

- Afanasieva Aleksandra Nicolaievna, Đỗ Nam Khánh, Lê Thị Tuyết. Influence of nutrition in the infant period on overweight and obesity of children aged 24 to 60 months in some northern provinces of VietNam: A case-control study. TNUJST. 2021;226(10):330-336. doi:10.34238/tnu-jst.4065
6. **Nguyễn Thị Hồng, Phạm Trung Kiên.** Nghiên cứu tỷ lệ thừa cân, béo phì ở trẻ em 24 - 72 tháng tại các trường mầm non thành phố Thái Nguyên năm 2021. YHCD. 2022;63(chuyên đề 1-BV Nhi Thái Bình). doi:10.52163/yhc.v63i
 7. **Khúc Thị Hiền, Nguyễn Hữu Chính, Nguyễn Hữu Tước, Hà Anh Đức, Nguyễn Văn Lê, Bùi Thị Nhung.** Tình trạng dinh dưỡng của trẻ em 36 - 59 tháng tuổi tại một số trường mầm non trên địa bàn thành phố Sơn La năm 2015. Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm. 2021;17(4):18-28. doi:10.56283/1859-0381/36
 8. **Fatemeh T, Mohammad-Mehdi HT, Toba K, Afsaneh N, Sharifzadeh G, and Student Research committee.** Prevalence of overweight and obesity in preschool children (2-5 year-olds) in Birjand, Iran. BMC Res Notes. 2012;5(1):529. doi:10.1186/1756-0500-5-529.

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG NGƯỜI BỆNH KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC NĂM 2024

Đỗ Tất Thành^{1,2}, Lưu Quang Thuỳ^{1,2}, Đỗ Trung Dũng¹,
Khang Thị Diên¹, Trịnh Thị Thanh Bình¹, Trịnh Thị Thơm¹,
Nguyễn Thị Thuý¹, Nguyễn Việt Minh¹,
Phạm Thị Lan Phương¹, Chu Thị Trang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình hình trạng dinh dưỡng của người bệnh khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức năm 2024. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 64 bệnh nhân nằm tại khoa Hồi sức tích cực tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 3/2024-7/2024. **Kết quả:** 12,5% người bệnh có suy dinh dưỡng thiếu năng lượng trường diễn theo đánh giá chỉ số khối cơ thể. Điểm sàng lọc nguy cơ dinh dưỡng NRS 2002 trung bình là $4,3 \pm 0,9$ điểm. Điểm đánh giá nguy cơ dinh dưỡng mNUTRIC score là $4,2 \pm 1,0$. Người bệnh có từ 2 bệnh trở lên có nguy cơ dinh dưỡng theo mNUTRIC cao gấp 4.53 lần người bệnh mắc dưới 2 bệnh. Sụt cân >10% trong vòng 6 tháng gần đây có mối liên quan với xét nghiệm albumin và prealbumin dưới ngưỡng tại thời điểm nhập viện. **Kết luận:** Người bệnh nhập khoa hồi sức có thể có chỉ số khối cơ thể bình thường, tuy nhiên những người có bệnh lý mãn tính nhiều hơn 2 bệnh hoặc sụt giảm >10% trong vòng 3 tháng gần đây có thể là những yếu tố tăng cường nguy cơ suy dinh dưỡng diễn biến trong quá trình nằm viện. **Từ khóa:** tình trạng dinh dưỡng, hồi sức tích cực, sàng lọc dinh dưỡng

SUMMARY

NUTRITION STATUS OF INTENSIVE CARE UNIT PATIENTS AT VIETDUC UNIVERSITY HOSPITAL IN 2024

Objective: To assess the nutritional status of patients in Intensive Care Unit at Viet Duc University

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Tất Thành

Email: dotatthanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.4.2025

Ngày duyệt bài: 14.5.2025

Hospital. **Method:** Cross-sectional descriptive study conducted on 64 patients received critical care at Viet Duc University Hospital from March 2024 to July 2024. **Results:** 12.5% of patients have long-term energy deficiency malnutrition according to body mass index assessment. The average NRS 2002 nutritional risk screening score was 4.3 ± 0.9 points. The mNUTRIC nutritional risk score is 4.2 ± 1.0 . Patients with 2 or more diseases have a 4.53 times higher risk of nutrition according to mNUTRIC than patients with less than 2 diseases. Weight loss of >10% within the last 6 months is associated with subthreshold albumin and prealbumin testing at the time of hospitalization. **Conclusion:** Patients admitted to the intensive care unit may have a normal body mass index, but those with more than 2 chronic diseases or a decrease of >10% in the last 3 months may be factors that increase the risk of malnutrition during hospitalization. **Keywords:** nutritional status, intensive care unit, nutritional screening.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những nghiên cứu trên thế giới báo cáo tỷ lệ suy dinh dưỡng người bệnh tại ICU rất đáng chú ý. Theo tổng quan hệ thống của Charles Chin Han Lew trên 20 nghiên cứu đưa ra tỷ lệ suy dinh dưỡng trên bệnh nhân ICU dao động từ 38% đến 78%. Suy dinh dưỡng rất phổ biến trong các khoa Hồi sức, xảy ra từ 30% đến 50% người bệnh nằm viện và liên quan đến suy giảm chức năng cơ quan, các giá trị cận lâm sàng bất thường, kéo dài thời gian nằm viện, tăng tỷ lệ tử vong[1]. Tuy nhiên, trong thập kỷ vừa qua, suy dinh dưỡng người bệnh đã được chú ý, và theo các yêu cầu của các tổ chức dinh dưỡng quốc tế, việc phải sàng lọc dinh dưỡng nên thực hiện trong 24 giờ đầu nhập viện, đặc biệt các khoa Hồi sức. Nghiên cứu của Vjollca Shpata và cộng

sự cũng chỉ ra có tới 71,24% người cao tuổi tại khoa ICU có nguy cơ suy dinh dưỡng lúc nhập viện[2]. Những năm gần đây, suy dinh dưỡng bệnh viện đặc biệt suy dinh dưỡng tại khoa ICU rất được quan tâm tại Việt Nam. Năm 2016, nghiên cứu của Nguyễn Hữu Hoan và Phạm Thị Thu Hương về tình trạng dinh dưỡng và thực trạng nuôi dưỡng người bệnh tại khoa ICU bệnh viện Bạch Mai đã chỉ ra 18,9% người bệnh nhập khoa ICU bị thiếu nặng lượng trường diễn với BMI<18,5 kg/m², 38,3% có nguy cơ dinh dưỡng theo SGA[3].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Người bệnh nhập khoa Hồi sức tích cực II của Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức trong vòng 24 giờ và được theo dõi cho đến khi xuất khoa ICU. Thời gian nằm điều trị tại khoa ≥ 7 ngày.
- Người bệnh từ 18 đến 65 tuổi.
- Sốc đã kiểm soát, huyết động ổn định (paO₂ ≥ 80 mmHg, spO₂ $\geq 92\%$ với fiO₂ ≤ 0.5)
- Gia đình hợp tác tham gia nghiên cứu

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ 03/2024-07/2024.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

Biến số nghiên cứu và chỉ tiêu đánh giá:

Nội dung	Tên biến số/ chỉ số	Định nghĩa	Phương pháp thu thập
Thông tin chung của ĐTNC	Tuổi	Tuổi ĐTNC (dương lịch)	Bệnh án
	Giới	Giới tính của đối tượng	
	Tiền sử bệnh	Số bệnh mãn tính đang mắc	
	Số ngày nằm viện	Thời gian nằm viện của đối tượng	
Mục tiêu	Tình trạng dinh dưỡng người bệnh tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức		
	Nguy cơ SDD	- Bộ công cụ NRS 2002 - Bộ công cụ mNUTRIC	Bộ câu hỏi
	Tỷ lệ SDD theo phân loại BMI và phần trăm cân nặng giảm trong vòng 6	Các chỉ số nhân trắc học bao gồm: - Cân nặng, chiều dài cẳng chân - BMI - Phần trăm cân nặng giảm trong 6	Đo theo dụng cụ

tháng	tháng	Bệnh án
Tỷ lệ SDD theo albumin, prealbumin	Thu thập kết quả các chỉ số hóa sinh: - Albumin - PreAlbumin	

- Phân loại Dinh dưỡng theo BMI

Hiệp hội Dinh dưỡng lâm sàng châu Âu ESPEN đã đưa ra tiêu chuẩn chẩn đoán suy dinh dưỡng cho người cao tuổi [40]:

Tiêu chuẩn 1: BMI <18,5 kg/m²

Tiêu chuẩn 2: Giảm >10% trọng lượng cơ thể trong khoảng thời gian không rõ ràng hoặc >5% trọng lượng cơ thể trong 3 tháng trở lại đây

- Sàng lọc nguy cơ suy dinh dưỡng bằng bộ công cụ NRS 2002

Tổng điểm của NRS là từ 0 đến 7, lớn hơn hoặc bằng 3 thì người bệnh có nguy cơ về dinh dưỡng. Lớn hơn hoặc bằng 5: người bệnh có nguy cơ cao về dinh dưỡng.

- Sàng lọc nguy cơ suy dinh dưỡng bằng bộ công cụ mNUTRIC

Điểm NUTRIC nếu tổng số từ 6 - 10, những người bệnh này được phân loại là có nguy cơ SDD cao hơn, tổng điểm từ 0 - 5 nguy cơ dinh dưỡng thấp. Trong trường hợp không có chỉ số IL-6 thì đánh giá nguy cơ cao từ 5 - 9, nguy cơ thấp từ 0 - 4.

Albumin huyết thanh, trong đó:

+ SDD nhẹ: 28 - <35 g/l

+ SDD vừa: 21 - 27 g/l

+ SDD nặng: <21 g/l.

PreAlbumin huyết thanh, trong đó:

+ SDD nhẹ: 10 - <15 g/dl

+ SDD vừa: 5 - <10 g/dl

+ SDD nặng: <5 g/dl.

Quản lý và phân tích số liệu: Nhập số liệu trên EPIDATA; phân tích số liệu bằng phần mềm STATA 13.0.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành sau khi được Hội đồng thẩm định nghiên cứu khoa học của bệnh viện thông qua. Các số liệu nghiên cứu được bảo quản chặt chẽ, chỉ phục vụ cho công tác nghiên cứu khoa học, viết báo cáo.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu (n=64)

Đặc điểm	Chung
Tuổi (X$\pm$SD) (tuổi)	55,5 $\pm$ 17,5
Tuổi (Giá trị nhỏ nhất - lớn nhất)(tuổi)	19-88
Nhóm tuổi (n,%)	
Dưới 60 tuổi	35(54.7)
>60 tuổi	29(45.3)
Giới (n,%)	

Nam	49(76.6%)
Nữ	15(23.4%)
Số ngày điều trị tại khoa ICU (X±SD)(ngày)	21,3±13,0
Số ngày điều trị (Giá trị nhỏ nhất – lớn nhất)(ngày)	7-66

Nhận xét: Nghiên cứu được thực hiện trên 64 đối tượng trong đó lứa tuổi trung bình là 55,5 ± 17,5 tuổi, khoảng tuổi dao động từ 19 đến 88 tuổi. Trong đó số bệnh nhân <60 tuổi chiếm tỷ lệ 54,7% và nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ 45.3%. Về phân bố giới tính, nam giới chiếm tỷ lệ 76.6% và nữ giới chiếm tỷ lệ 23.4%. Số ngày điều trị tại khoa Hồi sức là 21,3 ± 13,0 ngày. Số ngày điều trị ngắn nhất là 7 ngày và số ngày điều trị dài nhất là 66 ngày.

Bảng 2. Các chỉ số nhân trắc và thang điểm đánh giá dinh dưỡng của người bệnh

Chỉ số	X ± SD	Min	Max
Tuổi(năm)	55,5 ± 17,5	19	88
Chiều cao ước tính (cm)	164,0 ± 7,0	150	180
Cân nặng (kg)	58,2 ± 9,6	45	90
Chỉ số khối cơ thể BMI ước tính (kg/m ²)	21,5 ± 3,7	16,6	39,4
Điểm NRS 2002	4,3 ± 0,9	1	5
Điểm APACHE II	16,6 ± 4,2	6	26
ĐIỂM SOFA	7,0 ± 2,7	1	10
Điểm NUTRIC	4,2 ± 1,0	1	6

Nhận xét: Trong 64 ĐTNC, chỉ số chiều cao trung bình là 164,0 ± 7,0 cm, trong đó chiều cao ước tính tối thiểu là 150cm và chiều cao ước tính tối đa là 180 cm. Chỉ số khối cơ thể là 21,5 ± 3,7 kg/m². Chỉ số khối cơ thể thấp nhất là 16,6 kg/m² và chỉ số khối cơ thể cao nhất là 39,4 kg/m². Thang điểm sàng lọc nguy cơ suy dinh

dưỡng NRS 2002 có mức điểm trung bình là 4,3 ± 0,9, mức điểm thấp nhất là 1 điểm và cao nhất là 5đ. Thang điểm đánh giá nguy cơ dinh dưỡng cho người bệnh hồi sức mNUTRIC có mức trung bình là 4,2 ± 1,0, điểm thấp nhất là 1 điểm và điểm cao nhất là 6đ.

Bảng 3. Nguy cơ dinh dưỡng theo mNUTRIC và một số yếu tố liên quan

Yếu tố liên quan	Không nguy cơ	Có nguy cơ	OR (95% CI)	p(Fisher's exact test)
Tuổi	18-60	19	1	0,531
	>60	16	0,73 (0,27-1,98)	
Giới	Nam	28	1	0,477
	Nữ	7	1,52 (0,48-4,87)	
BMI <18.5	Không	30	1	0,636
	Có	5	0,69 (0,15-3,18)	
Tiền sử bệnh tật	<2	17	1	0,011*
	≥ 2	18	4,53 (1,41-14,60)	

Nhận xét: Bảng 3 cho thấy nguy cơ dinh dưỡng theo thang điểm mNUTRIC

Độ tuổi từ >60 có nguy cơ dinh dưỡng thấp hơn 0.73 lần người bệnh dưới 60 tuổi, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Người bệnh BMI <18.5 nguy cơ dinh dưỡng thấp hơn 0.69 người bệnh có BMI ≥ 18.5. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Người bệnh có từ 2 bệnh trở lên có nguy cơ dinh dưỡng cao gấp 4.53 lần người bệnh mắc dưới 2 bệnh. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê p<0.05.

Bảng 4. Đặc điểm cận lâm sàng liên quan đến chỉ số nhân trắc của người bệnh

	BMI		p	Cân nặng giảm 6 tháng		p	NRS 2002		p	mNUTRIC		p
	n, %			n, %			n, %					
	<18.5	≥18.5		<10%	≥10%		<3	≥3		<5	≥5	
Albumin												
Không giảm-giảm nhẹ	3 (37,5)	35 (62,5)	0,253	1 (50)	37 (59,7)	0.528	1 (50)	37 (59,7)	0.852	22 (62,9)	16 (55,2)	0.533
Giảm TB-Giảm nặng	5 (62,5)	21 (37,5)		1 (50)	25 (40,3)		1 (50)	25 (40,3)		13 (37,1)	13 (44,8)	
Pre-Albumin												
Không giảm-giảm nhẹ	4 (50)	21 (37,5)	0,702	0 (0)	25 (40,3)	0,516	1 (50)	24 (38,7)	0.623	17 (48,6)	8 (27,6)	0.087
Giảm TB-Giảm nặng	4 (50)	35 (62,5)		2 (100)	37 (59,7)		1 (50)	38 (61,3)		18 (51,4)	21 (72,4)	
Giảm TB-Giảm nặng	4 (50)	28 (50)		2 (100)	30 (48,4)		0 (0)	32 (51,6)		15 (42,9)	17 (58,6)	

Đối với chỉ số albumin, khi BMI <18.5 thì tình trạng giảm TB - nặng chiếm tỷ lệ cao hơn (62.5%). Nguy cơ dinh dưỡng theo đánh giá mNUTRIC ≥ 5 điểm, nhóm đối tượng albumin

giảm TB - nặng chiếm tỷ lệ thấp hơn 44.8%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Đối với chỉ số prealbumin khi BMI<18.5 thì tình trạng không giảm-giảm nhẹ bằng với tình

trạng giảm TB-nặng (50%), khi cân nặng sụt giảm >10% thì tỷ lệ giảm TB-nặng chiếm tỷ lệ cao hơn (59.7%). Với thang điểm NRS 2002, khi đánh giá bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng nặng thì tỷ lệ prealbumin giảm TB-nặng ở mức độ cao (61.3%), tương tự với mNUTRIC $\geq$ 5 thì tỷ lệ nhóm này chiếm tới 72.4%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Về độ tuổi của đối tượng nghiên cứu, độ tuổi trung bình của đối tượng là $55,5 \pm 17,5$ tuổi trong đó thấp nhất là 19 tuổi và cao nhất là 88 tuổi, có 35 người ở độ tuổi < 60 tuổi, chiếm 54.7%, người ở nhóm tuổi ≥ 60 chiếm 45.3%. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu khác tại bệnh viện cũng như tại cộng đồng về sự phân bố bệnh tật ở các nhóm tuổi. Độ tuổi nghiên cứu tương so với nghiên cứu của Nguyễn Hữu Hoan về TTDD của người bệnh khoa ICU Bệnh viện Bạch Mai, lứa tuổi trên ≥ 60 tuổi chỉ chiếm 47.7%[3]

Suy dinh dưỡng liên quan đến tăng tỷ lệ mắc bệnh và tỷ lệ tử vong. Những bệnh nhân bị suy dinh dưỡng trước khi khởi phát bệnh và/hoặc suy dinh dưỡng trước khi có các biến chứng cấp tính xảy ra cần được hỗ trợ dinh dưỡng càng sớm, càng nhanh càng tốt. Chăm sóc toàn diện cho bệnh nhân bao gồm dinh dưỡng hỗ trợ đóng vai trò quan trọng đối với bệnh nhân nặng. Hỗ trợ dinh dưỡng giúp giảm thời gian hỗ trợ hô hấp, thời gian nằm viện ngắn hơn, giảm nguy cơ nhiễm trùng, tăng liền vết thương, và giảm tỷ lệ mắc bệnh [4].

Trong nghiên cứu này, ta có thể thấy tình trạng dinh dưỡng dựa trên chỉ số BMI của nhóm ĐTNC chủ yếu bao gồm nhóm có tình trạng dinh dưỡng bình thường $18,5 < \text{BMI} < 23$ với tỷ lệ là 57.8%, tình trạng suy dinh dưỡng với $\text{BMI} < 18,5$ chiếm tỷ lệ 12.5%. Kết quả này phù hợp với đánh giá của Phạm Thị Thu Hương cho thấy vào thời điểm nhập viện vào khoa ICU tại bệnh viện Bạch Mai có 18,9% bệnh nhân suy dinh dưỡng. Kết quả Tạ Thanh Nga trên bệnh nhân khoa HSTC bệnh viện Đại học Y Hà Nội là 17,4% và kết quả của Phạm Thị Diệp trên bệnh nhân khoa HSTC bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp cũng gần tương tự với kết quả của chúng tôi. Tỷ lệ SDD theo BMI trong nghiên cứu này thấp hơn so với nghiên cứu trên quần thể người bệnh ICU Lão khoa của Nguyễn Thị Trang với tình trạng suy dinh dưỡng lên tới 41.7%. Cũng tương tự đối với một nghiên cứu của Vũ Thị Thanh, Trần Thị Phúc Nguyệt nghiên cứu về tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân suy thận mãn tính có lọc máu chu kỳ tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn ($\text{BMI} < 18,5$)

là 37,3%, nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thu Hà tỷ lệ suy dinh dưỡng theo chỉ số BMI tại bệnh viện Thanh Nhàn năm 2005 là 38,7% ($\text{BMI} < 18,5$) ($p < 0,05$). Theo nghiên cứu này, nhóm tuổi dưới 60 vẫn chiếm ưu thế, do đó tình trạng dinh dưỡng sẽ có xu hướng tốt hơn so với nhóm quần thể khác như bệnh nhân già, bệnh nhân suy thận mạn. Kèm theo đó, trong các đơn vị hồi sức ngoại khoa gặp nhiều tình trạng bệnh lý diễn biến đột ngột, do trước đó việc ăn uống của họ cũng hoàn toàn bình thường nên TTDD không bị ảnh hưởng[5],[6], [7],[8]

Đánh giá nguy cơ dinh dưỡng theo thang điểm mNUTRIC có thể thấy rằng: Người bệnh $\text{BMI} < 18,5$ nguy cơ dinh dưỡng thấp hơn 0.69 người bệnh có $\text{BMI} \geq 18,5$. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Người bệnh có từ 2 bệnh trở lên có nguy cơ dinh dưỡng cao gấp 4.53 lần người bệnh mắc dưới 2 bệnh. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Kết quả này có chút khác biệt với kết quả của Vũ Thị Nga cùng cộng sự đánh giá trên nhóm đối tượng HSTC bệnh viện Quân đội TW 108. Tỷ lệ bệnh nhân có $\text{BMI} < 18,5$ có nguy cơ suy dinh dưỡng theo NUTRIC là 79,17% cao hơn những bệnh nhân có $\text{BMI} \geq 18,5$ là 60,78%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [9]. Heyland và cộng sự đã nêu ra luận điểm rằng điểm NUTRIC ≥ 5 đã gọi là nguy cơ dinh dưỡng cao rồi. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng theo BMI và nguy cơ dinh dưỡng theo điểm NUTRIC vào thời điểm nhập viện của bệnh nhân là gần bằng nhau (18,9% và 27%) tuy nhiên khi kiểm định sự tương quan giữa tỷ lệ SDD theo BMI và tỷ lệ nguy cơ dinh dưỡng theo điểm NUTRIC lại không thấy có sự liên quan. BMI là chỉ số khối của cơ thể, phụ thuộc vào khẩu phần năng lượng trước bệnh lý, còn mNUTRIC thì đánh giá nguy cơ dinh dưỡng dựa trên tình trạng bệnh cấp cứu, độ nặng của bệnh và mức suy của các cơ quan. Do đó có thể hiểu rằng có thể biến số này hoàn toàn độc lập với nhau[10].

Trong số nhiều yếu tố cản trở việc đánh giá tình trạng dinh dưỡng, phải kể đến diễn biến của quá trình bệnh (phát triển nhiễm trùng, suy cơ quan, tình trạng tăng dị hóa kéo dài) và phương pháp điều trị được áp dụng (phẫu thuật lại ở bệnh nhân trong tình trạng nặng, điều trị lọc thận). Giá trị chẩn đoán của các xét nghiệm chọn lọc (nồng độ albumin, transferrin, prealbumin) là dấu hiệu của rối loạn tình trạng dinh dưỡng. Hầu hết các xét nghiệm này bị ảnh hưởng bởi tình trạng viêm trong ICU. Các nghiên cứu vẫn chưa xác định chính xác mức độ tương quan của các thông số phản ứng viêm với những thay

đổi về tình trạng dinh dưỡng ở những bệnh nhân ICU. Tuy nhiên ta cũng có thể thấy rằng, tình trạng BMI<18.5 hoặc có sụt giảm cân nặng >10% trong vòng 6 tháng gần đây thì các chỉ số hoá sinh liên quan đến tình trạng dinh dưỡng thường ở ngưỡng thấp hơn trong thời điểm nhập khoa hồi sức. Đây có thể là một dấu hiệu giúp bác sỹ lâm sàng có những chú ý đặc biệt đối với những nhóm bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng cao hơn nhằm nhận được những can thiệp kịp thời ngay từ thời điểm nhập viện[11].

V. KẾT LUẬN

Người bệnh nhập khoa hồi sức có thể có chỉ số khối cơ thể bình thường, tuy nhiên những người có bệnh lý mãn tính nhiều hơn 2 bệnh hoặc sụt giảm >10% trong vòng 3 tháng gần đây có thể là những yếu tố tăng cường nguy cơ suy dinh dưỡng diễn biến trong quá trình nằm viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lew CCH, Yandell R, Fraser RJL, Chua AP, Chong MFF, Miller M.** Association Between Malnutrition and Clinical Outcomes in the Intensive Care Unit: A Systematic Review. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2017;41(5):744-758. doi:10.1177/0148607115625638
2. **Shpata V, Ohri I, Nurka T, Prendushi X.** The prevalence and consequences of malnutrition risk in elderly Albanian intensive care unit patients. *Clinical Interventions in Aging.* 2015;10:481. doi:10.2147/CIA.S77042
3. **Nguyễn Hữu Hoan.** Tình trạng dinh dưỡng và thực trạng nuôi dưỡng bệnh nhân tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai năm 2015. Luận

văn Thạc sỹ Dinh dưỡng. Trường Đại học Y Hà Nội. 2016.

4. **Singer P, Blaser AR, Berger MM, et al.** ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. *Clinical Nutrition.* 2019;38(1):48-79. doi:10.1016/j.clnu.2018.08.037
5. **Tạ Thanh Nga.** Thực trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của người bệnh tại khoa hồi sức tích cực BV Đại học Y Hà Nội năm 2017. Khóa luận Cử nhân Dinh dưỡng. Trường Đại học Y Hà Nội. 2017
6. **Phạm Thị Diệp, and Phạm Duy Tường.** "Nguy cơ dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở người bệnh nhập khoa hồi sức tích cực, Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp năm 2020." *Tạp chí Nghiên cứu Y học* 142.6 (2021): 126-132.
7. **Vũ Thị Thanh, Trần Thị Phúc Nguyệt** (2011). Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân suy thận mãn tính có lọc máu chu kỳ bằng chỉ số BMI, SGA và Albumin huyết thanh tại khoa Thận nhân tạo bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí nghiên cứu Y học phụ trợ* 79. Tr 252 – 257
8. **Nguyễn Thu Hà** (2005). Bước đầu đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ tại đơn vị Thận Nhân Tạo bệnh viện Thanh Nhàn Hà Nội. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa 2. Tr 4 – 24.
9. **Vũ Thị Nga** (2022). Đánh giá bước đầu hiệu quả cải thiện oxy hóa máu của phương pháp thông khí cơ học tư thế nằm sấp ở bệnh nhân suy hô hấp cấp tiến triển. *Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy*, 17(1)
10. **Heyland D, Dhaliwal R, Drover J, Gramlich L, Dodek P.** Canadian clinical practice guidelines for nutrition support in mechanically ventilated, critically ill adult patients. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2003;27(5):355-373. doi:10.1177/0148607103027005355.

ĐẶC ĐIỂM TRỤC RĂNG CỬA HAI HÀM VÀ MÔ MỀM THEO PHÂN TÍCH RICKETTS TRÊN PHIM SỌ MẶT NGHIÊNG Ở NHÓM ĐỐI TƯỢNG 10-12 TUỔI HẠNG II DO LÙI XƯƠNG HÀM DƯỚI TẠI HÀ NỘI NĂM 2025

Trương Đình Khởi¹, Lê Linh Chi¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số kích thước về trục răng cửa hai hàm và đặc điểm mô mềm trên trẻ từ 10-12 tuổi sai lệch hạng II do lùi xương hàm dưới bằng phương pháp phân tích Ricketts trên phim sọ mặt nghiêng tại Thành phố Hà Nội năm 2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 78 đối tượng hạng II có lùi xương hàm

dưới (43 nam và 35 nữ) bằng phương pháp phân tích phim sọ nghiêng Ricketts trên phần mềm vẽ phim VNCEPH. **Kết quả:** Độ nhô răng cửa hàm trên (A1-A-Pog) là $9,22 \pm 2,18$ mm; độ nghiêng răng cửa hàm trên (A1/A-Pog) là $46,23 \pm 3,10^\circ$; góc liên răng cửa (A1/B1) là $89,17 \pm 7,22^\circ$. Độ nhô răng cửa hàm dưới (B1-A-Pog) là $5,57 \pm 2,16$ mm; độ nghiêng răng cửa hàm dưới (B1/A-Pog) là $31,20 \pm 2,65^\circ$; độ trôi răng cửa hàm dưới (B1-OP) là $3,58 \pm 1,25$ mm. Độ nhô răng cửa hàm dưới (B1-A-Pog) là $5,57 \pm 2,16$ mm; độ nghiêng răng cửa hàm dưới (B1/A-Pog) là $31,20 \pm 2,65^\circ$; độ trôi răng cửa hàm dưới (B1-OP) là $3,58 \pm 1,25$ mm. Độ nhô môi trên (Ls-E) là $2,79 \pm 0,86$ mm; độ nhô môi dưới (Li-E) là $2,48 \pm 0,79$ mm; góc mũi môi (Pn-Sn-Ls) là $86,38 \pm 3,49^\circ$. **Kết luận:** Các chỉ số trục răng cửa và môi hai hàm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội
 Chịu trách nhiệm chính: Trương Đình Khởi
 Email: bskhoirhm@gmail.com
 Ngày nhận bài: 5.3.2025
 Ngày phản biện khoa học: 15.4.2025
 Ngày duyệt bài: 14.5.2025