

Các triệu chứng phổ biến nhất ở tất cả bệnh nhân là biến đổi biểu mô sắc tố (BMST) và xuất tiết (100,0%). Bong thanh dịch (62,1%), phù hoàng điểm (58,6%) và bong võng mạc (41,4%) cũng xuất hiện ở một tỷ lệ lớn bệnh nhân.

4.3. Đặc điểm tổn thương trên hình ảnh cận lâm sàng. Các tổn thương phổ biến nhất, xuất hiện ở tất cả bệnh nhân, là biến đổi BMST và xuất tiết (100,0%). Bong thanh dịch võng mạc thể thủy tinh (65,5%), phù hoàng điểm (58,6%) và xuất huyết (48,3%) cũng xuất hiện ở một tỷ lệ lớn bệnh nhân. Tân mạch là tổn thương ít phổ biến nhất trong số các tổn thương được khảo sát, chiếm 34,5%.

Dấu hiệu trên OCT A phổ biến nhất là dấu hiệu tổn thương bề mặt (65,5%), trong khi dấu hiệu tổn thương sâu chiếm tỷ lệ thấp hơn (34,5%).

Kích thước phổ biến nhất của khối u là 2.00 đường kính gai thị, chiếm 34,5%, và vị trí phổ biến nhất của khối u là cạnh hoàng điểm, chiếm 37,9%. Các khối u có chiều rộng và chiều cao rất khác nhau, với chiều rộng trung bình là 6,19 mm, lớn hơn so với chiều cao trung bình là 2,45 mm, cho thấy các khối u thường rộng hơn là cao.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ phân bố độ tuổi cho thấy xu hướng tăng nguy cơ mắc u mạch hắc mạc theo độ tuổi, đặc biệt là từ tuổi trung niên trở lên.

- Triệu chứng nhìn mờ là lý do chính dẫn đến việc khám bệnh và phát hiện u mạch hắc mạc, và đa số bệnh nhân phát hiện bệnh trong vòng 3 tháng đầu tiên sau khi có triệu chứng.

- Thị lực tốt chỉ chiếm 10,3% trong tổng số bệnh nhân.

- Nhãn áp của bệnh nhân nằm trong giới hạn bình thường (10-21 mmHg).

- Tất cả bệnh nhân đều có một nốt vàng

cam, với vị trí phổ biến nhất là cạnh hoàng điểm (37,9%) và ngoài hoàng điểm (34,5%).

- Kích thước nốt vàng cam đa dạng, với phần lớn có kích thước nhỏ.

- Hơn một nửa số bệnh nhân không có xuất huyết, và trong số các bệnh nhân có xuất huyết, xuất huyết hỗn hợp chiếm tỷ lệ cao nhất.

- Các triệu chứng phổ biến nhất là biến đổi BMST và xuất tiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Shields CL, Honavar SG, Shields JA, et al** (2001). "Circumscribed choroidal hemangioma: Clinical manifestations and factors predictive of visual outcome in 200 consecutive cases". *Ophthalmology*. 2001;108: 2237-2248.
2. **Shields JA, Shields CL** (2008). "Circumscribed choroidal hemangioma. In: Shields JA, Shields CL, editors. *Intraocular Tumors: An Atlas and Textbook*". Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2008. pp. 230-245.
3. **Scott IU, Alexandrakis G, Cordahi GJ, et al** (1999). "Diffuse and circumscribed choroidal hemangiomas in a patient with Sturge-Weber syndrome". *Arch Ophthalmol*. 1999;117:406-407.
4. **Cheung D, Grey R, Rennie I** (2000). "Circumscribed choroidal haemangioma in a patient with Sturge Weber syndrome". *Eye (Lond)* 2000;14(Pt 2):238-240.
5. **Jarrett WH, Hagler WS, Larose JH, et al** (1976). "Clinical experience with presumed hemangioma of the choroid: Radioactive phosphorus uptake studies as an aid in differential diagnosis". *Trans Sect Ophthalmol Am Acad Ophthalmol Otolaryngol*. 1976;81:862-870.
6. **Reese AB, Hagerstown, MD: Harper and Row** (1976). "Tumors of the Eye".
7. **Witschel H, Font RL** (1976). "Hemangioma of the choroid. A clinicopathologic study of 71 cases and a review of the literature". *Surv Ophthalmol*. 1976;20:415-431.
8. **Lanzetta P, Virgili G, Ferrari E, et al** (1995). "Diode laser photocoagulation of choroidal hemangioma". *Int Ophthalmol*. 1995;19:239-247.

ĐẶC ĐIỂM VÀ MỨC ĐỘ BÉO PHÌ CỦA TRẺ BÉO PHÌ TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG NĂM 2023

Nguyễn Ngọc Khánh¹, Nguyễn Thị Trâm Anh²

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Khánh

Email: khanhnn@nch.gov.vn

Ngày nhận bài: 6.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2024

Ngày duyệt bài: 17.10.2024

Tỷ lệ béo phì (BP) ngày càng gia tăng ở cả các nước đang phát triển và phát triển và trở thành một vấn đề sức khỏe cộng đồng lớn. Ước tính gần một nửa dân số trưởng thành trên thế giới sẽ bị thừa cân (TC) hoặc béo phì (BP) vào năm 2030. **Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm và mức độ béo phì của trẻ béo phì tại bệnh viện Nhi Trung ương năm 2023. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang 437 trẻ độ tuổi từ 5 – 18 đủ tiêu chuẩn béo phì của tổ chức y tế thế giới năm 2023 tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Kết**

quả: Phân bố mức độ béo phì: 64,45% từ +2SD đến +3SD; 34,55% > +3SD. Phân bố chiều cao của trẻ béo phì: 89,93 % ở giới hạn bình thường -2SD đến 2SD; 9,15% > +2SD; chỉ có 0,92% từ - 3SD đến - 2SD. Phân bố theo giới: 64,3% ở trẻ trai; 35,7% ở trẻ gái. Mức độ béo phì theo giới: ở trẻ trai: $3,19 \pm 1,24$, ở trẻ gái: $2,78 \pm 0,66$. Không thấy sự khác biệt của mức cân nặng lúc sinh với tỷ lệ béo phì. **Kết luận:** Số lượng trẻ khám béo phì ngày càng tăng, nguy cơ của các rối loạn chuyển hoá cao. Mức độ béo phì ở trẻ em chủ yếu mức độ I (2SD - 3SD). Cần thiết có giáo dục học đường về các nguy cơ của béo phì và chế độ sinh hoạt phù hợp cho trẻ em và trẻ vị thành niên.

Từ khóa: Thừa cân, béo phì

SUMMARY

CHARACTERISTICS AND OBESITY DEGREE OF OBESE CHILDREN AT THE NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL IN 2023

The prevalence of obesity is increasing in both developing and developed countries and has become a major public health problem. It is estimated that nearly half of the world's adult population will be affected by obesity by 2030. **Objective:** Describe some characteristics and obesity degree of obese children at the National Children's Hospital in 2023. **Subjects and methods:** Cross-sectional study of 437 children aged 5 - 18 who met the World Health Organization's obesity standards in 2023 at the National Children's Hospital. **Results:** Distribution of obesity degree was: 64.45% from +2SD to +3SD; 34.55% from > +3SD. Height distribution of obese children: 89.93% within normal range -2SD to 2SD; 9.15% > +2SD; only 0.92% from - 3SD to - 2SD. Gender distribution was: 64.3% in boys; 35.7% in girls. Obesity degree by gender was in boys: 3.19 ± 1.24 , in girls: 2.78 ± 0.66 . There was no difference between birth weight and obesity rate. **Conclusions:** The number of children examined for obesity is increasing, the risk of metabolic disorders is high. The degree of obesity in children was grade I (2SD - 3SD). School education about the risks of obesity and appropriate lifestyle choices for children and adolescents are necessary.

Keywords: Overweight, obesity

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Béo phì (BP) đang nhanh chóng nổi lên như một trong những thách thức toàn cầu lớn nhất của thế kỷ 21, đặc biệt là ở trẻ em [1]. Tỷ lệ thừa cân (TC), BP đang gia tăng ở cả các nước đang phát triển và phát triển và trở thành một vấn đề sức khỏe cộng đồng lớn. Ước tính gần một nửa dân số trưởng thành trên thế giới sẽ bị TC hoặc BP vào năm 2030 [2]. Từ năm 1975 đến năm 2016, tỷ lệ BP chuẩn hóa theo độ tuổi trên toàn cầu ở trẻ em và thanh thiếu niên từ 5-19 tuổi đã tăng từ 0,7 % lên 5,6% đối với bé gái và từ 0,9% đến 7,8% đối với bé trai [3]. Theo tổ chức y tế thế giới năm 2016, có khoảng 41 triệu trẻ em dưới 5 tuổi và 340 triệu trẻ em từ 5-19

tuổi bị TC, BP. Tỷ lệ BP ở trẻ em ngày càng gia tăng đã dẫn đến sự xuất hiện của nhiều bệnh đi kèm liên quan đến BP gây ảnh hưởng lớn cho hệ thống chăm sóc sức khỏe [4]. Nhiều nghiên cứu đã ghi nhận tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa cao ở trẻ em và thanh thiếu niên BP và tỷ lệ này gia tăng khi tình trạng BP trầm trọng [5]. Trong những năm gần đây, số lượng trẻ béo phì đến khám tại Bệnh viện Nhi Trung ương ngày càng tăng. Với mục đích tìm hiểu mức độ béo phì cũng như đặc điểm của trẻ béo phì, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu sau: *Mô tả một số đặc điểm và mức độ béo phì của trẻ béo phì tại bệnh viện Nhi Trung ương năm 2023.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn.** Trẻ từ 5 đến 18 tuổi được chẩn đoán BP tại Trung tâm Nội tiết-Chuyển hóa- Di truyền và Liệu pháp phân tử, Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2023.

Trẻ có chỉ số khối cơ thể (BMI) theo giới tính và độ tuổi cụ thể > + 2 SD theo bảng chuẩn BMI của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) năm 2007.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Những trẻ đang mắc bệnh cấp tính hoặc bệnh mạn tính như lao, nhiễm HIV/AIDS hoặc các bệnh mà béo phì là một triệu chứng của bệnh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu

Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện các bệnh nhân đạt đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Chúng tôi đã lựa chọn được 437 bệnh nhi từ 5-18 tuổi được chẩn đoán béo phì tại Trung tâm Nội tiết-Chuyển hóa- Di truyền và Liệu pháp phân tử, Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2023.

Thời gian, địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại bệnh viện Nhi Trung ương từ T1/2023 đến 12/2023.

Biến số nghiên cứu: tuổi, giới, chiều cao, cân nặng, BMI, cân nặng lúc sinh.

Phân tích số liệu: thống kê y học theo phần mềm SPSS 20.0

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Toàn bộ thông tin nghiên cứu từ hồ sơ được bảo mật thông tin và không can thiệp vào quá trình điều trị của bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu 437 bệnh nhi béo phì từ 5 - 18 tuổi đủ tiêu chuẩn nghiên cứu năm 2023, chúng tôi thu được kết quả sau:

Bảng 1. Phân bố BMI và chiều cao theo

chuẩn WHO

HAZ	n	%
< -3SD	0	0,00
< -2SD	4	0,92
-2SD ≤ z-score ≤ 2SD	393	89,93
> + 2SD	40	9,15
BAZ	n	%
2-3 SD (mức độ I)	286	65,45
> 3SD – 4SD (mức độ II)	145	33,18
> 4SD (mức độ III)	6	1,37

BAZ: chỉ số Z score của BMI theo tuổi so với bảng chuẩn BMI của WHO 2007.

HAZ: chỉ số Z score của chiều cao theo tuổi so với bảng chuẩn chiều cao – WHO 2007.

Nhận xét: Phần lớn các bệnh nhân trong nghiên cứu (89,93%) có chiều cao bình thường: $-2SD \leq HAZ \leq 2SD$. Nhóm bệnh nhân có $2SD \leq BAZ \leq 3SD$ chiếm tỷ lệ cao nhất (65,45%).

Bảng 2. Phân bố theo tuổi, giới của trẻ BP

Đặc điểm		n	%
Tuổi	5-10 tuổi	306	70,02
	10-18 tuổi	131	29,98
Giới tính	Nam	281	64,30
	Nữ	156	35,70
Tổng		437	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu, tỷ lệ nam giới chiếm 64,3%, trong đó nhóm trẻ 5-10 tuổi là chủ yếu với tỷ lệ 70,02 %.

Bảng 3. Mức độ BMI, chiều cao theo giới tính

Đặc điểm	Chung (TB±SD)	Giới		p
		Nam	Nữ	
BAZ	3,00±1,02	3,19±1,24	2,78±0,66	0,00017
HAZ	0,58±1,14	0,59±1,25	0,57±1,00	0,898

Nhận xét: Điểm số trung bình BAZ nhóm trẻ nam trong nghiên cứu cao hơn so với trẻ nữ, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Đối với chiều cao, không có sự khác biệt giữa 2 nhóm trẻ trai và trẻ gái.

Bảng 4. Phân bố theo cân nặng khi sinh

Cân nặng lúc sinh	n	%
<2500g	110	25,17
2500-3500g	190	43,48
>3500g	137	31,35
Tổng	437	100

Nhận xét: Nhóm trẻ có cân nặng khi sinh từ 2,5 -3,5 kg chiếm tỷ lệ cao nhất 43,48%

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 437 bệnh nhi béo phì từ 5-18 tuổi tại Trung tâm Nội tiết- Chuyển hóa- Di truyền và Liệu pháp phân tử Bệnh viện Nhi Trung ương, chúng tôi nhận thấy đa số (65,45%) trẻ có mức độ béo phì độ I từ + 2SD đến + 3SD và có 34,55% có mức độ béo phì >

+3SD. Điều này chứng tỏ nhận thức của các bậc phụ huynh về các ảnh hưởng của béo phì tới sức khỏe của trẻ nên đã đưa trẻ đi khám khá sớm. Đặc biệt hầu hết các trẻ béo phì (70,02%) ở lứa tuổi 5-10 tuổi. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với các tác giả khác: một nghiên cứu tại TPHCM cũng cho thấy tình trạng béo phì cao ở lứa tuổi tiểu học hơn so với các lứa tuổi học đường khác [6]. Ngoài ra, trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ độ tuổi 5-10 cao hơn có thể được giải thích một phần do lứa tuổi học sinh trung học phổ thông ít xu hướng đến khám tại viện nhi mà thay vào đó là một bệnh viện đa khoa.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhi nam BP cao hơn bệnh nhi nữ BP (64,30% và 35,70%). Kết quả này phù hợp với khảo sát của Nguyễn Lân và cộng sự năm 2020 (51,9% và 29,5%) [7]. Điều này có thể được lý giải một phần do nam giới ít quan tâm đến cân nặng hơn và ít sử dụng các biện pháp để kiểm soát việc tăng cân hơn so với nữ giới. Ngoài ra, sự khác biệt trên có thể được giải thích do sức ăn khác nhau giữa trẻ nam và trẻ nữ.

Giá trị BAZ và HAZ trung bình của bệnh nhi nam BP lần lượt là $3,19 \pm 1,24$ và $0,59 \pm 1,25$. Giá trị BAZ và HAZ trung bình của bệnh nhi nữ BP lần lượt là $2,78 \pm 0,66$ và $0,57 \pm 1,00$. Trong đó, giá trị BAZ trung bình ở nhóm nam cao hơn nhóm nữ có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) còn sự khác biệt giá trị HAZ trung bình giữa 2 giới không có ý nghĩa. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Nguyễn được thực hiện năm 2016. Nghiên cứu của tác giả này cho kết quả BAZ trung bình của học sinh nam là $0,017 \pm 0,082$ cao hơn nhóm học sinh nữ là $-0,409 \pm 0,068$ với $p < 0,001$. HAZ trung bình của học sinh nam là $-0,422 \pm 0,054$ so với HAZ trung bình của học sinh nữ $-0,325 \pm 0,053$ thì không có sự khác biệt ($p > 0,05$). Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Nguyễn được thực hiện trên trẻ khỏe mạnh từ 7-9 tuổi, nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên trẻ béo phì 5-19 tuổi. Điều này có thể là nguyên nhân chính khiến cho kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Nguyễn [8]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ trẻ béo phì có chậm tăng trưởng chiều cao nhẹ chiếm 0,92% trong khi đó 9,15% đối tượng có chiều cao phát triển hơn so với tuổi. Một nghiên cứu với mục tiêu nhằm so sánh tỷ lệ béo phì giữa các phần trăm chiều cao cũng như giữa giới tính và thể hệ cho thấy ở các bé gái và bé trai có vóc dáng cao, tỷ lệ thừa cân cao gấp 1,6 và 2,8 lần và tỷ lệ béo phì cao gấp 2,7 và 2,2 lần so với trẻ em và thanh

thiếu niên có vóc dáng thấp [9]. Ngược lại, ở người trưởng thành tỷ lệ béo phì ngày càng tăng khi tầm vóc giảm dần ở người lớn [9].

Đối tượng có cân nặng lúc sinh từ 2500-3500g chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 43,48% rồi đến cân nặng lúc sinh trên 3500g chiếm 31,35%, cân nặng lúc sinh dưới 2500 chiếm tỷ lệ thấp nhất (10,26%). Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hoa: cân nặng khi sinh từ 2500-3500g chiếm nhất nhất (63,93%). Kết quả này cũng khác với một nghiên cứu cắt ngang trên 1576 học sinh độ tuổi 6-10 tuổi tại thành phố Tam Kỳ, tỉnh Quảng Nam cho thấy tỷ lệ trẻ TCBP có cân nặng lúc sinh < 2500g là 12,7% so với trẻ có cân nặng lúc sinh ≥2500g là 11,6% ($p > 0,05$) [10]. Có lẽ sự khác biệt trong cỡ mẫu nghiên cứu và cách chọn mẫu của chúng tôi tạo ra sự khác biệt này.

V. KẾT LUẬN

Số lượng trẻ béo phì ngày càng tăng, nguy cơ của các rối loạn chuyển hoá cao. Mức độ béo phì thường xảy ra ở lứa tuổi 5- 10 và ở mức độ I. Trẻ nam có tỷ lệ mắc béo phì nhiều hơn cũng như mức độ béo phì cao hơn trẻ nữ. Cần thiết có giáo dục học đường về các nguy cơ của béo phì và chế độ sinh hoạt phù hợp cho trẻ em và trẻ vị thành niên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Di Cesare M, Soric M, Bovet P et al (2019). The epidemiological burden of obesity in childhood: a worldwide epidemic requiring urgent action. BMC Med, 17, 1-20.
2. Kelly T, Yang W, Chen C-S, et al (2008).

- Global burden of obesity in 2005 and projections to 2030. Int J Obes (Lond), 32(9), 1431-1437.
3. Abarca-Gómez L, Abdeen Z.A, Hamid Z.A, et al (2017). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128· 9 million children, adolescents, and adults. Lancet, 390(10113), 2627-2642.
4. Must A (1996). Morbidity and mortality associated with elevated body weight in children and adolescents. Am J Clin Nutri, 63(3), S445-S447.
5. Weiss R, Dziura J, Burgert T.S, et al (2004). Obesity and the metabolic syndrome in children and adolescents. N Eng J Med, 350(23), 2362-2374.
6. Trần Thị Minh Hạnh, Đỗ Thị Ngọc Diệp, Phan Nguyễn Thanh Bình cộng sự (2016). Cảnh báo thừa cân béo phì và tăng huyết áp ở trẻ tuổi học đường thành phố Hồ Chí Minh. Tạp chí Dinh dưỡng và thực phẩm, 12(4), 17-24.
7. Nguyễn Lâm, Phí Ngọc Quỳnh, Đỗ Thị Hải Yến và cộng sự (2022). Đặc điểm nhân trắc và tình trạng dinh dưỡng của học sinh một số trường trung học cơ sở tại Hà Nội năm 2020. Tạp chí dinh dưỡng và thực phẩm, 18(3+ 4), 88-96.
8. Nguyễn Văn Nguyễn (2022). Hiệu quả bổ sung bột cải xoăn đến tình trạng dinh dưỡng, lực bóp tay, trí lực, thị lực và nhiễm khuẩn của học sinh tiểu học tại Hà Nội. Luận án tiến sĩ Y học, Viện Dinh dưỡng Quốc gia.
9. Bosy-Westphal A, Plachta-Danielzik S, Dorhofer R.P et al (2009). Short stature and obesity: positive association in adults but inverse association in children and adolescents. Br J Nutr, 102(3), 453-461.
10. Nguyễn Minh Thu và Phạm Thị Hải (2014). Nghiên cứu tình hình thừa cân, béo phì của học sinh từ 6 – 10 tuổi tại một số trường tiểu học thành phố Tam Kỳ, tỉnh Quảng Nam. Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học của hệ truyền thông giáo dục sức khoẻ, 167 – 180.

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG Ở TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI VÀ KIẾN THỨC, THỰC HÀNH CỦA BÀ MẸ VỀ CHĂM SÓC TRẺ TẠI MỘT SỐ HUYỆN THUỘC TỈNH KONTUM NĂM 2022

Lê Minh Khánh¹, Lưu Liên Hương¹,
Trương Hồng Sơn¹, Nguyễn Quang Dũng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở trẻ em dưới 5 tuổi và kiến thức, thực hành của bà mẹ về chăm sóc trẻ tại một số huyện thuộc tỉnh Kon Tum

¹Viện Y học Ứng dụng Việt Nam

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Dũng

Email: nguyenguangdung@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.9.2024

Ngày duyệt bài: 16.10.2024

năm 2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu cắt ngang từ tháng 8-12 năm 2022 trên 360 cặp bà mẹ và trẻ dưới 5 tuổi tại 3 huyện Đăk Tô, Kon Plông và Tu Mơ Rông, thông qua đánh giá nhân trắc của trẻ và kiến thức, thực hành chăm sóc trẻ của bà mẹ. **Kết quả:** Tỷ lệ suy dinh dưỡng ở mức cao về ý nghĩa sức khỏe cộng đồng, với tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp còi là 40,3%, tỷ lệ suy dinh dưỡng nhẹ cân là 24,2% và tỷ lệ suy dinh dưỡng gầy còm là 2,8%. Tỷ lệ các bà mẹ có kiến thức đúng và thực hành đúng cho trẻ bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu là 41,4% và 25,3%; và chỉ có 7,4% các bà mẹ cho trẻ ăn đủ 5 trên 8 nhóm thực phẩm trong bữa ăn