

màng tế bào cơ tim, làm kéo dài khoảng QT và tạo điều kiện hình thành rối loạn nhịp tim. Ngoài ra, hạ canxi máu còn gây ảnh hưởng xấu lên chức năng co bóp của cơ tim.<sup>1,8</sup>

Sau tất cả, nghiên cứu của chúng tôi vẫn có nhiều điểm hạn chế. Thứ nhất, việc thu thập số liệu giữa hai nhóm bệnh nhân có thể thiếu nhất quán do albumin máu không phải là xét nghiệm thường quy được chỉ định cho bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp. Ở nhóm hồi cứu, chỉ định này phụ thuộc vào tình trạng lâm sàng của bệnh nhân và đánh giá chủ quan của bác sĩ trong khi ở nhóm tiền cứu, xét nghiệm này được chúng tôi chỉ định ngẫu nhiên ở các đối tượng thỏa tiêu chuẩn chọn vào. Đồng thời, việc thu thập thông tin hồi cứu sẽ khiến chúng tôi khó đánh giá được nguyên nhân hạ canxi máu ở nhóm dân số nghiên cứu do không thể khảo sát hết các bệnh lý gây hạ canxi máu nặng ảnh hưởng đến tiên lượng như cường tuyến cận giáp, hội chứng ly giải u, ... Thứ hai, vì là nghiên cứu mô tả với chủ yếu bệnh nhân hồi cứu nên không thể kết luận được mối quan hệ nhân quả giữa nồng độ canxi huyết thanh và tỷ lệ tử vong nội viện. Thứ ba, do giới hạn về nguồn lực và thời gian, cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi khá nhỏ (299 người) so với các nghiên cứu tương tự được thực hiện trước đó dẫn đến khả năng phát hiện những khác biệt có ý nghĩa thống kê chưa cao. Thứ tư, nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu đơn trung tâm nên chỉ có thể thực hiện ở các quần thể tương tự và có quy trình thực hành lâm sàng tương đồng.

## V. KẾT LUẬN

Hạ canxi máu là yếu tố có liên quan đến tăng tỷ lệ tử vong nội viện trên bệnh nhân nhồi máu cơ

tim cấp được can thiệp động mạch vành qua da (OR = 4,83, KTC 95%; 1,58 – 14,80, p = 0,006).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fang D, Chen H.** Association between serum calcium level and in-hospital mortality in patients with acute myocardial infarction: a retrospective cohort study. *Scientific Reports.* 2022;12(1):19954. doi:10.1038/s41598-022-24566-y
2. **Hao K, Takahashi J, Ito K, et al.** Clinical characteristics of patients with acute myocardial infarction who did not undergo primary percutaneous coronary intervention – Report from the MIYAGI-AMI Registry Study. *Circulation Journal.* 2015;79(9): 2009–2016. doi:10.1253/circj.CJ-15-0440
3. **Neglia D, Rovai D, Caselli C, et al.** Detection of significant coronary artery disease by noninvasive anatomical and functional imaging. *Circ Cardiovasc Imaging.* 2015;8(3):e002179. doi:10.1161/CIRCIMAGING.114.002179
4. **Payne RB, Little AJ, Williams RB, et al.** Interpretation of serum calcium in patients with abnormal serum proteins. *British Medical Journal.* 1973; 4(5893): 643–646. doi:10.1136/bmj.4.5893.643
5. **Sawayama Y, Takashima N, Harada A, et al.** Incidence and in-hospital mortality of acute myocardial infarction: A report from a population-based registry in Japan. *Journal of Atherosclerosis and Thrombosis.* 2023;30(10):1407–1419. doi:10.5551/jat.63888
6. **Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, et al.** Fourth universal definition of myocardial infarction (2018). *Journal of the American College of Cardiology.* 2018;72(18):2231–2264. doi:10.1016/j.jacc.2018.08.1038
7. **Wang Y, Ma H, Hao X, et al.** Low serum calcium is associated with left ventricular systolic dysfunction in a Chinese population with coronary artery disease. *Scientific Reports.* 2016;6:22283. doi:10.1038/srep22283
8. **Yan SD, Liu XJ, Peng Y, et al.** Admission serum calcium levels improve the GRACE risk score prediction of hospital mortality in patients with acute coronary syndrome. *Clinical Cardiology.* 2016;39(9):516–523. doi:10.1002/clc.22557

## ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ NỒNG ĐỘ CANXI, VITAMIN D Ở BỆNH NHÂN VIÊM LOÉT ĐẠI TRỰC TRÀNG CHẢY MÁU

Trần Duy Hưng<sup>1</sup>, Phạm Sỹ Lộc<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình

Chịu trách nhiệm chính: Trần Duy Hưng

Email: hungtranduy0102@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.6.2025

Ngày duyệt bài: 24.7.2025

**Mục tiêu:** Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và nồng độ canxi, vitamin D ở bệnh nhân viêm loét đại trực tràng chảy máu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang 33 bệnh nhân được chẩn đoán xác định VLĐTT chảy máu tại Bệnh viện Bạch mai. **Kết quả:** 54,5% bệnh nhân VLĐTT chảy máu có suy dinh dưỡng theo SGA. Tỷ lệ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân VLĐTT chảy máu theo BMI là 30,3%. 36,4% bệnh nhân VLĐTT chảy máu có nồng độ canxi giảm ( $2,16 \pm 0,16$  mmol/l). 54,5% bệnh nhân VLĐTT chảy máu có nồng độ vitamin D

giảm ( $21,1 \pm 8,1$  ng/ml). Tỷ lệ suy dinh dưỡng theo SGA, nồng độ canxi toàn phần và nồng độ vitamin D giảm có tương quan thuận với mức độ hoạt động của bệnh ( $P < 0,05$ ). **Kết luận:** có đến 50% số bệnh nhân VLĐTT chảy máu có suy dinh dưỡng, tỉ lệ suy giảm nồng độ vitamin D ở bệnh nhân VLĐTT chảy máu là 54,5%, mức độ hoạt động của bệnh có mối tương quan thuận với tỉ lệ suy dinh dưỡng và nồng độ vitamin D. **Từ khoá:** VLĐTT: viêm loét đại trực tràng, BN: bệnh nhân, Subjective Global Assessment (SGA), SDD: suy dinh dưỡng

## SUMMARY

### EVALUATION OF NUTRITIONAL STATUS AND SERUM CALCIUM AND VITAMIN D LEVELS IN PATIENTS WITH ULCERATIVE COLITIS

**Objectives:** Evaluation of nutritional status and serum calcium and vitamin D levels in patients with ulcerative colitis. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study of 33 patients diagnosed with ulcerative colitis with bleeding at Bach Mai Hospital. **Results:** 54,5% patients with ulcerative colitis with bleeding were malnourished according to the SGA. The rate of malnutrition based on BMI in these patients was 30.3%. Hypocalcemia ( $2,16 \pm 0,16$  mmol/l) was observed in 36.4% of patients with ulcerative colitis with bleeding. Vitamin D deficiency ( $21,1 \pm 8,1$  ng/ml) was found in 54.5% of patients with ulcerative colitis with bleeding. The rate of malnutrition according to the SGA, decreased total calcium and vitamin D levels was positively correlated with disease activity ( $P < 0.05$ ). **Conclusions:** Malnutrition is observed in up to 50% of patients with bleeding duodenal ulcers, and 54.5% of these patients exhibit vitamin D deficiency. There is a positive correlation between disease activity and both the prevalence of malnutrition and serum vitamin D levels.

**Keywords:** ulcerative colitis, patients, Subjective Global Assessment (SGA), malnutrition

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm loét đại trực tràng chảy máu (VLĐTT chảy máu) là bệnh lý viêm mạn tính, hay tái phát, các triệu chứng đặc trưng là đau bụng, tiêu chảy và chảy máu đại trực tràng, bệnh có tính chất tự miễn. Những bệnh nhân bị VLĐTT chảy máu dễ dẫn đến thiếu hụt nhiều chất dinh dưỡng. Chảy máu mạn tính và kém hấp thu dẫn đến thiếu sắt. Kém hấp thu, chán ăn, tác dụng phụ của thuốc có thể dẫn đến thiếu hụt từ nhẹ đến mức độ nặng của protein, vitamin A, B12, C, D, E, K, acid folic, canxi, đồng, magie, kẽm<sup>1,2</sup>... Vì vậy việc bổ sung đầy đủ các chất dinh dưỡng và nguyên tố vi lượng cho cơ thể có thể cải thiện được các triệu chứng như thiếu máu, còi xương, suy dinh dưỡng, nâng cao sức đề kháng cho cơ thể.<sup>3</sup> Tại Việt Nam hiện nay có rất ít nghiên cứu tình trạng dinh dưỡng và sự thiếu hụt vi chất dinh dưỡng ở bệnh nhân VLĐTT chảy máu. Vì

vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu: "Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và nồng độ canxi, vitamin D ở bệnh nhân viêm loét đại trực tràng chảy máu" nhằm hai mục tiêu sau:

1. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân viêm loét đại trực tràng chảy máu.
2. Tìm hiểu mối liên quan của tình trạng dinh dưỡng, canxi, vitamin D với một số yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm loét đại trực tràng chảy máu.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

#### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định VLĐTT chảy máu dựa trên các triệu chứng lâm sàng, hình ảnh nội soi đại tràng và kết quả mô bệnh học tại Bệnh viện Bạch mai.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

#### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

- Bệnh nhân mắc bệnh tuyến cận giáp  
- Không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán hoặc có những dấu hiệu gợi ý đến một số bệnh khác như: Crohn, lao, ung thư, viêm ĐT do vi khuẩn, do amip, gan, đường mật, tim mạch.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả chùm bệnh.

- Thu thập số liệu: Sử dụng số liệu hồi cứu và số liệu tiền cứu. Các chỉ số đánh giá mức độ bệnh viêm loét đại trực tràng chảy máu được thu thập ngay khi bệnh nhân vào viện hoặc đến khám.

**2.3. Các chỉ số nghiên cứu.** Mỗi bệnh nhân được thu thập thông tin theo một mẫu bệnh án thống nhất. Các dấu hiệu lâm sàng thu thập khi bệnh nhân mới vào viện.

### **Bệnh nhân được làm các xét nghiệm cận lâm sàng**

\* Các xét nghiệm cơ bản:

- Công thức máu, máu lắng.

- Sinh hoá máu cơ bản.

- Các xét nghiệm định lượng: Canxi TP, 25(OH) D3, Albumin, Protein.

- Nội soi đại tràng toàn bộ để chẩn đoán xác định.

- Mô bệnh học.

**2.4. Xử lý số liệu.** Theo phương pháp thống kê SPSS 20.0. Sử dụng các thuật toán thống kê mô tả: tính tỷ lệ phần trăm, trung bình, so sánh trung bình, tỷ lệ.

**2.5. Đạo đức nghiên cứu.** Đề tài đã được thông qua hội đồng Y đức trường Đại học Y Hà nội và được sự cho phép của Ban giám đốc bệnh viện Bạch mai. Tuân thủ nghiêm ngặt các qui định trong nghiên cứu Y, Sinh học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tình trạng dinh dưỡng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

**Bảng 1: Tình trạng dinh dưỡng theo BMI**

BMI	Số bệnh nhân	Phần trăm (%)
<16	1	3
16 – 16,9	3	9,1
17 – 18,4	6	18,2
>18,5	23	69,7
<b>Tổng</b>	<b>33</b>	<b>100</b>

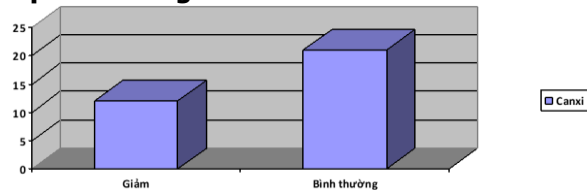
**Nhận xét:** Có 10/33 (30,3%) trường hợp SDD ở các mức độ khác nhau trong đó có 1 trường hợp SDD mức độ nặng theo BMI.

**Bảng 2: Tình trạng dinh dưỡng theo SGA**

Tổng số điểm SGA	Số bệnh nhân	Phần trăm (%)
A (9-12 điểm)	15	45,5
B (4-8 điểm)	18	54,5
C (0-3 điểm)	0	0
<b>Tổng</b>	<b>33</b>	<b>100</b>

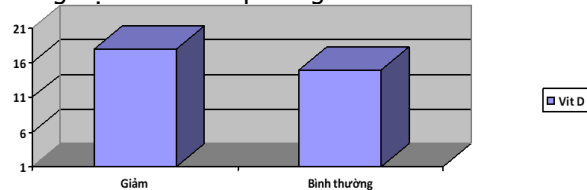
**Nhận xét:** Có 18/33 (54,5%) trường hợp SDD ở các mức độ khác nhau theo SGA trong đó không có trường hợp nào SDD mức độ nặng.

3.2. Nồng độ canxi, vitamin D của nhóm bệnh nhân nghiên cứu



**Biểu đồ 1: Đặc điểm xét nghiệm canxi**

**Nhận xét:** 12/33 (36,4%) BN có xét nghiệm nồng độ canxi toàn phần giảm.



**Biểu đồ 2: Đặc điểm xét nghiệm vitamin D**

**Nhận xét:** 18/33 (54,5%) BN có xét nghiệm nồng độ vitamin D giảm.

3.3. Môi liên quan của tình trạng dinh dưỡng và nồng độ canxi, vitamin D với mức độ hoạt động của bệnh

**Bảng 3: Môi liên quan của tình trạng dinh dưỡng và mức độ hoạt động của bệnh theo thang điểm Mayo**

Dinh dưỡng	Mức độ hoạt động					Tổng
	Không hoạt động	HĐ Nhẹ	HĐ Vừa	HĐ Nặng		
SGA/ Không SDD	3	8	4	0	15	

Mức độ hoạt động	Tình trạng dinh dưỡng					Tổng
	Có SDD	0	3	8	7	
<b>Tổng</b>	3	11	12	7	33	

$P = 0,004 (<0,05)$

**Nhận xét:** Ở nhóm mức độ hoạt động nặng theo Mayo: 7/18 (38,9%) trường hợp có SDD theo SGA, tỷ lệ này cao hơn nhóm không SDD 0/15 (0%) trường hợp. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

**Bảng 4: Môi liên quan của nồng độ canxi, vitamin D với mức độ hoạt động theo thang điểm Mayo**

Nồng độ	Mức độ hoạt động	Mức độ hoạt động			Tổng	
		HĐ Nhẹ	HĐ Vừa	HĐ Nặng		
Canxi	Bình thường	2	11	6	2	21
	Thấp	1	0	6	5	12
<b>Tổng</b>		3	11	12	7	33
Vitamin D	Bình thường	3	7	5	0	15
	Thấp	0	4	7	7	18
<b>Tổng</b>		3	11	12	7	33

$P = 0,012 (<0,05)$

**Nhận xét:** Ở mức độ hoạt động nặng theo Mayo: Có sự khác biệt giữa nhóm nồng độ canxi toàn phần thấp 5/12 (41,7%) với nhóm nồng độ canxi toàn phần bình thường 2/21 (9,5%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

Có sự khác biệt giữa nhóm nồng độ vitamin D thấp 7/18 (38,9%) với nhóm nồng độ vitamin D bình thường 0/15 (0%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm tình trạng dinh dưỡng và nồng độ canxi toàn phần, vitamin D ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

\* **Đặc điểm dinh dưỡng ở nhóm nghiên cứu.** Chế độ dinh dưỡng hợp lý sẽ góp phần làm giảm các triệu chứng, nâng cao toàn trạng góp phần hỗ trợ trong điều trị các bệnh lý nói chung. Ở bệnh nhân VLĐTT chảy máu tỷ lệ suy dinh dưỡng ở các mức độ khác nhau là hay gặp, theo các nghiên cứu của Hamid và cs tỷ lệ suy dinh dưỡng ở các mức độ khác nhau trên bệnh nhân VLĐTT chảy máu là 9,1%<sup>1</sup>.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân suy dinh dưỡng ở các mức độ khác nhau tính theo chỉ số khối cơ thể BMI là 10/33 BN chiếm 30,3%, trong đó có 1/33 trường hợp chiếm 3% SDD nặng BMI < 16kg/m<sup>2</sup>. Tỷ lệ suy dinh dưỡng trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn với nghiên cứu của tác giả Luzia và cộng sự tỷ lệ suy dinh dưỡng ở các mức độ khác nhau là 23,1%<sup>4</sup>. Nghiên cứu của Hamid và cộng sự với BMI trung bình là 24,4 và tỷ lệ suy dinh dưỡng

tính theo BMI là 9,1%<sup>1</sup>.

Nghiên cứu của chúng tôi có 18/33 trường hợp chiếm 54,5 % có SDD ở mức độ nhẹ và trung bình (SGA B), không có trường hợp nào SGA C. Tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của Phạm Văn Dũng (2015) 67,9%, nhưng cao hơn so với nghiên cứu của Luzia và cộng sự có SDD theo SGA là 25%<sup>4,5</sup>.

Như vậy trong nhóm BN nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ SDD tính theo chỉ số BMI và SGA đều cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Luzia. Điều này có thể là do toàn bộ nhóm BN nghiên cứu của chúng tôi đều nhập viện trong giai đoạn bệnh đang tiến triển, hầu hết các bệnh nhân đều có cảm giác chán ăn, đi ngoài nhiều lần/ngày và có sụt cân so với 2 tuần trước đó. Đồng thời nó có thể phản ánh một thực trạng, tình trạng dinh dưỡng của BN ở Việt Nam chưa được chú trọng. Nước chúng ta là nước đang phát triển, mức sống chưa cao, tạo điều kiện cho nền dinh dưỡng của BN tại Việt Nam còn thấp so với các nước khác. Người bệnh còn quá chú trọng đến thuốc điều trị bệnh mà chưa được quan tâm việc điều trị toàn diện người bệnh, đảm bảo BN sau khi ra viện có thể hồi phục nhanh chóng và hoạt động lao động xã hội bình thường.

**\* Đặc điểm xét nghiệm canxi toàn phần và vitamin D.** Vitamin D là một chất dinh dưỡng thiết yếu có tác dụng toàn thân. Việc điều chỉnh các phản ứng miễn dịch bẩm sinh và thích ứng cũng như điều hòa cân bằng nội môi canxi và chuyển hóa xương có tầm quan trọng đặc biệt trong IBD do rối loạn điều hòa miễn dịch và mật độ khoáng xương do viêm phổ biến ở bệnh nhân IBD. Trong số tất cả các trường hợp thiếu hụt dinh dưỡng ở IBD, vitamin D 3 nhận được sự chú ý nhiều nhất với các báo cáo tương đối nhất quán về tình trạng thiếu hụt hoặc suy giảm phổ biến. Sự thiếu hụt vitamin D 3 được coi là một trong những yếu tố căn nguyên khiến sự hấp thụ canxi ở biểu mô bị suy giảm và chuyển hóa xương, cũng như các khiếm khuyết tiềm ẩn trong chức năng của hệ thống miễn dịch bẩm sinh và rối loạn điều hòa các phản ứng miễn dịch thích ứng<sup>6,7</sup>.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 12/33 (36,4%) BN xét nghiệm nồng độ canxi toàn phần giảm. Nồng độ canxi toàn phần trung bình của nhóm nghiên cứu là  $2,16 \pm 0,16$  mmol/l.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 18/33 (54,5%) BN có xét nghiệm nồng độ vitamin D giảm. Nồng độ vitamin D trung bình của nhóm nghiên cứu là  $21,1 \pm 8,1$  ng/ml. Mức vitamin D trung bình thấp hơn nghiên cứu của Ajun Datt Law (18,1 ng/ml)<sup>8</sup>. Theo nghiên cứu của RH

Alkhoury, H Hashmi cho thấy bệnh nhân IBD có tỷ lệ thiếu vitamin D ở 62%<sup>6</sup>, còn tác giả Alex Ulitsky, Ashwin N Ananthakrishnan và cs có 49,8% thiếu vitamin D<sup>8</sup>. Theo F Scaldaferrri và cs mức độ canxi và vitamin D thấp thường gặp ở bệnh nhân IBD, đặc biệt ở những người bị bệnh tá tràng và hồi tràng. Sự thiếu hụt canxi có liên quan đến sự thiếu hụt vitamin D, vì sự hấp thụ của nó được điều chỉnh bởi mức vitamin D, có thể kích hoạt các chất vận chuyển canxi. Thiếu vitamin D có liên quan đến lượng cung cấp hàng ngày không đủ, tình trạng viêm nhiễm, tiêu chảy và các liệu pháp glucocorticoid<sup>5,9</sup>. Tỷ lệ thiếu vitamin D ở bệnh nhân VLĐTT chảy máu là 40%. Mức độ vitamin D cũng tương quan với hoạt động của bệnh và dữ liệu hiện có cho thấy vitamin D có thể là một yếu tố nguy cơ của IBD. Vitamin D có liên quan đến việc bảo tồn tính toàn vẹn của niêm mạc và khả năng chữa lành niêm mạc và sự thiếu hụt của nó có thể làm tổn thương hàng rào niêm mạc, làm tăng nguy cơ tổn thương niêm mạc và IBD<sup>7,8,10</sup>. Tác giả Rita D. P và cs thì bệnh nhân IBD có tỷ lệ thiếu vitamin D cao hơn 64% so với nhóm chứng<sup>2</sup>.

**4.2. Môi liên quan của tình trạng dinh dưỡng và mức độ hoạt động của bệnh theo thang điểm Mayo.** Theo phân loại SGA trong nhóm BN hoạt động nặng theo phân loại của Mayo có 7/18 trường hợp có SDD chiếm 38,9%, tỷ lệ này cao hơn nhóm không SDD 0/15 (0%) trường hợp. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

**4.3. Môi liên quan của nồng độ canxi, vitamin D với mức độ hoạt động**

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 7/33 trường hợp có mức độ hoạt động nặng theo phân loại của Mayo chiếm 21,2%; 5/12 trường hợp chiếm 41,7% có xét nghiệm nồng độ canxi toàn phần huyết thanh giảm, 2/21 trường hợp chiếm 9,5% có xét nghiệm nồng độ canxi toàn phần huyết thanh bình thường. Tỷ lệ xét nghiệm nồng độ canxi toàn phần huyết thanh giảm lớn hơn tỷ lệ xét nghiệm nồng độ canxi toàn phần huyết thanh bình thường trong nhóm nặng theo phân loại của mức độ hoạt động của Mayo (41,7% so với 9,5%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Trong nhóm mức độ hoạt động nặng có 7/18 trường hợp chiếm 38,9% có xét nghiệm nồng độ vitamin D huyết thanh giảm, không có trường hợp nào xét nghiệm nồng độ vitamin D huyết thanh bình thường. Tỷ lệ xét nghiệm nồng độ vitamin D huyết thanh giảm lớn hơn tỷ lệ xét nghiệm nồng độ canxi toàn phần huyết thanh bình thường trong nhóm nặng theo phân loại

của mức độ hoạt động của Mayo (38,9% so với 0%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Theo Ajun Datt Law và cs thiếu vitamin D rất phổ biến ở bệnh nhân VLĐTTTCM. Những bệnh nhân có thời gian mắc bệnh lâu hơn, các triệu chứng nghiêm trọng hơn và viêm đại tràng có khả năng có mức vitamin D thấp hơn<sup>8</sup>.

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân VLĐTT chảy máu theo BMI là 30,3%, có 54,5% bệnh nhân VLĐTT chảy máu có suy dinh dưỡng theo SGA. Có 36,4% bệnh nhân VLĐTT chảy máu có nồng độ canxi giảm ( $2,16 \pm 0,16$  mmol/l). Có 54,5% bệnh nhân VLĐTT chảy máu có nồng độ vitamin D giảm ( $21,1 \pm 8,1$  ng/ml). Tỷ lệ suy dinh dưỡng theo SGA, nồng độ canxi toàn phần và nồng độ vitamin D giảm có tương quan thuận với mức độ hoạt động của bệnh ( $P < 0,05$ )

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kalantari H, Barekat SM, Maracy MR, Azadbakht L, Shahshahan Z.** Nutritional status in patients with ulcerative colitis in Isfahan, Iran. *Adv Biomed Res.* 2014;3:58. doi:10.4103/2277-9175.125812
2. **Diefenbach KA, Breuer CK.** Pediatric inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol.* 2006;12(20):3204-3212. doi:10.3748/wjg.v12.i20.3204
3. **Vagianos K, Bector S, McConnell J, Bernstein CN.** Nutrition assessment of patients

- with inflammatory bowel disease. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2007;31(4):311-319. doi:10.1177/0148607107031004311
4. **Valentini L, Schaper L, Buning C, et al.** Malnutrition and impaired muscle strength in patients with Crohn's disease and ulcerative colitis in remission. *Nutr Burbank Los Angel Cty Calif.* 2008; 24(7-8): 694-702. doi:10.1016/j.nut.2008.03.018
  5. **Scalaferrri F, Pizzoferrato M, Lopetuso LR, et al.** Nutrition and IBD: Malnutrition and/or Sarcopenia? A Practical Guide. *Gastroenterol Res Pract.* 2017;2017: 8646495. doi:10.1155/2017/8646495
  6. **Alkhoury RH, Hashmi H, Baker RD, Gelfond D, Baker SS.** Vitamin and mineral status in patients with inflammatory bowel disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2013;56(1):89-92. doi:10.1097/MPG.0b013e31826a105d
  7. **Ulitsky A, Ananthakrishnan AN, Naik A, et al.** Vitamin D deficiency in patients with inflammatory bowel disease: association with disease activity and quality of life. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2011;35(3):308-316. doi:10.1177/0148607110381267
  8. **Law AD, Dutta U, Kochhar R, et al.** Vitamin D deficiency in adult patients with ulcerative colitis: Prevalence and relationship with disease severity, extent, and duration. *Indian J Gastroenterol Off J Indian Soc Gastroenterol.* 2019;38(1):6-14. doi:10.1007/s12664-019-00932-z
  9. **Sung MK, Park MY.** Nutritional modulators of ulcerative colitis: clinical efficacies and mechanistic view. *World J Gastroenterol.* 2013; 19(7):994-1004. doi:10.3748/wjg.v19.i7.994
  10. **Ghishan FK, Kiela PR.** Vitamins and Minerals in Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterol Clin North Am.* 2017;46(4):797-808. doi:10.1016/j.gtc.2017.08.011

## KHẢO SÁT HỆ MẠCH NÔNG VÕNG MẠC VÀ ĐỘ DÀY HẮC MẠC VỊ TRÍ DƯỚI HOÀNG ĐIỂM TRÊN BỆNH NHÂN BỆNH HẮC VÕNG MẠC TRUNG TÂM THANH DỊCH SỬ DỤNG SD-OCT VÀ OCT ANGIOGRAPHY

Đoàn Kim Thành<sup>1</sup>, Trịnh Nguyễn Thuý Vy<sup>1</sup>, Nguyễn Ngọc Đăng Huy<sup>2</sup>, Nguyễn Ngọc Quang Trường<sup>3</sup>, Trần Tuyết Minh<sup>4</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định sự thay đổi của độ dày hắc mạc vị trí dưới hoàng điểm (SFCT) và mật độ tưới máu của lớp mạch nông võng mạc (%SRVD) trên bệnh nhân bệnh hắc võng mạc trung tâm thanh

dịch bằng SD-OCT và OCT A. **Đối tượng – phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang, 40 bệnh nhân bệnh hắc võng mạc trung tâm thanh dịch được chụp SD-OCT và OCT A từ tháng 4/2022 đến tháng 10/2022 tại Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh. **Kết quả:** 40 bệnh nhân được ghi nhận kết quả chụp SD-OCT và OCT A có độ tuổi trung bình  $41,4 \pm 1,62$  tuổi (31 – 45 tuổi); nam 29 (72,5%), nữ 11 (27,5%). Dấu hiệu giảm thị lực gặp phần lớn, thị lực trung bình  $0,33 \pm 0,07$  logMAR. SFCT trung bình của mắt bệnh là  $367,6 \pm 19,0$   $\mu$ m, mắt chứng là  $302,0 \pm 16,6$   $\mu$ m ( $p < 0,05$ ). %SRVD từng vùng được ghi nhận và tính toán chỉ số trung bình cho từng vùng gồm trung tâm, toàn bộ, viền trong và viền ngoài trên bệnh nhân cấp tính, mạn tính và mắt chứng. **Kết luận:** SD-OCT và OCTA cho kết quả có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê trên SFCT trên mắt có bệnh hắc võng mạc trung tâm thanh

<sup>1</sup>Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang

<sup>3</sup>Bệnh viện mắt Nguyễn Hùng

<sup>4</sup>Hội Nhân khoa Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Kim Thành

Email: dkthanh1605@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.6.2025

Ngày duyệt bài: 21.7.2025