

V. KẾT LUẬN

Điểm chất lượng cuộc sống trong lĩnh vực triệu chứng tiết niệu $28,62 \pm 5,87$ (tổng 54 điểm), đau thực thể $18,36 \pm 3,44$ (tổng 27 điểm), hiệu suất làm việc $7,18 \pm 2,18$ (tổng 15 điểm), vấn đề tình dục $3,94 \pm 0,93$ (tổng 10 điểm), chất lượng cuộc sống nói chung $5,09 \pm 0,81$ (tổng 7 điểm). Sonde JJ sau tán sỏi niệu quản nội soi ngược dòng là nguyên nhân của nhiều tác dụng không mong muốn, nó ảnh hưởng tiêu cực đến tình trạng chung và chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Với kết quả nghiên cứu trên, chúng tôi khuyến nghị nên hạn chế sử dụng sonde JJ sau tán sỏi niệu quản nội soi sẽ cải thiện việc chăm sóc, tạo sự thoải mái và giảm được chi phí cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Gia Hy** (1985). Phẫu thuật nội soi lấy sỏi niệu quản. Niệu học tập V, Nhà xuất bản Y học,

65- 74.

2. **Trần Văn Hinh** (2013), Các phương pháp chẩn đoán và điều trị bệnh sỏi tiết niệu. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tập 1.
3. **Phạm Quang Vinh và Nguyễn Phú Việt** (2015). Nghiên cứu ảnh hưởng của sonde JJ đến bệnh nhân sau nội soi niệu quản ngược dòng tán sỏi. Tạp chí y - dược học quân sự, 5, 141-146.
4. **Joshi HB, News N, Stainthorpe A** (2003). Ureteral stent symptom questionnaire: development and validation of a multidimensional quality of life measure. American Urological Association. 169, 1060-1064.
5. **Mohamed M. Elsaadany, Ahmed R. El-Nahas et al** (2014). Validation of the Arabic linguistic version of the Ureteral Stent Symptoms Questionnaire. Urology, 12, 290-293.
6. **Kristina Karin Dötzer** (2016). Deutschsprachige Validierung des Ureteral Stent Symptom Questionnaire. Doctor of medicine thesis, Regensburg University .
7. **Pushendra Baghel, Sahu R. D, Gangkok G et al** (2019). Linguistic and cultural validation of Ureteral Stent Symptom Questionnaire in Hindi. Urological Society of India. 35, 129-133.

THIẾU KẼM VẤN ĐỀ CÓ Ý NGHĨA SỨC KHỎE CỘNG ĐỒNG Ở TRẺ GÁI 11 - 13 TUỔI TỈNH YÊN BÁI, NĂM 2018

Hoàng Nguyễn Phương Linh¹, Nguyễn Song Tú¹, Lê Đức Trung¹

TÓM TẮT

Tình trạng thiếu kẽm tại Việt Nam đang ở mức rất cao so với ngưỡng đánh giá sự thiếu hụt kẽm của nhóm tư vấn quốc tế về kẽm (IZiNCG). Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 461 trẻ gái từ 11 - 13 tuổi tại một số trường phổ thông dân tộc bán trú, tỉnh Yên Bái năm 2018 nhằm mô tả tình trạng thiếu kẽm (ZD) ở học sinh lứa tuổi này. Kết quả cho thấy, tỷ lệ thiếu kẽm ở trẻ gái 11-13 tuổi là 71,8%, là vấn đề có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng (YNSKCĐ) nghiêm trọng. Nồng độ kẽm huyết thanh trung bình (TB) là $9,35 \mu\text{mol/L} \pm 1,3$. Tỷ lệ thiếu kẽm có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các trường ($p < 0,001$), cao nhất là tại trường Mỏ Vàng (82,4%), tiếp theo là trường Suối Giàng (81,9%). Đồng thời, tỷ lệ thiếu kẽm có sự khác biệt theo dân tộc ($p < 0,001$); cao nhất ở dân tộc H'mông (80,6%) tiếp theo là dân tộc Tày (73,5%) và Kinh là (66,7%). Các giải pháp phòng chống thiếu kẽm trong tương lai cần được quan tâm tổng thể và rất tập trung. Cải thiện tình trạng thiếu kẽm thông qua chế độ ăn và bổ sung kẽm định kỳ cho đối tượng nguy cơ cao là giải pháp nhanh và bền vững tại các vùng

miền núi, đặc biệt vùng khó khăn, vùng nghèo, dân tộc. **Từ khóa:** Thiếu kẽm, dân tộc thiểu số, học sinh nữ, trung học cơ sở, miền núi

SUMMARY

ZINC DEFICIENCY IS PUBLIC HEALTH PROBLEM IN GIRLS 11 – 13 YEARS OLD, YEN BAI PROVINCE, IN 2018

Zinc deficiency in Vietnam is at an extremely high level compared to the zinc deficiency cutoff point of the International Zinc Nutrition Consultative Group (IZiNCG). A cross-sectional study was conducted among 461 female students aged 11-13 years at some ethnic minority boarding schools in Yen Bai provinces in 2018 to describe the zinc deficiency (ZD) status of students of this age. The result indicated that the prevalence of ZD among female students aged 11 - 13 years was 71.8%, a severe public health concern. The mean serum zinc concentration was $9.35 \mu\text{mol/L} \pm 1.3$. The prevalence of ZD was a significant difference between schools ($p < 0.001$); the highest was at Mo Vang school (82.4%) and followed by Suoi Giang school (81.9%). At the same time, the prevalence of ZD was significantly different between ethnicities ($p < 0.001$); the highest was among the H'mong ethnic (80.6%), followed by the Tày ethnic (73.5%) and the Kinh ethnic (66.7%). Solutions to prevent zinc deficiency in the future need to be holistic and very focused. Improving zinc deficiency through diet and periodically zinc supplementation for high-risk subjects

¹Viện Dinh dưỡng Quốc gia

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Nguyễn Phương Linh

Email: hoangnguyennphuonglinh.ninvn@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 27.4.2023

Ngày duyệt bài: 22.5.2023

is a quick and sustainable solution in mountainous areas, especially disadvantaged areas, poor areas and ethnic minorities.

Keywords: zinc deficiency, ethnic minorities, female student, secondary school, mountainous areas

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kẽm là vi chất đóng vai trò quan trọng trong việc tham gia vào quá trình tổng hợp và di chuyển các phân tử (protein, axit nucleic, lipids), sự gia tăng, sinh sản, biệt hóa và tăng trưởng của tế bào (Galetti, 2018). Đặc biệt ở trẻ tuổi dậy thì, kẽm còn đóng vai trò rất lớn trong việc phát triển thể chất và chức năng miễn dịch. Sự thiếu hụt kẽm trong thời gian dài sẽ dẫn đến tình trạng bị tiêu chảy, viêm phổi, sốt rét, bệnh sỏi, rối loạn chức năng nhận thức, suy giảm thể chất và thị lực (Caulfield, 2004), cũng như có thể ảnh hưởng tới việc duy trì các rào cản và phát triển của hệ thống miễn dịch dẫn đến tình trạng nhiễm khuẩn, ngoài ra kẽm còn ảnh hưởng đến sự tăng trưởng của cơ thể. Cơ thể con người không thể dự trữ kẽm vì thế mà việc thiếu hụt có thể phát sinh rất nhanh chóng bởi chế độ ăn uống chưa hợp lý. Theo báo cáo thống kê của hơn 188 quốc gia gửi về cho Tổ chức Lương thực và Nông nghiệp (FAO) cho thấy dự tính có khoảng 17,3% dân số toàn cầu có nguy cơ ăn uống không đủ kẽm, tỷ lệ tăng dần từ 7,5% ở các nước thu nhập cao tới 30% ở các nước thu nhập thấp [1]. Đồng thời, bảng cân đối lương thực của FAO chỉ ra hàm lượng kẽm trong nguồn cung cấp lương thực quốc gia có thể không đủ để đáp ứng nhu cầu kẽm cho khoảng 15 - 20% dân số thế giới [1].

Tình trạng thiếu kẽm từ lâu là một trong những vấn đề sức khỏe cộng đồng đã và đang được sự quan tâm tại các quốc gia trên thế giới, đặc biệt là các nước thu nhập trung bình và thấp. Tỷ lệ ZD ở trẻ em từ 5 - 14 tuổi tại Kenya năm 2011 là 79%, trẻ từ 6-14 tuổi tại Malawi vào năm 2015-2016 là 60,2%, ở Ethiopia năm 2015 ở trẻ từ 5 - 14 tuổi là 35,8% [1]. Theo các nghiên cứu về tình trạng thiếu kẽm tại Việt Nam cho thấy tỷ lệ ZD ở phụ nữ tuổi sinh đẻ (PNTSD) là 67,2% [2], còn ở trẻ em từ 7-9 tuổi là 59,4 [3], rất cao so với ngưỡng phân loại của IZiNCG, 2004. Số liệu về tình trạng ZD ở học sinh lứa tuổi từ 11 - 13 tại Việt Nam hiện nay không có nhiều. Vì vậy, một nghiên cứu mô tả cắt ngang đã được tiến hành tại 6 trường PTDTBT tại hai huyện thuộc tỉnh Yên Bái năm 2018 nhằm mô tả tình trạng ZD ở học sinh lứa tuổi từ 11 - 13. Từ kết quả nghiên cứu này có thể xác định thực trạng thiếu kẽm ở học sinh phổ thông cơ sở vùng khó

khăn, vùng đồng bào dân tộc tại phía Bắc nói riêng và tại Việt Nam nói chung.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Trẻ gái độ tuổi 11 - 13 tuổi có Zscore chiều cao /tuổi < -1 (HAZ < -1); gia đình tự nguyện đồng ý cho trẻ tham gia.

Tiêu chuẩn loại trừ: dị tật bẩm sinh, khuyết tật về hình thể, mắc các bệnh về máu, các bệnh nhiễm trùng cấp.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu. Tại 6 trường phổ thông dân tộc bán trú tại 2 huyện (Văn Yên và Văn Chấn), tỉnh Yên Bái trong thời gian tháng 7/2018 đến tháng 12/2018.

2.3. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu. Để xác định tỷ lệ thiếu kẽm, áp dụng công thức:

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

* Với α là 0,05 thì $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$; $p = 56,4\%$ (dựa trên tỷ lệ thiếu kẽm học sinh từ 1 nghiên cứu trước [4]; chọn $d = 0,05$; cỡ mẫu cần điều tra về tỷ lệ thiếu kẽm là 380 đối tượng. Dự phòng 20% bỏ cuộc; thực tế điều tra 461 trẻ.

2.5. Phương pháp chọn mẫu:

Chọn tỉnh: chọn có chủ đích 2 huyện Văn Chấn, Văn Yên, tỉnh Yên Bái.

Chọn trường: Tại mỗi huyện, chọn ngẫu nhiên đơn 30% số trường trong số các trường PTDTBT (Văn Chấn chọn 3/10 trường, Văn Yên chọn 3/8 trường). Đã chọn được các trường Cát Thịnh, Nậm Lành, Suối Giàng thuộc huyện Văn Chấn và Mỏ Vàng, Châu Quế Hạ, Đại Sơn thuộc huyện Văn Yên.

Chọn đối tượng: Theo phương pháp chọn mẫu toàn bộ các đối tượng đủ tiêu chuẩn tham gia. Lập danh sách toàn bộ trẻ gái 11-13 tuổi tại các trường được chọn. Tiến hành điều tra tình trạng dinh dưỡng của toàn bộ học sinh và xác định tổng số 461 trẻ SDD thấp còi và nguy cơ SDD thấp còi (HAZ < -1) đủ tiêu chuẩn tham gia.

2.6. Biến số nghiên cứu. Nồng độ kẽm huyết thanh trung bình (TB) chung, theo nhóm tuổi, Tỷ lệ thiếu kẽm chung, theo nhóm tuổi, huyện, trường, dân tộc.

2.7. Phương pháp thu thập thông tin. Phỏng vấn về tình trạng nhân khẩu học, dân tộc, kinh tế xã hội: sử dụng bộ câu hỏi được thử nghiệm trước khi điều tra.

Xét nghiệm máu: Định lượng kẽm huyết thanh theo phương pháp quang phổ hấp phụ nguyên tử (AAS). Các mẫu đã được phân tích tại

labo vi chất, Viện Dinh dưỡng.

2.8. Một số tiêu chuẩn xác định, đánh giá. Thiếu kẽm được xác định khi nồng độ kẽm trong máu (buổi sáng) <10,1 μmol/L (tức < 66 μg/dL) (IZiNCG, 2004).

2.9. Xử lý và phân tích số liệu. Sử dụng phần mềm Epi Data 3.1 để nhập liệu và phần mềm SPSS 22.0 để phân tích. Test kiểm định thống kê là χ² test so sánh tỷ lệ, ANOVA test so sánh giá trị TB 3 nhóm (sử dụng post hoc test. Nồng độ kẽm huyết thanh phân bố chuẩn. Giá trị p<0,05 được xem có ý nghĩa thống kê.

2.10. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu đã được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức của Viện Dinh dưỡng trước khi triển khai, quyết định số 120/QĐ-VDD ngày 05/02/2018.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến hành trên 461 học sinh nữ 11-13 tuổi, trong đó có 45,8% trẻ thuộc hộ nghèo, 23,0% là hộ cận nghèo; Có 40,5% số trẻ là dân tộc H'mông; dân tộc Dao (36,9%), Kinh (8,9%), còn lại dân tộc khác (Tày, Nùng, Thái, Mường) là 13,7%.

Kết quả cho thấy, tỷ lệ thiếu kẽm (kẽm huyết thanh <10,1 μmol/L) ở ĐTNK là 71,8%. Nồng độ kẽm huyết thanh trung bình (TB) ở ĐTNK là 9,35 μmol/l ± 1,3. Nồng độ kẽm huyết thanh thấp là 5,78 μmol/L và cao nhất là 14,8 μmol/L.

Bảng 1. Tình trạng kẽm ở đối tượng nghiên cứu 11-13 tuổi (n=461)

Nhóm tuổi	n	Số thiếu kẽm	Tỷ lệ thiếu kẽm (%) ^b	Giá trị kẽm HT (TB±SD) (μmol/L) ^a
11 tuổi	114	75	65,8	9,47±1,4
12 tuổi	156	116	74,4	9,30±1,3
13 tuổi	191	140	73,3	9,33±1,3
Chung	461	331	71,8	9,35±1,3

^{a)} ANOVA-test cho so sánh kẽm huyết thanh giữa 3 nhóm tuổi, với p > 0,05

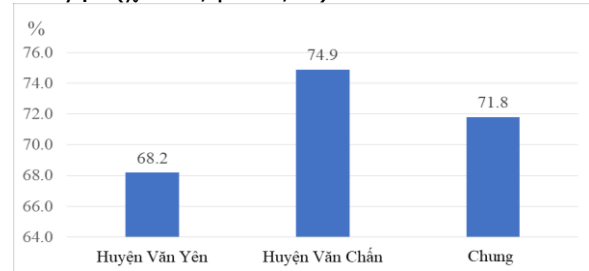
^{b)} χ² test so sánh tỷ lệ giữa các nhóm tuổi, với p > 0,05.

Tỷ lệ thiếu kẽm ở nhóm đối tượng 12 tuổi là 74,4%, cao nhất so với nhóm đối tượng còn lại. Tỷ lệ thiếu kẽm giữa 3 nhóm tuổi khác biệt không có YNTK (χ² test, p > 0,05). Giá trị trung bình nồng độ kẽm huyết thanh không có sự khác biệt có YNTK giữa 3 nhóm tuổi; nhóm 11 tuổi cao hơn (9,47 μmol/l) so với nhóm 12 tuổi (9,30 μmol/l) và 13 tuổi (9,33 μmol/l) (p > 0,05).

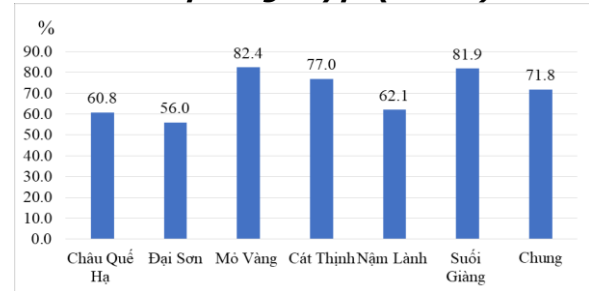
χ² test so sánh tỷ lệ thiếu kẽm giữa 2 huyện, với p > 0,05.

Tỷ lệ thiếu kẽm ở ĐTNK thuộc huyện Văn Yên là 68,2% và Văn Chấn là 74,9%. Không có

sự khác biệt có YNTK về các tỷ lệ thiếu kẽm giữa 2 huyện (χ² test, p > 0,05).



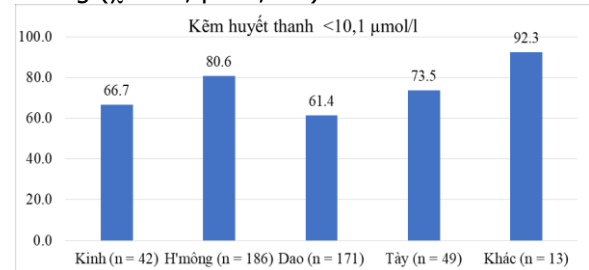
Hình 1. Tỷ lệ thiếu kẽm ở đối tượng nghiên cứu tại từng huyện (n=461)



Hình 2. Tỷ lệ thiếu kẽm theo các trường (n=461)

χ² test so sánh tỷ lệ giữa các trường với p<0,001.

Tỷ lệ thiếu kẽm cao nhất ở trường Mỏ Vàng (82,4%), tiếp theo là trường Suối Giàng (81,9%), trường Cát Thịnh (77,0%). Có sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ thiếu kẽm giữa các trường (χ² test, p < 0,001).



Hình 3. Tỷ lệ thiếu kẽm theo dân tộc (n=461)

χ² test so sánh tỷ lệ giữa các dân tộc *p<0,001

Tỷ lệ kẽm cao nhất ở ĐTNK thuộc dân tộc H'mông (80,6%), tiếp theo là dân tộc Tày (73,5%), Kinh (66,7%); có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ thiếu kẽm giữa các dân tộc (χ² test, p < 0,001).

IV. BÀN LUẬN

Thiếu kẽm chủ yếu liên quan đến chế độ ăn không đầy đủ, nghèo nàn, ít kẽm hoặc chế độ ăn nhiều phytate, sự kém hấp thu, các bệnh đi

truyền hoặc do nhiễm khuẩn. Tỷ lệ thiếu kẽm ở ĐTNC (kẽm huyết thanh $<10,1 \mu\text{mol/L}$) ở ĐTNC là 71,8%, ở ngưỡng rất cao theo ngưỡng qui định của IZiNCG về thiếu kẽm dinh dưỡng. Tỷ lệ trên cao hơn so với tỷ lệ thiếu kẽm ở trẻ 11 – 14 tuổi tại Điện Biên (66,0%), cũng ở trẻ HAZ < -1 thiếu kẽm là 67,2% [5]; và trẻ tiểu học 7-9 tuổi có HAZ < -1 tại Phú Bình là 59,4% [3]; và trẻ dưới 5 tuổi trong điều tra của Viện Dinh dưỡng năm 2014 là 69,4%, tuy nhiên thấp hơn so với tỷ lệ thiếu kẽm vùng miền núi (80,8%) [6]; và cũng cao hơn so với tỷ lệ thiếu kẽm 67,5% ở trẻ dưới 72 tháng tuổi trong điều tra toàn quốc tại Campuchia [7]; tương đương với tỷ lệ thiếu kẽm trẻ mầm non 36-59 tháng tuổi và trẻ tiểu học 72-108 tháng tuổi có HAZ < -1 , cũng tại Yên Bái là 73,8% [8]; và trẻ mầm non tại huyện Thanh Liêm, tỉnh Hà Nam năm 2015 (75,6%) (Hoàng Văn Phương, 2017).

So sánh tỷ lệ thiếu kẽm (71,8%) ở ĐTNC với PNTSD cho thấy, tỷ lệ thấp hơn so với PNTSD 15-35 (86,8%) và ở PNTSD có xu hướng tăng dần theo lớp tuổi tăng dần; cao hơn so với đối tượng PNTSD năm 2010 (67,2%) [2]; và PNTSD vùng nông thôn (60,3%), nhưng tương đương so với tỷ lệ thiếu kẽm PNTSD ở vùng miền núi (73,4%) trong điều tra ba vùng năm 2015 [6]; cao hơn tỷ lệ ở PNTSD trong Tổng Điều tra toàn quốc 2019 (63,5%), và tỷ lệ ở cũng đối tượng này vùng miền núi phía Bắc (81,9%) [9]. Tỷ lệ thiếu kẽm cao nhất là huyện Văn Chấn (74,9%); huyện Văn Yên tỷ lệ thấp hơn (68,2%); không có sự khác biệt có YNTK về tỷ lệ thiếu kẽm này giữa hai huyện; nhưng có sự khác biệt có YNTK và giữa các trường PTDTBT, trong đó tỷ lệ thiếu kẽm cao nhất là Mỏ Vàng (82,4%) và Suối Giàng (81,9%) ($p < 0,001$). Từ kết quả trên cho thấy, vấn đề thiếu kẽm là rất nghiêm trọng ở nhiều đối tượng; xuất hiện ở tất cả các lớp tuổi, khác biệt tùy vùng và tỷ lệ đặc biệt rất cao ở miền núi, vùng khó khăn; cho thấy rằng cần có giải pháp tích cực và tổng thể, trong đó cải thiện chế độ ăn của trẻ, bổ sung kẽm cho những đối tượng này định kỳ có thể là giải pháp cần triển khai diện rộng và đồng bộ trong thời gian tới.

Với cỡ mẫu tương đối lớn, kết quả hình 3 cho thấy tỷ lệ thiếu kẽm có sự khác biệt giữa các dân tộc, cao nhất ở trẻ dân tộc H'mông (80,6%), tiếp theo là dân tộc Tày (73,5%); đặc biệt là thiếu kẽm dân tộc Dao thấp nhất (61,4%) cao hơn trẻ dân tộc Kinh (66,7%); có thể do thói quen ăn uống, môi trường sinh hoạt, đặc tính dân tộc khác nhau làm thay đổi tình trạng kẽm. Trong khi đó nguyên nhân thiếu kẽm thường do trong

khẩu phần ăn không đủ, mà điều kiện kinh tế là yếu tố ảnh hưởng đến chế độ ăn (Kenneth H, 2017). Điều đó cho thấy tình trạng kẽm sẽ khác nhau tùy theo điều kiện kinh tế, môi trường, vị trí địa lý và đặc tính dân tộc.

Giá trị trung bình (TB) hàm lượng kẽm huyết thanh (HT) ở ĐTNC là $9,35 \pm 1,3 \mu\text{mol/L}$; thấp hơn so với hàm lượng kẽm HT ở trẻ 11 -14 tuổi tại Điện Biên $9,64 \pm 1,8 \mu\text{mol/L}$ [5]; và ở PNTSD 15-35 tuổi với nồng độ kẽm huyết thanh TB ở ĐTNC là $9,56 \pm 1,5 \mu\text{mol/L}$; và ở trẻ dưới 71 tháng trong nghiên cứu năm 2012 ($9,5 \mu\text{mol/L}$) [2]; nhưng tương đương với trẻ mầm non ở vùng nông thôn là $9,3 \mu\text{mol/L}$ của Laillou A và cộng sự [2]; hàm lượng kẽm huyết thanh ở ĐTNC cao hơn so với hàm lượng kẽm HT ở trẻ mầm non là $8,93 \pm 1,88 \mu\text{mol/L}$ và ở trẻ tiểu học là $8,88 \pm 1,76 \mu\text{mol/L}$ ở Yên Bái năm 2018 [8]; và ở trẻ dưới 5 tuổi tại ba vùng ($8,75 \mu\text{mol/L}$) [6]; và trên trẻ mầm non tại huyện Thanh Liêm, tỉnh Hà Nam năm 2015 ($8,7 \pm 1,9 \mu\text{mol/L}$) (Hoàng Văn Phương, 2017); ở PNTSD trong điều tra 3 miền vùng miền núi ($8,1 \mu\text{mol/L}$) và vùng nông thôn ($9,3 \mu\text{mol/L}$) năm 2015 [6]. Giá trị TB hàm lượng kẽm HT có sự khác biệt có YNTK về tỷ lệ thiếu kẽm giữa các trường và giữa các dân tộc. Kết quả này tương tự với nghiên cứu tại trẻ 11-14 tuổi tại các trường PTDTBT tỉnh Điện Biên [5].

Từ kết quả trên cho thấy, mặc dù nồng độ kẽm huyết thanh đã có sự tăng lên nhưng tỷ lệ thiếu kẽm trong gần 2 thập kỷ qua thay đổi không đáng kể. Phải chăng, khẩu phần kẽm trong chế độ ăn của trẻ nói riêng và người dân tỉnh miền núi đã được cải thiện; tuy nhiên với tỷ lệ thiếu kẽm của học sinh nữ 11-13 tuổi của Yên Bái rất cao, cho thấy đây là vấn đề nghiêm trọng có YNSKCB, cần có giải pháp trong tương lai cần quyết liệt và tổng thể để cải thiện, bao gồm cải thiện chế độ ăn (tăng cường sử dụng thức ăn nguồn gốc động vật giàu kẽm như thịt, cá, hải sản) và bổ sung kẽm định kỳ cho đối tượng nguy cơ cao để có thể cải thiện nhanh và bền vững tình trạng thiếu kẽm tại các vùng miền núi, đặc biệt vùng khó khăn, vùng nghèo, đối tượng dân tộc đặc biệt là dân tộc H'mông.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thiếu kẽm ở trẻ gái 11-13 tuổi là 71,8%, là vấn đề có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng nghiêm trọng. Nồng độ kẽm huyết thanh TB là $9,35 \mu\text{mol/L} \pm 1,3$. Tỷ lệ thiếu kẽm có sự khác biệt có YNTK giữa các trường ($p < 0,001$), cao nhất là trường Mỏ Vàng (82,4%), tiếp theo là trường Suối Giàng (81,9%). Đồng thời, tỷ lệ

thiếu kẽm có sự khác biệt theo dân tộc ($p < 0,001$); cao nhất ở trẻ dân tộc H'mông 80,6%, tiếp theo dân tộc Tày (73,5%) là dân tộc Kinh (66,7%). Các giải pháp phòng chống thiếu kẽm trong tương lai cần được quan tâm tổng thể và rất tập trung. Cải thiện tình trạng thiếu kẽm thông qua chế độ ăn và bổ sung kẽm định kỳ cho đối tượng nguy cơ cao là giải pháp nhanh và bền vững tại các vùng miền núi, đặc biệt vùng khó khăn, vùng nghèo, dân tộc.

VI. LỜI CẢM ƠN

Nghiên cứu này sử dụng kinh phí của đề tài nghiên cứu khoa học của Viện Dinh dưỡng năm 2018.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gupta S, Brazier AKM and Lowe NM. Zinc deficiency in low- and middle-income countries: prevalence and approaches for mitigation. *J Hum Nutr Diet*, 2020. 33(5): 624-643.
2. Laillou A, Pham TV, Tran NT et al, Micronutrient deficits are still public health issues among women and young children in Vietnam. *Plos ONE* 2012, 7, e34906. 2012.
3. Hoang Nguyen Phuong Linh, Nguyen Song Tu, Tran Thuy Nga et al. Zinc deficiency status and related factors among children 7 - 9-year-old with stunting and risk of stunting in 5 communes of Phu Binh district, Thai Nguyen province, 2017. *Vietnam Journal of Preventive Medicine*, 2020. 30(9): 42-50.
4. Trần Thủy Nga, Hiệu quả bổ sung sữa "Vinamilk 100% sữa tươi – học đường", sữa "Vinamilk ADM GOLD – học đường" có bổ sung vi chất đối với tình trạng dinh dưỡng và vi chất dinh dưỡng ở trẻ 7 – 10 tuổi sau 6 tháng can thiệp. Báo cáo nghiệm thu kết quả nghiên cứu đề tài cấp Viện, Viện Dinh dưỡng, 2017.
5. Nguyễn Song Tú. Đặc điểm nhân trắc, tình trạng vi chất dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan đến dinh dưỡng thấp còi ở học sinh 11-14 tuổi tại các trường phổ thông dân tộc bán trú ở một số huyện của tỉnh Điện Biên năm 2018. Báo cáo nghiệm thu kết quả nghiên cứu đề tài cấp Viện, Viện Dinh dưỡng 2021.
6. Viện Dinh dưỡng. Đánh giá tình trạng thiếu máu, thiếu một số vi chất dinh dưỡng của phụ nữ và trẻ em 6 - 59 tháng tại vùng thành thị, nông thôn và miền núi năm 2014 - 2015. Báo cáo đề tài nghiên cứu cấp Viện, Viện Dinh dưỡng 2015.
7. Wieringa FT, Dahl M, Chamnan C et al, The high prevalence of anemia in Cambodian children and women cannot be satisfactorily explained by nutritional deficiencies or hemoglobin disorders. *Nutrients*. E348, 2016. 8(348): 1-12.
8. Nguyễn Song Tú, Phạm Vĩnh An. Tình trạng thiếu kẽm và yếu tố liên quan ở trẻ mầm non, tiểu học của huyện Lục Yên, Yên Bình, tỉnh miền núi phía Bắc, năm 2017. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2020. 494(1): 53-57.
9. Viện Dinh dưỡng. Báo cáo sơ bộ kết quả Tổng điều tra dinh dưỡng toàn quốc 2019 - 2020. Hội nghị Công bố kết quả Tổng điều tra dinh dưỡng, 2021.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN GÁNH NẶNG CHĂM SÓC CỦA NGƯỜI CHĂM SÓC CHÍNH NGƯỜI BỆNH UNG THƯ TẠI TRUNG TÂM UNG BƯỚU BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NAM ĐỊNH NĂM 2020

Mai Thị Yến¹, Phạm Khánh Huyền²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định một số yếu tố liên quan đến gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc chính người bệnh ung thư tại Trung tâm Ung Bướu Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2020. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 168 người chăm sóc chính người bệnh ung thư tại trung tâm Ung bướu từ tháng 12/2019 đến 07/2020. **Kết quả:** Nghiên cứu đã tìm thấy mối liên quan giữa gánh nặng chăm sóc và nghề nghiệp ($p < 0,05$), thu nhập kinh tế ($r = -$

0,2; $p < 0,05$), thời gian chăm sóc ($p < 0,05$), hoạt động cá nhân của người bệnh ($r = - 0,335$; $p < 0,05$), hỗ trợ xã hội ($r = 0,484$; $p < 0,05$). **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu chỉ ra gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc chính có liên quan với một số yếu tố: nghề nghiệp, thu nhập kinh tế gia đình, thời gian chăm sóc, hoạt động cá nhân, hỗ trợ xã hội.

Từ khóa: Ung thư, gánh nặng chăm sóc, người chăm sóc chính.

SUMMARY

SOME FACTORS RELATED TO THE CARE BURDEN OF PRIMARY CAREGIVERS AT THE ONCOLOGY CENTER OF NAM DINH GENERAL HOSPITAL IN 2020

Objective: To identify some factors related to the care burden of primary caregivers at the Oncology Center of Nam Dinh General Hospital in 2020. **Research subjects and methods:** A descriptive cross-sectional study was carried out on 168 primary

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

²Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Mai Thị Yến

Email: yen20031986@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 26.4.2023

Ngày duyệt bài: 25.5.2023