

tại Việt Nam đó là NVYT trực tiếp chăm sóc người bệnh bị ảnh hưởng lớn về tinh thần như căng thẳng, trầm cảm, lo âu, mệt mỏi nên có thể ảnh hưởng đến kết quả khảo sát thực hành không tốt như điều dưỡng chưa tham gia chống dịch. Nghiên cứu của Trần Thanh Hương và cộng sự cho thấy những người có người thân hay bạn bè bị mắc Covid-19 thì có dấu hiệu stress cao hơn (OR=6,5; 95% CI= 2,7-15,7)[1]. Nghiên cứu của Xin Wen và cộng sự phát hiện thái độ có liên quan rõ rệt đến thực hành ($r=0,553$, $p < 0,001$) [5], thái độ liên quan tích cực đến thực hành. Kiến thức về bệnh có thể ảnh hưởng đến thái độ và thực hành của NVYT, kiến thức không tốt dẫn đến thái độ và cách làm không đúng trực tiếp làm tăng nguy cơ lây nhiễm [4]. Nghiên cứu chúng tôi tìm hiểu về kiến thức, thái độ và thực hành (KAP) của NVYT và các yếu tố nguy cơ giúp cung cấp chương trình đào tạo liên tục phù hợp trong thời gian bùng phát dịch và hướng dẫn NVYT ưu tiên bảo vệ và tránh phơi nhiễm nghề nghiệp.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức với thái độ; kiến thức với thực hành. Điều dưỡng có kiến thức đạt có thái độ tích cực cao hơn điều dưỡng chưa đạt kiến thức (OR = 1,4). Điều dưỡng có kiến thức

đạt thì thực hành đạt cao hơn những điều dưỡng chưa đạt kiến thức (OR = 7,2). Điều dưỡng cần được nâng cao, cập nhật kiến thức thông qua chương trình đào tạo liên tục, từ đó điều dưỡng sẽ tự tin, có thái độ tích cực và thực hành tốt hơn khi chăm sóc người bệnh, phòng ngừa lây nhiễm bệnh cho bản thân và cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thanh Hương, Trần Thơ Nhi và Nguyễn Kim Thư (2021)**, "Một số yếu tố xã hội liên quan tới stress sau sang chấn ở nhân viên y tế tại một số bệnh viện khu vực phía Bắc Việt Nam trong thời kỳ Covid-19", Tạp chí Y học Việt Nam. 505(2), tr. 248-252.
2. **Giao Huynh et al (2020)**, "Knowledge and attitude toward COVID-19 among healthcare workers at District 2 Hospital, Ho Chi Minh City", Asian Pacific Journal of Tropical Medicine, 13(6), pg. 260-265.
3. **Stanley K K Lam et al (2018)**, "Nurses' preparedness for infectious disease outbreaks: A literature review and narrative synthesis of qualitative evidence", J Clin Nurs. 27(7-8), pg. e1244-e1255.
4. **McEachan R et al (2016)**, "Meta-Analysis of the Reasoned Action Approach (RAA) to Understanding Health Behaviors", Ann Behav Med, 50(4), pg. 592-612.
5. **Wen X et al (2020)**, "Study on the Knowledge, Attitude, and Practice (KAP) of Nursing Staff and Influencing Factors on COVID-19", Front Public Health, 8, pg. 560606.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TÌNH TRẠNG VITAMIN D Ở TRẺ 11-14 TUỔI, TRƯỜNG PHỔ THÔNG DÂN TỘC BÁN TRÚ, TỈNH ĐIỆN BIÊN NĂM 2018

Nguyễn Song Tú¹, Hoàng Nguyễn Phương Linh¹, Đỗ Thúy Lê¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 571 trẻ 11 -14 tuổi trường phổ thông dân tộc bán trú, tỉnh Điện Biên được tiến hành với mục tiêu xác định một số yếu tố liên quan đến tình trạng vitamin D thông qua đánh giá nồng độ 25 (OH) D huyết thanh. Kết quả phân tích hồi qui tuyến tính đa biến cho thấy yếu tố tương quan tuyến tính giữa chỉ số % mỡ cơ thể, nồng độ retinol, ferritin huyết thanh, hemoglobin đối với nồng độ 25 (OH) D huyết thanh. Phân tích hồi qui đa biến logistic cho thấy những trẻ có tình trạng dự trữ sắt thấp và cận kiệt hoặc dân tộc H'mông có nguy cơ vitamin D

thấp và thiếu cao gấp 2 lần những trẻ dự trữ sắt bình thường hoặc dân tộc khác ($p < 0,05$); Nữ giới hoặc trẻ không ăn trưa tại trường có nguy cơ vitamin D thấp và thiếu cao gấp 3,0 lần nam giới hoặc trẻ có ăn trưa tại trường ($p < 0,001$). Cần can thiệp bổ sung đa vi chất trong phòng chống thiếu vitamin D; đồng thời ưu tiên trẻ gái, trẻ dân tộc H'mông; tăng cường hoạt động thể lực ngoài trời trong trường học.

Từ khoá: Thiếu vitamin D; yếu tố liên quan; dân tộc, trẻ em, Điện Biên

SUMMARY

SOME ASSOCIATED FACTORS OF VITAMIN D STATUS AMONG CHILDREN AGED 11-14, AT ETHNIC MINORITY BOARDING SCHOOLS, DIEN BIEN PROVINCE, IN 2018

A cross-sectional study on 571 children 11-14 years old at ethnic minority boarding schools in Dien Bien province was conducted to explore some

¹Viện Dinh dưỡng Quốc gia, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Song Tú

Email: nguyensongtu@yahoo.com

Ngày nhận bài: 23.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 12.10.2022

Ngày duyệt bài: 24.10.2022

associated factors to vitamin D status through assessment of serum 25(OH)D concentrations. The results of multivariate linear regression analysis showed a negative linear correlation between body fat percentage, serum retinol, ferritin, and hemoglobin concentrations with serum 25(OH)D concentrations. Multivariate logistic regression analysis indicated that children with low and depleted iron storage or Hmong ethnicity had a 2.0 times higher risk of low and vitamin D deficiency than children with normal iron storage or other ethnicities. ($p < 0.05$); Female or children who did not have lunch at school had a 3.0 times higher risk of low and vitamin D deficiency than males or students who had lunch at school ($p < 0.001$). Future intervention should include micronutrient supplementation the prevention of vitamin D deficiency, at the same time, giving priority to girls and children of the H'mong ethnic group, and promoting outdoor activities in schools.

Keywords: Vitamin D deficiency; associated factors; ethnicity, children, Dien Bien

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trước đây, sự thiếu hụt vitamin D được xác định bằng sự hiện diện của bệnh xương, còi xương hoặc nhuyễn xương. Gần đây, chỉ số tốt nhất để đánh giá tình trạng vitamin D là chất chuyển hóa 25-hydroxy vitamin D (25 [OH] D); Thiếu vitamin D đã được sử dụng để mô tả nồng độ 25 (OH) D huyết thanh dưới mức tối ưu, có thể liên quan đến các bệnh khác theo Tom DT, năm 2011. Thiếu vitamin D tồn tại cả ở những nước gần xích đạo, tỷ lệ thiếu vitamin D thậm chí rất cao ở trẻ em vùng Nam Á là 5% đến 66,7%; 38,1 -78,7% ở các nước Trung Á [1]. Ở Quata, tỷ lệ thiếu vitamin D còn rất cao; 61,6% ở trẻ từ 11-16 tuổi; 28,9% ở trẻ từ 5-10 tuổi [2]. Ở Việt Nam, tỷ lệ thiếu vitamin D trên trẻ 5-11 tuổi là 48,1% và vitamin D thấp là 28,6% [3]. Tại Yên Bái, tỷ lệ thiếu vitamin D tức 25 (OH)D < 50 nmol/L là 29,2% ở trẻ mầm non và 24,7% ở trẻ tiểu học; Tỷ lệ vitamin D thấp (25(OH) D từ 50 - 74,9 nmol/L ở trẻ mầm non và tiểu học là 58,3% [4]. Tại Châu Á, tình trạng béo phì, tuổi tác, giới tính nữ, sống ở vùng cao, mùa trong năm, sắc tố da sẫm, tránh hoặc ít tiếp xúc với ánh sáng mặt trời và ăn ít thực phẩm có chứa vitamin D [1]; hay mẹ là người dân tộc, thứ tự trẻ trong gia đình, tình trạng thiếu kẽm [4] là những yếu tố quan trọng liên quan đến lượng vitamin D huyết thanh [1]. Đồng thời, thu nhập hộ gia đình, hoạt động tĩnh tại (xem ti vi) ≥ 2 giờ/ngày; chơi ngoài trời ≥ 1 giờ; chất lượng bữa ăn theo Voortman T; kinh tế hộ gia đình, tần suất tiêu thụ sữa, tình trạng sức khỏe [5]; khẩu phần ăn dưới 5 μg /ngày vitamin D hay tình trạng retinol huyết thanh [6]; tình trạng thiếu kẽm và giới tính nữ [4] cũng là yếu tố cũng ảnh hưởng đến tình

trạng vitamin D [6];

Tỉnh Điện Biên là một tỉnh miền núi thuộc vùng Tây Bắc của Việt Nam; nơi có 19 dân tộc sinh sống; Trong nhiều năm qua, tình trạng suy dinh dưỡng (SDD) thấp còi trẻ em vẫn tồn tại và rất cao; những can thiệp dinh dưỡng được tập trung nhiều cho đối tượng dưới 5 tuổi; còn trẻ lứa tuổi tiền dậy thì và dậy thì, đặc biệt trên trẻ dân tộc chưa được chú trọng. Đồng thời, tỷ lệ SDD thấp còi ở trẻ em độ tuổi 11 - 14 tuổi, là con em người dân tộc tại các trường phổ thông dân tộc bán trú (PTDTBT) vẫn rất cao và tỷ lệ này khác nhau tùy theo từng vùng, miền; Suy dinh dưỡng và thiếu vi chất dinh dưỡng thường là nguyên nhân dẫn đến tình trạng SDD thấp còi; Vì vậy, để xây dựng can thiệp dinh dưỡng hiệu quả, chúng tôi đã tiến hành triển khai nghiên cứu xác định một số yếu tố liên quan đến tình trạng vitamin D ở trẻ trường trung học cơ sở thuộc trường PTDTBT tại huyện Tuần Giáo, Tòa Chùa tỉnh Điện Biên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Học sinh tuổi 11 - 14 tuổi, gia đình tự nguyện đồng ý cho trẻ tham gia.

Tiêu chuẩn loại trừ: 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 PTDTBT tại 2 huyện (Tuần Giáo, Tòa Chùa), tỉnh Điện Biên trong thời gian tháng 11/2018 đến tháng 12/2018.

2.3. Thiết kế nghiên cứu:

2.4. Cỡ mẫu: xác định tỷ lệ thiếu vitamin D Áp dụng công thức:

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

Trong đó: n là số đối tượng cần điều tra; p: tỷ lệ thiếu vitamin D trẻ 5-11 tuổi là 48,1% [3]; chọn d = 0,045; z có giá trị là 1,96; n tính toán là 481; dự phòng 20% từ chối tham gia do đó chọn 577 đối tượng.

2.5. Phương pháp chọn mẫu

Chọn tỉnh: chọn chủ đích tỉnh Điện Biên, huyện (Tuần Giáo, Tòa Chùa).

Chọn trường: chọn ngẫu nhiên đơn 50% số trường trong huyện được 6 trường (trong đó Tuần giáo 2 trường và Tòa Chùa 4 trường).

Chọn đối tượng: Chọn ngẫu nhiên hệ thống. Trước tiên xác định được tổng số học sinh (Tuần Giáo là 1028, Tòa Chùa 1557); sau đó xác định khoảng cách mẫu k là tổng số học sinh chia cho số mẫu (577 đối tượng) cần lấy. Chọn ngẫu

hiện hệ thống để có 577 học sinh. Thực tế chọn 571 học sinh.

2.6. Biến số nghiên cứu. Sự thay đổi về hàm lượng vitamin D và tỷ lệ thiếu vitamin D theo hoàn cảnh kinh tế, dân tộc mẹ, yếu tố nhân khẩu học và giới tính, tình trạng thiếu vi chất (thiếu máu, tình trạng dự trữ sắt, vitamin A và kẽm), tình trạng dinh dưỡng,

2.7. Phương pháp thu thập thông tin

Phỏng vấn: sử dụng bộ câu hỏi được thử nghiệm trước khi điều tra.

Cân đo nhân trắc: Dụng cụ là cân điện tử TANITA SC 330 với độ chính xác 0,1 kg. Đo được % mỡ cơ thể; Đo chiều cao đứng sử dụng thước gỗ 3 mảnh có độ chính xác tới 1 mm.

Xét nghiệm máu: Định lượng Hemoglobin (Hb) trong máu bằng phương pháp Cyamethemoglobin, dùng máy Hemocue; Vitamin A huyết thanh bằng phương pháp HPLC (WHO, 1996). Kẽm huyết thanh định lượng theo phương pháp quang phổ hấp phụ nguyên tử (AAS). Nồng độ Ferritin huyết thanh (SF) bằng phương pháp ELISA. Vitamin D máu: Phương pháp miễn dịch hóa phát quang. Các mẫu đã được phân tích tại labo vi chất, Viện Dinh dưỡng.

2.8. Một số tiêu chuẩn xác định, đánh giá. Nồng độ hemoglobin được điều chỉnh theo độ cao của địa bàn nghiên cứu so với mực nước biển. Thiếu máu: đối với 11 tuổi khi hemoglobin trong máu <115 g/l và từ 12-14 tuổi khi Hb<120

g/l (WHO 2017); Thiếu kẽm khi nồng độ kẽm trong máu (buổi sáng) <10,1 $\mu\text{mol/L}$ (tức < 66 $\mu\text{g/dL}$); vitamin A huyết thanh < 1,05 $\mu\text{mol/l}$ là nguy cơ và thiếu vitamin A tiền lâm sàng (WHO 2011); Dự trữ sắt thấp và thiếu khi ferritin huyết thanh < 30 $\mu\text{g/l}$; Vitamin D thiếu và thấp khi (25(OH)D) huyết thanh < 50 nmol/L (Holick MF, 2011); SDD thấp còi khi Zscore chiều cao/tuổi < -2;

Tình trạng kinh tế hộ gia đình được xếp loại theo UBND xã theo chuẩn hộ nghèo, cận nghèo của quyết định số 9/2011/QĐ-TTG năm 2011.

2.9. Phân tích và xử lý số liệu. Sử dụng phần mềm Epi Data 3.1 để nhập liệu và SPSS 22.0 để phân tích. Test kiểm định thống kê là χ^2 test; phân tích hồi qui logistic và tương quan tuyến tính đa biến dự đoán các yếu tố liên quan. Nồng độ vitamin D phân bố chuẩn. Giá trị $p < 0,05$ được xem có ý nghĩa thống kê.

2.10. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức của Viện Dinh dưỡng trước khi triển khai, quyết định số 1122/QĐ-VDD ngày 03/08/2018.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tiến hành nghiên cứu trên 571 trẻ 11-14 tuổi, trong đó 49,9% là nam và 50,1% là nữ. Có 56% học sinh là dân tộc H'mông; dân tộc Thái (33,8%); và Khơ Mú (7,7%), Kinh (1,4%), còn lại dân tộc khác. Có 77,2% là học sinh thuộc hộ nghèo, cận nghèo.

Bảng 1. Yếu tố liên quan giữa tình trạng vitamin D với tình trạng dinh dưỡng (n=571)

Các yếu tố	Vitamin D thấp và thiếu (n = 57)	Bình thường (n= 514)	OR (95%CI)	p χ^2 test
SDD thấp còi: SDD	25 (9,7%)	234 (90,3%)	0,94	0,921
Không SDD	32 (10,3%)	280 (89,7%)	(0,54 - 1,62)	
Tình trạng thiếu máu				
Thiếu máu	16 (8,8%)	165 (91,2%)	0,83	0,638
Bình thường	41 (10,5%)	349 (89,5%)	(0,45 - 1,51)	
Tình trạng dự trữ sắt				
Thấp và cạn kiệt	36 (13,8%)	224 (86,2%)	2,22	0,007
Bình thường	21 (6,8%)	290 (93,2%)	(1,26 - 3,91)	
Tình trạng vitamin A				
VAD và nguy cơ VAD - TLS	30 (11,9%)	222 (88,1%)	1,46	0,222
Bình thường	27 (8,5%)	292 (91,5%)	(0,85 - 2,53)	
Tình trạng kẽm: Thiếu kẽm	38 (10,1%)	339 (89,9%)	1,03	1,000
Bình thường	19 (9,8%)	175 (90,2%)	(0,58 - 1,84)	

Trẻ có dự trữ sắt thấp và cạn kiệt có nguy cơ vitamin D thấp và thiếu cao gấp 2,2 lần so với trẻ có dự trữ sắt bình thường (χ^2 test, $p < 0,01$).

Bảng 2. Yếu tố liên quan giữa đặc điểm của học sinh, tình trạng nội trú của học sinh đối với tình trạng vitamin D

Các yếu tố	Vitamin D thấp và thiếu (n = 57)	Bình thường (n= 514)	OR (95%CI)	p χ^2 test
Giới tính học sinh				
Nữ giới	40 (14,0%)	246 (86,0%)	2,56	0,002

Nam giới	17 (6,0%)	268 (94,0%)	(1,42 – 4,64)	
Dậy thì: Chưa dậy thì	41 (9,8%)	377 (90,2)	0,93	0,943
Đã dậy thì	16 (10,5%)	137 (89,5%)	(0,51 – 1,71)	
Là con thứ mấy gia đình				
Con thứ 3 trở lên	24 (11,0%)	194 (89,0%)	1,20	0,617
Con thứ nhất và thứ 2	33 (9,3%)	320 (90,7%)	(0,69 – 2,09)	
Học sinh nội trú				
Không nội trú	41 (13,0%)	275 (87,0%)	2,22	0,012
Học sinh nội trú	16 (6,3%)	239 (93,7%)	(1,22 – 4,07)	
Ăn trưa tại trường				
Có ăn trưa	16 (6,2%)	243 (93,8%)	0,44	0,009
Không ăn trưa	41 (13,1%)	271 (86,9 %)	(0,24 – 0,79)	
Dân tộc trẻ: H'mông	40 (12,5%)	280 (87,5%)	1,97	0,034
Khác	17 (6,8%)	234 (93,2%)	(1,09 – 3,56)	
Ngủ trưa: Không ngủ	23 (14,6%)	134 (85,4%)	1,92	0,033
Có ngủ	34 (8,2%)	380 (91,8%)	(1,09 – 3,37)	

Tiếp tục phân tích, cho thấy có liên quan giữa giới tính, học nội trú, tình trạng ăn trưa tại trường, dân tộc, tình trạng ngủ trưa đối với tình trạng vitamin D thấp và thiếu (χ^2 test; $p < 0,05$).

Bảng 3. Yếu tố liên quan giữa hoàn cảnh kinh tế, qui mô hộ gia đình đối với tình trạng vitamin D

Các yếu tố	Vitamin D thấp và thiếu (n = 57)	Bình thường (n = 514)	OR (95%CI)	p χ^2 test
Kinh tế hộ gia đình				
Nghèo và cận nghèo	42 (9,5%)	399 (90,5%)	0,81	0,612
Bình thường	15 (11,5%)	115 (88,5%)	(0,43 – 1,51)	
Số người hộ gia đình				
Trên 4 người	46 (10,9%)	376 (89,1%)	1,54	0,238
Có \leq 4 người	11 (7,4%)	138 (92,6%)	(0,77 – 3,05)	
Nghề nghiệp mẹ				
Làm ruộng	51 (9,5%)	484 (90,5%)	0,53	0,274
Nghề khác	6 (16,7%)	30 (83,3%)	(0,21 – 1,33)	
Trình độ học vấn mẹ				
Mù chữ	39 (9,9%)	354 (90,1%)	0,98	1,000
Từ cấp 1 trở lên	18 (10,1%)	160 (89,8%)	(0,54 – 1,76)	
Nghề nghiệp cha				
Làm ruộng	44 (10,0%)	395 (90,0%)	1,02	1,000
Nghề khác	13 (9,8%)	119 (90,2%)	(0,53 – 1,96)	

Không có yếu tố liên quan giữa hoàn cảnh kinh tế, qui mô hộ gia đình, nghề nghiệp và trình độ của cha mẹ với tình trạng vitamin D (χ^2 test; $p > 0,05$).

Bảng 4. Phân tích tương quan đa biến tuyến tính dự đoán các yếu tố liên quan với nồng độ 25(OH)D ở đối tượng nghiên cứu

Các yếu tố trong mô hình (Biến độc lập)	Hệ số không chuẩn hóa		Hệ số chuẩn hóa (β)	Thống kê cộng gộp*		p
	β	SE		Tolerance	VIF	
% mỡ cơ thể	-0,39	0,07	-0,25	0,92	1,09	0,000
Nồng độ retinol	5,64	1,49	0,16	0,89	1,12	0,000
Nồng độ ferritin	0,03	0,01	0,09	0,96	1,04	0,030
Nồng độ Hemoglobin	0,09	0,04	0,09	0,96	1,04	0,026
Nồng độ kẽm	0,12	0,27	0,02	0,92	1,09	0,651

*) Hệ số phóng đại phương sai VIF < 2 và giá trị tolerance $> 0,5$ do đó không có đa cộng tuyến;

Kết quả cho thấy, yếu tố tương quan tuyến tính nghịch chiều giữa chỉ số % mỡ cơ thể và thuận chiều giữa nồng độ retinol, ferritin huyết thanh, hemoglobin đối với nồng độ 25 (OH) D sau khi kiểm soát với nồng độ kẽm huyết thanh (linear regression, $R^2 = 0,099$, $p < 0,001$).

Bảng 5. Phân tích hồi qui logistic đa biến dự đoán các yếu tố liên quan với tình trạng vitamin D (n = 571)

Các yếu tố trong mô hình (Biến độc lập)	UC*		OR (Hiệu chỉnh)	(95%CI)	P
	β	SE			
Dự trữ sắt (thấp và cạn kiệt/bình thường*)	0,76	0,31	2,14	1,17 - 3,90	0,014
Dân tộc (H'mông/khác*)	0,74	0,32	2,09	1,11 - 3,94	0,023
Giới tính (Nữ giới/nam giới*)	1,10	0,31	3,02	1,63 - 5,57	0,000
Ăn trưa tại trường (không ăn/có ăn*)	1,15	0,32	3,14	1,67 - 5,92	0,000

*Unstandardized Coefficients (Hệ số không chuẩn hoá) Cỡ mẫu phân tích (n): 571; *: Nhóm so sánh;

Phân tích hồi qui logistic đa biến dự đoán các yếu tố liên quan cho thấy có mối liên quan giữa tình trạng dự trữ sắt thấp và cạn kiệt; giới tính, dân tộc và tình trạng ăn trưa tại trường với tình trạng vitamin D thấp và thiếu.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 571 trẻ 11 – 14 tuổi tại các trường PTDTBT của 2 huyện thuộc tỉnh Điện Biên, cho thấy có mối tương quan nghịch chiều giữa chỉ số % mỡ cơ thể với nồng độ 25 (OH)D huyết thanh ở ĐTNC, điều đó hoàn toàn phù hợp với phân tích tổng hợp từ 20 nghiên cứu cho rằng sự thiếu hụt vitamin D và chất béo dư thừa trong cơ thể có tác động tiêu cực lẫn nhau, do quá trình trao đổi chất tạo ra sự tích tụ các dạng không hoạt động và giảm sinh khả dụng vitamin D [7]; ngoài ra, việc giảm tiết mô và nhạy cảm với insulin cũng dẫn đến tình trạng này; làm cho trẻ em và thanh thiếu niên bị béo phì có nguy cơ thiếu vitamin D cao hơn [7]. Nồng độ retinol huyết thanh, ferritin huyết thanh và hemoglobin có liên quan tuyến tính thuận chiều với nồng độ 25 (OH)D (bảng 4), cho thấy tương tác qua lại giữa các vi chất và chất khoáng trong cơ thể; do đó không nên can thiệp cải thiện đơn lẻ một vi chất dinh dưỡng nào đó, mà nên cải thiện tình trạng thiếu vi chất dinh dưỡng; tuy nhiên cần đánh giá thực trạng vi chất dinh dưỡng để có thể đề xuất hàm lượng vi chất bổ sung phù hợp theo lứa tuổi, nhu cầu và địa bàn can thiệp;

Kết quả bảng 5 cho thấy học sinh nữ có nguy cơ vitamin D thấp và thiếu cao gấp 3 lần học sinh nam; Tương tự như nghiên cứu của Saneifard 2021 cho thấy nồng độ vitamin D ở nữ thấp hơn đáng kể so với nam giới tuy nhiên theo từng giai đoạn dậy thì. Cũng tương tự kết luận của nghiên cứu trên trẻ 3-9 tuổi tại Yên Bái cho thấy trẻ trai giảm đáng kể khả năng thiếu vitamin D so với trẻ gái [4]. Nguyên nhân có thể do hoạt động ngoài trời ở trẻ gái ít hơn so với trẻ trai, nên cơ hội tiếp xúc với ánh nắng mặt trời ít hơn; khả năng tổng hợp vitamin D từ da nhờ tác

động của tia cực tím thấp hơn [8]. Điều đó gợi ý rằng, hoạt động thể lực trong nhà trường cần chú trọng hoạt động ngoài trời, lưu ý các hoạt động với trẻ gái. Người H'mông có nền văn hóa phong phú và đa dạng, trong văn hóa của dân tộc có nhiều điểm tương đồng với các dân tộc khác; nhưng cũng có những đặc trưng riêng như tập quán du canh du cư, làm nương khai hoang, sống trong vùng cao, tiếp xúc ánh sáng mặt trời ít cũng là một trong những đặc điểm có thể dẫn đến trẻ dân tộc H'mông có nguy cơ vitamin D thấp và thiếu gấp 2 lần trẻ dân tộc khác (bảng 5). Đồng thời, kết quả trẻ không ăn trưa tại trường có nguy cơ vitamin D thiếu và thấp gấp 3 lần trẻ có ăn trưa tại trường đã được tìm thấy; tuy nhiên để lý giải tốt về yếu tố dân tộc H'mông, việc ăn trưa tại trường liên quan đến tình trạng vitamin D cần có nghiên cứu thêm về đặc điểm khẩu phần, thói quen hoạt động ngoài trời; điều kiện sống của trẻ tại địa bàn mới có thể có những bàn luận phù hợp hơn.

Chưa tìm thấy có yếu tố xã hội (kinh tế hộ gia đình, trình độ văn hóa, nghề nghiệp cha và mẹ) và tình trạng vitamin D của trẻ; kết quả này tương tự nghiên cứu tại Yên Bái và Nepal [4], [9]. Có nghiên cứu giải thích điều kiện kinh tế và trình độ thấp là yếu tố ảnh hưởng tới tình trạng vitamin D là do những đối tượng kinh tế khó khăn, trình độ thấp sẽ phải làm việc ngoài trời nhiều thời gian hơn những hộ gia đình kinh tế và học vấn tốt hơn [5]; nhưng nghiên cứu tại Điện Biên là trên trẻ đang đi học, chưa tương đồng về ĐTNC do đó sẽ có sự khác biệt về kết quả nghiên cứu. Với kết quả trên, để cải thiện tình trạng vitamin D ở trẻ em trung học cơ sở vùng dân tộc tỉnh miền núi Tây Bắc cần can thiệp ưu tiên đối với trẻ gái, trẻ là dân tộc H'mông; Tăng cường các hoạt động thể lực ngoài trời; Đồng thời cải thiện tình trạng vi chất dinh dưỡng (hàm lượng retinol, ferritin, hemoglobin huyết thanh) chính là hỗ trợ cải thiện tình trạng vitamin D cho trẻ.

V. KẾT LUẬN

Những ĐTNC có tình trạng dự trữ sắt thấp và cạn kiệt; dân tộc H'mông có nguy cơ vitamin D thấp và thiếu cao gấp 2 lần những ĐTNC dự trữ sắt bình thường hoặc dân tộc khác ($p < 0,05$); Những ĐTNC là nữ giới hoặc không ăn trưa tại trường có nguy cơ vitamin D thấp và thiếu cao gấp 3,0 lần những ĐTNC là nam giới hoặc có ăn trưa tại trường ($p < 0,001$). Có yếu tố tương quan tuyến tính nghịch chiều giữa chỉ số % mỡ cơ thể và thuận chiều giữa nồng độ retinol, ferritin huyết thanh, hemoglobin đối với nồng độ 25 (OH) D huyết thanh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Manal MA et al.** Dental caries and vitamin D status in children in Asia. *Pediatr Int*; 2019; 61(4):327-338.
2. **Abdulbari B et al.** Vitamin D deficiency in healthy children in a sunny country: associated factors. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, 2009. 60(S5): 60-70.
3. **Le Nguyen BK et al.** Double burden of undernutrition and overnutrition in Vietnam in 2011: results of the SEANUTS study in 0-5-11-year-old children. *Br J Nutr*, 2013. 110 Suppl 3:S45-56.
4. **Nguyễn Song Tú và CS.** Tình trạng vitamin D và yếu tố liên quan ở trẻ mầm non, tiểu học của huyện Lục Yên, Yên Bình, tỉnh Yên Bái, năm 2017. *Tạp chí Y học Dự phòng*, 2020; 30(5): 73-81.
5. **Robert JS et al.** Vitamin D status of children with severe early childhood caries: a case-control study. *BMC Pediatrics*, 2013; 13:174.
6. **Trần Thúy Nga và CS.** Tình trạng vitamin D ở học sinh tiểu học năm 2011. Tình hình dinh dưỡng, chiến lược can thiệp 2011- 2015 và Định hướng 2016 - 2020. *Nhà xuất bản Y học*, 2017; 59-65.
7. **Fiamenghi VI et al.** Vitamin D deficiency in children and adolescents with obesity: a meta-analysis. *J Pediatr (Rio J)*, 2020; 97(3): 273-279.
8. **Marwaha RK et al.** Vitamin D and bone mineral density status of healthy schoolchildren in northern India. *Am J Clin Nutr*, 2005; 82(2): 477-82.
9. **Diana A et al.** Vitamin D status in pre-school children in rural Nepal. *Public Health Nutrition*, 2016; 9(3): 470-476.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG RỐI LOẠN TRẦM CẢM Ở NGƯỜI BỆNH PHÌ ĐẠI LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT

Cao Thị Thu¹, Trần Nguyễn Ngọc^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trầm cảm thường gặp ở người bệnh phì đại lành tính tuyến tiền liệt, sự xuất hiện trầm cảm có thể để lại những hậu quả bất lợi như tăng nhu cầu sử dụng các dịch vụ y tế, giảm tuân thủ điều trị, thời gian nằm viện lâu hơn, và suy giảm chức năng. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng rối loạn trầm cảm ở người bệnh phì đại lành tính tuyến tiền liệt. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 111 người bệnh phì đại lành tính tuyến tiền liệt khám và điều trị Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Lão Khoa Trung Ương từ tháng 08/2021 đến tháng 08/2022. **Kết quả:** Đối tượng nghiên cứu chủ yếu là người bệnh trên 60 tuổi (90,1%); độ tuổi trung bình $70,08 \pm 8,15$; nơi sinh sống chủ yếu ở nông thôn (63,1%); trình độ học vấn trung học cơ sở (31,5%). Có 26,1% người bệnh có rối loạn trầm cảm theo ICD10, trong đó trầm cảm nhẹ chiếm 18,7%; triệu chứng khởi phát hay gặp nhất là buồn chán, bi quan (37,9%); trong các triệu chứng đặc trưng của trầm cảm, khí sắc trầm là hay gặp nhất (89,7%); trong các triệu chứng phổ biến của trầm cảm, hay gặp nhất là rối loạn giấc ngủ (96,5%). **Kết luận:** Trầm

cảm là rối loạn tâm thần thường gặp ở người bệnh phì đại lành tính tuyến tiền liệt. Trầm cảm thường khởi phát đầu tiên bởi buồn chán, bi quan. Triệu chứng đặc trưng hay gặp nhất là khí sắc trầm, triệu chứng phổ biến hay gặp là rối loạn giấc ngủ.

Từ khóa: Trầm cảm, phì đại lành tính tuyến tiền liệt, đặc điểm lâm sàng

SUMMARY

CLINICAL FEATURES OF DEPRESSION IN PATIENT WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

Background: Depression is common in patients with benign prostatic hypertrophy, the occurrence of depression can have adverse consequences such as increased need for medical services, decreased adherence to treatment, longer hospital stays, and increased functional impairment. **Objects:** To describe clinical features of depression in patients diagnosed with benign prostatic hyperplasia. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study of 111 patients diagnosed with benign prostatic hyperplasia who were treated or examined at Bach Mai Hospital or National Geriatric Hospital from August 2021 to August 2022. **Results:** The study subjects sociodemographic characteristics: Research subjects are mainly patients over 60 years old (90.1%); average age 70.08 ± 8.15 ; where they live mainly in rural areas (63.1%); lower than secondary education level (31.5%). There are 26.1% of patients with depressive disorder according to ICD-10 criteria, of which mild depression accounts for 18.7%; the most

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Cao Thị Thu

Email: thu21nd@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2022

Ngày duyệt bài: 16.10.2022