

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN THỞ MÁY XÂM NHẬP

Ngô Đình Trung¹, Nguyễn Chí Tâm¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Suy dinh dưỡng là tình trạng phổ biến ở bệnh nhân nặng phải thở máy xâm nhập, ảnh hưởng tiêu cực đến kết quả điều trị. Nghiên cứu này nhằm đánh giá thực trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân thở máy tại Hồi sức. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 86 bệnh nhân thở máy tại khoa Hồi sức ngoại khoa và ghép tạng – Bệnh viện Trung Ương Quân đội 108. Tình trạng dinh dưỡng được đánh giá bằng thang điểm SGA (Subjective Global Assessment), chỉ số khối BMI (Body Mass Index), và một số chỉ số sinh hóa khi nhập viện và ra viện. Các đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị được ghi nhận. **Kết quả:** Tỷ lệ suy dinh dưỡng (SGA B, C) tăng từ 83,3% khi nhập viện lên 95% khi ra viện ($p = 0,003$). Cân nặng và BMI giảm rõ rệt ($p < 0,001$), trong khi các chỉ số sinh hóa không thay đổi có ý nghĩa. SGA khi nhập viện liên quan với tuổi, biến chứng nhiễm khuẩn đa kháng và kết quả điều trị ($p < 0,05$). Suy dinh dưỡng khi ra viện liên quan có ý nghĩa với tuổi cao ($p = 0,001$), thời gian trì hoãn nuôi ăn tiêu hóa ($p < 0,001$), và rối loạn chức năng thận. **Kết luận:** Suy dinh dưỡng rất phổ biến ở bệnh nhân thở máy và có xu hướng nặng lên trong quá trình nằm viện. Cần đánh giá và can thiệp dinh dưỡng sớm, đặc biệt qua đường tiêu hóa, để cải thiện kết quả điều trị. **Từ khóa:** Suy dinh dưỡng, thở máy xâm nhập, thang điểm SGA

SUMMARY

ASSESSMENT OF NUTRITIONAL STATUS AND RELATED FACTORS IN PATIENTS RECEIVING INVASIVE MECHANICAL VENTILATION

Objective: Malnutrition is a common condition in critically ill patients requiring mechanical ventilation, negatively affecting treatment outcomes. This study aimed to evaluate the nutritional status and some associated factors in mechanically ventilated patients in the ICU. **Subject and Method:** A prospective descriptive study was conducted on 86 mechanically ventilated patients at the Department of Surgical Intensive Care and Organ Transplantation – 108 Military Central Hospital. Nutritional status was assessed using the Subjective Global Assessment (SGA), body mass index (BMI), and several biochemical markers at both admission and discharge. Clinical characteristics and treatment outcomes were also recorded. **Result:** The rate of malnutrition (SGA B and C) increased from 83.3% at admission to 95%

at discharge ($p = 0.003$). Body weight and BMI decreased significantly ($p < 0.001$), while biochemical markers did not show significant changes. Poor nutritional status at admission was associated with older age, multidrug-resistant infections, and poor treatment outcomes ($p < 0.05$). Malnutrition at discharge was significantly associated with older age ($p = 0.001$), delayed initiation of enteral nutrition ($p < 0.001$), and renal dysfunction. **Conclusion:** Malnutrition is highly prevalent in mechanically ventilated patients and tends to worsen during hospitalization. Early nutritional assessment and intervention, especially via the enteral route, are essential to improve treatment outcomes.

Keywords: Malnutrition, invasive mechanical ventilation, SGA score

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy dinh dưỡng là tình trạng thường gặp ở bệnh nhân nặng, đặc biệt là những người phải nằm hồi sức và thở máy kéo dài. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng suy dinh dưỡng không chỉ là hậu quả của bệnh lý mà còn là yếu tố làm nặng thêm tình trạng bệnh, làm kéo dài thời gian thở máy, tăng tỷ lệ biến chứng, nhiễm khuẩn, chi phí điều trị và nguy cơ tử vong. Tỷ lệ suy dinh dưỡng ở người bệnh tại các đơn vị hồi sức tích cực dao động 38% - 78%, tùy theo mặt bệnh cần nằm hồi sức [1]. Việc đánh giá tình trạng dinh dưỡng kịp thời và can thiệp sớm có thể cải thiện kết quả điều trị và tiên lượng bệnh nhân. Tuy nhiên, trong thực hành lâm sàng tại Việt Nam, việc đánh giá và theo dõi dinh dưỡng cho bệnh nhân nặng còn chưa được thực hiện đồng bộ, đặc biệt trong nhóm bệnh nhân thở máy tại các đơn vị hồi sức ngoại khoa. Hướng dẫn của Hiệp hội Dinh dưỡng Lâm sàng và Chuyển hóa Châu Âu (ESPEN) 2018 khuyến nghị rằng việc đánh giá dinh dưỡng thông qua SGA hoặc GLIM nên được thực hiện càng sớm càng tốt tại thời điểm nhập viện, đặc biệt các bệnh nhân nằm hồi sức tích cực trên 48 giờ [2]. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá thực trạng dinh dưỡng theo thang điểm SGA và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân thở máy xâm nhập tại khoa Hồi sức Ngoại khoa và ghép tạng – Bệnh viện TWQĐ 108.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân ≥ 18 tuổi được điều trị tại Khoa Hồi sức ngoại và Ghép tạng – Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, trong thời gian từ tháng 12/2024 đến tháng

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
Chịu trách nhiệm chính: Ngô Đình Trung
Email: bsngotrong@gmail.com
Ngày nhận bài: 8.9.2025
Ngày phản biện khoa học: 14.10.2025
Ngày duyệt bài: 14.11.2025

04/2025, có chỉ định thở máy xâm nhập ≥ 48 giờ. Các bệnh nhân có thời gian nằm hồi sức <48 giờ hoặc tử vong trước khi hoàn thành đánh giá được loại khỏi nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện toàn bộ các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu, tổng số 86 trường hợp.

Các biến số nghiên cứu: Thông tin chung: tuổi, giới, chẩn đoán vào viện, thời gian nằm viện, thời gian nằm hồi sức, thời gian thở máy, thời điểm bắt đầu nuôi dưỡng, hình thức nuôi ăn.

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng: theo thang điểm SGA[3], chỉ số BMI, cân nặng, và các xét nghiệm sinh hóa gồm albumin, protein, ure, creatinin, điện giải đồ (Na^+ , K^+ , Ca^{2+} , Mg^{2+} , phospho).

Kết cục: thời gian nằm hồi sức, thời gian nằm viện, tình trạng sống/ tử vong, biến chứng nhiễm khuẩn đa kháng.

Xử lý số liệu: Dữ liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0. Các biến định lượng được mô tả bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị; biến định tính được mô tả bằng tần suất, tỷ lệ phần trăm. So sánh giữa các nhóm dữ liệu phân phối chuẩn bằng kiểm định T-test, ANOVA. Mỗi liên quan giữa các yếu tố được đánh giá bằng hệ số tương quan Spearman. Mức ý nghĩa thống kê được xác định với $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện theo đúng quy định đạo đức trong nghiên cứu y sinh học và đảm bảo bảo mật thông tin người bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 2. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân lúc nhập và ra viện

Tình trạng dinh dưỡng	Nhập viện ($\bar{X} \pm \text{SD}$)	Ra viện ($\bar{X} \pm \text{SD}$)	p
Trọng lượng (kg)	59.14 $\pm$ 8.86	56.50 $\pm$ 8.70	<0,001
BMI (kg/m^2)	21.54 $\pm$ 2.49	20.58 $\pm$ 2.46	<0,001
SGA	A	16	0,003
	B	54	
	C	16	
Suy giảm dinh dưỡng (%)	83,3%	95%	
Albumin (g/L)	32.07 $\pm$ 13.79	29.61 $\pm$ 4.14	0,60
Protein (g/L)	70.10 $\pm$ 25.72	65.17 $\pm$ 24.03	0,23
Magie (mmol/L)	5.50 $\pm$ 13.34	4.65 $\pm$ 13.03	0,24
Phospho (mmol/L)	1.32 $\pm$ 0.36	3.65 $\pm$ 9.55	0,33
Calci (mmol/L)	1.45 $\pm$ 0.50	7.91 $\pm$ 25.76	0,12
Glucose (mmol/L)	8.64 $\pm$ 2.65	8.13 $\pm$ 3.84	0,52
Na^+ (mmol/L)	140.83 $\pm$ 6.41	142.51 $\pm$ 5.88	0,26
K^+ (mmol/L)	3.83 $\pm$ 0.63	3.58 $\pm$ 0.49	0,09



Biểu đồ 1. Nguyên nhân thở máy xâm nhập

Biểu đồ 1 cho thấy nguyên nhân thở máy chủ yếu là do chấn thương (43%), nhiễm khuẩn huyết – sốc nhiễm khuẩn (29%) và bệnh lý hô hấp (26%). Một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân thở máy do bệnh lý tim mạch (5%), suy gan và nguyên nhân khác (2%).

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân trong nghiên cứu

Thông số	Giá trị (n=86) ($\bar{X} \pm \text{SD}$)
Tuổi	54,2 $\pm$ 19,3
Giới tính Nam (%)	74 (86%)
BMI (kg/m^2)	21,7 $\pm$ 2,8
Thời gian nằm viện (ngày)	14,4 $\pm$ 11,7
Thời gian nằm hồi sức (ngày)	9,7 $\pm$ 5,0
Thời gian thở máy (ngày)	7,2 $\pm$ 4,5
Thời gian từ nhập viện đến khi được nuôi ăn tiêu hóa (ngày)	1,7 $\pm$ 1,9
Có nhiễm khuẩn đa kháng (n, %)	50 (58,1%)
Kết quả điều trị (ra viện/tử vong, n, %)	56 (65%)

Tuổi trung bình là 54,2 $\pm$ 19,3 tuổi, nam giới chiếm đa số với 86%. Chỉ số BMI trung bình nằm trong ngưỡng bình thường đến thấp. Thời gian từ khi nhập viện đến khi bắt đầu được nuôi ăn tiêu hóa tương đối ngắn, trung bình là 1,7 $\pm$ 1,9 ngày. Có 58,1% bệnh nhân gặp biến chứng nhiễm khuẩn đa kháng và tỷ lệ sống ra viện đạt 65%.

Kết quả phân tích cho thấy, trọng lượng cơ thể và BMI giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Tỷ lệ suy giảm dinh dưỡng khi nằm viện theo điểm SGA khá cao (83,3%), tăng lên 95% khi ra viện, tăng cả tỷ lệ suy dinh dưỡng nhóm SGA-B và

C ($p = 0,003$). Về các chỉ số sinh hóa, albumin và protein máu giảm nhẹ nhưng không có ý nghĩa, tương tự với các chỉ số điện giải (Magie, Phospho, Calci, Glucose, Na^+ , K^+) cũng không ghi nhận khác biệt đáng kể giữa hai thời điểm.

Bảng 3: Mối liên quan giữa điểm SGA vào viện với một số yếu tố liên quan

Các yếu tố	SGA-A (n=16)	SGA-B (n=54)	SGA-C (n=16)	p
Tuổi	$39 \pm 12,6$	$56,4 \pm 21,0$	$61,7 \pm 9,1$	0,03
Nam giới (%)	87,5%	81,5%	100%	0,41
Thời gian thở máy (ngày)	$1,5 \pm 1,0$	$2,3 \pm 1,5$	$3,0 \pm 1,0$	0,81
Thời gian nằm hồi sức (ngày)	$11,8 \pm 5,9$	$9,3 \pm 3,8$	$9,1 \pm 7,4$	0,41
Thời gian nằm viện (ngày)	$15,6 \pm 12,0$	$13,8 \pm 9,7$	$15,4 \pm 17,9$	0,90
Tỷ lệ nhiễm khuẩn đa kháng (%)	37,5%	51,9%	100%	0,02
Tỷ lệ sống khi ra viện (%)	75%	77,8%	12,5%	0,002

Điểm SGA khi nhập viện có mối liên quan đến tuổi, nhiễm khuẩn đa kháng và kết quả điều trị. Các biến số khác như giới tính, thời gian thở máy, thời gian nằm hồi sức và tổng thời gian nằm viện không có mối liên quan với điểm SGA

Bảng 4: Mối tương quan giữa một số yếu tố với điểm SGA lúc ra viện

Các yếu tố khi nhập viện	Hệ số tương quan (Rho Spearman)	P value
Tuổi	0.34	0.001
BMI (kg/m^2)	-0.21	0.056
Thời gian thở máy (ngày)	0.09	0.416
Thời gian nằm hồi sức (ngày)	-0.08	0.465
Thời gian nằm viện (ngày)	-0.04	0.695
Thời gian trì hoãn dinh dưỡng tiêu hóa (ngày)	0.33	0.02
Số ngày không nuôi dưỡng tiêu hóa (ngày)	0.47	<0.001
Ure (mmol/L)	0.37	<0.001
Creatinin (mcmol/L)	0.26	0.016
Albumin (g/L)	-0.18	0.268
Protein (g/L)	0.00	1.000
Magie (mmol/L)	-0.03	0.871
Phospho (mmol/L)	-0.25	0.223
Calci (mmol/L)	-0.20	0.100
Na^+ (mmol/L)	-0.08	0.441
K^+ (mmol/L)	-0.09	0.400

Phân tích tương quan cho thấy SGA khi ra viện có mối tương quan với một số yếu tố lâm sàng, gồm: tuổi ($\text{Rho} = 0,34$), thời gian trì hoãn dinh dưỡng tiêu hóa ($\text{Rho} = 0,33$), số ngày không được nuôi dưỡng tiêu hóa ($\text{Rho} = 0,47$), nhiễm khuẩn đa kháng ($p = 0,008$), nuôi dưỡng tĩnh mạch ($\text{Rho} = 0,24$), Ure ($\text{Rho} = 0,37$), Creatinin ($\text{Rho} = 0,26$) và giới tính ($p = 0,029$).

Các yếu tố còn lại không có mối tương quan đáng kể.

IV. BÀN LUẬN

Thở máy xâm nhập là can thiệp hồi sức quan trọng giúp hỗ trợ hoặc thay thế chức năng hô hấp tự nhiên ở bệnh nhân nguy kịch. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các nguyên nhân chính dẫn đến thở máy tại khoa là chấn thương, nhiễm khuẩn huyết/ sốc nhiễm trùng và các bệnh lý đường hô hấp, trong khi bệnh lý tim mạch, suy gan và các nguyên nhân khác chiếm tỷ lệ thấp (dưới 5%). Tác giả Bakr và cộng sự nghiên cứu (2024) thấy rằng, bệnh lý hô hấp, bệnh tim mạch và sốc nhiễm trùng là những nguyên nhân phổ biến nhất phải thở máy [4]. Sự khác biệt về nguyên nhân có thể liên quan đến đặc điểm nhóm bệnh nhân sau mổ và chấn thương nặng tại đơn vị nghiên cứu.

Chỉ số BMI trung bình là $21,7 \pm 2,8 \text{ kg}/\text{m}^2$, cho thấy thể trạng từ bình thường đến thấp. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng, BMI thấp hơn có tương quan với tỷ lệ biến chứng cao hơn, bao gồm thời gian nằm viện dài hơn và nguy cơ nhiễm trùng cao hơn (Huang, 2023) [5]. Thời gian nằm viện trung bình là $14,4 \pm 11,7$ ngày, nằm hồi sức $9,7 \pm 5$ ngày và thở máy là $7,2 \pm 4,5$ ngày, phản ánh đặc điểm nhóm bệnh nhân nặng, cần chăm sóc tích cực. Thời gian trung bình bắt đầu nuôi dưỡng tiêu hóa là tương đối sớm, trung bình 1,7 ngày, phù hợp khuyến cáo nuôi dưỡng sớm trong hồi sức. Nuôi ăn qua đường tiêu hóa sớm rất quan trọng trong các cơ sở chăm sóc đặc biệt vì nó có thể cải thiện kết quả bằng cách giảm thiểu nguy cơ nhiễm trùng và giải quyết các nhu cầu dinh dưỡng thường bị ảnh hưởng trong quá trình thở máy.

Đáng chú ý, 58,1% bệnh nhân trong nghiên cứu này gặp biến chứng nhiễm khuẩn đa kháng – một tình trạng phổ biến đáng lo ngại trong hồi

sức tích cực, trở nên trầm trọng hơn do thở máy kéo dài. Tỷ lệ sống khi ra viện là 65% phù hợp với các tài liệu hiện có về bệnh nhân thở máy, nhấn mạnh rằng các yếu tố cụ thể như tuổi tác, bệnh đi kèm và tỷ lệ nhiễm trùng ảnh hưởng đáng kể đến tỷ lệ sống sót [6].

Nghiên cứu cũng cho thấy, bệnh nhân thở máy có tỷ lệ dinh dưỡng kém rất cao ngay từ khi nhập viện (83,3%), và tăng lên 95% tại thời điểm ra viện ($p = 0,003$), trong khi các chỉ số sinh hóa không thay đổi đáng kể, tương đồng với nghiên cứu của El-Sayed Hamed Bakr và cộng sự trên 100 bệnh nhân nằm hồi sức khi thấy rằng, có tới 79% bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng cao, chỉ có 5% bệnh nhân không có nguy cơ suy dinh dưỡng [4]. Trong khi đó, Najmeh và cộng sự cũng cho kết quả nghiên cứu tương tự chúng tôi, với tỷ lệ suy dinh dưỡng tăng đáng kể vào ngày xuất viện (58,62%) và các chỉ số sinh hóa không biến đổi đáng kể ngoại trừ magie [7].

Nghiên cứu về ảnh hưởng của dinh dưỡng khi nhập viện đến tình trạng bệnh cho thấy, suy dinh dưỡng khi nhập viện có liên quan với tuổi cao, tình trạng nhiễm khuẩn đa kháng tăng và kết quả điều trị kém hơn. Thời gian thở máy ở bệnh nhân suy dinh dưỡng cũng kéo dài hơn nhưng chưa khác biệt rõ rệt, có thể do cỡ mẫu của nhóm SGA-A và C còn nhỏ. Lew và cộng sự (2017) cho rằng, bệnh nhân được đánh giá suy dinh dưỡng khi nhập viện thường cần thời gian thở máy dài hơn do sức cơ hô hấp suy giảm và chức năng miễn dịch giảm, dễ mắc viêm phổi thở máy, làm kéo dài nhu cầu hỗ trợ thông khí nhân tạo [1]. Thở máy kéo dài cũng là nguyên nhân làm cho bệnh nhân tăng nguy cơ nhiễm khuẩn đa kháng, tăng nguy cơ biến chứng và tăng tỷ lệ tử vong. Việc nhấn mạnh các đánh giá dinh dưỡng khi nhập viện là rất quan trọng vì chúng có thể đóng vai trò là yếu tố dự báo tiên lượng bệnh nhân và giúp định hướng các can thiệp dinh dưỡng có thể cải thiện kết quả sống sót.

Nghiên cứu chỉ ra rằng, suy dinh dưỡng khi ra viện có tương quan với tuổi cao, gợi ý rằng bệnh nhân tuổi cao không chỉ có liên quan với dinh dưỡng kém khi nhập viện, mà còn đáp ứng kém với can thiệp dinh dưỡng, do suy giảm sinh lý, nhiều bệnh mạn tính và khó khăn trong chế độ ăn uống, do đó không cải thiện nhiều về dinh dưỡng khi xuất viện. Fagoonee và cộng sự lưu ý rằng bệnh nhân lớn tuổi thường gặp phải những trở ngại như chán ăn, suy giảm khả năng vận động và giảm khối lượng cơ, khiến họ dễ bị suy dinh dưỡng hơn [8]. Suy thận cũng cho thấy sự tương quan với suy dinh dưỡng, do tình trạng

tăng dị hóa, giảm tổng hợp protein, tăng tiêu thụ năng lượng và có thể có vấn đề về dung nạp đường tiêu hóa. Số ngày không được nuôi dưỡng tiêu hóa và tri hoãn nuôi ăn liên quan mạnh nhất với SGA-B/C lúc ra viện ($Rho = 0,471$; $p < 0,001$), cho thấy chậm trễ khởi động dinh dưỡng qua đường tiêu hóa là yếu tố nguy cơ rõ ràng. Nghiên cứu của Najmeh và cộng sự (2016) chỉ ra rằng, có mối tương quan nghịch đáng kể giữa suy dinh dưỡng ngày xuất viện với các chỉ số sinh trắc học khi nhập viện. Ngày ra sổ ngày không nuôi ăn đường ruột, số ngày tri hoãn nuôi ăn từ khi nhập ICU, và thời gian nằm ICU kéo dài đều làm tình trạng suy dinh dưỡng nặng lên [7]. Trong khi đó, nghiên cứu Khalid và cộng sự (2024) chỉ ra những bệnh nhân được nuôi ăn qua đường tiêu hóa trong vòng 24–48 giờ đầu tiên sau khi nhập viện ICU có xu hướng đạt được kết quả dinh dưỡng tốt hơn và thời gian nằm viện ngắn hơn so với những bệnh nhân bị trì hoãn. Các chiến lược nuôi ăn không đầy đủ làm trầm trọng thêm tình trạng suy dinh dưỡng, dẫn đến thời gian nằm viện tại ICU kéo dài và tăng nguy cơ biến chứng, cuối cùng ảnh hưởng đến khả năng sống sót [9].

V. KẾT LUẬN

Suy dinh dưỡng là tình trạng phổ biến và có xu hướng nặng lên ở bệnh nhân thở máy xâm nhập tại khoa Hồi sức ngoại khoa và ghép tạng. Tỷ lệ SGA B, C tăng khi ra viện, trong khi cân nặng và BMI giảm có ý nghĩa. Tuổi cao, suy thận và trì hoãn nuôi dưỡng tiêu hóa là những yếu tố liên quan chặt chẽ đến tình trạng dinh dưỡng kém. Việc đánh giá dinh dưỡng ngay từ khi nhập viện và khởi động nuôi ăn sớm qua đường tiêu hóa là rất cần thiết để cải thiện tiên lượng và kết quả điều trị ở nhóm bệnh nhân này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lew CCH, Wong GJY, Cheung K, Chua A-P, Chong SC, Miller M.** Association Between Malnutrition and 28-Day Mortality and Intensive Care Length-of-Stay in the Critically Ill: A Prospective Cohort Study. *Nutrients*. 2017; 10(1):10.
2. **Shahbazi S, Hajimohammadebrahim-Ketabforoush M, Shariatpanahi MV, Shahbazi E, Shariatpanahi ZV.** The Validity of the Global Leadership Initiative on Malnutrition Criteria for Diagnosing Malnutrition in Critically Ill Patients With COVID-19: A Prospective Cohort Study. *Clinical Nutrition Espen*. 2021; 43:377-82.
3. **Duerksen DR, Laporte M, Jeejeebhoy K.** Evaluation of Nutrition Status Using the Subjective Global Assessment: Malnutrition, Cachexia, and Sarcopenia. *Nutr Clin Pract*. 2021; 36(5):942-56.
4. **Bakr E-S, Bosaeed B, Alkhiri D, Basaqr R, Ahmed M.** Assessment of Nutritional Status for Intensive Care Patients. *Current Research in*

5. **Huang C.** The Survival Outcomes of Patients Requiring Prolonged Mechanical Ventilation. *Medicina*. 2023; 59(3):614.
6. **Endeshaw AS, Kumie FT, Bayu HT, Ayalew SB, Gete BC.** The Magnitude of Mortality and Its Determinants in Ethiopian Adult Intensive Care Units: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Annals of Medicine and Surgery*. 2022; 84.
7. **Hejazi N, Mazloom Z, Zand F, Rezaianzadeh A, Amini A.** Nutritional Assessment in Critically Ill Patients. *Iran J Med Sci*. 2016; 41(3):171-9.
8. **Fagoonee K, Chinien G, Munnohur N.** Prevalence and Risk Factors of Malnutrition Among Patients Receiving Hemodialysis in a Tertiary Level Hospital in Mauritius. *Journal of International Medical Research*. 2024; 52(11).
9. **Khan A, Bashir S, Kumar S, Haq F.** Factors Associated With the Nutritional Status of Mechanically Ventilated Patients in Intensive Care Unit: A Cross Sectional Study. 2024; 4(1):1050-54.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TÁO BÓN CHỨC NĂNG BẰNG PHÁC ĐỒ CÓ SỬ DỤNG LACTULOSE Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI THÁI BÌNH

Trịnh Thị Hải Linh^{1,2}, Phí Thị Quỳnh Anh³, Nguyễn Thị Việt Hà^{1,3}

TÓM TẮT

Táo bón là tình trạng rối loạn tiêu hóa thường gặp ở trẻ em. Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị táo bón chức năng ở trẻ em dưới 6 tuổi bằng phác đồ có sử dụng Lactulose tại Bệnh viện Nhi Thái Bình. Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu can thiệp trên 86 trẻ từ 01 đến 06 tuổi được chẩn đoán táo bón chức năng theo tiêu chuẩn ROME IV từ 01/06/2024 đến 31/05/2025. Kết quả: Tỷ lệ nam/nữ = 1,3, tuổi trung bình là $30,2 \pm 17,4$ (tháng). Tỷ lệ trẻ khỏi táo bón sau 1, 2 và 3 tháng lần lượt là 65%, 70,1% và 79,1%. Tỷ lệ các triệu chứng gắng sức, đau hậu môn khi đại tiện, nứt kẽ hậu môn, són phân, tư thế giữ phân và tỷ lệ trẻ đi ngoài phân dạng táo giảm rõ rệt theo thời gian theo dõi, $p < 0,05$. Sau 3 tháng, không còn trẻ nào có phân loại 1 theo thang điểm Bristol. Số lần đại tiện trung bình/tuần tăng từ $1,7 \pm 0,5$ lần/tuần lên $3,9 \pm 1,7$ lần sau 1 tháng, $5,0 \pm 1,7$ lần sau 2 tháng, và $5,7 \pm 1,7$ lần sau 3 tháng, $p < 0,001$. Kết luận: Phác đồ Lactulose với liều khởi đầu 1 ml/kg/ngày kết hợp với giáo dục sức khỏe mang lại hiệu quả cao như cải thiện triệu chứng, số lần đại tiện, tính chất phân, thói quen sinh hoạt và an toàn. **Từ khóa:** táo bón, trẻ em, Lactulose, điều trị, tiêu chuẩn ROME 4

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES OF LACTULOSE THERAPY IN PEDIATRIC FUNCTIONAL CONSTIPATION AT THE THAI BINH PEDIATRIC HOSPITAL

Constipation is a common digestive disorder in children, of which functional constipation accounts for 90–95% of cases. **Aim:** To evaluate the treatment outcomes of functional constipation in children aged <

6 years using a regimen with Lactulose at Thai Binh Pediatric Hospital. **Materials and Methods:** An interventional study was conducted on 86 children aged 1 to 6 years diagnosed with functional constipation according to the ROME IV criteria, from June 1, 2024, to May 31, 2025. **Results:** The boy-to-girl ratio was 1.3, and the mean age was 30.2 ± 17.4 months. The recovery rate from constipation after 1, 2 and 3 month of treatment was 65%, 70.1% and 79.1%, respectively. The rates of clinical symptoms such as straining, anal pain during defecation, anal fissures, fecal soiling, stool withholding posture, and passage of hard stools significantly decreased after the first month of treatment ($p < 0.05$). After 3 months, no children had stool type 1 according to the Bristol Stool Scale. The average number of bowel movements per week improved from 1.7 ± 0.5 times/week to 3.9 ± 1.7 times after 1 month, 5.0 ± 1.7 times after 2 months, and 5.7 ± 1.7 times after 3 months of treatment ($p < 0.001$). Adverse effects were mainly gastrointestinal and mostly self-limiting. **Conclusion:** The Lactulose regimen with an initial dose of 1 ml/kg/day combined with dietary and behavioral counseling provided high clinical efficacy, improving symptoms, bowel movement frequency, stool consistency, lifestyle habits, and safety.

Keywords: Constipation, children, Lactulose, treatment, ROME 4 criteria

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Táo bón là một tình trạng rối loạn tiêu hóa thường gặp ở trẻ em, tỷ lệ dao động từ 0,7% đến 29,6% tùy theo từng nghiên cứu,¹ trong đó táo bón chức năng chiếm 90-95% các trường hợp.² Nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời bệnh có thể diễn biến mạn tính và gây hậu quả lâu dài như nứt kẽ hậu môn, sa hoặc giãn đại trực tràng, chán ăn, chậm lên cân, đau bụng kéo dài hoặc đi ngoài không tự chủ, ảnh hưởng đến sự phát triển về thể chất, tâm lý của trẻ cũng như chất lượng cuộc sống của cả trẻ và gia đình.³ Điều trị táo bón chức năng là một quá trình kéo dài và cần phải phối hợp nhiều biện

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Thái Bình

³Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Việt Hà

Email: vietha@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.10.2025

Ngày duyệt bài: 13.11.2025