

- tiến trình chấm dứt bệnh lao. Nhà xuất bản Y học
2. **World Health Organization** (2024). Global Tuberculosis Report.
 3. **Andrew W, Derek CA, Simon F, Luciano G, Mervyn S** (2016). Oxford textbook of critical care, 2nd ed. Oxford university press, Oxford
 4. **Zhang Y, Chen C, Jiang G** (2014). Surgery of massive hemoptysis in pulmonary tuberculosis: Immediate and long-term outcomes. The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery 148:651–656
 5. **Hartmann IJC, Remy-Jardin M, Menchini L, Teisseire A, Khalil C, Remy J** (2007). Ectopic origin of bronchial arteries: assessment with multidetector helical CT angiography. Eur Radiol 17:1943–1953
 6. **Nguyễn Thị Quý** (2015). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và bước đầu đánh giá kết quả điều trị ho ra máu mức độ nặng. Luận văn thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội
 7. **Dương Anh Phương, Lê Thị Kim Chi, Hà Thị Bạch Tuyết** (2013). Đánh giá hiệu quả của kỹ thuật làm tắc động mạch phế quản trong điều trị ho ra máu nặng hoặc tái phát tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh 17:
 8. **Phan Thị Thúy Hằng** (2019). Đặc điểm lâm sàng - cận lâm sàng của ho ra máu trên bệnh nhân bệnh lý hô hấp. Luận văn thạc sỹ Y học, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN SUY DINH DƯỠNG TRÊN TRẺ MẮC BỆNH TIM BẨM SINH TẠI BỆNH VIỆN E

Trương Mạnh Tú¹, Nguyễn Việt Hưng¹,
Ngô Anh Vinh², Ngô Thị Thu Hương³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số yếu tố liên quan đến tình trạng suy dinh dưỡng ở trẻ em mắc bệnh tim bẩm sinh nằm điều trị tại viện E năm 2023 - 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang trên 119 bệnh nhân dưới 5 tuổi mắc bệnh tim bẩm sinh điều trị tại trung tâm tim mạch bệnh viện E từ 2023 đến 2024. **Kết quả:** Bệnh nhân mắc tim bẩm sinh có biểu hiện tăng áp phổi nguy cơ bị suy dinh dưỡng thể nhẹ cân cao gấp 2,6 lần [OR = 2,6; 95%CI: (1,1 – 6,2)], và thể gầy còm cao gấp 5,1 lần [OR = 5,1; 95%CI: (1,8 – 14,3)]. Suy tim làm tăng nguy cơ suy dinh dưỡng thể nhẹ cân lên 2,4 lần [OR = 2,4; 95%CI: (1,1 – 5,0)]. Bệnh nhân mắc tim bẩm sinh kèm theo viêm phổi tái diễn có nguy cơ suy dinh dưỡng thể nhẹ cân tăng 3,3 lần [OR = 3,3; 95%CI: (1,2 – 8,9)], nguy cơ suy dinh dưỡng thể thấp còi gấp 3,7 lần [OR = 3,7; 95%CI: (1,4 – 9,8)]. **Kết luận:** Bệnh nhân mắc bệnh tim bẩm sinh có kèm tăng áp phổi có nguy cơ suy dinh dưỡng cao. Biểu chứng suy tim và viêm phổi tái diễn làm tăng nguy cơ suy dinh dưỡng trên nhóm trẻ mắc bệnh tim bẩm sinh.

Từ khóa: Tim bẩm sinh, nhân trắc học, tình trạng dinh dưỡng, trẻ em, Bệnh viện E.

SUMMARY

NUTRITIONAL STATUS AMONG CHILDREN WITH CONGENITAL HEART DISEASE AT E HOSPITAL

Objective: The objective of this study was to assess factors associated with malnutrition in children

with congenital heart disease hospitalized at Hospital E from 2023 to 2024. **Subjects and methods:** cross-sectional study on 119 patients under 5 years old with congenital heart disease treated at the cardiovascular center of E hospital from 2023 to 2024. **Results:** Patients with congenital heart disease and concurrent pulmonary hypertension had 2.6 times the odds of being underweight (OR = 2.6; 95% CI: 1.1–6.2) and 5.1 times the odds of wasting (OR = 5.1; 95% CI: 1.8–14.3). The presence of heart failure was associated with a 2.4-fold increase in the odds of being underweight (OR = 2.4; 95% CI: 1.1–5.0). Similarly, patients with concomitant recurrent pneumonia had a 3.3-fold increased odds of being underweight (OR = 3.3; 95% CI: 1.2–8.9) and a 3.7-fold increased odds of stunting (OR = 3.7; 95% CI: 1.4–9.8). **Conclusion:** The presence of pulmonary hypertension in patients with congenital heart disease is associated with an elevated risk of malnutrition. The risk is further compounded by complications, including heart failure and recurrent pneumonia, among children with congenital heart disease.

Keywords: Anthropometry, Children, Congenital heart disease, Nutritional status, E hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy dinh dưỡng (SDD) là một trong những biến chứng thường gặp ở trẻ mắc bệnh tim bẩm sinh (TBS). Nhiều nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ suy dinh dưỡng ở trẻ TBS dao động từ 27–90% [1], [2]. SDD không chỉ ảnh hưởng nghiêm trọng đến sự phát triển thể chất, tâm thần vận động của trẻ mà còn làm tăng nguy cơ tử vong.

Nguyên nhân dẫn đến suy dinh dưỡng ở trẻ TBS khá phức tạp: chế độ dinh dưỡng hạn chế, tình trạng bệnh lý tim mạch mạn tính, các can thiệp phẫu thuật – thủ thuật, và đặc biệt là tình trạng tăng chuyển hóa cơ bản, thiếu oxy máu kéo dài. Một số yếu tố nguy cơ thường gặp làm

¹Bệnh viện Nhi Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Trung ương

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trương Mạnh Tú

Email: tuhanwuoknhp@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

gia tăng SDD ở trẻ TBS bao gồm: suy tim, thiếu máu, tăng áp phổi [3]. Các yếu tố này không chỉ làm nặng tình trạng dinh dưỡng mà còn ảnh hưởng đến kết quả điều trị, đặc biệt là trong phẫu thuật tim và quá trình phục hồi hậu phẫu [4]. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của Trần Văn Dân và cộng sự (2019), tỷ lệ SDD ở trẻ TBS nhập viện điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương là 45,3% [5]. Con số này phản ánh rõ tính cấp thiết trong việc quan tâm dinh dưỡng ở nhóm bệnh nhi đặc thù này.

Trung tâm Tim mạch – Bệnh viện E là một trong những đơn vị đầu ngành trong điều trị bệnh lý TBS, số lượng bệnh nhi đến khám và điều trị ngày càng tăng. Tuy nhiên, cho đến nay chưa có nghiên cứu nào tại đây đánh giá các yếu tố liên quan đến suy dinh dưỡng ở trẻ mắc TBS, trong khi tình trạng dinh dưỡng đóng vai trò quan trọng trong tiên lượng và kết quả điều trị phẫu thuật cũng như nội khoa. Xuất phát từ thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "*Một số yếu tố liên quan đến suy dinh dưỡng trên trẻ mắc bệnh tim bẩm sinh tại Bệnh viện E*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 119 bệnh nhân mắc tim bẩm sinh đang điều trị tại Trung tâm tim mạch – Bệnh viện E năm 2023 – 2024

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- + Tuổi: Trẻ ≤ 60 tháng tuổi
- + Bệnh nhi được chẩn đoán tim bẩm sinh dựa trên lâm sàng và kết quả siêu âm tim của 2 bác sĩ tim mạch khác nhau.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

- **Cỡ mẫu:** Chọn mẫu theo phương pháp lấy mẫu thuận tiện bao gồm tất cả những bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian nghiên cứu

- Phương pháp thu thập và xử lý số liệu: Dữ liệu được thu thập vào một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

2.3. Các biến số nghiên cứu

2.3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

- Đặc điểm bệnh lý tim bẩm sinh của đối tượng nghiên cứu: Thời điểm chẩn đoán bệnh tim bẩm sinh (≤ 1 tháng, 1 – 3 tháng, 3 – 6 tháng, 6 – 12 tháng, >12 tháng), thời điểm bắt đầu can thiệp tim bẩm sinh (<12 tháng, ≥ 12 tháng).

- Phân loại tim bẩm sinh: Tím hay không tím, có tăng áp phổi hay không tăng áp phổi.

- Suy tim: Phân độ suy tim theo Ross.

- Viêm phổi tái diễn: Bệnh nhân có từ hai đợt viêm phổi trở lên trong một năm, hoặc từ ba đợt

viêm phổi trở lên tại bất kì thời điểm nào.

2.3.2. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhi mắc bệnh tim bẩm sinh

- Cân nặng: Cân trẻ bằng cân điện tử SECA với độ chính xác 10g.

- Chiều cao đứng/chiều dài nằm: Dùng thước gỗ UNICEF với độ chính xác 0,1 cm.

- Phân loại dinh dưỡng theo nhóm chỉ số về nhân trắc: Suy dinh dưỡng thể nhẹ cân (Z-score cân nặng/tuổi); Suy dinh dưỡng thể thấp còi (Z-score chiều cao/tuổi); Suy dinh dưỡng thể gầy còm (Z-score cân nặng/chiều cao).

Phân loại Zscore	Cân nặng/tuổi	Chiều cao/tuổi	Cân nặng/chiều cao
-2SD đến +2SD	Bình thường	Bình thường	Bình thường
> 2SD	Thừa cân		Thừa cân
>3SD	Béo phì		Béo phì
<-2SD	SDD nhẹ cân vừa	SDD thấp còi vừa	SDD gầy còm vừa
<-3SD	SDD nhẹ cân nặng	SDD thấp còi nặng	SDD gầy còm, nặng

2.4. Phân tích và xử lý số liệu. Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm, so sánh giữa các nhóm bằng kiểm định χ^2 . Mỗi liên quan giữa suy dinh dưỡng và các yếu tố nguy cơ được ước tính bằng Odds Ratio (OR) với khoảng tin cậy 95%, $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện E phê duyệt. Mọi thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Cha/mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của trẻ được cung cấp đầy đủ thông tin và ký cam kết đồng ý tham gia trước khi thu thập dữ liệu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân mắc bệnh tim bẩm sinh

Bảng 3.1. Đặc điểm chung bệnh nhân

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Thời điểm chẩn đoán bệnh tim bẩm sinh (n=119)		
≤ 1 tháng	73	61,3 %
1 – 3 tháng	13	10,9 %
3 – 6 tháng	9	7,6 %
6 – 12 tháng	10	8,4 %
> 12 tháng	14	11,8 %
$\bar{X} \pm SD$ (Min – Max)	5,24±11,45 (min: 0 tháng và max: 59 tháng)	
Phân loại tim bẩm sinh dựa vào tím (n=119)		

TBS tím	54	45,4 %
TBS không tím	65	54,6 %
Phân loại tim bẩm sinh theo mức độ tưới máu phổi (n=119)		
Tăng áp phổi	28	23,5%
Không tăng áp phổi	91	76,5%
Suy tim		
Cổ suy tim	58	48,7%
Không suy tim	65	51,3%
Thời điểm bắt đầu can thiệp tim bẩm sinh (n=49)		
< 12 tháng	39	79,59

≥ 12 tháng	10	20,41
X±SE	7,12 ± 1,18	
Min-Max	0 - 35	

Nhận xét: Đa số bệnh nhân được chẩn đoán TBS rất sớm, trước 1 tháng tuổi (61,3%). Có 23,5% bệnh nhân kèm tăng áp phổi và gần một nửa có biến chứng suy tim (48,7%). Trong số 49 trường hợp được can thiệp, phần lớn được thực hiện sớm trước 12 tháng (79,6%).

3.2. Một số yếu tố liên quan đến suy dinh dưỡng của trẻ mắc tim bẩm sinh

Bảng 3.2. Liên quan giữa suy dinh dưỡng và phân loại tim bẩm sinh có hay không tím

Suy dinh dưỡng	TBS có tím (n=54)		TBS không tím (n=65)		p	OR (95% CI)
	n	%	n	%		
SDD nhẹ cân	24	44,4	27	41,5	0,750	1,1 (0,5 – 2,3)
SDD thấp còi	23	42,6	20	30,8	0,181	1,7 (0,8 – 3,5)
SDD gầy còm	9	16,7	10	15,4	0,849	1,1 (0,4 – 2,9)

Nhận xét: Khi so sánh tình trạng suy dinh dưỡng giữa nhóm trẻ mắc tim bẩm sinh có tím và không tím, kết quả cho thấy: trẻ bị TBS có tím có nguy cơ suy dinh dưỡng thể nhẹ cân cao hơn 1,1 lần, thể thấp còi cao hơn 1,7 lần và thể gầy còm cao hơn 1,1 lần so với nhóm không tím. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.3. Liên quan giữa suy dinh dưỡng và biến chứng tăng áp phổi

Suy dinh dưỡng	TAP (n=28)		Không TAP (n=91)		p	OR (95% CI)
	n	%	n	%		
SDD nhẹ cân	17	60,7	34	37,4	0,029	2,6 (1,1 – 6,2)
SDD thấp còi	14	50,0	29	31,9	0,081	2,1 (0,9 – 5,1)
SDD gầy còm	10	35,7	9	9,9	0,001	5,1 (1,8 – 14,3)

Nhận xét: Trẻ bị TBS có TAP có tỷ lệ SDD thể nhẹ cân (60,7% so với 37,4%) và gầy còm (35,7% so với 9,9%) cao hơn có ý nghĩa thống kê, với nguy cơ lần lượt tăng 2,6 lần ($p = 0,029$) và 5,1 lần ($p = 0,001$). SDD thể thấp còi cũng cao hơn (50,0% so với 31,9%), nguy cơ tăng 2,1 lần, nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,081$).

Bảng 3.4. Liên quan giữa suy dinh dưỡng và biến chứng suy tim

Suy dinh dưỡng	Suy tim (n=58)		Không suy tim (n=61)		p	OR (95% CI)
	n	%	n	%		
SDD nhẹ cân	31	53,4	20	32,8	0,023	2,4 (1,1 – 5,0)
SDD thấp còi	25	43,1	18	29,5	0,123	1,8 (0,9 – 3,9)
SDD gầy còm	12	20,7	7	11,5	0,17	2,0 (0,7 – 5,5)

Nhận xét: Trẻ bị TBS kèm suy tim có nguy cơ SDD thể nhẹ cân cao hơn nhóm không suy tim (53,4% so với 32,8%), tăng 2,4 lần, có ý nghĩa thống kê ($p = 0,023$). Nguy cơ SDD thể thấp còi (43,1% so với 29,5%, OR = 1,8; $p = 0,123$) và gầy còm (20,7% so với 11,5%, OR = 2,0; $p = 0,17$) cao hơn nhưng không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.5. Liên quan giữa suy dinh dưỡng và viêm phổi tái diễn

Suy dinh dưỡng	Viêm phổi tái diễn (n=21)		Không viêm phổi tái diễn (n=98)		p	OR (95% CI)
	n	%	n	%		
SDD nhẹ cân	14	66,7	37	37,8	0,015	3,3 (1,2 – 8,9)
SDD thấp còi	13	61,9	30	30,6	0,007	3,7 (1,4 – 9,8)
SDD gầy còm	6	28,6	12	13,3	0,082	2,6 (0,9 – 7,9)

Nhận xét: Trẻ TBS có viêm phổi tái diễn có tỷ lệ SDD cao hơn rõ rệt, đặc biệt là thể nhẹ cân (66,7% so với 37,8%, OR = 3,3; $p = 0,015$) và thấp còi (61,9% so với 30,6%, OR = 3,7; $p = 0,007$). Nguy cơ SDD thể gầy còm cũng tăng

(28,6% so với 13,3%, OR = 2,6) nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,082$).

IV. BÀN LUẬN

Khi phân tích giữa nhóm TBS tím và không

tím, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ SDD ở nhóm có tím cao hơn ở cả ba thể (nhẹ cân, thấp còi, gầy còm) nhưng chưa đạt ý nghĩa thống kê (bảng 3.2). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Vaidyanathan và cộng sự (Ấn Độ, 2011), cho thấy trẻ TBS tím dễ gặp SDD, đặc biệt là thể thấp còi [1]. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng khẳng định tím mạn tính và thiếu oxy kéo dài ảnh hưởng trực tiếp đến tăng trưởng chiều cao và cân nặng thông qua giảm tiết hormone IGF-1 và hạn chế phát triển xương [2], [3]. Việc nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê có thể do cỡ mẫu nghiên cứu còn hạn chế hoặc nhờ phát hiện – can thiệp sớm ở trẻ TBS tím tại bệnh viện, giúp giảm bớt tác động của thiếu oxy kéo dài đến tình trạng dinh dưỡng.

Khi phân tích mối liên quan giữa TBS và tăng áp phổi (TAP) cho thấy trẻ có TAP có nguy cơ SDD thể nhẹ cân tăng 2,6 lần và gầy còm tăng 5,1 lần so với nhóm không TAP, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (Bảng 3.3). Tác giả Temesgen Tsega (Ethiopia, 2018) cũng ghi nhận TAP làm tăng nguy cơ SDD thể nhẹ cân và thấp còi [6]. TAP được xem là một trong những yếu tố bệnh sinh quan trọng gây SDD, do làm tăng gánh nặng huyết động, giảm cung cấp oxy mô và tạo điều kiện cho viêm phổi tái diễn. Ngoài ra, việc sử dụng lợi tiểu kéo dài, đặc biệt là furosemide, có thể gây rối loạn điện giải và thiếu hụt vi chất, từ đó ảnh hưởng đến chuyển hóa năng lượng. Điều này lý giải nguy cơ SDD thể gầy còm tăng rõ rệt ở nhóm trẻ có TAP trong nghiên cứu của chúng tôi.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy suy tim cũng được xác định là yếu tố nguy cơ quan trọng của SDD (Bảng 3.4). Kết quả cho thấy trẻ TBS có suy tim có nguy cơ SDD thể nhẹ cân cao gấp 2,4 lần nhóm không suy tim, có ý nghĩa thống kê. Các nghiên cứu của Okoromah (Nigeria, 2007) và Mitchell (Mỹ, 2015) đều khẳng định suy tim làm gia tăng tỷ lệ SDD, đặc biệt ở dạng nhẹ cân và thấp còi [7], [8]. Cơ chế chính được cho là do sung huyết đường tiêu hóa dẫn đến giảm hấp thu và chán ăn, trong khi nhu cầu năng lượng tăng do gắng sức hô hấp và chuyển hóa cơ tim. Ngoài ra, chế độ điều trị suy tim thường kèm theo hạn chế dịch, khiến tổng năng lượng đưa vào bị giảm. Mặc dù chúng tôi ghi nhận xu hướng tăng nguy cơ SDD thể thấp còi và gầy còm ở nhóm suy tim, song chưa đạt ý nghĩa thống kê, có thể do thời gian theo dõi chưa đủ dài để phản ánh hết hậu quả của tình trạng mạn tính này.

Ngoài ra nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy viêm phổi tái diễn được chứng minh có liên

quan rõ rệt với SDD. Trẻ TBS có viêm phổi tái diễn có nguy cơ SDD thể nhẹ cân tăng 3,3 lần và thấp còi tăng 3,7 lần, đều có ý nghĩa thống kê (Bảng 3.5). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Đoàn Quốc Hưng (2018) tại Bệnh viện Việt Đức, cho thấy viêm phổi tái diễn và tiêu chảy nhiều lần là các yếu tố nguy cơ độc lập làm gia tăng SDD ở trẻ TBS [9]. Mối quan hệ giữa viêm phổi và SDD mang tính hai chiều: SDD làm giảm miễn dịch, khiến trẻ dễ bị nhiễm trùng; ngược lại, viêm phổi kéo dài làm tăng nhu cầu năng lượng và giảm khả năng hấp thu, từ đó hạn chế tăng trưởng. Đây là vòng xoắn bệnh lý cần được can thiệp sớm để cải thiện tiên lượng lâu dài.

Một điểm đáng lưu ý khác là đa số bệnh nhân trong nghiên cứu được chẩn đoán và can thiệp sớm, chủ yếu trước 12 tháng tuổi. Điều này phản ánh sự tiến bộ trong phát hiện và điều trị TBS tại Việt Nam, góp phần hạn chế phần nào hậu quả của bệnh lý tim mạch kéo dài đến dinh dưỡng. Tuy nhiên, tỷ lệ SDD ở trẻ vẫn còn cao, cho thấy việc điều trị can thiệp đơn thuần là chưa đủ, mà cần chiến lược quản lý dinh dưỡng toàn diện và liên tục, đặc biệt cho nhóm trẻ có TAP, suy tim và viêm phổi tái diễn.

Tóm lại, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối liên quan giữa SDD và một số yếu tố lâm sàng thường gặp ở bệnh nhi mắc TBS. Vì thế nên có chương trình sàng lọc và theo dõi dinh dưỡng định kỳ ở tất cả trẻ TBS, nhất là trước và sau phẫu thuật. Ngoài ra, cần xây dựng phác đồ hỗ trợ dinh dưỡng chuyên biệt cho nhóm có yếu tố nguy cơ và tăng cường phối hợp đa chuyên khoa giữa tim mạch, dinh dưỡng và hô hấp nhằm tối ưu hóa hiệu quả điều trị. Đây là định hướng quan trọng để cải thiện tiên lượng và nâng cao chất lượng sống của trẻ mắc bệnh TBS.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 119 bệnh nhi mắc tim bẩm sinh điều trị tại Bệnh viện E cho thấy suy dinh dưỡng là một vấn đề phổ biến, có mối liên quan chặt chẽ với nhiều yếu tố lâm sàng, đặc biệt là tăng áp phổi, suy tim và viêm phổi tái diễn. Việc phát hiện sớm và quản lý hiệu quả các biến chứng này có vai trò quan trọng trong chiến lược điều trị toàn diện, giúp cải thiện tình trạng dinh dưỡng và tiên lượng lâu dài cho trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vaidyanathan B, et al.** Malnutrition in children with congenital heart disease (CHD) – determinants and short term impact of corrective intervention. *Indian Pediatr.* 2008;45:541–546.
2. **Chinawa AT, Chinawa JM, Duru CO, Chukwu BF, Obumneme-Anyim I.** Assessment of

- Nutritional Status of Children With Congenital Heart Disease: A Comparative Study. *Front Nutr.* 2021;8.
3. **Agarwal R, et al.** Nutritional status of children with congenital heart disease. *Indian Pediatr.* 2016;53:1055–1058.
 4. **Murni IK, Patmasari L, Wirawan MT, et al.** Outcome and factors associated with undernutrition among children with congenital heart disease. *PLOS ONE.* 2023;18(2).
 5. **Trần Văn Dân và cs.** Đặc điểm suy dinh dưỡng ở trẻ em mắc bệnh tim bẩm sinh tại Bệnh viện Nhi Trung ương. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2019; 479(1):65–72.
 6. **Tsega T, Tesfaye T, Dessie A, Teshome T.** Nutritional assessment and associated factors in children with congenital heart disease—Ethiopia. *PLOS ONE.* 2022;17(9).
 7. **Okoromah CA, et al.** Prevalence, profile and predictors of malnutrition in children with congenital heart defects: a case-control observational study. *Arch Dis Child.* 2011;96:354–360.
 8. **Mitchell IM.** Nutritional status of children with congenital heart disease. *Heart.* 2015; 73(3):277–284.
 9. **Đoàn Quốc Hưng, Triệu Thị Huyền Trang.** Tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân nhi tim bẩm sinh tại Khoa Phẫu thuật Tim mạch - Lồng Ngực bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. *Tạp Chí Ngoại Khoa.* 2018;6:21–25.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH VÁCH NGĂN KẾT HỢP ĐỐT CUỐN MŨI DƯỚI BẰNG SÓNG CAO TẦN TRONG ĐIỀU TRỊ NGHỆT MŨI

Lê Trần Quang Minh¹, Trần Thị Thanh Thảo²,
Võ Ngọc Hoàn², Lương Hữu Đăng²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi chỉnh hình cuốn mũi dưới bằng sóng cao tần và chỉnh hình vách ngăn trong điều trị nghẹt mũi ở bệnh nhân có quá phát cuốn mũi dưới và vẹo vách ngăn. **Đối tượng phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu mô tả hàng loạt ca. Đối tượng là bệnh nhân được chẩn đoán quá phát cuốn mũi dưới và vẹo vách ngăn có chỉ định phẫu thuật nội soi chỉnh hình cuốn mũi dưới bằng sóng cao tần và chỉnh hình vách ngăn tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Thành phố Hồ Chí Minh, từ tháng 12/2024 đến 06/2025. **Kết quả:** Trong 40 bệnh nhân, nữ giới chiếm 22,5 %, nam giới là 77,5 %; Độ tuổi trung bình $30,4 \pm 10,8$; Yếu tố tiếp xúc thường gặp nhất là lạnh; Tổng điểm NOSE trước phẫu thuật là 62,3, sau phẫu thuật 1 tuần là 29,2 và sau 3 tuần là 11,1. Sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$; Biến chứng sau phẫu thuật: chảy máu 7,5% (3/40 trường hợp), tụ máu vách ngăn 2,5% (1/40 trường hợp), giảm ngửi 5% (2/40 trường hợp). **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi chỉnh hình cuốn mũi dưới bằng sóng cao tần và chỉnh hình vách ngăn cho kết quả cải thiện triệu chứng nghẹt mũi đáng kể, với tỉ lệ biến chứng thấp. **Từ khóa:** Dị hình vách ngăn, quá phát cuốn mũi dưới, chỉnh hình vách ngăn, chỉnh hình cuốn mũi dưới, sóng cao tần.

SUMMARY

EVALUATION OF SEPTOPLASTY SURGERY COMBINED WITH INFERIOR TURBINATE RADIOFREQUENCY ABLATION IN TREATMENT

¹Bệnh viện Tai Mũi Họng Thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lương Hữu Đăng

Email: luonghuudang167@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

OF PATIENTS WITH NASAL OBSTRUCTION

Objective: To evaluate the results of endoscopic inferior turbinate reduction using radiofrequency and septoplasty in the treatment of nasal obstruction in patients with inferior turbinate hypertrophy and deviated nasal septum. **Subjects and Methods:** A prospective descriptive study conducted on patients diagnosed with inferior turbinate hypertrophy and deviated nasal septum who were indicated for endoscopic inferior turbinate reduction with radiofrequency and septoplasty at Ho Chi Minh City Ear-Nose-Throat Hospital, from December 2024 to June 2025. **Results:** Among 40 patients, females accounted for 22.5%, and males for 77.5%; the mean age was 30.4 ± 10.8 years. The most common triggering factor was exposure to cold. The total NOSE (Nasal Obstruction Symptom Evaluation) score was 62.3 before surgery, 29.2 at 1 week after surgery, and 11.1 at 3 weeks after surgery. The change was statistically significant with $p < 0.001$. Post-operative complications included bleeding in 7.5% (3/40 cases), septal hematoma in 2.5% (1/40 cases), and hyposmia in 5% (2/40 cases). **Conclusion:** Endoscopic inferior turbinate reduction with radiofrequency and septoplasty provides a significant improvement in nasal obstruction symptoms with a low complication rate. **Keywords:** Deviated septum, inferior turbinate hypertrophy, septoplasty, inferior turbinate reduction, radiofrequency.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong nhiều nguyên nhân gây nghẹt mũi kéo dài, vẹo vách ngăn và quá phát cuốn mũi dưới được xem là nguyên nhân chính của vấn đề này [1]. Quá phát cuốn mũi dưới thường do viêm mũi kéo dài hoặc do vẹo vách ngăn mũi (theo cơ chế bù trừ và cân bằng trở kháng hai bên mũi). Thêm vào đó, quá phát cuốn mũi dưới được cho là giảm hiệu quả điều trị nghẹt mũi của phẫu