

thiểu sản túi tinh, nang hoặc tắc nghẽn đường dẫn tinh thường dẫn đến bất thường tín hiệu dạng tăng tín hiệu trên T1WFS. Ngoài ra cộng hưởng từ cũng cho phép chẩn đoán chính xác nguyên nhân và vị trí của xuất tinh máu, giúp ích cho các nhà lâm sàng điều trị bệnh

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ozmen Z, Aktas F, Uluocak N.** (2018). Magnetic resonance imaging and clinical findings in seminal vesicle pathologies. *Journal of the Brazillian Society of Urology.* 44(1), 86-94.
2. **Mittal et al.** Hematospermia Evaluation at MR Imaging; *Radiographics* 2016; 36:1373-1389
3. **Madhushankha et al.** Clinical characteristics, etiology, management and outcome of hematospermia: a systematic review; *Am J Clin Exp Urol* 2021;9(1):1-17
4. **Chiang HS, Lin YH, Wu YN.** (2013). Advantages of magnetic resonance imaging of the seminal vesicles and intra-abdominal vas deferens in patients with congenital absence of the vas deferens. *Urology Journal.* 2, 345-351.
5. **Furuya et al.** 2008. Magnetic Resonance Imaging Is Accurate to Detect Bleeding in the Seminal Vesicles in Patients with Hemospermia; *Urology* 72 (4): 838- 842.
6. **Ocal et al.** Imaging findings of congenital anomalies of seminal vesicles; *Polish Journal of Radiology* 2019; 84: e25-e31.
7. **Osman Ocal, Ali Devrim Karaosmanoglu, Musturay Karcaaltincaba.** (2019). Imaging findings of congenital anomalies of seminal vesicles. *Polish Journal of Radiology.* 84, e25-e31.
8. **Hong-Fei Wu, Di Qiao, Li-Xin Qian.** (2005). Congenital agenesis of seminal vesicle. *Asia Journal of Andrology.* 7(4), 449-452.
9. **Lane VA, Scammell S, West N.** (2014). Congenital absence of the vas deferens and unilateral renal agenesis: implications for patient and family. *Pediatric Surgery International.* 7, 733-736.
10. **B. J. Pereira, L. Sousa, P. Azinhais.** (2009). Zinner's syndrome: an up-to-date review of the literature based on a clinical case. *International Journal of Andrology.* 41(5), 322-330.

KHẨU PHẦN ĂN THỰC TẾ VÀ MỐI LIÊN QUAN TỚI TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA TRẺ 3-5 TUỔI TẠI XÃ ĐẠI XUÂN HUYỆN QUẾ VÕ, TỈNH BẮC NINH NĂM 2022

Ngô Lan Trinh¹, Nguyễn Hà Thu¹, Ngô Thị Xuân², Lê Thị Hương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá khẩu phần ăn thực tế và mối liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ 3 - 5 tuổi tại xã Đại Xuân, huyện Quế Võ, tỉnh Bắc Ninh năm 2022. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên đối tượng trẻ 3 - 5 tuổi. **Kết quả:** Khẩu phần ăn của trẻ đều vượt nhu cầu so với khuyến nghị: Năng lượng trong khẩu phần đạt 111,4%; lượng protein vượt 130%; glucid đạt nhu cầu khuyến nghị (200g/ngày). Tính cân đối giữa các chất sinh năng lượng, vitamin và khoáng chất đều đạt hoặc cao hơn so với nhu cầu khuyến nghị. Tỷ lệ suy dinh dưỡng cao ở cả 3 chỉ số, trong đó suy dinh dưỡng thể nhẹ cân là 9,3%; thể thấp còi 20,1%; thể gầy còm là 6,8% và thừa cân, béo phì là 7,9%. Nghiên cứu cho thấy thừa lipid khẩu phần có nguy cơ thừa cân, béo phì gấp 5,8 lần so với không thừa lipid khẩu phần; thừa glucid khẩu phần có nguy cơ thừa cân, béo phì gấp 12,4 lần so với không thừa glucid khẩu phần. **Kết luận:** Khẩu phần ăn của đối tượng đa số đều dư thừa so với nhu cầu khuyến nghị, là nguyên

nhân trực tiếp dẫn đến tình trạng thừa cân béo phì của trẻ cao (7,9%); yếu tố thừa lipid, glucid khẩu phần và tình trạng thừa cân, béo phì của trẻ có liên quan đến nhau.

Từ khóa: Tình trạng dinh dưỡng, trẻ 3 - 5 tuổi, khẩu phần ăn, thừa cân - béo phì.

SUMMARY

ACTUAL DIETARY INTAKE AND ASSOCIATION WITH NUTRITIONAL STATUS OF CHILDREN AGED 3-5 YEARS IN DAI XUAN COMMUNE, QUE VO DISTRICT, BAC NINH PROVINCE IN 2022

Objective: Our study aims to investigate the actual dietary intake and its association with the nutritional status of children aged 3-5 years in Dai Xuan commune, Que Vo district, Bac Ninh province in 2022. **Participants and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on children aged 3-5 years. **Results:** The dietary intake of children exceeded the recommended levels: Energy intake reached 111.4% of the recommended amount, protein intake exceeded 130%, and carbohydrate intake met the recommended requirement (200g/day). The balance between energy sources, vitamins, and minerals was either met or exceeded the recommended levels. The prevalence of malnutrition was high across all three indicators, with 9.3% classified as underweight, 20.1% as stunted, and 6.8% as wasted. Additionally, 7.9% of children were

¹Viện Đào tạo Y học Dự phòng và Y tế Công cộng

²Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật Tỉnh Bắc Ninh

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Lan Trinh

Email: lantrinh0999@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.7.2023

Ngày duyệt bài: 10.8.2023

classified as overweight or obese. The study revealed that excessive lipid intake increased the risk of overweight and obesity by 5.8 times compared to those without excessive lipid intake. Similarly, excessive carbohydrate intake increased the risk of overweight and obesity by 12.4 times compared to those without excessive carbohydrate intake. **Conclusion:** The majority of the participants had excessive dietary intake compared to the recommended levels, which directly contributed to the high prevalence of overweight and obesity (7.9%) among the children. The association between excessive lipid and carbohydrate intake and the occurrence of overweight and obesity was evident.

Keywords: Nutritional status, children aged 3-5 years, dietary intake, overweight-obesity.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), năm 2020, trên Thế giới có 149 triệu trẻ em dưới 5 tuổi suy dinh dưỡng (SDD) thể thấp còi, 45 triệu trẻ SDD thể gầy còm và 38,9 triệu trẻ thừa cân - béo phì¹. Tại Việt Nam, sau 10 năm thực hiện Chiến lược quốc gia về dinh dưỡng (2011 - 2020), nước ta đứng trước gánh nặng kép về dinh dưỡng trẻ em: vừa thiếu vừa thừa dinh dưỡng. Cụ thể, theo kết quả Tổng điều tra Dinh dưỡng toàn quốc 2019 - 2020 của Viện dinh dưỡng quốc gia, tình trạng suy dinh dưỡng thấp còi của trẻ dưới 5 tuổi trên toàn quốc đã giảm từ 29,3% (năm 2010) xuống 19,6% (năm 2020), tỷ lệ thừa cân, béo phì có xu hướng tăng nhanh, đặc biệt là ở khu vực thành phố, năm 2020, tỷ lệ thừa cân - béo phì ở trẻ dưới 5 tuổi là 7,4%². Thừa cân, béo phì là một bệnh đa nhân tố, trong đó, nguyên nhân trực tiếp phải kể đến đó là khẩu phần ăn thừa cả về năng lượng, chất béo và protein. Theo nghiên cứu trên nhóm trẻ 3 - 5 tuổi tại Cần Thơ có đến 58,3% và 43,4% trẻ có khẩu phần thừa protein và lipid³. Một khẩu phần ăn không cân đối giữa các chất sinh năng lượng không những không phát huy hết vai trò của các chất dinh dưỡng mà còn là nguyên nhân dẫn đến các bệnh mạn tính không lây liên quan đến dinh dưỡng ngay hiện tại và cả các giai đoạn sau của cuộc đời.

Bắc Ninh là tỉnh có diện tích nhỏ nhất đất nước, với vị trí nằm trong vùng Thủ đô Hà Nội và vùng kinh tế trọng điểm Bắc Bộ, tỉnh có tốc độ công nghiệp hóa tăng nhanh. Ngoài khu vực thành phố, thị xã thì khu vực các huyện cũng chịu tác động không nhỏ của quá trình công nghiệp đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ từ 3 - 5 tuổi, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá khẩu phần ăn thực tế và mối liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ 3 - 5 tuổi tại xã Đại Xuân, huyện Quế Võ, tỉnh Bắc

Ninh năm 2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn: Trẻ từ 3 - 5 tuổi trường mầm non xã Đại Xuân, huyện Quế Võ, tỉnh Bắc Ninh và bà mẹ của trẻ trong nhóm đối tượng nghiên cứu tham gia phỏng vấn về tình trạng dinh dưỡng của trẻ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Trẻ mắc các bệnh bẩm sinh, các bệnh mạn tính hoặc đang mắc bệnh cấp tính.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Trường mầm non xã Đại Xuân thuộc thôn Đại Ngự, xã Đại Xuân, huyện Quế Võ, tỉnh Bắc Ninh trong khoảng thời gian từ tháng 10/2022 - 5/2023.

Cỡ mẫu:

* Cỡ mẫu điều tra tình trạng dinh dưỡng

$$n = Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu nghiên cứu

p: tỷ lệ trẻ dưới 5 tuổi bị SDD thể thấp còi tỉnh Bắc Ninh năm 2020 là 20,7% nên $p=0,207^2$

d: là sai số tương đối của nghiên cứu lấy $d = 0,05$; α : mức ý nghĩa thống kê, lấy $\alpha = 0,05$. Khi đó, $Z(1-\alpha/2)=1,96$

Thay vào công thức tính được cỡ mẫu của nghiên cứu là $n = 253$. Thêm 10% bỏ cuộc, số mẫu cần thu thập là 280 trẻ. Trên thực tế chúng tôi đã điều tra 279 trẻ.

* Cỡ mẫu điều tra khẩu phần

$$n = \frac{t^2 \cdot s^2 \cdot n}{e^2 n + t^2 s^2}$$

Trong đó:

n: Số lượng đối tượng cần điều tra khẩu phần; $t = 2$ (thường bằng 2 ở xác suất 0,95).

$\delta = 300\text{Kcal}$ (Độ lệch chuẩn thường gặp ở các điều tra trước).

e = Sai số chuẩn (chọn là 70Kcal).

n: Tổng số trẻ 3 - 5 tuổi điều tra tình trạng dinh dưỡng. Thay vào công thức tính được cỡ mẫu của điều tra khẩu phần ăn là 58 trẻ. Cộng xấp xỉ 10% bỏ cuộc, cỡ mẫu sẽ là 65 trẻ.

Chọn mẫu: Chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống. Lập danh sách toàn bộ trẻ 3 - 5 tuổi của xã với khoảng cách mẫu $k = 395/280 = 1,4$ sau đó cứ 1 trẻ thì chọn một trẻ cho tới khi đủ cỡ mẫu 280 trẻ. Cũng tương tự tính khoảng cách mẫu $k = 279/65 = 4,3$; vậy cứ 4 trẻ thì chọn ra một trẻ cho đến khi đủ 65 trẻ để điều tra khẩu phần ăn 24 giờ.

Phương pháp thu thập số liệu: Số liệu được thu thập điều tra bằng phương pháp điều tra khẩu phần 24 giờ. Hỏi ghi tất cả các lương thực, thực phẩm kể cả đồ uống mà trẻ tiêu thụ ngày qua kết hợp đo đạc các thông số về nhân trắc học.

Biên số nghiên cứu: - Đặc điểm chung của trẻ: Tuổi, giới tính, cân nặng, chiều cao.

- Khẩu phần ăn 24 giờ: Tổng năng lượng khẩu phần cung cấp; số gam các chất dinh dưỡng trong khẩu phần (protein, lipid,

glucid, calci, phospho, kẽm, sắt, các VTM A, C, B1, B2, PP).

2.3. Xử lý số liệu. Số liệu sau khi thu thập được làm sạch và nhập vào máy tính bằng phần mềm Epidata 3.1. Các phân tích sẽ được thực hiện bằng phần mềm STATA 15.1 và Microsoft Office Excel. Thống kê mô tả biến định lượng sử dụng trung bình và độ lệch chuẩn. Thống kê mô tả biến định tính bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. Mô hình hồi quy logistic đơn biến xác định các yếu tố liên quan tới tình trạng dinh dưỡng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 279 trẻ 3 – 5 tuổi tham gia nghiên cứu, nhóm 3 tuổi chiếm 33%; nhóm 4 tuổi chiếm 34,4% và nhóm 5 tuổi chiếm 32,6%. Trong đó, trẻ nam chiếm 48,4%, trẻ nữ chiếm 51,6%.

3.1. Khẩu phần ăn thực tế của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Mức đáp ứng nhu cầu khuyến nghị về năng lượng và các chất dinh dưỡng của khẩu phần ăn thực tế của đối tượng (n = 65)

Thành phần dinh dưỡng	Nam		Nữ		
	Nhu cầu khuyến nghị/ngày *	Mức đáp ứng (%)	Nhu cầu khuyến nghị/ngày*	Mức đáp ứng (%)	
Năng lượng (Kcal)	1320	111,5	1230	111,4	
Chất dinh dưỡng chính sinh năng lượng	Protein (g)	25	245,5	222,9	
	Lipid (g)	36 – 51	87,1	34 – 48	88,7
	Glucid (g)	190 – 200	103,9	175 – 190	101,4
Khoáng chất	Calci (mg)	600	147,2	600	156,0
	Phospho (mg)	500	176,8	500	163,6
	Kẽm (mg)	4,8	113,0	4,8	101,6
	Sắt (mg)	5,5	133,5	5,4	132,6
Vitamin	Vitamin A (mcg)	500	78,8	400	74,6
	Vitamin C (mg)	40	157,9	40	126,9
	Vitamin B1 (mg)	0,7	152,4	0,7	145,3
	Vitamin B2 (mg)	0,8	137,7	0,8	142,4
	Vitamin PP (mg)	8	158,8	8	143,0

Bảng 1 cho thấy năng lượng trong khẩu phần ăn của trẻ 3 – 5 tuổi đạt 111,4%. Lượng protein trong khẩu phần của trẻ nam và nữ đạt tới 245,5% và 222,9% so với khuyến nghị. Hàm lượng chất khoáng đều vượt so với nhu cầu khuyến nghị: Calci vượt 50%, phospho vượt 70%

* Nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị cho người Việt Nam 2016 và kẽm khoảng 30%. Hàm lượng vitamin A thấp hơn so với nhu cầu (đáp ứng khoảng 75%), vitamin C đạt tới 152,4% và 126,9%; các vitamin nhóm B đều vượt khoảng 40% ở khẩu phần của cả 2 giới.

Bảng 2: Tính cân đối của khẩu phần điều tra thực tế theo giới của đối tượng (n = 65)

Đặc điểm	Nam (N = 32)		Nữ (N = 33)	
	Thực tế	Nhu cầu khuyến nghị *	Thực tế	Nhu cầu khuyến nghị *
Tỷ lệ P:L:G (%)	16,7:27:56,6	Pr: 13 – 20 L: 25 – 35; G: 55 - 65	16,3:28:56,2	Pr: 13 – 20 L: 25 – 35; G: 55 - 65
Protein ĐV/TS (%)	64,1	≥ 60	62,8	≥ 60
Lipid TV/TS (%)	25,3	30	24,5	30
Calci/Phospho	1,0	0,8 – 1,5	1,2	0,8 – 1,5
B1/1000 Kcal	0,7	0,5	0,7	0,6
B2/1000 Kcal	0,8	0,6	0,8	0,7
PP/1000 Kcal	8,7	6,1	8,7	6,5

* Nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị cho người Việt Nam 2016

Bảng 2 cho thấy tỷ lệ của nam là 16,7:27:56,6; tỷ lệ của nữ là 16,3:28:56,2 và đều cân đối so với khuyến nghị. Tỷ lệ Protein ĐV/TS trong khẩu phần của nam và nữ đều cao hơn so với khuyến nghị > 60%. Tỷ lệ khoáng chất Calci/Phospho đều nằm trong khoảng nhu cầu khuyến nghị ở cả 2 giới. Tỷ lệ Lipid TV/TS

trong khẩu phần trẻ nam và trẻ nữ đều thấp hơn so với khuyến nghị (30%) lần lượt là 25,3% và 24,5%. Hàm lượng vitamin B1/1000 Kcal, B2/1000 Kcal, PP/1000 Kcal đều cao hơn so với khuyến nghị.

3.2. Tình trạng dinh dưỡng

Bảng 3: Phân loại tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu (n = 279)

Đặc điểm	Nam		Nữ	
	n	%	n	%
Suy dinh dưỡng thể nhẹ cân	13	9,6	13	9
Suy dinh dưỡng thể thấp còi	34	25,2	22	15,3
Suy dinh dưỡng thể gầy còm	11	8,1	8	5,6
Thừa cân, béo phì	14	10,4	8	5,6

Bảng 3 cho thấy tỷ lệ SDD thể nhẹ cân ở trẻ nam là 9,6%, trẻ nữ là 9%. Tỷ lệ SDD thể gầy còm ở trẻ nam là 8,1%, trẻ nữ là 5,6%. Tỷ lệ thừa cân ở trẻ nam là 10,4% lớn hơn trẻ nữ là 5,6%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê khi so sánh tỷ lệ SDD nhẹ cân, gầy còm và thừa

cân béo phì giữa trẻ nam và trẻ nữ. Tỷ lệ SDD thể thấp còi cao ở cả 2 giới, trẻ nam là 25,2%, trẻ nữ là 15,3% (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê p = 0,039 < 0,05).

3.3. Một số yếu tố liên đến trình trạng thừa cân béo phì của trẻ

Bảng 4: Mối liên quan giữa khẩu phần ăn và tình trạng thừa cân béo phì

Yếu tố liên quan	Thừa cân béo phì		Có		Không		Đơn biến OR (95 % CI)	P
	Có	Không	n	%	n	%		
Thừa năng lượng khẩu phần	Có	8	16	42	84	2,67 (0,31 – 23,2)	0,375	
	Không	1	6,7	14	99,3			
Thừa protein khẩu phần	Có	9	13,9	56	86,1	-	-	
	Không	0	0	0	0			
Thừa lipid khẩu phần	Có	5	33,3	10	66,7	5,75 (1,31 – 25,3)	0,021	
	Không	4	8	46	92			
Thừa glucid khẩu phần	Có	8	26,7	22	72,3	12,36 (1,44 – 105,8)	0,022	
	Không	1	2,9	34	97,1			

Mô hình phân tích đơn biến cho thấy mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng thừa cân, béo phì với các yếu tố thừa lipid khẩu phần và thừa glucid khẩu phần: Trẻ thừa lipid khẩu phần có nguy cơ thừa cân, béo phì gấp 5,8 lần so với trẻ không thừa lipid khẩu phần. Trẻ thừa glucid khẩu phần có nguy cơ thừa cân, béo phì gấp 12,4 lần so với trẻ không thừa glucid khẩu phần.

IV. BÀN LUẬN

Trẻ ở giai đoạn mẫu giáo 3 – 5 tuổi thường đã không còn ăn chế độ ăn riêng mà thay vào đó là ăn cùng với gia đình, tập thói quen sử dụng đa dạng các loại thực phẩm hơn mà gia đình sử dụng trong bữa cơm hằng ngày. Năng lượng trung bình trong khẩu phần của đối tượng là 1420,5 ± 190,45 Kcal. Kết quả này thấp với kết quả của Phạm Ích Hiếu trên khẩu phần ăn của trẻ 3 – 5 tuổi tại phường Thanh Lương, Hà Nội năm 2017 (125%)⁴. Kết quả của nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy hàm lượng protein trong khẩu phần của 100% trẻ đều cao hơn so với nhu

cầu khuyến nghị. Hàm lượng protein này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hiền trên trẻ 3 – 5 tuổi tại Cần Thơ năm 2017 (59,5g/ngày)³ và cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Trịnh Thanh Xuân tại tỉnh Điện Biên năm 2019 (26,6g/ngày)⁵. Xét về tính cân đối của khẩu phần về tỷ lệ P:L:G thì kết quả điều tra cho thấy ở trẻ nam là 16,7:27:56,6 và trẻ nữ là 16,3:28:56,2. Kết quả này tương đồng với kết quả của tác giả Nguyễn Thị Hiền tại Cần Thơ năm 2017 (18:25:57)³, từ đó ta không thấy có nhiều sự khác biệt trong khẩu phần ăn của trẻ em hiện nay.

Hàm lượng vitamin và khoáng chất đa số đều vượt nhu cầu khuyến nghị. Kết quả này tương đồng với kết quả của tác giả Phạm Ích Hiếu trên khẩu phần ăn của trẻ 3 – 5 tuổi tại phường Thanh Lương, Hà Nội năm 2017⁴ và tác giả Nguyễn Thị Hiền tại Cần Thơ năm 2017³. Tuy nhiên việc khẩu phần các chất dinh dưỡng dư thừa quá nhiều so với khuyến nghị cũng có thể dẫn đến việc lãng phí và tăng nguy cơ một

số vấn đề sức khỏe liên quan. Kết quả nghiên cứu cho thấy: tỷ lệ Ca/P đều đạt chuẩn với 1,0 ở trẻ nam và 1,2 ở trẻ nữ; hàm lượng các vitamin nhóm B trên 1000 Kcal đều vượt so với cầu. Nhìn chung, khẩu phần ăn 24 giờ của trẻ 3 – 5 tuổi xã Đại Xuân đã tốt về tính cân đối giữa các chất sinh năng lượng, khoáng chất nhưng lại dư thừa về năng lượng và các chất dinh dưỡng khác đặc biệt là protein khẩu phần, chính là nguy cơ dẫn đến thừa cân, béo phì (tỷ lệ thừa cân béo phì tại địa bàn ở mức cao 7,9% so với cả nước) và các bệnh mạn tính không lây liên quan đến dinh dưỡng ngay hiện tại và cả các giai đoạn sau của cuộc đời.

Trong tổng số 279 trẻ trong nhóm 3 – 5 tuổi tham gia nghiên cứu, SDD thể thấp còi chiếm tỷ lệ cao nhất là 20,1%, tỷ lệ SDD thể nhẹ cân và gầy còm là 9,9% và 6,8%. Tỷ lệ SDD nhẹ cân và gầy còm của địa bàn nghiên cứu cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Hoàng Đức Phúc và cộng sự tại một số quận huyện ở Hà Nội năm 2019 (4,2% và 2,8%)⁶. Kết quả này phù hợp với tình hình kinh tế của 2 địa phương nghiên cứu, Hà Nội là khu vực thủ đô nên công tác chăm sóc trẻ, phòng suy dinh dưỡng cũng được quan tâm và cải thiện nhiều hơn so với các tỉnh đồng bằng Bắc bộ khác nên tình trạng SDD của trẻ thấp hơn.

Thừa cân, béo phì đang gia tăng và trở thành một vấn đề sức khỏe ở Việt Nam. Thừa cân và béo phì đang tăng lên mức báo động về sức khỏe ở mọi lứa tuổi trên thế giới, cả ở người lớn và trẻ em, đây là điều không thể tránh khỏi trong xu thế phát triển chung của xã hội. Bên cạnh tỷ lệ suy dinh dưỡng ở trẻ nhóm 3 – 5 tuổi chiếm tỷ lệ cao thì địa điểm nghiên cứu vẫn chịu gánh nặng kép về dinh dưỡng khi tỷ lệ TCBP vẫn còn khoảng 7,9%. So sánh với kết quả điều tra trên toàn quốc năm 2020 của Viện dinh dưỡng Quốc gia, thì tỷ lệ TCBP của toàn quốc và vùng đồng bằng sông Hồng cao hơn (10,5% và 10,7% so với 7,9%)². Tuy nhiên so với kết quả điều tra của các nghiên cứu khác thì cho thấy tỷ lệ thừa cân, béo phì nghiên cứu này cao hơn huyện Phú Lương, Thái Nguyên năm 2020 (4,1%)⁷. Ngược lại tỷ lệ trẻ TCBP của nghiên cứu lại thấp hơn hơn tỷ lệ thừa cân béo phì trong nghiên cứu của tác giả Đỗ Nam Khánh trên trẻ mầm non tại Hà Nội (8,23%)⁸ và tỷ lệ TCBP của trẻ từ 2 – 4,9 tuổi tại Indonesia (16,5%)⁹.

Trong kết quả này, có mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng thừa cân, béo phì với các yếu tố thừa lipid và glucid khẩu phần. Trẻ có khẩu phần thừa lipid và glucid có nguy cơ thừa cân, béo phì gấp 5,8 và 12,7 lần so với

những trẻ ăn đủ hoặc thiếu lipid, glucid. Điều này cho thấy lipid và glucid là những chất sinh năng lượng có vai trò quan trọng trong khẩu phần của trẻ, đặc biệt là trong giai đoạn phát triển đầu đời. Do vậy cần phải tăng cường kiến thức về khẩu phần ăn hợp lý cho các bà mẹ và các cơ sở chăm sóc trẻ để dự phòng xu hướng thừa cân, béo phì của trẻ.

V. KẾT LUẬN

Khẩu phần ăn của trẻ đều vượt nhu cầu so với khuyến nghị: Năng lượng trong khẩu phần vượt 11,4%; lượng protein vượt 130%; Calci vượt khoảng 50%, phospho vượt khoảng 70% và kẽm vượt khoảng 30%; các vitamin nhóm B đều vượt khoảng 40% ở khẩu phần của cả 2 giới. Tính cân đối giữa các chất sinh năng lượng, vitamin và khoáng chất đều đạt hoặc cao hơn so với nhu cầu khuyến nghị.

Tỷ lệ suy dinh dưỡng của trẻ 3 – 5 tuổi cao ở cả 3 chỉ số, trong đó thể nhẹ cân là 9,3%, thể thấp còi là 20,1%, và thể gầy còm là 6,8%; Tỷ lệ trẻ thừa cân, béo phì là 7,9%.

Có mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng thừa cân, béo phì với các yếu tố thừa lipid và glucid khẩu phần. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **WHO. Fact sheets - Malnutrition.** Published 2022. Accessed April 17, 2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
2. **Viện Dinh dưỡng.** Số liệu thống kê. Accessed May 7, 2023. <http://chuyentrang.viendinhduong.vn/vi/so-lieu-thong-ke/so-lieu-thong-ke-266.html>
3. **Nguyễn Thị Hiền, Lê Thảo Vy.** Khẩu phần ăn của trẻ 3 - 5 tuổi và kiến thức của các bà mẹ tại xã Mỹ Khánh, huyện Phong Điền, thành phố Cần Thơ năm 2017. Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm. 2022;15(1):31-38.
4. **Phạm Ích Hiếu.** Thực trạng khẩu phần và thói quen tiêu thụ thực phẩm của trẻ 3 - 5 tuổi tại phường Thanh Lương, quận Hai Bà Trưng, Hà Nội năm 2015. Khóa luận tốt nghiệp cử nhân y khoa. Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Trình Thanh Xuân, Trương Tuyết Mai, Lê Thị Yến, Nguyễn Lân.** Thực trạng khẩu phần trẻ em và kiến thức, thực hành chăm sóc trẻ của các bà mẹ ở 2 xã, huyện Tuần Giáo, tỉnh Điện Biên. Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm. 2022;15(1):9-17.
6. **Hoàng Đức Phúc, Trần Quang Trung, Nguyễn Thị Kiều Anh, Đặng Thị Thanh Hà, Nguyễn Thị Mai Lan, Nguyễn Thị Hải Yến.** Thực trạng dinh dưỡng của trẻ em dưới 5 tuổi tại một số quận huyện ở Hà Nội, năm 2019. Tạp chí Y học Dự phòng. 2021;30(6):53-60.
7. **Phan Thị Thanh Tâm, Trần Thúy Nga, Trần Khánh Vân, Nguyễn Thị Lan Phương, Nguyễn Trần Ngọc Tú, Lê Anh Hoa.** Tình trạng

đinh dưỡng và một số yếu tố liên quan tới suy dinh dưỡng thấp còi ở trẻ em 24-71 tháng tại một số trường mầm non huyện Phú Lương, tỉnh Thái Nguyên năm 2020. VMJ. 2022;516(1).

8. **Đỗ Nam Khánh, Vũ Thị Tuyên, Vũ Kim Duy, et al.** Thực trạng thừa cân béo phì và một số yếu tố liên quan ở nhà của trẻ em mầm non huyện

Đông Anh, Hà Nội năm 2019. Tạp chí Y học Dự phòng. 2020;30(1):88-94.

9. **Cut Novianti Rachmi, Kingsley E. Agho, Mu Li, Louise Alison Baur.** Stunting, Underweight and Overweight in Children Aged 2.0–4.9 Years in Indonesia: Prevalence Trends and Associated Risk Factors. PLOS ONE. 2016;11(5):e0154756.

TỶ LỆ AST/ALT VÀ GGT HUYẾT THANH Ở BỆNH NHÂN BỆNH GAN DO RƯỢU VÀ DO VIRUS

Lê Quốc Tuấn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Ý nghĩa chẩn đoán của tỷ lệ AST/ALT và GGT đối với bệnh nhân bệnh gan do rượu và viêm gan virus. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu. Gồm 51 bệnh nhân bệnh gan do rượu và 36 bệnh nhân bị viêm gan virus điều trị tại Trung tâm Y tế Huyện Thanh Ba từ tháng 5/2021 đến tháng 9/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 52,6 tuổi. Nam chiếm 90,8%, nữ chiếm 9,2%. Triệu chứng lâm sàng: mệt mỏi (46%), vàng da (37,9%), chán ăn (35,6%), gan to (34,5%). Bệnh gan do rượu có nồng độ GGT trong huyết thanh tăng cao (384,41±57,31U/L), có AST (136,72±47,62 U/L) lớn hơn ALT (83,42±31,49 U/L). Bệnh nhân viêm gan virus ALT (292,41±53,61U/L) cao hơn AST (188,29±63,35 U/L). Tỷ lệ AST/ALT > 1 ở người bệnh gan do rượu (1,65) còn ở bệnh nhân viêm gan virus (0,48) thì tỷ lệ AST/ALT nhỏ hơn 1.

Từ khóa: viêm gan virus, bệnh gan do rượu, GGT, AST, ALT, AST/ALT

SUMMARY

AST/ALT RATIO AND GGT IN PATIENTS WITH ALCOHOLIC LIVER DISEASE AND VIRAL HEPATITIS

Objective: "Diagnostic significance of AST/ALT ratios and GGT in patients with alcoholic liver disease and viral hepatitis". **Subjects and Methods:** A prospective cross-sectional descriptive study. Including 51 patients with alcoholic liver disease and 36 patients with viral hepatitis treated at Thanh Ba Medical Center from May 2021 to September 2022. **Results:** Mean age was 52.6 years old. Male accounted for 90.8%, female accounted for 9.2%. Clinical symptoms: fatigue (46%), jaundice (37.9%), anorexia (35.6%), hepatomegaly (34.5%). Alcoholic liver disease has elevated serum GGT levels (384.41±57.31U/L), AST (136.72±47.62 U/L) is higher than ALT (83.42±31.49) U/L. Patients with viral hepatitis ALT (292.41±53.61U/L) was higher than AST

(188.29±63.35 U/L). The AST/ALT ratio > 1 in patients with alcoholic liver disease (1.65) and in patients with viral hepatitis (0.48), the AST/ALT ratio is less than 1.

Keywords: viral hepatitis, alcoholic liver disease, GGT, AST, ALT, AST/ALT

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gamma Glutamyl Transferase (GGT) là một enzym phân bố rộng rãi trong mô. GGT hiện diện trên thành tế bào của nhiều mô như thận, ống mật, tuyến tụy, túi mật, lách, tim, não và túi tinh. Nó tham gia vào quá trình vận chuyển axit amin qua màng tế bào, chuyển hóa leukotriene và chuyển hóa glutathione. GGT chủ yếu được sử dụng như một dấu hiệu sinh học chẩn đoán bệnh gan. Tăng GGT tiềm ẩn trong hầu hết các trường hợp có thể nhìn thấy ở những bệnh nhân bị viêm gan virus mạn tính, thường kéo dài 12 tháng trở lên mới xuất hiện [1]. GGT huyết thanh cũng có thể tăng trong các bệnh về gan, tuyến tụy và đường mật tương tự như phosphatase kiềm trong việc phát hiện bệnh đường mật [2,3]. Ở người nghiện rượu, GGT thường bị gia tăng đơn độc. Giá trị của enzym tương ứng với lượng rượu hấp thụ và nghiên cứu mức độ biến thiên của enzym theo thời gian giúp người thầy thuốc đánh giá thói quen dùng rượu của bệnh nhân. Một số nghiên cứu đã tìm hiểu mối liên quan giữa GGT huyết thanh và tỷ lệ tử vong do mọi nguyên nhân, coi GGT như một chỉ báo về mức tiêu thụ rượu. GGT huyết thanh đã dự đoán tỷ lệ mắc bệnh và tử vong không phụ thuộc vào việc uống rượu và bệnh lý gan [6].

Trong viêm gan cấp do virus (ngoại trừ do HCV, ALT và AST thường tăng không cao). Trong viêm gan cấp do thuốc, độc tố, ALT và AST tăng rất cao thường > 25 lần [4]. Viêm gan rượu: AST tăng từ 2 -10 lần, thường < 8 lần giá trị tham chiếu hay < 300 U/L; ALT tăng nhẹ < 5 lần hay thậm chí không tăng. AST tăng hơn 2 lần ALT kèm GGT tăng rất cao là đặc trưng của viêm gan

¹Trung tâm Y tế huyện Thanh Ba

Chịu trách nhiệm chính: Lê Quốc Tuấn

Email: tuanpk103ck@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.7.2023

Ngày duyệt bài: 9.8.2023