) nhiều hơn bố ($\beta = 0,156$), bé gái thì chịu ảnh hưởng có ý nghĩa từ bố ($p = 0,025$), sự ảnh hưởng từ chiều cao mẹ không có ý nghĩa ($p = 0,096$).

Bảng 5. Mối liên quan thói quen bữa ăn và tình trạng dinh dưỡng của trẻ

Tình trạng dinh dưỡng của trẻ		Thói quen ăn sáng			Thời gian ăn	
		Không ăn (n = 3)	Hay bỏ bữa (n = 29)	Thường xuyên (n = 222)	≤ 30 phút (n = 159)	> 30 phút (n = 95)
SDD nhẹ cân	n (%)	1 (33,3)	13 (44,8)	67 (30,2)	48 (30,2)	33 (34,7)
	p	> 0,05			> 0,05	
SDD thấp còi	n (%)	2 (66,7)	9 (31)	43 (19,4)	27 (17,0)	27 (28,4)
	p	< 0,05			< 0,05	
	OR	8,3	1,87		0,515 [0,28-0,95]	
SDD gầy còm	n (%)	0	6 (20,7)	37 (16,7)	26 (16,4)	17 (17,9)
	p	> 0,05			> 0,05	
TC-BP	n (%)	0	0	14 (6,3)	13 (8,18)	1 (1,1)
	p	> 0,05			< 0,05	
	OR				8,4 [1,08-66,7]	

Tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thói quen ăn sáng và tình trạng SDD thấp còi, thời gian ăn mỗi bữa và tình trạng SDD thấp còi, TC-BP. Phân tích hồi quy logistic thấy trẻ không ăn sáng hoặc hay bỏ bữa sáng có nguy cơ thấp còi cao gấp 8,3 lần và 1,87 lần so với trẻ ăn sáng thường xuyên. Về thời gian ăn, trẻ ăn nhanh (≤ 30 phút) có nguy cơ TC-BP gấp 8,4 lần trẻ ăn lâu (> 30 phút). Ngược lại, trẻ ăn nhanh ít nguy cơ thấp còi hơn trẻ ăn lâu ($OR = 0,515$; $p = 0,031$).

4. BÀN LUẬN

Qua khảo sát 254 trẻ từ 5-10 tuổi đến khám tại Phòng khám Dinh dưỡng, Bệnh viện Nhi Trung ương, bảng 2 thể hiện các trẻ độ tuổi 6-7 tuổi chiếm đa số (22,4% và 21,7%), thấp nhất là trẻ 10 tuổi (10,6%), tuổi trung bình là $7,14 \pm 1,5$, tỷ lệ trai/gái là 1,5/1. Tuổi tập trung đến khám thấp hơn so với nghiên cứu trước đó tại cùng địa điểm nghiên cứu của Nguyễn Thái Hà và cộng sự (2018) với độ tuổi trung bình 7,6 tuổi, tỷ lệ trai/gái là 1,2/1 [3]. Điều này có thể giải thích giai đoạn trẻ bước vào lớp 1 chính là lúc trẻ phải làm quen với nếp sinh hoạt, học tập mới, dễ nảy sinh các vấn đề dinh dưỡng, sức khỏe. Hơn thế nữa, nhu cầu dinh dưỡng của trẻ tăng lên rõ rệt để đáp ứng việc học tập và phát triển thể chất. Do vậy, các phụ huynh đã quan tâm sớm tới vấn đề tăng trưởng của trẻ ở cả cân nặng và chiều cao để có thể bắt kịp các bạn cùng trang lứa. Trong nghiên cứu của Lê Thị Hiệp và cộng sự (2022) chỉ ra rằng học sinh nữ tăng cân nhanh vượt trội ở giai đoạn từ 8-10 tuổi so với học sinh nam. Đồng thời tốc độ tăng chiều cao của nữ tăng nhanh từ 8 tuổi và tăng vượt trội vào giai đoạn 9-10 tuổi, vượt trung bình chiều cao của học sinh nam lúc 10 tuổi. Chính vì vậy nên trẻ gái ít gặp các vấn đề dinh dưỡng hơn trẻ trai trong giai đoạn này [4].

Theo thống kê của Viện Dinh dưỡng Quốc gia (2019-2020), tỷ lệ trẻ SDD thấp còi ở độ tuổi học đường (5-19 tuổi) là 14,8%, SDD nhẹ cân 8,0%, SDD gầy còm 14,6%, tỷ lệ TC-BP khá cao là 19,0% (năm 2010 là 8,5%) [1]. Một đánh giá tổng quan từ các tài liệu được công bố từ năm 2002-2009 về tình trạng dinh dưỡng của trẻ từ 6-12 tuổi ở các nước thu nhập thấp và trung bình đã được thực hiện bởi Cora Best cùng cộng sự, tỷ lệ SDD thấp còi, nhẹ cân và gầy còm cao nhất ở các nước tại Đông Nam Á (lần lượt 29%, 39% và 34%), trong khi ở châu Mỹ Latin tỷ lệ này lần lượt là 16%; 8% và 6%. Tỷ lệ TC-BP cao nhất ở các nước châu Mỹ Latin (20-35%); tại châu Phi và châu Á, tỷ lệ này thường dưới 15% [5]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thể hiện tại biểu đồ 1, tỷ lệ trẻ SDD thấp còi là 21,3%, nhẹ cân 31,9%, gầy còm 16,9%, TC-BP 5,5%. Đối chiếu với số liệu chung khu vực Đông Nam Á thì tỷ lệ trẻ SDD trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn, nhưng so với thống kê của Viện Dinh dưỡng Quốc gia thì tỷ lệ trẻ SDD ở cả 3 thể của chúng tôi đều cao hơn, điều này có thể giải thích bởi nghiên cứu này thực hiện tại Phòng khám Dinh dưỡng, nơi các trẻ đến khám bởi nhiều vấn đề dinh dưỡng. Bên cạnh đó thì tỷ lệ trẻ TC-BP đi khám lại rất thấp so với các nghiên cứu cộng đồng, có thể thấy rằng hiện nay phụ huynh tại Việt Nam vẫn giành mỗi quan tâm nhiều hơn về tình trạng

thấp và gầy của trẻ và chưa có cái nhìn đúng về tình trạng TC-BP.

Đánh giá mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng và giới tính của trẻ, cả 2 giới có tỷ lệ SDD hầu như tương đương nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) (bảng 3). Kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu trước đó của Lê Thị Hiệp và cộng sự (2022) nghiên cứu ở trẻ tiểu học 3 tỉnh miền Bắc [4].

Khi phân tích mối tương quan giữa tỷ lệ SDD và tiền sử sản khoa, chúng tôi thấy tuổi thai không có mối liên quan tới tình trạng dinh dưỡng của trẻ ($p > 0,05$). Cân nặng lúc sinh có mối liên hệ với tình trạng dinh dưỡng, trẻ có cân nặng lúc sinh thấp ($< 2500g$) có nguy cơ mắc SDD nhẹ cân cao hơn 3,7 lần ($p < 0,05$) và SDD gầy còm hơn 4,7 lần ($p < 0,05$) so với trẻ có cân nặng lúc sinh bình thường, không có sự khác biệt về nguy cơ SDD thấp còi ở nhóm trẻ nhẹ cân và đủ cân ($p > 0,05$) (bảng 3). Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương và cộng sự (2024) về mô hình tăng trưởng của trẻ sinh non nhỏ so với tuổi thai trong 10 năm đầu đời, trẻ sinh non có sự tăng trưởng nhanh sau sinh, nhưng vẫn có chiều cao theo tuổi thấp hơn ở tuổi thứ 1 và tuổi thứ 2, bắt kịp trẻ đủ tháng ở tuổi thứ 6. So với những trẻ sinh ra đủ cân, trẻ sơ sinh nhẹ cân có nguy cơ gầy còm cao hơn ở tuổi thứ 2 và tuổi thứ 6 lần lượt 2,5 lần (KTC 95%: 1,0-6,1), 2,6 lần (KTC 95%: 1,4-4,6). Nguy cơ SDD thấp còi của trẻ sinh nhẹ cân cũng cao hơn 2,4 lần (KTC 95%: 1,5-3,8) ở tuổi thứ 2 và 2,3 lần (KTC 95%: 1,2-4,1) ở 6-7 tuổi so với nhóm sinh đủ cân, không có sự khác biệt ở tuổi 10 [6].

Nghiên cứu ảnh hưởng của chiều cao bố mẹ đối với chiều cao của con, kết quả thể hiện tại bảng 4 cho thấy chiều cao của bố và mẹ đều có mối liên quan có ý nghĩa thống kê tới chiều cao theo tuổi của con. Cụ thể ảnh hưởng của mẹ ($\beta = 0,199$; KTC 95%: 0,02-0,076; $p = 0,001$) mạnh hơn so với bố ($\beta = 0,178$; KTC 95%: 0,014-0,07; $p = 0,004$). Đối với từng giới thì chiều cao của bé trai chịu ảnh hưởng từ mẹ ($\beta = 0,238$, $p = 0,003$) nhiều hơn từ bố ($\beta = 0,156$, $p = 0,049$), bé gái thì chịu ảnh hưởng có ý nghĩa từ bố ($p = 0,025$), sự ảnh hưởng từ chiều cao mẹ không có ý nghĩa ($p = 0,096$). Kết quả nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu của Han Wu và cộng sự (2021) về mối liên quan giữa chiều cao bố mẹ tới tình trạng thấp còi của trẻ tại các nước thu nhập thấp, kết quả thu được cả chiều cao của mẹ và chiều cao của bố đều có liên quan đến HAZ của trẻ ($\beta = 0,047$; KTC 95%: 0,043-0,050 của mẹ và $\beta = 0,022$; KTC 95%: 0,018-0,025 của bố). Mối liên hệ giữa mẹ và con cái lớn hơn đáng kể so với mối liên hệ giữa bố và con cái [7].

Nghiên cứu của Lê Nguyễn Bảo Khanh cùng cộng sự (2016) về tác động bữa sáng lên tình trạng dinh dưỡng trẻ 2-11 tuổi, tỷ lệ thấp còi trong nhóm trẻ tiểu học bỏ ăn sáng cao gấp 2,5 lần so với nhóm sáng hàng ngày [8]. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ trẻ thấp còi không ăn sáng (66,67%) hoặc thường xuyên bỏ bữa sáng (31,0%) gấp 3,4 và 1,6 lần so với trẻ ăn hằng ngày (19,4%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thói quen ăn sáng và tình trạng thấp còi ($p = 0,043$) (bảng 5). Phân tích hồi quy logistic cho thấy

trẻ không ăn sáng có nguy cơ thấp còi cao gấp 8,3 lần, trẻ hay bỏ bữa sáng nguy cơ thấp còi gấp 1,87 lần so với trẻ ăn sáng thường xuyên. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Lê Nguyễn Bảo Khanh, có thể do nghiên cứu được thực hiện tại Phòng khám Dinh dưỡng - nơi các trẻ đều gặp những vấn đề về dinh dưỡng, thói quen sai trong chế độ ăn gây nên.

Trần Thị Hoài Thanh cùng cộng sự (2024) đã thực hiện nghiên cứu thực trạng TC-BP trên trẻ tiểu học tỉnh Bình Thuận, cho kết quả học sinh ăn uống bình thường có nguy cơ TC-BP gấp 1,9 lần so với học sinh ăn chậm (OR = 1,9; KTC 95%: 1,015-3,556; p = 0,045) [9]. Kết quả trong nghiên cứu này có mối liên hệ giữa thời gian ăn bữa chính và tình trạng trẻ TC-BP, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05). Cụ thể trẻ ăn nhanh có nguy cơ TC-BP gấp 8,4 lần trẻ ăn lâu (KTC 95%: 1,08-66,7; p = 0,016), cao hơn so với các nghiên cứu của Trần Thị Hoài Thanh và cộng sự, Lê Nguyễn Bảo Khanh và cộng sự. Ngoài ra, có sự khác biệt có ý nghĩa về tình trạng SDD thấp còi và thời gian ăn, trẻ ăn lâu (> 30 phút) nguy cơ thấp còi gấp 1,94 lần đối với trẻ ăn nhanh (KTC 95%: 1,06-3,57; p = 0,031).

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ trẻ em từ 5-10 tuổi mắc SDD còn cao ở cả 3 thể, cần có những biện pháp can thiệp dinh dưỡng đúng và kịp thời để có thể cải thiện tầm vóc của trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Viện Dinh dưỡng Quốc gia. Kết quả Tổng điều tra dinh dưỡng năm 2019-2020, 2021.
- [2] Saavedra J.M, Prentice A.M. Nutrition in school-age children: a rationale for revisiting priorities. *Nutr Rev*, 2022, 81 (7): 823-843. 10.1093/nutrit/nuac015.
- [3] Nguyễn Thái Hà, Lưu Thị Mỹ Thục. Tình trạng dinh dưỡng và thiếu hụt vitamin D ở trẻ 6-11 tuổi tại Bệnh viện Nhi Trung ương. *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm*, 2018, 14 (5): 53-59.
- [4] Lê Thị Hiệp, Lê Danh Tuyên, Trần Thúy Nga và cộng sự. Tình trạng dinh dưỡng của học sinh tiểu học 3 tỉnh miền Bắc năm 2020. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2022, 516 (1): 190-194. <https://doi.org/10.51298/vmj.v516i1.2982>.
- [5] Best C, Neufingerl N et al. The nutritional status of school-aged children: why should we care? *Food and Nutrition Bulletin*, 2010, 31 (3): 400-17. 10.1177/156482651003100302.
- [6] Nguyen Thi Phuong, Nguyen Hong Phuong, Tran Mai Lan et al. Growth patterns of preterm and small for gestational age children during the first 10 years of life. *Food and Nutrition*, 2024, 11: 1348225. 10.3389/fnut.2024.1348225.
- [7] Wu H, Ma C, Yang L, Xi B. Association of parental height with offspring stunting in 14 low- and middle-income countries. *Food and Nutrition*, 2021, 8: 650976. 10.3389/fnut.2021.650976.
- [8] Lê Nguyễn Bảo Khanh, Nguyễn Hồng Trường, Nguyễn Hữu Chính, Nguyễn Đỗ Văn Anh, Ilse-Tan Khaw, Paul Deurenberg. Tác động của bỏ bữa sáng lên tình trạng dinh dưỡng của trẻ mẫu giáo, mầm non và tiểu học (2-11 tuổi). *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm*, 2016, 12 (1): 39-46.
- [9] Trần Thị Hoài Thanh, Hoàng Hà. Thực trạng thừa cân béo phì và các yếu tố liên quan ở học sinh Trường Tiểu học Tuyên Quang, thành phố Phan Thiết, tỉnh Bình Thuận. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2024, 536 (2): 85-89. <https://doi.org/10.51298/vmj.v536i2.8883>