

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wilson SK.** Progressive lenticular degeneration. *British Medical Journal.* 1912;2(2710):1645.
2. **Schilsky ML, Roberts EA, Bronstein JM, et al.** A multidisciplinary approach to the diagnosis and management of Wilson disease: 2022 practice guidance on Wilson disease from the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology.* n/a(n/a). doi:10.1002/hep.32801
3. **Liver EA for the S of the EASL Clinical Practice Guidelines: Wilson's disease.** *Journal of Hepatology.* 2012;56(3):671-685. doi:10.1016/j.jhep.2011.11.007
4. **Sandahl TD, Laursen TL, Munk DE, Vilstrup H, Weiss KH, Ott P.** The Prevalence of Wilson's Disease: An Update. *Hepatology.* 2020;71(2):722-732. doi:10.1002/hep.30911
5. **Frydman M.** Genetic aspects of Wilson's disease. *J Gastroenterol Hepatol.* 1990;5(4):483-490. doi:10.1111/j.1440-1746.1990.tb01427.x
6. **Phước LH, Vũ HA, Hoàng BH.** Nghiên cứu đột biến gen ATP7B trên bệnh nhân Wilson người lớn. *YDLS.* 2021;16(5). doi:10.52389/ydls.v16i5.803
7. **Merle U, Schaefer M, Ferenci P, Stremmel W.** Clinical presentation, diagnosis and long-term outcome of Wilson's disease: a cohort study. *Gut.* 2007; 56(1): 115-120. doi:10.1136/gut.2005. 087262
8. **Wungjiranirun M, Sharzei K.** Wilson's Disease. *Semin Neurol.* 2023;43(4):626-633. doi:10.1055/s-0043-1771465
9. **Ungureanu IM, Iesanu MI, Boboc C, et al.** Addressing the Challenges in the Diagnosis and Management of Pediatric Wilson's Disease—Case Report and Literature Review. *Medicina (Kaunas).* 2023;59(4):786. doi:10.3390/medicina59040786
10. **Quách Nguyễn Thu Thủy.** Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh WILSON ở trẻ em Tại Bệnh viện Nhi Trung Ương; 2006.

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA TRẺ TỪ 0 ĐẾN 5 TUỔI ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Minh Ngọc¹, Lê Thị Hương^{1,2}, Phạm Minh Thúy³,
Luu Thị Mỹ Thực⁴, Dương Thị Phụng⁵, Phan Chí Thành⁶

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của trẻ từ 0 đến 5 tuổi điều trị nội trú tại Khoa Dinh dưỡng, Bệnh viện Nhi Trung Ương. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 177 cặp mẹ con từ 12/2023 đến tháng 6/2024 tại Bệnh viện Nhi Trung Ương. **Kết quả:** Tỷ lệ trẻ suy dinh dưỡng (SDD) chung là 28.2%, bao gồm trẻ SDD thể gầy còm chiếm tỷ lệ thấp nhất là 9.6%, sau đó là tỷ lệ SDD nhẹ cân là 18.1 % và cao nhất là tỷ lệ SDD thấp còi là 21.5%. Tỷ lệ trẻ SDD theo SGNA (Subjective Global Assessment of Nutritional Status) là 33.3%, trong đó nhóm trẻ từ 6 – 23 tháng có tỷ lệ SDD cao nhất. Có mối liên quan giữa tình trạng suy dinh dưỡng của trẻ với các yếu tố: cân nặng khi sinh thấp dưới 2500g (OR= 2.878, 95%CI: 1.070 – 7.745, p=0.036), trình độ học vấn của bà mẹ (OR= 7.083, 95%CI: 2.020 – 24.844, p=0.003) và xu hướng tăng cân của mẹ (p=0.016). Trẻ SDD có nồng độ albumin huyết thanh trung bình là 39.75±4.97 g/L (p=0.041), thấp hơn so với trẻ không SDD và có số ngày nằm viện trung bình kéo dài hơn là 8.24±10.48 ngày, mặc

dù sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (YNTK) (p>0.05). **Từ khóa:** suy dinh dưỡng, trẻ em, yếu tố liên quan.

SUMMARY

NUTRITIONAL STATUS AND ASSOCIATED FACTORS AMONG HOSPITALIZED CHILDREN FROM 0 TO 5 YEARS OLD AT THE VIET NAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Research objective: Describe the nutritional status and identify associated factors among hospitalized children aged 0 to 5 years at the Department of Nutrition, Vietnam National Children's Hospital. **Method:** Cross-sectional descriptive study on 177 mother-child dyads from December 2023 to June 2024 at Vietnam National Children's Hospital. **Results:** The overall undernutrition rate was 28.2%, comprising stunting (21.5%), underweight (18.1%), and wasting (9.6%). According to the Subjective Global Assessment of Nutritional Status (SGNA), the malnutrition rate was 33.3%, with the highest prevalence in the 6 – 23 month age group. Significant associated factors for undernutrition included low birth weight (<2500g) (OR= 2.878, 95%CI: 1.070 – 7.745, p=0.036), mothers' low maternal education level (OR= 7.083, 95%CI: 2.020 – 24.844, p=0.003), and inadequate maternal weight gain (p for trend=0.016). Malnourished children had a significantly lower mean serum albumin level (39.75±4.97 g/L, p=0.041) compared to non-malnourished children, and a longer mean length of hospital stay (8.24±10.48 days), though the latter was not statistically significant (p>0.05). **Keywords:** undernutrition, children, associated factors.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

³Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

⁴Bệnh viện Nhi Trung ương

⁵Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

⁶Bệnh viện Sản Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Ngọc

Email: drminhngoc1412@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.8.2025

Ngày duyệt bài: 2.10.2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy dinh dưỡng (SDD) ảnh hưởng lớn đến sự phát triển toàn diện về thể chất và trí tuệ, đặc biệt trong những năm đầu đời của trẻ. Tình trạng này làm suy giảm sức đề kháng, khiến trẻ dễ mắc bệnh, kéo dài thời gian điều trị và cản trở sự hồi phục. Nhiều nghiên cứu tại các bệnh viện trong và ngoài nước đã ghi nhận tỷ lệ SDD ở bệnh nhi nội trú còn đáng báo động, phản ánh gánh nặng kép của bệnh tật và thiếu hụt dinh dưỡng.^{1,2}

Bệnh viện Nhi Trung ương (BVNTU) là một trong những bệnh viện tuyến cuối, hàng năm tiếp nhận lượng lớn bệnh nhân có tình trạng bệnh lý phức tạp tới khám và điều trị nội trú từ khắp cả nước. Do đó, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu mô tả tình trạng dinh dưỡng (TTDD) cho trẻ từ 0 đến 5 tuổi điều trị nội trú tại khoa Dinh dưỡng, BVNTU nhằm cung cấp những thông tin cập nhật về TTDD của nhóm đối tượng, làm cơ sở cho việc xây dựng kế hoạch can thiệp sớm cho trẻ, cải thiện tình trạng dinh dưỡng, rút ngắn thời gian nằm viện, giảm gánh nặng y tế.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

* **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Trẻ điều trị nội trú tại Khoa Dinh dưỡng, Bệnh viện Nhi trung ương năm 2024, độ tuổi từ 0 đến 71 tháng. Bà mẹ/người giám hộ đồng ý tham gia nghiên cứu.

* **Tiêu chuẩn loại trừ:** Trẻ có bệnh lý cần cấp cứu ngay hoặc không đo được chiều dài nằm/chiều cao

Trẻ bị các bệnh về gan ảnh hưởng đến sự sản xuất, chuyển hóa albumin, các bệnh lý thận, tim.

2.2. Thời gian: Từ tháng 12/2023 đến tháng 6/2024.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Cỡ mẫu: dựa vào công thức tính cỡ mẫu cho ước tính một tỉ lệ trong quần thể

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \times \frac{p \cdot (1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: Số lượng cần điều tra

$Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ hệ số tin cậy với độ tin cậy 95%; $p = 0,181$ là tỉ lệ SDD của trẻ nhập viện tại BVNTU ở nghiên cứu trước đó; d : sai số 6%

Như vậy cỡ mẫu dự kiến 158 trẻ và bà mẹ.

Chọn mẫu thuận tiện những trẻ đủ tiêu chuẩn lựa chọn cho đến khi đủ cỡ mẫu.

2.5. Biến số và chỉ số. Thông tin chung của trẻ và bà mẹ: tuổi, giới tính trẻ, tuổi mẹ khi sinh, trình độ học vấn.

TTDD của trẻ: Cân nặng theo tuổi (CN/T), Chiều cao theo tuổi (CC/T), Cân nặng theo chiều cao (CN/CC)/BMI theo tuổi, bộ công cụ đánh giá tình trạng dinh dưỡng nhi khoa SGNA

Một số yếu tố liên quan: Cân nặng và tuổi thai khi sinh, số cân mẹ tăng trong thai kì, số ngày trẻ nằm viện, chỉ số albumin huyết thanh

* Tiêu chuẩn đánh giá:

- Đánh giá TTDD theo tiêu chuẩn dựa trên Z-score của WHO 2006 cho trẻ dưới 5 tuổi và WHO 2007 cho trẻ trên 5 tuổi.

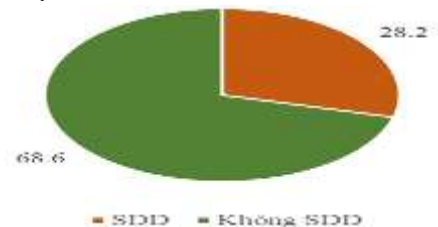
2.6. Công cụ và kỹ thuật thu thập thông tin. Phỏng vấn thu thập thông tin bằng bộ câu hỏi và hồ sơ bệnh án

Đo cân nặng trẻ bằng cân lòng máng đối với trẻ < 2 tuổi và cân Tanita với trẻ ≥ 2 tuổi có độ chia nhỏ nhất 0,1kg, đo chiều cao trẻ bằng thước đo chiều dài nằm cho trẻ < 2 tuổi và thước đo chiều cao đứng cho trẻ ≥ 2 tuổi có độ chia nhỏ nhất 0,1cm (theo tiêu chuẩn của Viện dinh dưỡng) trong vòng 48 giờ sau nhập viện

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm Excel để nhập liệu và SPSS 22 để phân tích số liệu.

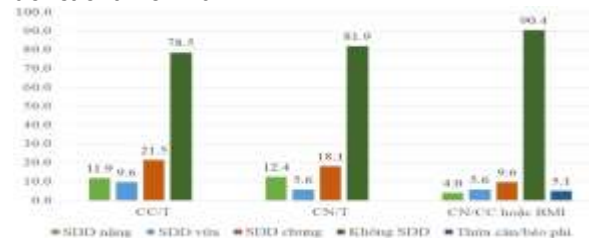
2.8. Đạo đức nghiên cứu: Các thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, được sự đồng ý của người giám hộ. Đề tài được thực hiện sau khi thông qua Hội đồng Đạo đức Nghiên cứu y sinh học – Trường Đại học Y Hà Nội theo số 801/GCN-HĐĐĐNCYSS-ĐHYHN.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 1. Tình trạng dinh dưỡng của trẻ theo các chỉ số nhân trắc (n=177)

Trong 177 trẻ và bà mẹ tham gia nghiên cứu, trẻ SDD bao gồm trẻ nhẹ cân, thấp còi, gầy còm chiếm gần 1/3 số trẻ tham gia, tỷ lệ tương đối cao là 28.2%.



Biểu đồ 2. Tình trạng dinh dưỡng phân loại theo Z-core (n=177)

Biểu đồ 1 chỉ ra tỷ lệ SDD của trẻ ở các thể và mức độ theo phân loại của WHO 2006 cho trẻ dưới 5 tuổi và WHO 2007 cho trẻ từ 5 – 19 tuổi. Dựa trên chỉ số CN/T cho kết quả tỷ lệ SDD thể nhẹ cân là 18,1%, trong đó tỷ lệ SDD mức độ nặng, vừa lần lượt là 12,4% và 5,6%. Phân loại dựa theo chỉ số CN/CC với trẻ 60 tháng và BMI với trẻ từ trên 60 – 71 tháng cho thấy tỷ lệ SDD thể gầy còm là 9,6% và tỷ lệ TC-BP là 5,1%, kết quả này thể hiện tình trạng SDD cấp tính của đối tượng nghiên cứu, trong đó mức độ nặng chiếm 4,0% và vừa chiếm 5,6%. Về SDD mãn tính, thường là hậu quả của quá trình bệnh lý kéo dài trước đó, được đánh giá qua chỉ số CC/T, nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ trẻ SDD thấp còi là 21,5%, bao gồm 11,9% mức độ nặng và 9,6% mức độ vừa.



Biểu đồ 3. Tình trạng dinh dưỡng của trẻ phân loại theo SGNA (n=177)

Biểu đồ 3 cho thấy tỷ lệ trẻ SDD chung phân loại theo SGNA là 33,3%, trong đó, tỷ lệ SDD vừa là 20,3% và nặng là 13,0%. Nhóm tuổi từ 6 – 23 tháng có tỷ lệ SDD cao nhất, chiếm 35,3% và thấp nhất là nhóm 24 – 71 tháng có tỷ lệ SDD theo SGNA là 27,5%.

Bảng 1. Mối liên quan giữa TTDD với giới, tuổi thai và cân nặng khi sinh của trẻ

Chỉ số		TTDD		OR (95% CI)	p
		SDD n=50	Không SDD n=127		
Giới tính	Trẻ nam (n=99, %)	31 (31.3)	68 (68.7)	1.416 (0.725 – 2.764)	0.308
	Trẻ nữ (n=78, %)	19 (24.4)	59 (75.6)	1	
Tuổi thai khi sinh	<37 tuần thai (n = 56, %)	15 (26.8)	41 (73.2)	0.899 (0.442 – 1.829)	0,769
	≥37 tuần thai (n=121, %)	35 (28.9)	86 (71.1)	1	
Cân nặng (CN) khi sinh	<2500g (n = 18, %)	9 (50.0)	9 (50.0)	2.878 (1.070 – 7.745)	0,036
	≥2500g (n=159, %)	41 (25.8)	118 (74.2)	1	

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ SDD ở nhóm trẻ có CN khi sinh thấp (<2500g) là 50,0%, cao gần gấp đôi so với ở nhóm trẻ có CN khi sinh bình thường (≥ 2500g) là 25,8%. Phân tích cũng chỉ ra trẻ sinh thiếu cân có nguy cơ SDD cao gấp gần 3 lần so với trẻ sinh đủ cân, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Tỷ lệ SDD ở trẻ nam là 31,3%, cao hơn so với trẻ nữ (24,4%), tuy nhiên sự chênh lệch này không có YNTK ($p > 0.05$). Tỷ lệ SDD giữa nhóm sinh non (<37 tuần thai) không có khác biệt đáng kể với nhóm sinh đủ tháng (≥ 37 tuần thai) và không có YNTK ($p > 0.05$).

Bảng 2. Mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng của trẻ và một số đặc điểm của bà mẹ

Chỉ số		TTDD		OR (95% CI)	p
		SDD n=50	Không SDD n=127		
Trình độ học vấn	Dưới THPT (n=13, %)	9 (69.2)	4 (30.8)	7.083 (2.020 – 24.844)	0,003
	THPT (n=52, %)	14 (26.9)	38 (73.1)	1.160 (0.548 – 2.456)	
	Trên THPT (n=112, %)	27 (24.1)	85 (75.9)	1	
Phân loại tăng cân	Ít hơn KN (n=36, %)	15 (41.7)	21 (58.3)	1	0,016*
	Bằng KN (n=104, %)	29 (27.9)	75 (72.1)	0.541 (0.246 – 1.192)	
	Nhiều hơn KN (n=37, %)	6 (16.2)	31 (83.8)	0.271 (0.090 – 0.812)	
Tuổi mẹ khi sinh	18-35 (n=155, %)	42 (27.1)	113 (72.9)	1	0,366
	≥35 (n=22, %)	8(36.4)	14 (63.6)	1.537 (0.602 – 3.928)	

* Linear-by-Linear Association

Bảng 2 chỉ ra tỷ lệ SDD của nhóm trẻ mà mẹ có trình độ học vấn dưới trung học phổ thông (THPT) là 69,2%, cao gấp hơn 2 lần so với nhóm có trình độ THPT (26,9%) và trên THPT (24,1%). Phân tích tỷ số chênh cho thấy, so với nhóm có trình độ học vấn trên THPT, nhóm trẻ có bà mẹ có trình độ dưới THPT có nguy cơ bị

SDD cao gấp 7.083 lần. Mối liên quan này có YNTK với $p < 0.05$.

Với phân loại tăng cân của bà mẹ, có một xu hướng rõ ràng là tỷ lệ SDD trẻ giảm khi mức độ tăng cân của mẹ tăng lên, từ 41,7% ở nhóm trẻ mà bà mẹ tăng cân ít hơn khuyến nghị (KN), xuống còn 27,9% ở nhóm tăng cân bằng KN và

thấp nhất ở nhóm tăng nhiều hơn KN là 16.2%. Xu hướng này có YNTK với $p=0.016$.

Về mối liên quan với tuổi mẹ khi sinh, tỷ lệ SDD của trẻ ở nhóm mẹ sinh con ở độ tuổi ≥ 35 tuổi là 36.4%, cao hơn so với độ tuổi 18 – 35 tuổi (27.1%), tuy nhiên sự khác biệt này không có YNTK ($p>0.05$).

Bảng 3. So sánh nồng độ Albumin huyết thanh trung bình, số ngày điều trị trung bình theo tình trạng dinh dưỡng của trẻ

Chỉ số	X $\pm$ SD		p
	SDD (n=50)	Không SDD (n=127)	
Albumin huyết thanh (g/L)	39.75 $\pm$ 4.97	41.38 $\pm$ 3.69	0.041**
Số ngày điều trị	8.24 $\pm$ 10.48	6.16 $\pm$ 6.77	0,263**

**Independent Samples T-test with bootstrapping

Nồng độ Albumin huyết thanh trung bình ở nhóm trẻ SDD là 39.75 $\pm$ 4.97 g/L, thấp hơn so với nhóm không SDD là 41.38 $\pm$ 3.69 g/L, sự khác biệt có YNTK với $p<0.05$.

Về số ngày nằm viện, nhóm trẻ không SDD nằm viện trung bình 6.16 $\pm$ 6.77 ngày, ngắn hơn so với nhóm trẻ SDD (8.24 $\pm$ 10.48 ngày), tuy nhiên sự khác biệt không có YNTK với $p<0.05$.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ trẻ SDD chung là 28.2%, trẻ SDD gây còm chiếm tỷ lệ thấp nhất là 9.6%, sau đó là SDD nhẹ cân chiếm 18.1 % và cao nhất là SDD thấp còi 21.5%. Kết quả cho thấy tỷ lệ SDD ở đối tượng của chúng tôi có sự khác biệt khi so sánh với nghiên cứu của Phạm Minh Thúy trên 158 trẻ viêm phổi tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn năm 2023 – 2024. Cụ thể, tỷ lệ SDD nhẹ cân và thấp còi trong phân tích của chúng tôi lần lượt cao hơn đáng kể so với tỷ lệ 3.8% và 13.3% trong nghiên cứu trên. Ngược lại, tỷ lệ SDD gây còm cho kết quả thấp hơn (11.4%), tuy nhiên, khi xét riêng mức độ nặng, tỷ lệ này ở nhóm của chúng tôi lại cao hơn (4.0% so với 2.5%).³ Điều này có thể được lý giải do sự khác biệt về đặc điểm của đối tượng, trong khi nghiên cứu của Phạm Minh Thúy tập trung vào trẻ viêm phổi, đối tượng của chúng tôi ngoài mắc các bệnh về hô hấp còn mắc các bệnh lý về tiêu hóa, ảnh hưởng trực tiếp đến hấp thu dinh dưỡng và hơn nữa, đa phần bệnh nhân chuyển về BV Nhi Trung ương thường có tình trạng nặng kèm theo, dẫn đến tỷ lệ SDD các thể chiếm tỷ lệ cao và mức độ nặng hơn.

Phân loại theo SGNA, nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra tỷ lệ SDD của trẻ là 33.3%, trong đó nhóm trẻ ở độ tuổi 6 – 23 tháng có tỷ lệ SDD

cao nhất, tiếp đến là nhóm 0 – 5 tháng và thấp nhất là ở nhóm trẻ từ 24 – 71 tháng. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lê Thị Ngọc Trân tại BV Đa khoa tỉnh Bình Dương năm 2017.² Điều này được coi là phù hợp, do giai đoạn 6 – 23 tháng tuổi trẻ bắt đầu ăn bổ sung, có sự chuyển dần chế độ ăn từ lỏng sang đặc, và có tốc độ tăng trưởng nhanh nên đòi hỏi nhu cầu dinh dưỡng cao. Hơn nữa, trẻ giai đoạn này rất nhạy cảm với các bệnh lý nhiễm trùng đường hô hấp và tiêu hóa, vốn có thể ảnh hưởng trực tiếp đến TTDD của trẻ.³

Nhiều nghiên cứu đã chứng minh trẻ có CN khi sinh thấp (< 2500g) liên quan đến việc tăng nguy cơ tử vong và ảnh hưởng tiêu cực đến sự phát triển cả về thể chất, vận động, tinh thần trẻ, đồng thời làm tăng nguy cơ SDD trong những giai đoạn tiếp theo. Phù hợp với nhận định trên, kết quả của chúng tôi cho thấy những trẻ có CN khi sinh thấp có nguy cơ SDD cao gấp 2.8 lần những trẻ có CN khi sinh từ 2500g trở lên. Kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu của Trần Lê Hồng Giang¹ và Aphanhnee Souliyakane⁴.

Bên cạnh đó, các đặc điểm của bà mẹ như trình độ học vấn, mức tăng cân trong thai kỳ cũng ảnh hưởng đến TTDD của trẻ. Trình độ học vấn thấp sẽ là hạn chế cho các bà mẹ trong việc tiếp thu những kiến thức nuôi dưỡng, chăm sóc trẻ khoa học. Nghiên cứu của Phạm Văn Hùng ghi nhận nguy cơ SDD ở nhóm trẻ có bà mẹ có trình độ học vấn dưới THPT cao gấp 4.86 lần so với nhóm từ THPT trở lên.⁵ Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy trình độ học vấn của mẹ có liên quan chặt chẽ đến tình trạng SDD của con, với nguy cơ SDD ở nhóm có trình độ dưới THPT cao gấp 7,08 lần so với nhóm trên THPT ($p<0,05$). Tương tự, mức tăng cân trong thai kỳ cũng là một yếu tố dự báo quan trọng. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy một xu hướng rõ rệt, có YNTK: nguy cơ SDD ở trẻ giảm dần khi mẹ tăng cân tốt hơn. Điều này củng cố tầm quan trọng của dinh dưỡng trong thai kỳ, vì mẹ tăng cân không đủ có thể dẫn đến thai nhi bị hạn chế tăng trưởng, dự trữ dinh dưỡng kém, có nguy cơ cao hơn đối với các vấn đề sức khỏe sau sinh, bao gồm cả SDD. Kết quả này cũng được chứng minh ở các nghiên cứu của Trần Lê Hồng Giang¹, Võ Hoàng Hận⁶.

Về ảnh hưởng của SDD đối với trẻ, chúng tôi ghi nhận trẻ SDD có nồng độ albumin huyết thanh thấp hơn nhóm trẻ không SDD, tương đồng với nghiên cứu của AM Gamit năm 2017 tại Ấn Độ. Tình trạng này có thể là do sự thiếu hụt protein trong chế độ ăn, dẫn đến suy giảm khả

năng tổng hợp albumin của cơ thể.⁷ Nồng độ albumin thấp đã được chứng minh có liên quan đến tỷ lệ tử vong của trẻ nhập viện, đặc biệt là ở những trẻ mắc bệnh lý nặng. Theo đó, việc tăng 1,0 g/dL albumin huyết thanh khi nhập viện có thể giảm 73% nguy cơ tử vong, cũng như tăng 33% khả năng xuất viện.⁸ Điều này cũng phần nào lý giải nhóm trẻ SDD trong nghiên cứu của chúng tôi có thời gian nằm viện kéo dài hơn. Tình trạng thiếu hụt dinh dưỡng làm suy yếu hệ miễn dịch, khiến trẻ khó đáp ứng với điều trị và dễ mắc thêm các nhiễm trùng thứ phát, từ đó kéo dài thời gian nằm viện.

Nhiều nghiên cứu đã cho thấy mối liên quan giữa tuổi mẹ và tuần thai khi sinh với TTDD của trẻ. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy sự khác biệt có YNTK. Một trong những hạn chế có thể do cỡ mẫu chưa đủ lớn để phát hiện các mối liên quan này. Do đó, cần có những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thiết kế chuyển sâu hơn để đánh giá chính xác ảnh hưởng của các yếu tố này.

V. KẾT LUẬN

Trong tổng số 177 cặp trẻ và bà mẹ tham gia nghiên cứu, tỷ lệ trẻ SDD thể gầy còm là 9.6%, tỷ lệ trẻ nhẹ cân là 18.1%, tỷ lệ trẻ thấp còi là 21.5%. Tỷ lệ trẻ SDD theo SGNA là 33.3%. Những trẻ có cân nặng khi sinh thấp, trình độ học vấn của bà mẹ thấp, bà mẹ tăng cân trong thai kỳ ít hơn KN có nguy cơ SDD cao hơn những trẻ khác. Trẻ bị SDD có nồng độ albumin huyết thanh thấp hơn nhóm trẻ không SDD và có xu

hướng nằm viện dài ngày hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hàn, V. H., H., T. V.** Thực trạng suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi và một số yếu tố liên quan ở trẻ suy dinh dưỡng thể nhẹ cân tại tỉnh Hậu Giang năm 2019 - 2020 | Tạp chí Y học Dự phòng. TC YHDP 2024, 33, 330-337.
2. **Phạm Minh Thúc, N. T. H. L.; Nguyễn Minh Ngọc, P. T. V. H.; Nguyễn Hoàng Huyền My.** Tình trạng dinh dưỡng ở 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. VMJ 2024, 543.
3. **Souliyakane, A. T. Y., N.; Thị Phương Mai Chu, H. T. L.** Tình trạng dinh dưỡng ở trẻ 6 tháng đến 5 tuổi tại phòng khám dinh dưỡng Bệnh viện nhi Trung Ương. VMJ 2021, 507.
4. **Trần Lê Hồng Giang, L. Q. V.** 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. VMJ 2023, 530.
5. **Thị Ngọc Tran LE, Q. T. V.** Thực trạng dinh dưỡng bệnh nhân nhi 6-60 tháng tuổi tại khoa nhi Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương. Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm 2017, 13, 22-29.
6. **Văn Hùng Phạm, D. T. N.** Thực trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của trẻ em dưới 5 tuổi tại xã Chí Minh, Tứ Kỳ, Hải Dương. VMJ 2022, 516.
7. **Gamit, A.; Khubchandani, A.; Gamit, M.; Parmar, U.; Adarsh, A.; Gaadhe, P.** A Study of Serum Total Protein, Serum Albumin and Thyroid Hormones in Protein-Energy Malnutrition in Children. Int. J. Med. Sci. Public Health 2017, 6 (2), 1.
8. **Leite H. P.; Rodrigues da Silva A. V.; de Oliveira Iglesias S. B.; Koch Nogueira P. C.** Serum Albumin Is an Independent Predictor of Clinical Outcomes in Critically Ill Children*. Pediatr. Crit. Care Med. 2016, 17 (2), e50.

MÔ TẢ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG HẠ ĐƯỜNG HUYẾT Ở NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 CÓ TIÊM INSULIN ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA NỘI TIẾT - ĐÁI THÁO ĐƯỜNG, BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Đỗ Thị Hiền¹, Lê Quang Toàn², Nguyễn Khoa Diệu Vân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng hạ đường huyết ở người bệnh đái tháo đường typ 2 có tiêm insulin điều trị tại Khoa Nội tiết - Đái tháo đường, Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt

ngang, tiến cứu trên 120 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 đang điều trị bằng tiêm insulin vào viện vì hạ đường huyết hoặc bị hạ đường huyết khi đang điều trị nội trú tại khoa Nội tiết - Đái tháo đường, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7/2024 đến tháng 7/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 69,23 ± 11,13, nhóm tuổi ≥ 60 chiếm 83,3%. Nam giới chiếm 65,8%. Hạ đường huyết có triệu chứng thần kinh trung ương chiếm 33,3%, thần kinh thực vật 12,5%, không triệu chứng 21,7%. Glucose máu trung bình khi hạ đường huyết là 2,43 ± 0,99 mmol/l. HbA1c trung bình là 8,33 ± 2,18%; 71,7% bệnh nhân có HbA1c ≥ 7%; 91,2% trường hợp hạ đường huyết mức độ nặng ở nhóm bệnh nhân có HbA1c < 7%. Hạ đường huyết ngoài bệnh viện nặng hơn có ý nghĩa thống kê so với trong

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nội tiết Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Hiền

Email: dohien23081997@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2025

Ngày duyệt bài: 2.10.2025