

giảm cholesterol huyết thanh như mong đợi. Sáu tháng sau BN hết khó thở, không cần thở oxy, chụp HRCT ngực thấy hình phổi trở về gần như bình thường.⁹

Các BN của chúng tôi hiện nay vẫn đang trong quá trình theo dõi, điều trị ngoại trú và điều trị theo hẹn.

IV. KẾT LUẬN:

Qua báo cáo 10 ca bệnh, mục tiêu của chúng tôi không chỉ dừng lại ở khâu khuyến cáo phát hiện, phương cách tiếp cận chẩn đoán và bức tranh toàn cảnh của các phương pháp điều trị mà còn mong muốn các đồng nghiệp hiểu rõ được chúng ta đang ở đâu; chúng ta đã, đang và sẽ cần phải làm gì đối với thực hành lâm sàng căn bệnh này. Các XN chuyên sâu về miễn dịch nhằm mục tiêu phân loại bệnh là ưu tiên chúng ta phải hướng đến. Cuối cùng các giải pháp điều trị toàn diện (điều trị triệu chứng, điều trị căn nguyên, miễn dịch ...) như thế giới đã làm cũng là mục tiêu phấn đấu của chúng ta cần phải đạt được trong thời gian tới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **W. Richard Webb, Charles B. Higgins.** Thoracic Imaging: Pulmonary and Cardiovascular Radilogy. Wolters Kluwer. 2017; 3 E; p. 563 – 570.
2. **W. Riachrad Webb, Nestor L. Muller, David P.**

- Naidich.** High – Resolution CT of the Lung. Wolters Kluwer. 2017; 5 E; p. 150 – 17
3. **Trapnell BC, Nakata K, Bonella F, et al.** Pulmonary alveolar proteinosis. Nat Rev Dis Primers. 2019 Mar 7;5(1):16. doi: 10.1038/s41572-019-0066-3.PMID: 30846703
4. **Jouneau S, Ménard C, Lederlin M.** Pulmonary alveolar proteinosis. Respiriology. 2020 Aug;25(8):816-826. doi: 10.1111/resp.13831. Epub 2020 May3. PMID: 32363736.
5. **Morgan C.** Insights into the Treatment of Severe Pulmonary Alveolar Proteinosis. Ann Am Thorac Soc. 2017 Aug; 14 (8):1268-1269. doi: 10.1513/AnnalsATS.201705-399ED. PMID: 28763266
6. **Athayde RAB, Arimura FE, Kairalla RA, Carvalho CRR, Baldi BG.** Characterization and outcomes of pulmonary alveolar proteinosis in Brazil: a case series. J Bras Pneumol. 2018 May-Jun; 44(3):231-236. doi: 10.1590/S1806-37562017000000168. PMID: 30043890
7. **Jouneau S, Kerjouan M, Briens E, et al.** Pulmonary alveolar proteinosis. Rev Mal Respir. 2014 Dec; 31(10):975-91. doi: 10.1016/j.rmr.2014.08.009. Epub 2014 Oct 18. PMID: 25496792
8. **Ernst G, Caro F, Botto HA, Young P.** Pulmonary alveolar proteinosis: Analysis of 7 cases]. Med Clin (Barc). 2016 Jun 17;146(12):e71-2. doi: 10.1016/j.medcli.2016.01.004. Epub 2016 Mar 5. PMID: 26961400
9. **McCarthy C, Lee E, Bridges JP, et al.** Statin as a novel pharmacotherapy of pulmonary alveolar proteinosis. Nat Commun. 2018 Aug 7;9(1):3127. doi: 10.1038/s41467-018-05491-z.PMID: 30087322

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN SUY DINH DƯỠNG THẤP CÒI Ở HỌC SINH TRUNG HỌC PHỔ THÔNG HUYỆN MAI SƠN, TỈNH SƠN LA, NĂM 2020

Nguyễn Thị Loan¹, Nguyễn Song Tú²,
Hoàng Nguyễn Phương Linh², Đỗ Thúy Lê²

TÓM TẮT

Dinh dưỡng là yếu tố được đánh giá là quan trọng nhất đến sự tăng trưởng của cơ thể. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 1117 học sinh trung học phổ thông tại huyện Mai Sơn, tỉnh Sơn La – sử dụng phương pháp phỏng vấn bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn để mô tả một số yếu tố liên quan đến tình trạng suy dinh dưỡng thấp còi. Kết quả cho thấy, học sinh có mẹ là người dân tộc thiểu số có nguy cơ SDD thấp còi cao gấp 1,6 lần học sinh có mẹ là người dân tộc Kinh ($p < 0,05$); Học sinh là nữ giới và không hoặc ít ít hoạt động thể

lực có nguy cơ SDD thấp còi cao tương ứng gấp 1,7 lần và 2,0 lần so với những học sinh là nam giới và hoạt động thể lực mức trung bình trở lên ($p < 0,01$). Cần có giải pháp tích cực trong cải thiện tình trạng dinh dưỡng cho học sinh tỉnh miền núi trong đó chú trọng đến đối tượng con em dân tộc thiểu số, trẻ gái; và cần tăng cường hoạt động thể lực trong trường học

Từ khóa: dinh dưỡng, thấp còi, trung học phổ thông, yếu tố liên quan, miền núi, Sơn La

SUMMARY

SOME FACTORS RELATED TO STUNTING OF HIGH SCHOOL STUDENTS IN MAI SON DISTRICT, SON LA PROVINCE, IN 2020

Nutrition is the most important factor in the growth of the body. A cross-sectional study was conducted on 1117 high school students in Mai Son district, Son La province – using the interview method by pre-designed questionnaires to determine some factors related to stunting status. The results showed that,

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Viện Dinh dưỡng Quốc gia, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Loan

Email: banglangtim29208@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 10.6.2022

Ngày duyệt bài: 20.6.2022

students whose mothers were ethnic minorities to increase risk of stunting 1.5 times students whose mothers were Kinh ($p < 0.05$); Students who were female and who had inactive/low physical activity had 1.7 times and 2.0 times higher risk of stunting, respectively than male students and having average or higher physical activity ($p < 0.01$). Therefore there should be positive solutions to improve nutritional status of students in mountainous provinces, focusing on ethnic minority children and girls; and physical activity in school need to increase.

Keywords: nutrition, stunting, high school, related factors, mountain, Son La,

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy dinh dưỡng (SDD) và thiếu vi chất dinh dưỡng ở nhiều giai đoạn, trong đó có thời kỳ trường thành cũng là một trong những yếu tố ảnh hưởng tới tầm vóc, sức khỏe và sự phát triển của của thanh thiếu niên. Giải quyết nhu cầu dinh dưỡng của thanh thiếu niên là một bước quan trọng góp phần phá vỡ vòng luẩn quẩn của SDD giữa các thế hệ, các bệnh mạn tính và nghèo đói. Hiện nay SDD thấp còi được xác định là một vấn đề ưu tiên sức khỏe toàn cầu. SDD thấp còi phổ biến ở vùng nông thôn các nước Châu Á như Ấn Độ, Nepal và khu vực Đông Nam Á. Ước tính Đông Nam Á có 29% trẻ thấp còi và 34% trẻ gầy còm [1]. Tại Ấn Độ, trẻ 15 – 19 tuổi có tỷ lệ SDD thấp còi ở trẻ trai và trẻ gái tương ứng là 32,2% và 34,4% [2]. Tại Việt Nam, tình trạng SDD nhẹ cân và thấp còi của học sinh vùng nông thôn và miền núi vẫn còn ở mức cao có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng. Tỷ lệ SDD thấp còi ở học sinh trung học cơ sở tại Yên Bái là 46,3% [3], dân tộc Xơ Đăng tại Kon Tum chiếm 56,3% [4].

Nguyên nhân cơ bản của SDD là tình trạng nghèo đói, lực hậu, bất bình đẳng về kinh tế. Một số nghiên cứu cho rằng trẻ trai có nguy cơ thấp còi cao hơn trẻ gái, trẻ là con thứ 3 trở lên, quy mô hộ gia đình lớn hơn 6 người làm tăng nguy cơ SDD thấp còi ở trẻ em [5]. Nghiên cứu tại Việt Nam cho thấy kinh tế hộ nghèo và cận nghèo, mẹ làm ruộng, tình trạng sử dụng hố xí không đảm bảo vệ sinh làm tăng nguy cơ SDD thấp còi. Nam giới, học sinh nội trú, chưa dậy thì tăng nguy cơ SDD thấp còi cũng là những yếu tố ảnh hưởng [4]. Trẻ bị SDD thấp còi sẽ làm tăng nguy cơ mắc bệnh, tăng tỷ lệ tử vong, ảnh hưởng đến sự phát triển thể chất và tâm thần. Đầu tư cho dinh dưỡng hiện nay ở nước ta đã được chú trọng, ưu tiên các vùng dân tộc miền núi, vùng khó khăn, vùng nghèo đói. Để cải thiện tầm vóc thế hệ tương lai, tình trạng dinh dưỡng của lứa tuổi học sinh trung học phổ thông tuổi ở các địa bàn này đang bắt đầu được quan tâm. Trong khi

đó những nghiên cứu về dinh dưỡng trên trẻ 15-17 tuổi tại vùng khó khăn, vùng dân tộc còn rất hạn chế; đồng thời các can thiệp về dinh dưỡng cần được triển khai trong suốt chu kỳ vòng đời để đảm bảo cải thiện tầm vóc của thế hệ tương lai. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến SDD thấp còi giúp đề xuất các giải pháp can thiệp phù hợp, đặc thù cho học sinh vùng khó khăn tỉnh miền núi phía Bắc.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu, địa điểm

Đối tượng: Học sinh THPT 15 – 17 tuổi đang học tại trường trung học phổ thông (THPT) thuộc địa bàn nghiên cứu. Bố mẹ học sinh đồng ý, ký cam kết tham gia

Tiêu chuẩn loại trừ: trẻ bị các khuyết tật về hình thể hoặc không trả lời phỏng vấn được.

Địa điểm và thời gian: Tại 02 trường THPT Cò Nòi và Mai Sơn, huyện Mai Sơn, tỉnh Sơn La trong thời gian tháng 9/2020 đến tháng 05/2021.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có phân tích

2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu:

Áp dụng công thức:

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

Trong đó: n là số đối tượng cần điều tra; tỷ lệ SDD thấp còi ở học sinh trung học tỉnh Yên Bái, năm 2017 là 46,3% [3]; chọn $d = 0,05$; $Z_{(1-\alpha/2)}$ có giá trị là 1,96. Tính toán được mẫu cần là $n = 383/\text{cụm/trường} \times 1,5 \text{ DE} = 574$ học sinh; làm tròn 600 học sinh/cụm/trường $\times 2$ trường = 1.200 học sinh. Thực tế có 1117 học sinh tham gia.

2.4. Phương pháp chọn mẫu

Chọn tỉnh, huyện: Chọn chủ đích huyện Mai Sơn của tỉnh Sơn La.

Chọn trường: Chọn ngẫu nhiên đơn 2/3 trường của huyện Mai Sơn (THPT Cò Nòi và Mai Sơn)

Chọn đối tượng: Lập danh sách toàn bộ học sinh 15-17 tuổi của 2 trường. Trường Cò Nòi có 1.091 học sinh và trường Mai Sơn có 2.028 học sinh. Chọn ngẫu nhiên hệ thống theo khối 200 học sinh/khối $\times 3$ khối = 600 học sinh trường (Trường Cò Nòi và Mai Sơn có khoảng cách k tương ứng là 2 và 3). Thực tế đã điều tra được 1.117 học sinh (trường Cò Nòi 564 và Mai Sơn 563) trong độ tuổi 15-17 tuổi tham gia điều tra.

2.5. Phương pháp đánh giá. Các nhóm thông tin được thu thập: kinh tế hộ gia đình, nhân khẩu học (qui mô hộ gia đình, trình độ học vấn, nghề nghiệp, dân tộc); Xác định chiều cao: Sử

dụng thước gỗ với độ chính xác 0,1 cm. Kết quả được ghi với đơn vị là cm và 1 số lẻ sau dấu phẩy.

Đánh giá tình trạng SDD thấp còi: Dựa vào quần thể chuẩn của WHO 2007. SDD thấp còi khi Zscore CC/T < -2; Cách tính tuổi theo hướng dẫn của WHO, 2006. Học sinh từ 180 – 191,9 tháng là 15 tuổi; 192 – 203,9 tháng là 16 tuổi; 204 – 215,9 là 17 tuổi.

Hoạt động thể lực được đánh giá theo các mức độ nhận định của đối tượng; Xác định tình trạng kinh tế hộ gia đình: Theo phân loại của UBND xã theo quyết định của Thủ tướng Chính phủ năm 2015.

2.6. Biến số nghiên cứu. Những yếu tố có thể tác động đến SDD thấp còi: Giới tính, dân tộc, đặc điểm nhân khẩu học, kinh tế xã hội; nghề nghiệp và trình độ học vấn cha và mẹ; tình trạng ăn trưa, nội trú và hoạt động thể lực.

2.7. Phân tích và xử lý số liệu. Số liệu về nhân trắc được xử lý bằng phần mềm WHO – Anthro Plus 2006 và nhập bằng Epidata 3.1; xử lý bằng phần mềm SPSS 22. Test kiểm định thống kê để tìm hiểu yếu tố liên quan là χ^2 test; phân tích hồi qui logistic đa biến. Giá trị p < 0,05 được xem có ý nghĩa thống kê

2.8. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được sự phê duyệt bởi Hội đồng đạo đức và đề cương nghiên cứu được thông qua hội đồng khoa học Viện Dinh dưỡng theo quyết định 928/QĐ-VDD ngày 1/7/2020.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số 1117 học sinh tham gia nghiên cứu, trong đó 46,7% là nam và 53,3% là nữ. Học sinh trường Mai Sơn chiếm 50,5%, trường Cò Nòi chiếm 49,5%. Trẻ là dân tộc Kinh chiếm 52,3% và dân tộc Thái là 38,8% và khác chiếm 8,9%.

Bảng 1. Mối liên quan giữa một số đặc điểm của học sinh với tình trạng SDD thấp còi

Đặc điểm	SDD thấp còi n (%)	Bình thường n (%)	OR	95% CI	p*
Giới của học sinh					
Nữ	85 (14,3)	510 (85,7)	1,68	1,16 – 2,46	0,008
Nam	47 (9,0)	475 (91,0)			
Dân tộc của học sinh					
Khác	75 (14,1)	458 (85,9)	1,51	1,05 – 2,18	0,033
Kinh	57 (9,8)	527 (90,2)			
Tuổi của học sinh					
15	30 (7,7)	358 (92,3)			0,007
16	51 (13,2)	334 (86,8)			
17	51 (14,8)	293 (85,2)			
Thứ tự sinh ra					
Con thứ 3 trở lên	15 (12,1)	109 (87,9)	0,97	0,55 – 1,72	1,000
Con thứ 1 và thứ 2	117 (11,8)	876 (88,2)			
Số con trong hộ gia đình					
> 2 con	42 (12,5)	294 (87,5)	1,10	0,74 – 1,62	0,717
≤ 2 con	90 (11,5)	691 (88,5)			

^{*)} χ^2 test; Học sinh nữ và học sinh thuộc nhóm dân tộc khác (Thái, H'Mông, Mường...) có nguy cơ SDD thấp còi cao tương ứng gấp 1,7 và 1,5 lần so với học sinh nam và học sinh người dân tộc Kinh; Tuổi của trẻ cũng là yếu tố liên quan đến tình trạng SDD thấp còi (p<0,05).

Bảng 2. Mối liên quan giữa tình trạng nội trú và hoạt động thể lực với tình trạng SDD thấp còi

Đặc điểm	SDD thấp còi n (%)	Bình thường n (%)	OR	95% CI	p*
Nội trú tại trường					
Có	15 (25,0)	45 (75,0)	2,67	1,54 – 4,95	0,002
Không	117 (11,1)	940 (88,9)			
Ăn trưa tại trường					
Có	8 (23,5)	26 (76,5)	2,38	1,05 – 5,37	0,060
Không	124 (11,4)	959 (88,6)			
Mức độ hoạt động giờ thể dục					
Không/rất ít HĐ	24 (21,8)	86 (78,2)	2,32	1,41 – 3,80	0,001
HĐ mức TB trở lên	108 (10,7)	899 (89,3)			

^{*)} χ^2 test; Trẻ không hoặc ít hoạt động thể lực có nguy cơ SDD thấp còi cao gấp 2,32 lần trẻ hoạt động mức trung bình trở lên (95%CI: 1,41 – 3,8; p = 0,001). Trẻ ở nội trú tại trường có nguy cơ SDD thấp còi cao gấp 2,67 so với trẻ không ở nội trú.

Bảng 3. Mối liên quan giữa hoàn cảnh kinh tế, quy mô hộ gia đình với tình trạng SDD thấp còi

Đặc điểm	SDD thấp còi n (%)	Bình thường n (%)	OR	95% CI	p*
Kinh tế hộ gia đình					
Nghèo/cận nghèo	20 (19,6)	82 (80,4)	1,97	1,16 - 3,33	0,017
Bình thường	112 (11,0)	903 (89,0)			
Số người trong hộ gia đình					
> 4 người	46 (11,0)	374 (89,0)	0,87	0,60 - 1,28	0,549
≤ 4 người	86 (12,3)	611 (87,7)			

^{*)} χ^2 test; Trẻ sống trong hộ gia đình nghèo/cận nghèo có nguy cơ SDD thấp còi cao gấp 1,97 lần so với trẻ sống trong gia đình có điều kiện kinh tế bình thường (95%CI: 1,16 – 3,33; p = 0,017).

Bảng 4. Mối liên quan giữa một số đặc điểm của mẹ với tình trạng suy dinh dưỡng thấp còi

Đặc điểm	SDD n (%)	Bình thường n (%)	OR	95% CI	p*
Dân tộc mẹ					
Dân tộc khác	78 (14,7)	454 (85,3)	1,69	1,17 – 2,44	0,007
Kinh	54 (9,2)	531 (90,8)			
Trình độ học vấn mẹ					
Mù chữ, tiểu học	57 (15,2)	319 (84,8)	1,59	1,10 – 2,30	0,018
THCS trở lên	75 (10,1)	666 (89,9)			
Nghề nghiệp mẹ					
Làm ruộng	70 (12,4)	494 (87,6)	1,12	0,78 – 1,61	0,597
Khác	62 (11,2)	491 (88,8)			

^{*)} χ^2 test; Trẻ có mẹ là người dân tộc khác (Thái, Mông, Mường...) và có trình độ dưới trung học cơ sở (THCS) có nguy cơ SDD thấp còi cao tương ứng gấp 1,69 và 1,59 lần so với mẹ là người dân tộc Kinh hoặc có trình độ từ THCS trở lên.

Bảng 5. Mô hình hồi quy logistic đa biến dự đoán các yếu tố liên quan với tình trạng SDD thấp còi

Các yếu tố trong mô hình (Biến độc lập)	OR (hiệu chỉnh)	95%CI	p
Kinh tế hộ gia đình Nghèo và cận nghèo/ bình thường*	1,6	0,93 – 2,81	0,090
Dân tộc mẹ Dân tộc khác/dân tộc Kinh*	1,58	1,03 – 2,44	0,036
Giới tính học sinh Nữ giới/ Nam giới*	1,65	1,12 – 2,42	0,011
Tuổi học sinh 16 tuổi/15 tuổi*	2,1	1,31 – 3,46	0,007
Tuổi học sinh 17 tuổi/15 tuổi*	1,15	0,75 – 1,76	0,528
Hoạt động thể lực Không hoặc rất ít/ Mức TB trở lên*	2,12	1,27 – 3,52	0,004
Trình độ học vấn Mù chữ, tiểu học/Từ THCS trở lên*	1,21	0,78 – 1,85	0,394

Cỡ mẫu phân tích (n): 1117; * = Nhóm so sánh

^{*)} Hệ số phóng đại phương sai VIF (variance inflation factor) < 2 và giá trị tolerance > 0,5 do đó không có đa cộng tuyến;

Phân tích mô hình hồi qui logistic đa biến cho thấy có liên quan giữa dân tộc mẹ, giới tính, tuổi học sinh, hoạt động thể lực với tình trạng SDD

thấp còi sau khi đã kiểm soát các yếu tố kinh tế hộ gia đình, trình độ học vấn mẹ, ăn trưa tại trường.

IV. BÀN LUẬN

SDD thấp còi trong tuổi thanh thiếu niên là một trong những nguyên nhân ảnh hưởng tới sức khỏe và tầm vóc của thế hệ tương lai. Trong

khi sự phát triển của trẻ nhỏ chịu ảnh hưởng của cả yếu tố môi trường và di truyền. Trong những yếu tố môi trường, dinh dưỡng luôn là yếu tố được đánh giá quan trọng nhất. Nguyên nhân cơ bản của SDD là tình trạng nghèo đói, lạc hậu, bất bình đẳng về kinh tế [6]. Phân tích đơn biến cho thấy những học sinh thuộc hộ gia đình kinh tế nghèo/cận nghèo có nguy cơ SDD thấp còi cao gấp 2 lần so với học sinh ở gia đình có điều kiện tốt hơn. Điều này phù hợp với mô hình nguyên nhân và hậu quả của SDD và tương đồng với nghiên cứu tại Kon Tum và Yên Bái [4], [3]. Những học sinh có mẹ có trình độ học vấn dưới THCS có nguy cơ SDD thấp còi cao gấp 1,6 lần học sinh có mẹ có trình độ học vấn THCS trở lên ($p < 0,05$). Tương đồng với một nghiên cứu trên trẻ 12-18 tuổi tại Nigeria cho thấy tuổi và kinh tế hộ gia đình có liên quan đến tình trạng SDD thấp còi [7]. Như vậy có thể thấy rằng trẻ có mẹ có trình độ học vấn cao ít bị SDD hơn so với trẻ có mẹ nghèo và không có học. Tình trạng nội trú tại trường cũng là yếu tố có liên quan đến tình trạng suy dinh dưỡng thấp còi, tương tự như các nghiên cứu trước đây tại vùng khó khăn [4], [3]. Từ những kết quả này cho thấy cần quan tâm đến các đối tượng học sinh vùng có điều kiện kinh tế khó khăn, nâng cao trình độ học vấn; Đồng thời quan tâm đến bữa ăn học đường, chú trọng đảm bảo đủ dinh dưỡng và vi chất đáp ứng nhu cầu phát triển của trẻ cho giai đoạn này.

Những học sinh là người dân tộc hay mẹ là người dân tộc (Thái, Mông, Mường...) có nguy cơ SDD thấp còi cao tương ứng gấp 1,6 và 1,7 lần những học sinh dân tộc Kinh hay có mẹ là người dân tộc Kinh ($p < 0,05$); Kết quả này cũng được tìm thấy thông qua phân tích mô hình hồi qui logistic đa biến; và tương đồng với nghiên cứu ở Yên Bái [3].

Phân tích mô hình hồi qui logistic đa biến còn cho thấy có mối liên quan giữa giới tính và tuổi học sinh, hoạt động thể lực với tình trạng SDD thấp còi sau khi đã kiểm soát các yếu tố kinh tế hộ gia đình, học vấn của mẹ và ăn trưa tại trường. Kết quả cho thấy trẻ nữ có nguy cơ SDD thấp còi cao gấp 1,7 lần trẻ nam ($p < 0,01$). Điều này hoàn toàn phù hợp với tốc độ phát triển của trẻ vị thành niên. Giai đoạn đầu tuổi vị thành niên (10 – 14 tuổi) ngay sau khi dậy thì, bắt đầu có sự tăng chiều cao rõ rệt và nhanh dần. Đến giai đoạn tuổi 15 – 19 tuổi tốc độ tăng trưởng chậm hơn; chiều cao của trẻ trai bắt đầu sau trẻ gái từ 1 đến 2 năm, do đó tốc độ tăng trưởng chiều cao của trẻ trai diễn ra trong một thời gian dài hơn trẻ gái và đến trưởng thành [8]. Ngoài

ra, các em nữ thường muốn giữ vóc dáng của mình nên có tình trạng ăn kiêng hoặc bỏ bữa ăn dẫn đến thiếu dinh dưỡng. Ở lứa tuổi 15 – 18 là thời kỳ phát triển rất nhanh cân nặng cũng như chiều cao, cả về cơ bắp lẫn dự trữ mỡ vì vậy nếu bị thiếu ăn, thiếu chăm sóc cũng dễ bị SDD. Trẻ nữ bị SDD thời kì này có khả năng trở thành những người mẹ tầm vóc nhỏ bé sẽ ảnh hưởng sức lao động xã hội và chất lượng thể hệ tương lai.

Kết quả phân tích cho thấy, những học sinh không hoặc rất ít hoạt động giờ thể dục có nguy cơ SDD thấp còi cao gấp 2 lần những học sinh hoạt động ở mức trung bình trở lên ($p < 0,01$). Nhưng nghiên cứu chúng tôi thực hiện là nghiên cứu cắt ngang không phải nghiên cứu bệnh chứng, nên những yếu tố về tiền sử SDD thấp còi trước tuổi vị thành niên chưa được khai thác, nên khó kết luận. Tuy nhiên, WHO khuyến nghị về hoạt động thể lực phù hợp nhất cho nhóm thanh thiếu niên 5-17 tuổi đó là: Vận động 60 phút hàng ngày hoặc nhiều hơn ở cường độ từ trung bình trở lên. Để tăng sức mạnh của cơ và sự tăng trưởng của xương, nên kết hợp các hình thức vận động ngoài trời với các bài tập cường độ mạnh ít nhất 3 lần mỗi tuần. Hoạt động thể chất không những thúc đẩy tăng trưởng mà còn mang lại nhiều lợi ích cho sức khỏe thể chất tinh thần.

Có thể nói rằng đầu tư vào dinh dưỡng cho các lứa tuổi trong đó vị thành niên là rất quan trọng, giúp phá vỡ vòng tròn chu kỳ SDD, tiết kiệm chi phí lớn về chăm sóc sức khỏe và tăng hiệu quả học tập, tăng năng suất lao động, thúc đẩy nền kinh tế phát triển. Từ kết quả trên thấy rằng có nhiều yếu tố liên quan đến tình trạng suy dinh dưỡng thấp còi ở học sinh THPT huyện Mai Sơn tỉnh Sơn La. Cần có giải pháp tích cực trong cải thiện tình trạng dinh dưỡng cho học sinh dân tộc tỉnh miền núi trong đó chú trọng đến đối tượng con em dân tộc, trẻ gái; cũng như cần tăng cường hoạt động thể lực trong trường học.

V. KẾT LUẬN

Học sinh có mẹ là người dân tộc thiểu số có nguy cơ SDD thấp còi cao gấp 1,6 lần học sinh có mẹ là dân tộc Kinh ($p < 0,05$); Nữ giới có nguy cơ SDD thấp còi cao gấp 1,7 lần nam giới ($p < 0,01$); Học sinh không hoặc ít hoạt động thể lực có nguy cơ SDD thấp còi cao gấp 2,0 lần những học sinh hoạt động thể lực mức trung bình trở lên ($p < 0,01$);

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Best C, Neufingerl N et al. The nutritional status of school-aged children: Why should we care? Food and Nutrition Bulletin. The United Nations

- University, 2010. 31(3): 400-411.
- Bhargava M, Bhargava A et al.** Nutritional status of Indian adolescents (15-19 years) from National Family Health Surveys 3 and 4: Revised estimates using WHO 2007 Growth reference. *Plos One*, 2020; 1-24
 - Nguyễn Song Tú.** Tình trạng dinh dưỡng, đặc điểm cấu trúc và một vài yếu tố liên quan đến SDD thấp còi ở học sinh 11-14 tuổi thuộc trường phổ thông dân tộc bán trú tại tỉnh Yên Bái, năm 2017. Báo cáo nghiệm thu kết quả nghiên cứu đề tài cấp Viện Dinh dưỡng, 2019.
 - Nguyễn Song Tú.** Tình trạng dinh dưỡng, đặc điểm cấu trúc và một vài yếu tố liên quan đến suy dinh dưỡng thấp còi ở học sinh 11 - 14 tuổi thuộc trường phổ thông dân tộc bán trú tỉnh Kon tum, năm 2018. Báo cáo nghiệm thu đề tài cấp Viện, 2021.
 - Dawit Degarege, Abebe Animut.** Undernutrition and associated risk factors among school age children in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Public Health*, 2015. 15:375: 1-9.
 - Black RE, Allen LH et al.** Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet*, 2008. 371(9608): 243-260.
 - Ayogu RN, bemesi O et al.** Prevalence and factors associated with anthropometric failure, vitamin A and iron deficiency among adolescents in a Nigerian urban community. *Afr Health Sci*, 2016. 16(2): 389-98.
 - Neinstein LS, Kaufman FR.** Puberty normal growth and development, *Adolescent Health Care* Lippincott William & Wilkins. 2008.

ĐÁNH GIÁ VÀ CẢI THIỆN HOẠT ĐỘNG DƯỢC TẠI CÁC CƠ SỞ KHÁM CHỮA BỆNH CÔNG LẬP TỈNH BÀ RỊA - VŨNG TÀU NĂM 2020

Vũ Thị Thanh Huyền¹, Trần Thị Hồng Nguyên², Nguyễn Dương Duy Khoa², Phạm Đình Luyện^{2*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá các mặt hoạt động dược tại các cơ sở khám chữa bệnh (KCB) công lập trực thuộc Sở Y tế tỉnh Bà Rịa - Vũng Tàu năm 2020 và đề xuất giải pháp nhằm nâng cao chất lượng hoạt động dược. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang đánh giá các mặt hoạt động dược tại 14 cơ sở KCB dựa trên Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam, phiên bản 2.0 (Quyết định số 6858/QĐ-BYT). **Kết quả:** Không có sự khác biệt đáng kể giữa kết quả đánh giá của cơ sở KCB tự đánh và của Sở Y tế. Mức tiêu chí trung bình đạt dao động từ 2,8 (TTYT Quân - Dân y huyện Côn Đảo) đến 4,0 (Bệnh viện Bà Rịa). Số tiêu mục đạt do cơ sở KCB tự đánh giá đề cao hơn so với kết quả đánh giá của Sở Y tế (2 - 8 tiêu mục, <10% tổng số tiêu mục). Các giải pháp đề xuất đã được triển khai và ứng dụng thực tế tại các cơ sở KCB công lập trên địa bàn. **Kết luận:** Đánh giá hoạt động dược đã cho thấy thực trạng về tình hình cung ứng và sử dụng thuốc tại 14 cơ sở KCB tại tỉnh Bà Rịa Vũng Tàu. Đây sẽ là cơ sở quan trọng để nâng cao chất lượng hoạt động Dược tại các cơ sở KCB trên địa bàn.

Từ khóa: hoạt động dược, cơ sở khám chữa bệnh công lập, bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện, tỉnh Bà Rịa Vũng Tàu.

SUMMARY

EVALUATION AND IMPROVEMENT OF PHARMACY

¹Sở Y tế Bà Rịa - Vũng Tàu,

²Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Đình Luyện

Email: dinhluan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 6.6.2022

Ngày duyệt bài: 15.6.2022

ACTIVITIES IN PUBLIC HEALTH FACILITIES IN BA RIA VUNG TAU PROVINCE IN 2020

Objective: This study aimed to evaluate the pharmacy activities at 14 public health care facilities under the Department of Health of Ba Ria Vung Tau province in 2020 and propose solutions to improve the quality of pharmacy activities. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study evaluated the pharmaceutical activities at 14 facilities based on Vietnam Hospital Quality Standard, version 2.0 (Decision No. 6858/QĐ-BYT). **Results:** There is no significant difference between the evaluation results of the self-assessment facility and that of the Department of Health. The average criteria score was 2.8 (Military Medical Center of Con Dao district) to 4.0 (Ba Ria Hospital). The number of sub-items reached by the self-assessment facility is higher than the results of the Health Department (2 - 8 sub-items, <10% of the total number of sub-items). The proposed solutions have been implemented and practical application at 14 health care facilities. **Conclusion:** Evaluation the pharmacy activities has shown the reality of the supply and use of drugs. This is a crucial set of recommendations that can improve pharmacy activities in 14 public health care facilities in Ba Ria Vung Tau province

Keywords: pharmacy activities, health care facilities, Hospital Quality Standard, Ba Ria Vung Tau province

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nâng cao chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh là vấn đề quan tâm hàng đầu của các bệnh viện, trung tâm y tế hiện nay. Đặc biệt đối với