

Tình trạng dinh dưỡng ở trẻ em dưới 5 tuổi đến khám tại Viện Dinh dưỡng năm 2025**Trần Thị Liên¹, Phạm Thị Dung^{1*}, Phạm Thị Kiều Chinh¹,****Trần Thị Lan², Nguyễn Trọng Hưng³**¹*Trường Đại học Y Dược Thái Bình, 373 Lý Bôn, phường Kỳ Bá,**TP Thái Bình, tỉnh Thái Bình, Việt Nam*²*Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng, 215 Điện Biên Phủ,**phường 2, quận Bình Thạnh, TP Hồ Chí Minh, Việt Nam*³*Trường Đại học Y Hà Nội, 1 Tôn Thất Tùng,**phường Kim Liên, quận Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam*³*Viện Dinh dưỡng, 48B Tầng Bạt Hồ, Phường Hai Bà Trưng, Hà Nội, Việt Nam*

Ngày nhận bài 5/8/2025; ngày chuyển phản biện 7/8/2025;

ngày nhận phản biện 26/8/2025; ngày chấp nhận đăng 5/9/2025

Tóm tắt:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 224 trẻ 0-59 tháng tuổi đến khám tại Khoa Khám tư vấn dinh dưỡng trẻ em, Viện Dinh dưỡng năm 2025 và mẹ của trẻ. Trẻ được đo các chỉ số nhân trắc về cân nặng, chiều cao hoặc chiều dài cơ thể để đánh giá tình trạng dinh dưỡng. Kết quả cho thấy, tỷ lệ trẻ suy dinh dưỡng (SDD) thể nhẹ cân, thấp còi và gầy còm lần lượt là 32,6, 31,2 và 17,4%. Tỷ lệ trẻ thừa cân béo phì là 2,7%. Tỷ lệ trẻ mắc ít nhất một thể SDD là 49,1%; thấp còi đơn thuần là 11,6%; thấp còi phối hợp nhẹ cân là 19,2% và cả 3 thể phối hợp là 7,6%. Trẻ đến khám tại Khoa Khám tư vấn dinh dưỡng trẻ em, Viện Dinh dưỡng có tỷ lệ SDD các thể ở mức cao, cần tăng cường can thiệp dinh dưỡng sớm và cá nhân hóa cho trẻ trong 1.000 ngày đầu đời.

Từ khóa: nhẹ cân, suy dinh dưỡng, thấp còi, trẻ dưới 5 tuổi.**Chỉ số phân loại:** 3.1, 3.3**Nutritional status of children under 5 years old visiting the Institute of Nutrition in 2025****Thi Lien Tran¹, Thi Dung Pham^{1*}, Thi Kieu Chinh Pham¹,****Thi Lan Tran², Trong Hung Nguyen³**¹*Thai Binh University of Medicine and Pharmacy, 373 Ly Bon Street,**Ky Ba Ward, Thai Binh City, Thai Binh Province, Vietnam*²*Hong Bang International University, 215 Dien Bien Phu Street,**Ward 2, Binh Thanh District, Ho Chi Minh City, Vietnam*³*National Institute of Nutrition, 48B Tang Bat Ho Street,**Hai Ba Trung Ward, Hanoi, Vietnam*

Received 5 August 2025; revised 26 August 2025; accepted 5 September 2025

*Tác giả liên hệ: Email: dungpt@tbump.edu.vn

Abstract:

A cross-sectional study was conducted in 2025 on 224 children aged from 0 to 59 months and their mothers who visited the Department of Pediatric Nutrition Consultation at the National Institute of Nutrition. Anthropometric measurements, including weight, height, or length were taken to assess the children's nutritional status. The results showed that the prevalence of underweight, stunting, and wasting was 32.6, 31.2, and 17.4%, respectively. The prevalence of overweight and obesity was 2.7%. In total, 49.1% of the children had at least one form of malnutrition; 11.6% had stunting alone; 19.2% had both stunting and underweight; and 7.6% presented with all three forms of malnutrition. These findings indicate a high burden of malnutrition among children attending the department, emphasizing the need for early and individualized nutritional interventions during the first 1,000 days of life.

Keywords: children under 5 years old, malnutrition, stunting, underweight.

Classification numbers: 3.1, 3.3

1. Đặt vấn đề

Suy dinh dưỡng (SDD) ở trẻ dưới 5 tuổi vẫn đang là một trong những thách thức lớn đối với sức khỏe cộng đồng ở nhiều quốc gia đang phát triển, trong đó có Việt Nam [1]. Giai đoạn từ 0 đến 59 tháng tuổi, đặc biệt là trong 1.000 ngày đầu đời (từ khi thụ thai đến khi trẻ 2 tuổi), được coi là “giai đoạn cửa sổ cơ hội vàng” để can thiệp dinh dưỡng nhằm đảm bảo sự phát triển tối ưu về thể chất, tinh thần và khả năng học tập sau này của trẻ. Tuy nhiên, trong giai đoạn này, trẻ rất dễ bị tổn thương bởi các yếu tố dinh dưỡng không hợp lý, nhiễm trùng và các yếu tố môi trường bất lợi.

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), SDD không chỉ bao gồm tình trạng thiếu hụt các vi chất và năng lượng, mà còn bao gồm cả tình trạng thừa cân béo phì - tạo nên một “gánh nặng kép” về dinh dưỡng. Ở Việt Nam, mặc dù đã đạt được một số thành tựu đáng ghi nhận trong việc cải thiện tình trạng dinh dưỡng trẻ em, song tỷ lệ SDD, đặc biệt là thể thấp còi và gầy còm vẫn ở mức đáng lo ngại. Đồng thời, tỷ lệ trẻ bị thừa cân, béo phì đang có xu hướng tăng lên nhanh chóng tại các khu vực thành thị và đang len lỏi vào cả khu vực nông thôn [2].

Thực tế tại các cơ sở y tế, đặc biệt là các trung tâm khám và tư vấn dinh dưỡng cho thấy, nhiều trẻ đến khám có biểu hiện của nhiều thể SDD kết hợp (nhẹ cân - thấp còi - gầy còm), hoặc thậm chí chuyển từ tình trạng SDD sang thừa cân do chiến lược can thiệp chưa cá thể hóa và chưa theo dõi sát [3]. Việc chẩn đoán đúng thể SDD, nhận diện nguy cơ sớm và xây dựng các biện pháp can thiệp phù hợp có ý nghĩa quan trọng trong việc cải thiện tình trạng dinh dưỡng của trẻ.

Xuất phát từ thực tiễn đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả thực trạng SDD ở trẻ 0-59 tháng tuổi đến khám tại Khoa Khám tư vấn dinh dưỡng trẻ em, Viện Dinh dưỡng

năm 2025, qua đó cung cấp cơ sở khoa học cho việc xây dựng chương trình can thiệp dinh dưỡng cá thể hóa, kịp thời và hiệu quả.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng

Trẻ em dưới 5 tuổi (dưới 60 tháng tuổi) đến khám tại Viện Dinh dưỡng trong thời gian tiến hành nghiên cứu và có bố/mẹ đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Dưới 5 tuổi (tính đến thời điểm khám bệnh, dựa theo hồ sơ).
- Không mắc các bệnh bẩm sinh, bệnh mạn tính hoặc bệnh cấp tính tại thời điểm nghiên cứu.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Thu thập số liệu từ tháng 1/2025 đến hết tháng 3/2025 tại Khoa Khám tư vấn dinh dưỡng trẻ em, Viện Dinh dưỡng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. *Thiết kế nghiên cứu*: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. *Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu*

Cỡ mẫu được tính theo công thức sau: $n = Z^2 \cdot \frac{p(1-p)}{(p \times \varepsilon)^2}$

trong đó: n: Cỡ mẫu cần thiết; Z: Độ tin cậy (với độ tin cậy 95% thì $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$); p=30% là tỷ lệ trẻ em SDD thấp còi dưới 5 tuổi theo nghiên cứu của B.N. Phan và cs (2024) [3]; ε là khoảng sai lệch tương đối, chọn 0,2. Thay vào công thức tính $n=224$.

Cách chọn mẫu: Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Các đối tượng là trẻ dưới 5 tuổi (dưới 60 tháng tuổi) đến khám tại Khoa Khám tư vấn dinh dưỡng trẻ em, Viện Dinh dưỡng trong thời gian nghiên cứu. Trẻ được lựa chọn nếu đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn, cho đến khi đủ cỡ mẫu cho nghiên cứu là 224 trẻ.

2.2.3. *Phương pháp và công cụ thu thập số liệu*

a. Cách tính tháng tuổi: Căn cứ vào sổ khám để xác định ngày sinh của trẻ. Sử dụng cách tính tuổi theo hướng dẫn của Viện Dinh dưỡng, dựa trên khuyến cáo của WHO năm 2005. Tuổi của trẻ được tính dựa vào ngày sinh của trẻ và ngày điều tra.

b. Phương pháp cân đo: Thông tin về các chỉ số nhân trắc học của trẻ được thu thập bằng cách cân đo trực tiếp. Trẻ được cân và đo chiều dài nằm/chiều cao đứng tại phòng cân đo bởi điều tra viên.

- Cân trẻ: Cân nằm hoặc ngồi với trẻ dưới 24 tháng: sử dụng cân lòng máng SECA 354 với độ chính xác 0,01 kg được tính theo đơn vị gram. Cân đứng với trẻ trên 24 tháng: sử dụng cân điện tử SECA 354 với độ chính xác 0,01 kg.

- Đo chiều dài nằm cho trẻ dưới 24 tháng tuổi: Sử dụng thước gỗ 2 mảnh của UNICEF với độ chính xác 1 mm. Đọc kết quả theo cm với 1 số lẻ thập phân.

- Đo chiều cao đứng cho trẻ từ 24 tháng tuổi trở lên: Sử dụng thước gỗ 3 mảnh của UNICEF với độ chính xác 1 mm. Đọc kết quả theo cm với 1 số lẻ thập phân.

- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng: Các chỉ số cân nặng theo tuổi (WAZ), chiều cao theo tuổi (HAZ) và cân nặng theo chiều cao (WHZ) được tính bằng phần mềm WHO Anthro. Tình trạng dinh dưỡng của trẻ được phân loại dựa trên điểm Z-score so với quần thể tham chiếu của WHO 2007: SDD thấp còi khi $HAZ < -2SD$. SDD nhẹ cân khi $WAZ < -2SD$. SDD gầy còm khi $WHZ < -2SD$. Thừa cân, béo phì khi $WHZ > +2SD$.

2.2.4. Xử lý số liệu

Dữ liệu sau khi thu thập được tiến hành kiểm tra, làm sạch và xử lý sơ bộ (xử lý thô). File nhập liệu được xây dựng và thực hiện trên phần mềm EpiData 3.1 để đảm bảo tính chính xác và dễ kiểm soát trong quá trình nhập liệu. Phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0. Phân tích thống kê mô tả được sử dụng cho các biến định tính (phân loại) và biến phụ thuộc, kết quả được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm (%). Các biến định lượng được mô tả thông qua giá trị trung bình và độ lệch chuẩn (SD).

2.2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng xét duyệt đề cương theo Quyết định số 436/QĐ-YDTB ngày 25/2/2025 của Trường Đại học Y Dược Thái Bình thông qua và được Viện Dinh dưỡng đồng ý cho phép triển khai nghiên cứu. Bố mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của trẻ đã được cung cấp đầy đủ thông tin về mục tiêu, nội dung và phương pháp tiến hành nghiên cứu. Việc tham gia nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện. Trẻ chỉ được đưa vào nghiên cứu sau khi cha mẹ hoặc người giám hộ đồng thuận bằng văn bản. Tất cả các dụng cụ đo lường được kiểm tra và đảm bảo an toàn tuyệt đối cho trẻ. Thông tin thu thập được bảo mật, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học.

3. Kết quả

Nghiên cứu thực hiện trên 224 trẻ trong đó có 125 trẻ nam (55,8%) và 99 trẻ nữ (44,2%). Tỷ lệ trẻ ở nhóm tuổi dưới 12 tháng là 28,6%; 12 đến 23 tháng là 23,7%; 24 đến 35 tháng tuổi là 16,5%; 36 đến 47 tháng tuổi là 17,4% và 13,8% trẻ từ trên 48 tháng (bảng 1).

Bảng 1. Phân bố trẻ tham gia nghiên cứu theo tháng tuổi (n=224).

Nhóm tuổi \ Giới tính	Nam (n=125)		Nữ (n=99)		Chung (n=224)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<12 tháng	32	25,6	32	32,3	64	28,6
12-23 tháng	27	21,6	26	26,3	53	23,7
24-35 tháng	21	16,8	16	16,2	37	16,5
36-47 tháng	27	21,6	12	12,1	39	17,4
48-59 tháng	18	14,4	13	13,1	31	13,8

Theo phân loại tháng tuổi, cân nặng và chiều cao trung bình lần lượt là: nhóm dưới 12 tháng ($6,4 \pm 1,6$ kg, $64,8 \pm 7,8$ cm), nhóm 12-23 tháng ($8,9 \pm 1,7$ kg, $73,2 \pm 6,1$ cm), nhóm 24-35 tháng ($10,4 \pm 1,5$ kg, $83,2 \pm 5,7$ cm), nhóm 36-47 tháng ($11,9 \pm 1,7$ kg, $91,0 \pm 5,7$ cm) và nhóm 48-59 tháng ($13,4 \pm 2,5$ kg, $95,9 \pm 7,0$ cm) (bảng 2). Giá trị trung bình các chỉ số Z-score WAZ và WHZ có sự khác biệt theo nhóm tuổi.

Bảng 2. Giá trị trung bình cân nặng và chiều cao của trẻ theo giới, nhóm tuổi (n=224).

Chỉ số		WAZ (TB $\pm$ DLC)	HAZ (TB $\pm$ DLC)	WHZ (TB $\pm$ DLC)
Giới tính	Nam (n=125)	-1,38 $\pm$ 1,36	-1,52 $\pm$ 1,39	-0,86 $\pm$ 1,36
	Nữ (n=99)	-1,34 $\pm$ 1,32	-1,43 $\pm$ 1,59	-0,65 $\pm$ 1,35
Phân loại tháng tuổi	<12 tháng (n=64)	-1,66 $\pm$ 1,49	-1,73 $\pm$ 1,62	-0,87 $\pm$ 1,66
	12-23 tháng (n=53)	-0,74 $\pm$ 1,28	-1,06 $\pm$ 1,54	-0,25 $\pm$ 1,28
	24-35 tháng (n=37)	-1,33 $\pm$ 1,05	-1,32 $\pm$ 1,40	-0,81 $\pm$ 1,11
	36-47 tháng (n=39)	-1,68 $\pm$ 1,30	-1,75 $\pm$ 1,31	-1,22 $\pm$ 1,18
	48-59 tháng (n=31)	-1,44 $\pm$ 1,16	-1,54 $\pm$ 1,18	-0,81 $\pm$ 1,02
	p	<0,05	>0,05	<0,05

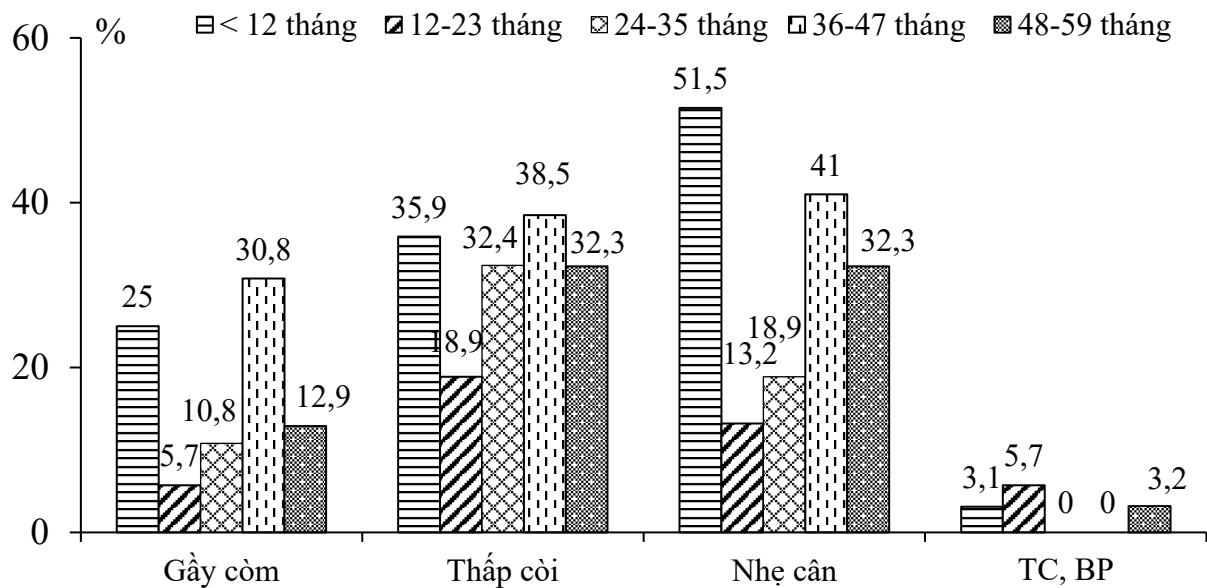
Tỷ lệ trẻ nhẹ cân là 32,6% (nam: 34,4%; nữ: 30,7%), thấp còi 31,2% (nam: 34,4%, nữ: 27,3%), gầy còm 17,4% (nam: 20,0%; nữ: 14,1%), và thừa cân, béo phì 2,7% (nam: 2,4%, nữ: 3%) (bảng 3). Không có sự khác biệt theo giới tính.

Bảng 3. Phân loại tình trạng dinh dưỡng của trẻ theo giới (n=224).

TTDD	Giới tính		Nam (n=125)		Nữ (n=99)		Chung (n=224)		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Gầy còm	25	20,0	14	14,1	39	17,4			>0,05
Thấp còi	43	34,4	27	27,3	70	31,2			>0,05
Nhẹ cân	43	34,4	30	30,7	73	32,6			>0,05
TC, BP	3	2,4	3	3,0	6	2,7			>0,05
Bình thường	59	47,2	55	55,6	114	50,9			>0,05

TTDD: tình trạng dinh dưỡng.

Kết quả biểu đồ 1 cho thấy, tỷ lệ trẻ SDD thấp còi cao nhất ở nhóm 36-47 tháng tuổi với 38,5%. Tỷ lệ trẻ SDD nhẹ cân cao nhất ở nhóm dưới 12 tháng tuổi với 51,5%. Tỷ lệ trẻ gầy còm cao nhất ở nhóm 36-47 tháng tuổi với 30,8%.



Biểu đồ 1. Phân loại tình trạng dinh dưỡng của trẻ theo nhóm tuổi (n=224).

Kết quả bảng 5 cho thấy, tỷ lệ trẻ mắc ít nhất 1 thể SDD là 49,1%; mắc thấp còi đơn thuần là 11,6%; tỷ lệ thấp còi phối hợp nhẹ cân là 19,2%; mắc cả 3 thể phối hợp là 7,6%.

Bảng 5. Đặc điểm mắc phối hợp các thể suy dinh dưỡng theo giới tính của trẻ (n=224).

Thể SDD	Giới tính		Nam (n=125)		Nữ (n=99)		Chung (n=224)		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Ít nhất 1 thể SDD	66	52,8	44	44,4	110	49,1			>0,05
Thấp còi đơn thuần	17	13,6	9	9,1	26	11,6			>0,05
Thấp còi + Nhẹ cân	25	20,0	18	18,2	43	19,2			>0,05
Cả 3 thể phối hợp	11	8,8	6	5,1	17	7,6			>0,05

4. Bàn luận

Nghiên cứu được tiến hành trên 224 trẻ dưới 5 tuổi đến khám tại Viện Dinh dưỡng. Kết quả phân loại tình trạng dinh dưỡng theo giới cho thấy, tỷ lệ trẻ SDD còn ở mức cao, trong đó SDD thể nhẹ cân chiếm 32,6%, thấp còi chiếm 31,2% và gầy còm chiếm 17,4%. Đây là các chỉ số phản ánh những khía cạnh khác nhau của tình trạng thiếu dinh dưỡng ở trẻ em. SDD thể nhẹ cân cho thấy tình trạng thiếu hụt dinh dưỡng chung, thấp còi phản ánh hậu quả của thiếu dinh dưỡng kéo dài hoặc tái diễn trong thời gian dài, trong khi gầy còm thường liên quan nhiều hơn đến tình trạng thiếu dinh dưỡng cấp tính hoặc sụt cân gần đây.

Việc cả ba thể SDD đều chiếm tỷ lệ đáng kể cho thấy, nhóm trẻ đến khám tại Viện Dinh dưỡng có gánh nặng thiếu dinh dưỡng rõ rệt, điều này có thể được lý giải bởi đặc điểm của đối tượng nghiên cứu. Đây không phải là mẫu đại diện cho trẻ dưới 5 tuổi trong cộng đồng, mà là nhóm trẻ được đưa đến khám tại cơ sở chuyên khoa dinh dưỡng. Trên thực tế, cha mẹ thường đưa trẻ đi khám khi trẻ có các biểu hiện như biếng ăn, chậm tăng cân, thấp bé hơn so với lứa tuổi, hoặc đã được nghi ngờ có vấn đề về dinh dưỡng. Vì vậy, mẫu nghiên cứu

có xu hướng tập trung nhiều hơn vào nhóm trẻ có nguy cơ SDD, làm cho tỷ lệ nhẹ cân, thấp còi và gầy còm cao hơn so với một số nghiên cứu tại cộng đồng. Theo R.E. Black và cs (2013) [4], chỉ số nhân trắc thấp liên quan đến thiếu hụt năng lượng và bệnh lý cấp tính như tiêu chảy hoặc nhiễm trùng hô hấp. Kết quả này nhấn mạnh cần can thiệp dinh dưỡng sớm để cải thiện tăng trưởng và giảm nguy cơ thấp còi mạn tính cho cả trẻ nam và nữ. Tỷ lệ SDD cao hơn nghiên cứu của Q.A. Phan và cs (2023) [5] là 20,8%.

Ngược lại, tỷ lệ thừa cân, béo phì trong nghiên cứu chỉ chiếm 2,7%, thấp hơn so với xu hướng gia tăng thừa cân, béo phì ở trẻ em hiện nay, thấp hơn nghiên cứu của V.H. Pham và cs (2022) [6] là 4,8%. Trẻ thừa cân, béo phì có thể ít được gia đình đưa đi khám hơn so với trẻ nhẹ cân hoặc chậm tăng trưởng, do một số phụ huynh vẫn có quan niệm trẻ bụ bẫm là khỏe mạnh và chưa nhận thức đầy đủ thừa cân, béo phì là một tình trạng dinh dưỡng bất lợi cần được tư vấn sớm. Bên cạnh đó, nhóm trẻ đến khám tại Viện Dinh dưỡng trong nghiên cứu chủ yếu là nhóm có biểu hiện thiếu hụt dinh dưỡng hoặc rối loạn tăng trưởng, nên tỷ lệ thừa cân, béo phì ghi nhận tại phòng khám có thể thấp hơn so với các nghiên cứu thực hiện trên cộng đồng. Một số nghiên cứu cho thấy, gánh nặng kép dinh dưỡng phản ánh sự chuyển đổi dinh dưỡng nhanh chóng, với thực phẩm năng lượng cao và lối sống ít vận động góp phần vào thừa cân béo phì, trong khi thiếu vi chất dẫn đến SDD [7, 8].

Phân loại tình trạng dinh dưỡng theo nhóm tuổi cho thấy, tỷ lệ trẻ SDD thấp còi cao nhất ở nhóm 36-47 tháng tuổi với 38,5%. Tỷ lệ trẻ SDD nhẹ cân cao nhất ở nhóm dưới 12 tháng tuổi với 51,5%. Tỷ lệ trẻ gầy còm cao nhất ở nhóm 36-47 tháng tuổi với 30,8%. Tỷ lệ SDD cao ở nhóm dưới 12 tháng có thể liên quan đến dinh dưỡng bào thai và dinh dưỡng sớm khi trẻ bú mẹ không đủ hoặc ăn bổ sung không đúng cách. Đối với trẻ 36-47 tháng, lúc này trẻ thường đã đi học, thường ăn chung với các món ăn trong gia đình nên có thể trẻ không phù hợp và không ăn đủ lượng so với nhu cầu, đặc biệt trong giai đoạn chuyển từ bú mẹ sang ăn dặm, như tác giả T.D. Tran (2020) [9] ghi nhận. Tỷ lệ thấp còi - béo phì thấp ở tất cả các nhóm tuổi, đặc biệt không ghi nhận ở nhóm 24-35 tháng và 36-47 tháng, tương đồng với nghiên cứu của tác giả V.H. Pham và cs (2022) [6] (4,8%), nhưng thấp hơn mức toàn quốc (7,4%).

Một số nghiên cứu khác được thực hiện tại cộng đồng ghi nhận tỷ lệ SDD thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi [10-12]. Sự khác biệt này là hợp lý và có thể lý giải được bởi đặc điểm đối tượng nghiên cứu: nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành tại Viện Dinh dưỡng, nơi tiếp nhận chủ yếu các trường hợp trẻ có biểu hiện rối loạn dinh dưỡng như biếng ăn, chậm tăng cân. Đây là nhóm trẻ có nguy cơ cao và thường được phụ huynh chủ động đưa đến khám, do đó tỷ lệ SDD ghi nhận trong nghiên cứu có xu hướng cao hơn so với các nghiên cứu cộng đồng.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ trẻ mắc ít nhất một thể SDD là 49,1%; mắc thấp còi đơn thuần là 11,6%; tỷ lệ thấp còi phối hợp nhẹ cân là 19,2%; mắc cả 3 thể phối hợp là 7,6%. Tỷ lệ SDD phối hợp cao hơn so với nghiên cứu của Q.A. Phan và cs (2023) [5]

(15,0%). Theo Z.A. Bhutta và cs (2013) [13], SDD phối hợp làm tăng nguy cơ bệnh tật và chậm phát triển nghiêm trọng hơn SDD đơn lẻ [13].

5. Kết luận

Nghiên cứu cho thấy tình trạng SDD ở trẻ đến khám tại Viện Dinh dưỡng ở mức cao, với nhiều dạng phối hợp, đặc biệt ở nhóm dưới 12 tháng và 36-47 tháng tuổi. Kết quả này nhấn mạnh sự cần thiết của can thiệp dinh dưỡng sớm, phù hợp theo độ tuổi và thể trạng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] WHO (2022), Who/int/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition.
- [2] N.P. Huynh, V.P. Hoang, V.K. Phi, et al. (2020), "Assessment of nutrition capacity building to implement the National Nutrition Strategy", *Journal of Nutrition and Food*, **16(5)**, pp.13-22 (in Vietnamese).
- [3] B.N. Phan, T.H. Hoang, T.L.H. Nguyen, et al. (2024), "Assessment of nutritional status and incidence of some nutrition-related diseases of children under 5 years old visiting the Institute of Nutrition in 2023", *Vietnam Medical Journal*, **539**, pp.101-109 (in Vietnamese).
- [4] R.E. Black, C.G. Victora, S.P. Walker, et al. (2013), "Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries", *The Lancet*, **382**, pp.427-451, DOI: 10.1016/S0140-6736(13)60937-X.
- [5] Q.A. Phan, T.P.L. Tran, T.H.L. Nguyen, et al. (2023), "Nutritional status of children 6-23 months old at the nutrition and vaccination consultation clinic, Institute of Preventive Medicine and Public Health", *Vietnam Medical Journal*, **528**, pp.56-62 (in Vietnamese).
- [6] V.H. Pham, H.T. Tran, H.T. Doan, et al. (2022), "Nutritional status and some related factors of children under 5 years old in Chi Minh commune, Tu Ky, Hai Duong", *Vietnam Medical Journal*, **516**, pp.29-35 (in Vietnamese).
- [7] B.M. Popkin, C. Corvalan, L.M.G. Strawn (2020), "Dynamics of the double burden of malnutrition and the changing nutrition reality", *The Lancet*, **395**, pp.65-74, DOI: 10.1016/S0140-6736(19)32497-3.
- [8] B.M. Popkin (2015), "Nutrition transition and the global diabetes epidemic", *Current Diabetes Reports*, **15(9)**, pp.64-73, DOI: 10.1007/s11892-015-0631-4.
- [9] T.D. Tran (2020), *Nutritional Status and Some Related Factors of Children Under 5 Years Old Visiting The Institute of Nutrition in 2018*, Master's Thesis in Nutrition, Hanoi Medical University (in Vietnamese).

[10] H.H. Vo, V.H. Truong (2023), "Malnutrition status of children under 5 years old and some related factors in underweight malnourished children in Hau Giang province in 2019-2020", *Journal of Preventive Medicine*, **33(6)**, pp.330-337 (in Vietnamese).

[11] T.P.M Chu, T.T.H. Nguyen, T.H. Nguyen (2022), "Micronutrient deficiency in children from 6 months to under 5 years old", *Vietnam Medical Journal*, **515(2)**, pp.83-90 (in Vietnamese).

[12] M.P. Pham, T.N. Bui, T.L.A. Nguyen, et al. (2023), "Nutritional status and boarding rations of children at Hoa Hong kindergarten, Dong Da district, Hanoi city", *Journal of Nutrition and Food*, **19(1+ 2)**, pp.50-56 (in Vietnamese).

[13] Z.A. Bhutta, J.K. Das, A. Rizvi, et al. (2013), "Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost?", *The Lancet*, **382**, pp.452-477, DOI: 10.1016/S0140-6736(13)60996-4.