

ĐẶC ĐIỂM VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở TRẺ TỪ 06-59 THÁNG TUỔI ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN VIÊM PHỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN NĂM 2023-2024

Hà Anh Đức¹, Nguyễn Thị Hương Lan²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm và một số yếu tố liên quan ở 158 trẻ từ 06-59 tháng tuổi được chẩn đoán viêm phổi điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn năm 2023-2024. **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 158 trẻ cho thấy trẻ trai chiếm 58,2% nhiều hơn so với trẻ gái chiếm 41,8%; Nhóm trẻ từ 12 - 23 tháng tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 36,7%; trẻ sinh đủ tháng chiếm 86,7%, số trẻ sinh non là 13,3%; trẻ có cân nặng sơ sinh $\geq 2500g$ là chủ yếu chiếm 89,3% và có 10,7% số trẻ cân nặng sơ sinh $< 2500g$; nghiên cứu cũng cho thấy đa số trẻ tham gia nghiên cứu được sinh ra là con thứ 2 trong gia đình với tỷ lệ cao nhất 48,8%. Tỷ lệ trẻ có tình trạng dinh dưỡng bình thường ở trẻ gái cao hơn trẻ trai (72,7% so với 64,1%), còn ở tỷ lệ trẻ suy dinh dưỡng (SDD) thì ngược lại, trẻ trai có tỷ lệ trẻ suy dinh dưỡng cao hơn trẻ gái (35,9% so với 27,3%). Trẻ viêm phổi nhập viện mà tác nhân không xác định được chiếm tỷ lệ cao: 74,7%. Có 25,3% trẻ bị viêm phổi xác định được nguyên nhân gây bệnh, trong đó nguyên nhân do mycoplasma là 15,8% còn lại là do các nguyên nhân khác chiếm 9,5% như RSV(+), cúm (+), tụ cầu vàng, phế cầu. Nghiên cứu cho kết quả trẻ là con thứ 2 có nguy cơ bị SDD cao hơn 2,3 lần so với trẻ là con đầu sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Các đặc điểm về tình trạng bệnh của trẻ không có mối tương quan với tình trạng dinh dưỡng của trẻ ($p > 0,05$). **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng vẫn chiếm khá cao (32,2%), trẻ là con thứ 2 có nguy cơ SDD cao hơn trẻ là con đầu.

Từ khóa: Dinh dưỡng, nhi, viêm phổi, Xanh Pôn

SUMMARY

CHARACTERISTICS AND SOME RELATED FACTORS IN CHILDREN FROM 06-59 MONTHS OLD DIAGNOSED WITH PNEUMONIA AT SAINT PAUL GENERAL HOSPITAL IN 2023-2024

Objective: The study aims to describe the characteristics and some related factors in 158 children aged 06-59 months diagnosed with pneumonia and treated as inpatients at Xanh Pon General Hospital in 2023-2024. **Research design:** Cross-sectional descriptive study. **Results:** The study

on 158 children showed that boys accounted for 58.2% more than girls at 41.8%; the group of children aged 12-23 months accounted for the highest rate of 36.7%; full-term children accounted for 86.7%, the number of premature children was 13.3%; children with birth weight $\geq 2500g$ were mainly 89.3% and 10.7% of children had birth weight $< 2500g$; the study also showed that the majority of children participating in the study were born as the second child in the family with the highest rate of 48.8%. The rate of children with normal nutritional status in girls is higher than in boys (72.7% compared to 64.1%), while in the rate of malnourished children, the opposite is true: boys have a higher rate of malnutrition than girls (35.9% compared to 27.3%). Children hospitalized with pneumonia with unidentified causes account for a high proportion: 74.7%. There were 25.3% of children with pneumonia have an identified cause of the disease, of which the cause is due to mycoplasma 15.8% and the rest are due to other causes accounting for 9.5% such as RSV (+), influenza (+), staphylococcus aureus, pneumococcus. The study showed that children who are the second child have a 2.3 times higher risk of malnutrition than children who are the first child. This difference is statistically significant with $p < 0.05$. The characteristics of the child's medical condition do not correlate with the child's nutritional status ($p > 0.05$). **Conclusion:** The results of this study show that the rate of malnutrition is still quite high (32.2%), children who are the second child have a higher risk of malnutrition than children who are the first child. **Keywords:** Nutrition, children, pneumonia, Saint Paul hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dinh dưỡng trẻ em là cửa sổ cơ hội và lập trình sức khỏe cho trẻ do không chỉ ảnh hưởng tại thời điểm can thiệp mà còn có thể gây ảnh hưởng suốt đời trong nhiều khía cạnh khác nhau. Nếu như việc thiếu hụt hay thừa dinh dưỡng có thể mang lại những mối nguy hại cho sức khỏe ở trẻ thì dinh dưỡng hợp lý trong giai đoạn đầu đời tạo nền tảng cho sự phát triển trí não, tăng cường miễn dịch và phát triển khỏe mạnh lâu dài.¹

Theo UNICEF/WHO/Ngân hàng thế giới năm 2021, trên toàn thế giới có 45,4 triệu trẻ em dưới 5 tuổi bị SDD gây còm, 149,2 triệu trẻ thấp còi và 38,9 triệu trẻ thừa cân. Trong đó, tỷ lệ trẻ SDD ở châu Á vẫn chiếm tỉ lệ cao với 70% gây còm, 53% trẻ thấp còi và 48% thừa cân/béo phì (TC/BP).² Theo cuộc điều tra của tác giả Jia Cao và cộng sự (2014) liên quan đến 1.325 trẻ nhập viện liên tiếp tại Bệnh viện Nam Kinh, Trung Quốc cho thấy: trẻ em mắc bệnh về hô hấp, tim

¹Bộ Y tế

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hà Anh Đức

Email: haanhduc@moh.gov.vn

Ngày nhận bài: 20.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.4.2025

Ngày duyệt bài: 28.5.2025

mạch hoặc ung thư có nguy cơ SDD cao hơn những trẻ khác. SDD trong bệnh viện gây nên một số hậu quả bất lợi cho cả bệnh nhân và hệ thống chăm sóc y tế bao gồm: tăng tỷ lệ tử vong, dễ làm tăng nguy cơ nhiễm trùng bệnh viện, sụt cân nhiều hơn, kéo dài thời gian nằm viện làm tăng chi phí điều trị do ở những bệnh nhi bị SDD, quá trình tái tạo biểu mô đường hô hấp sẽ bị suy giảm. Hơn nữa, amidan và tuyến ức sẽ bị teo dẫn đến thiếu hụt tế bào lympho T. Điều này sẽ gây ra sự suy giảm đáp ứng miễn dịch tế bào và cho phép quá trình nhiễm trùng tiếp tục diễn ra dễ dàng.³ Đồng thời ở trẻ dưới 5 tuổi cũng có mối liên quan giữa TTDD với mức độ nặng của bệnh viêm phổi. Nhóm cao nhất mắc viêm phổi nặng là nhóm có TTDD bất thường trong đó có TC-BP. Không chỉ SDD có thể gây ra nguy cơ nhiễm trùng mà nhiễm trùng cũng có thể gây ra SDD, việc nuôi dưỡng trẻ trong giai đoạn trẻ bệnh và hồi phục sẽ giúp cho trẻ nhanh có cân nặng trở về bình thường như trước khi bị bệnh.

Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn là cơ sở đầu ngành Nhi của Sở y tế Hà Nội, hàng năm tiếp nhận một lượng lớn lượt bệnh nhi dưới 5 tuổi mắc viêm phổi nhập viện điều trị. Đây cũng là lứa tuổi có nhiều sự thay đổi về môi trường chăm sóc, nuôi dưỡng. Vì vậy chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm và một số yếu tố liên quan ở trẻ từ 06-59 tháng tuổi được chẩn đoán viêm phổi điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn năm 2023-2024. Qua đó là cơ sở cho nhân viên y tế đưa ra các giải pháp nuôi dưỡng tốt nhất cho trẻ giai đoạn trẻ bệnh và hồi phục, nhằm cải thiện thể trạng cho trẻ cũng như nâng cao chất lượng điều trị người bệnh tại Bệnh viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

* **Đối tượng nghiên cứu:** trẻ từ 06-59 tháng tuổi được chẩn đoán viêm phổi điều trị nội trú tại khoa Hô hấp Nhi, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn năm 2023-2024

* **Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Cặp bà mẹ và trẻ từ 06 đến 59 tháng tuổi được chẩn đoán viêm phổi điều trị nội trú tại khoa Hô hấp nhi, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

* **Tiêu chuẩn loại trừ**

- Trẻ đang trong tình trạng nặng: cấp cứu, đang thở oxy, hôn mê, không thể lấy được các chỉ số nhân trắc.

- Mẹ trẻ rối loạn tâm thần, không có khả năng trả lời câu hỏi hay gia đình bệnh Nhi từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Địa điểm nghiên cứu: khoa Hô hấp nhi, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

2.2.2. Thời gian nghiên cứu: từ 06/2023 đến 02/2024

2.2.3. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu nghiên cứu

* Cỡ mẫu và chọn mẫu:

- Cỡ mẫu: được ước tính theo công thức:

$$n = Z^2 \frac{p.(1-p)}{(p.E)^2}$$

Trong đó: - n: Cỡ mẫu

- p: lấy bằng 0,289 (tỷ lệ SDD của bệnh nhi 06-60 tháng tuổi mắc bệnh nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính tại bệnh viện Thái Bình năm 2017).⁴

- $Z_{1-\alpha/2}$: hệ số tin cậy, chọn $Z = 1,96$ tương ứng với độ tin cậy 95%

- ϵ : khoảng sai lệch tương đối, chọn $\epsilon = 0,25$

- Thay vào công thức trên tính được cỡ mẫu tối thiểu cần thu thập là 155 đối tượng.

Thực tế nghiên cứu thu thập là 158 đối tượng.

+ Chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện những cặp bà mẹ cùng con trong độ tuổi từ 06 đến 59 tháng tuổi được chẩn đoán viêm phổi điều trị nội trú tại khoa Hô hấp nhi, Bv Đa khoa Xanh Pôn.

- Phương pháp thu thập thông tin:

+ Cân nặng được sử dụng cân sơ sinh (cân lòng máng) Nhơn Hòa NHBS-20 độ chia nhỏ nhất 50g, giới hạn đo 0,5- 20kg (sử dụng với trẻ từ 06 đến < 24 tháng tuổi). Với trẻ có cân nặng lớn và cứng cáp có thể ngồi hoặc đứng trên cân sử dụng cân điện tử Tanita với độ chính xác 0,1 kg(sử dụng với trẻ từ ≥ 24 tháng tuổi).

+ Chiều cao được đo bằng thước gỗ đo chiều dài nằm cho trẻ dưới 24 tháng tuổi và thước gỗ đo chiều cao đứng cho trẻ từ ≥ 24 tháng tuổi (độ chia chính xác 0,1cm).

+ Xác định tuổi của trẻ dựa trên khuyến cáo của WHO năm 2006.

+ Sử dụng bộ câu hỏi phỏng vấn trực tiếp bà mẹ; cân đo các chỉ số nhân trắc của trẻ trong vòng 36h sau khi trẻ nhập viện.

2.2.5. Biến số và chỉ số nghiên cứu

* Biến số nghiên cứu:

- Đặc điểm nhân trắc của trẻ: tháng tuổi, giới, cân nặng, chiều cao/chiều dài.

- Các biến số chỉ số về yếu tố liên quan SDD của trẻ: đặc điểm chung của trẻ; đặc điểm chung của bà mẹ; nguyên nhân gây bệnh; các đặc điểm chăm sóc của bà mẹ; kiến thức, thực hành của bà mẹ về chăm sóc, nuôi dưỡng trẻ và chăm sóc trẻ bệnh; tình trạng cho trẻ bú sữa

me; cho trẻ ăn bổ sung; tiền sử viêm phổi phải nhập viện của trẻ; chăm sóc dinh dưỡng khi trẻ bị bệnh; điều trị khi trẻ bị bệnh, tiêu chảy

* Tiêu chuẩn đánh giá TTDD: Căn cứ theo tiêu chuẩn của WHO năm 2006 dựa trên Z-score cho trẻ dưới 5 tuổi. Nghiên cứu tính Z-score của trẻ dựa theo tiêu chí cân nặng/tuổi, chiều cao/tuổi và cân nặng/chiều cao.

2.2.6. Xử lý số liệu. Số liệu được nhập và quản lý bằng phần mềm Excel 2010, được tính Z-score cân nặng/tuổi, chiều cao/tuổi, cân nặng/chiều cao bằng phần mềm WHO-anthro plus năm 2006. Sau đó chuyển sang phần mềm SPSS for Windows Version 20.0 để tính số trung bình, tỷ lệ %.

2.3. Vấn đề đạo đức y học. Nghiên cứu được tiến hành sau khi thông qua hội đồng đề cương tại Viện đào tạo YHDP và YTCC – Trường Đại học Y Hà Nội và được sự đồng ý của Ban lãnh đạo Bệnh viện, lãnh đạo khoa Hô hấp nhi Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn. Mọi thông tin thu thập được mã hóa, nhập máy tính và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của trẻ tham gia nghiên cứu (n=158)

Đặc điểm	Phân chia	Số lượng (n=158)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	06 – 11 tháng	37	23,4

Bảng 3.3. Nguyên nhân gây bệnh viêm phổi ở trẻ theo nhóm tuổi (n=158)

Đặc điểm	Nguyên nhân gây bệnh							
	Viêm phổi, tác nhân không xác định		Viêm phổi do Mycoplasma		Nguyên nhân khác		Tổng	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
06 – 11 tháng	30	81,1	3	8,1	4	10,8	37	23,4
12 – 23 tháng	42	72,4	9	15,5	7	12,1	58	36,7
24 – 35 tháng	24	70,6	8	23,5	2	5,9	34	21,5
36 – 47 tháng	12	70,6	4	23,5	1	5,9	17	10,8
48 – 59 tháng	10	83,4	1	8,3	1	8,3	12	7,6
Tổng	118	74,7	25	15,8	15	9,5	158	100

Trẻ viêm phổi nhập viện mà tác nhân không xác định được chiếm tỷ lệ cao: 74,7%. Trong số đó, nhóm trẻ 48 - 59 tháng tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 83,4%, tiếp theo là lứa tuổi 06 - 11 tháng 81,1% trong tổng số trẻ cùng lứa tuổi mắc viêm

	12 – 23 tháng	58	36,7
	24 – 35 tháng	34	21,5
	36 – 47 tháng	17	10,8
	48 – 59 tháng	12	7,6
Cân nặng sơ sinh	<2500 g	17	10,7
	≥2500g	141	89,3
Vị trí của trẻ trong gia đình	Con đầu	50	31,6
	Con thứ 2	77	48,8
	Con thứ 3 trở lên	31	19,6

Nhóm trẻ từ 12-23 tháng tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 36,7%; trẻ sinh đủ tháng chiếm 86,7%, số trẻ sinh non là 13,3%; trẻ có CNSS ≥ 2500g là chủ yếu chiếm 89,3% và có 10,7% số trẻ là CNSS < 2500g; nghiên cứu cũng cho thấy đa số trẻ tham gia nghiên cứu được sinh ra là con thứ 2 trong gia đình với tỷ lệ cao nhất 48,8%.

Bảng 3.2. Tình trạng dinh dưỡng của trẻ theo giới (n=158)

Tình trạng SDD	Trẻ trai (n=92)		Trẻ gái (n=66)		Chung (n=158)	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Trẻ bình thường	59	64,1	48	72,7	107	67,8
Trẻ suy dinh dưỡng	33	35,9	18	27,3	51	32,2

Trẻ trai chiếm 58,2% nhiều hơn so với trẻ gái chiếm 41,8%; Tỷ lệ trẻ có tình trạng dinh dưỡng bình thường ở trẻ gái cao hơn trẻ trai (72,7% so với 64,1%), còn ở tỷ lệ trẻ suy dinh dưỡng thì ngược lại, trẻ trai có tỷ lệ trẻ suy dinh dưỡng cao hơn trẻ gái (35,9% so với 27,3%).

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa đặc điểm chung của trẻ với tình trạng dinh dưỡng của trẻ (n=158)

Đặc điểm		Tình trạng dinh dưỡng		OR (95% CI)	p
		SDD (n=51)	Không SDD (n=107)		
Giới tính	Trẻ trai (n=92, %)	34 (37,0)	58 (63,0)	1,7 (0,8 - 3,4)	0,14

	Trẻ gái (n=66, %)	17 (25,8)	49 (74,2)	1	
	≥ 37 tuần thai (n=137, %)	45 (32,9)	92 (67,2)	1	
Cân nặng sơ sinh	< 2500g (n=17, %)	5 (29,4)	12 (70,6)	0,9 (0,3 - 2,6)	0,79
	≥ 2500g (n=141, %)	46 (32,6)	95 (67,4)	1	
Vị trí con trong gia đình	Từ 3 con trở (n=31, %)	10 (32,3)	21 (67,7)	1,7 (0,6 - 4,6)	0,31
	Con thứ 2 (n=77, %)	30 (39,0)	47 (61,0)	2,3 (1,0 - 5,1)	0,04*
	Con đầu (n=50, %)	11 (22,0)	39 (78,0)	1	-

Nghiên cứu cho kết quả trẻ là con thứ 2 có nguy cơ bị SDD cao hơn 2,3 lần so với trẻ là con đầu sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa tình trạng bệnh của trẻ với tình trạng dinh dưỡng của trẻ (n=158)

Đặc điểm		Tình trạng dinh dưỡng		OR (95% CI)	P
		SDD (n=51)	Không SDD (n=107)		
Tiền sử mắc bệnh	≥ 2 lần (n=44, %)	13 (29,6)	31 (70,4)	0,8 (0,3 - 1,7)	0,50
	1 lần (n=40, %)	13 (32,5)	27 (67,5)	0,9 (0,4 - 2,1)	0,90
	Chưa bị lần nào (n=74, %)	25 (33,8)	49 (66,2)	1	
Bệnh kèm theo	Có (n=54, %)	15 (27,8)	39 (72,2)	0,7 (0,4 - 1,5)	0,38
	Không (n=104, %)	36 (34,6)	68 (65,4)	1	
	Không (n=45, %)	10 (22,2)	35 (77,8)	1	

Các đặc điểm về tình trạng bệnh của trẻ không có mối tương quan với tình trạng dinh dưỡng của trẻ ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, về đặc điểm chung của trẻ trong số 158 trẻ tham gia nghiên cứu trẻ trong nhóm tuổi 12-23 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (36,7%), tiếp theo là nhóm 06-11 tháng (23,4%). Đây là giai đoạn trẻ có nhiều thay đổi về sinh lý, chuyển từ chế độ ăn lỏng sang đặc, với nhu cầu dinh dưỡng cao do tốc độ tăng trưởng nhanh và sự phát triển vận động, trí tuệ. Trẻ trong độ tuổi này cũng dễ mắc các bệnh dinh dưỡng, tiêu hóa, hô hấp và nhiễm trùng.^{4,5} Về đặc điểm giới tính, trẻ trai chiếm tỷ lệ 58,2%, cao hơn trẻ gái (41,8%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lê Thị Hương và cộng sự tại Phòng khám Dinh dưỡng, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2022 - 2023 trong đó tỷ lệ trẻ trai dưới 5 tuổi là 60,2% và trẻ gái là 39,8%.⁴ Tương tự, nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hậu về tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân viêm phổi dưới 5 tuổi tại khoa Hô hấp 1, Bệnh viện Nhi Đồng 2 cũng ghi nhận tỷ lệ trẻ trai là 60,3% và trẻ gái là 39,7%.⁶

Nghiên cứu cũng cho thấy trẻ SDD chung chiếm 32,2%, trong đó SDD thể nhẹ cân chiếm tỷ lệ thấp nhất là 3,8%, sau đó đến tỷ lệ trẻ SDD gầy còm 11,4% bằng với tỷ lệ trẻ TC-BP 11,4% và tỷ lệ cao nhất là SDD thể thấp còi 13,3%. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Lê Hồng Giang nghiên cứu trên 278 cặp mẹ con bệnh nhi từ 0 đến dưới 60 tháng tuổi được chẩn đoán mắc NKKHCT điều trị nội trú tại khoa Nhi, Bệnh viện Đa khoa khu vực Cam Ranh năm 2022

cho tỷ lệ SDD thể nhẹ cân là 13,8%, SDD thể thấp còi là 24,1%, tuy nhiên trong nghiên cứu này của tác giả SDD thể gầy còm là tỷ lệ thấp nhất 11,9% và chưa thể hiện về tỷ lệ trẻ TC-BP, đây là sự khác biệt so với nghiên cứu của chúng tôi có thể do cỡ mẫu nghiên cứu của tác giả nhiều hơn cũng như thói quen và văn hóa ẩm thực tại các vùng miền cũng có thể dẫn đến TTDD khác nhau.⁷ Điều này có thể cho thấy được thái độ, nhận thức của các bà mẹ về vai trò của dinh dưỡng cho trẻ ngày càng được chú trọng hơn.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng trẻ là con thứ hai trong gia đình có nguy cơ bị SDD cao hơn 2,3 lần so với trẻ là con đầu, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điều này có thể do các gia đình thường cần trọng hơn trong việc chăm sóc con đầu lòng, vì thiếu kinh nghiệm, trong khi trẻ sinh sau dù cha mẹ đã có kinh nghiệm chăm sóc, nhưng sự quan tâm có thể giảm do tâm lý thả lỏng hoặc áp lực từ việc chăm sóc nhiều con. Đồng thời, ở những gia đình đông con, việc quản lý sự phát triển của từng trẻ cũng như thói quen ăn uống hằng ngày của trẻ cũng trở nên khó khăn hơn dẫn đến gánh nặng kép về dinh dưỡng đang là vấn đề rất đáng quan tâm của xã hội. Tuy nhiên, kết quả này khác với nghiên cứu của Trương Thị Thùy Dương tại Thái Nguyên, nơi trẻ là con đầu có nguy cơ SDD cao hơn (OR = 1,56, $p = 0,032$). Sự khác biệt này có thể do khác biệt về địa điểm, thời gian nghiên cứu và các yếu tố khác, như trình độ học vấn, kiến thức, và thực hành dinh dưỡng của người chăm sóc trẻ.⁸

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng vẫn chiếm khá cao (32,2%), trẻ là con thứ 2 có nguy cơ SDD cao hơn trẻ là con đầu. Chưa tìm thấy các mối liên quan có ý nghĩa thống kê khác với tình trạng dinh dưỡng của trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thị Hương, Lưu Thị Mỹ Thục.** Dinh dưỡng trong điều trị nhi khoa. Nhà xuất bản Y học; 2020.
2. **Join children malnutrition estimates (JME). WHO-UB-UNICEF.** 2021. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/joint-child-malnutrition-estimates-unicef-who>.
3. **Jia Cao 1, Luting Peng 1, Rong Li 1, et al.** Nutritional risk screening and its clinical significance in hospitalized children. Published online 2013.
4. **Hương dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em.** kcb.vn. September 9, 2015. Accessed September 8, 2024. <https://kcb.vn/phac-do/huong-dan-chan-doan-va-dieu-tri-mot-so-benh-thuong-gap-o-tre.html>
5. **Lê Thị Hương, Nguyễn Thị Hiền Trang, Lê Mai Trà Mi, Vũ Ngọc Hà, Bùi Thị Trà Vi** (2023). Tình trạng dinh dưỡng và thực trạng thiếu vi chất ở trẻ dưới 5 tuổi đến khám tại phòng khám Dinh dưỡng, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2022 - 2023. Tạp Chí Nghiên cứu Y học 171 (10): 175-85. <https://doi.org/10.52852/tncy.v171i10.2022>.
6. **Nguồn Thị Thu Hậu, Dương Trí Thịnh và cs** (2022), Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân viêm phổi dưới 5 tuổi tại khoa Hô hấp 1 Bệnh viện Nhi Đồng 2, Tạp chí Y học Việt Nam (Tổng hội Y học Việt Nam) - 2022 - no.CD3 - tr.54-60 - ISSN. 1859-1868
7. **Lê Thị Hồng Giang.** Thực trạng suy dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của trẻ dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Cam Ranh. Tạp Chí Học Việt Nam. 2023;530(1B). doi:10.51298/vmj.v530i1B.6719
8. **Trương Thị Thuỳ Dương, Lê Thị Thanh Hoa.** Thực trạng suy dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở trẻ em dưới 5 tuổi tại xã Dương Thành, huyện Phú Bình, tỉnh Thái Nguyên. Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm. 2023;19(4+5):22-29. doi:10.56283/1859-0381/537

NHẬN XÉT KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ SỎI THẬN BẰNG PHƯƠNG PHÁP TÁN SỎI THẬN QUA DA TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y THÁI BÌNH

Tô Hoàng Dũng¹, Nguyễn Đình Hùng¹,
Nguyễn Văn Quân¹, Nguyễn Đình Dương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả sớm điều trị sỏi thận bằng phương pháp tán sỏi thận qua da (TSTQD) tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu tiền cứu trên 198 bệnh nhân được thực hiện tán sỏi thận qua da tại khoa Ngoại, Bệnh viện Đại học Y Thái Bình trong thời gian từ tháng 05 năm 2022 đến tháng 05 năm 2024. **Kết quả:** Vị trí sỏi hay gặp nhất là ở bể thận và 1 nhóm đài, chiếm 35,9%. Trước mổ có 66,9% BN có giãn đài bể thận độ II. Tỷ lệ sạch sỏi sau mổ lần 1 và sau mổ 1 tháng lần lượt là 66,2% và 68,2%. Sốt là biến chứng hay gặp nhất sau mổ, chiếm tỷ lệ 3%. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $6,88 \pm 2,28$ ngày. Phần lớn BN có kết quả tốt sau mổ lần 1 và sau mổ 1 tháng, chiếm tỷ lệ lần lượt là 66,2% và 68,2%. **Kết luận:** Tán sỏi thận qua da là phương pháp hiệu quả và an toàn trong điều trị sỏi thận với tỷ lệ sạch sỏi cao, ít biến chứng sau mổ và mang lại kết quả điều trị tốt.

Từ khóa: Điều trị sỏi thận, tán sỏi thận qua da.

SUMMARY

EARLY RESULTS OF KIDNEY STONE TREATMENT BY PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY AT THAI BINH UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

Object: To evaluate the early results of kidney stone treatment by percutaneous nephrolithotomy (PCNL) at Thai Binh Medical University Hospital. **Research subjects and methods:** Prospective study on 198 patients who underwent percutaneous nephrolithotomy at the Department of Surgery, Thai Binh Medical University Hospital from May 2022 to May 2024. **Result:** The most common location of stones is in the renal pelvis and 1 group of calyces, accounting for 35.9%. Before surgery, 66.9% of patients had grade II renal pelvis dilation. The stone-free rate after the first surgery and 1 month after surgery was 66.2% and 68.2%, respectively. Fever was the most common complication after surgery, accounting for 3%. The average postoperative hospital stay was 6.88 ± 2.28 days. Most patients had good results after the first surgery and 1 month after surgery, accounting for 66.2% and 68.2%, respectively. **Conclusion:** Percutaneous nephrolithotomy is an effective and safe method in the treatment of kidney stones with a high rate of stone clearance, few postoperative complications and good treatment results. **Keywords:** Kidney stone treatment, percutaneous nephrolithotomy.

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

²Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Tô Hoàng Dũng

Email: tohoangdung2809@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2025

Ngày duyệt bài: 28.5.2025