

với cỡ mẫu lớn hơn, đa trung tâm đánh giá rõ hơn vai trò của các chỉ số tiểu cầu. Việc kết hợp các chỉ số tiểu cầu với các xét nghiệm khác và phân tích trên các nhóm đối tượng cụ thể sẽ giúp nâng cao giá trị ứng dụng lâm sàng. Những hướng đi này có thể góp phần xây dựng mô hình chẩn đoán thiếu máu thiếu sắt toàn diện và chính xác hơn.

## V. KẾT LUẬN

Tăng tiểu cầu là bất thường tiểu cầu phổ biến nhất liên quan đến thiếu máu thiếu sắt. Phân tích giá trị chẩn đoán cho thấy PLT và MPV/PLT là yếu tố dự đoán đáng tin cậy đối với thiếu máu thiếu sắt. Vì vậy, PLT và MPV/PLT có thể được coi là các chỉ số gợi ý hữu ích trong chẩn đoán thiếu máu thiếu sắt ở trẻ em. Ở những cơ sở chưa có xét nghiệm sắt huyết thanh và ferritin huyết thanh, PLT tăng và MPV/PLT thấp có thể giúp sàng lọc thiếu máu thiếu sắt và chỉ định ưu tiên làm các xét nghiệm chuyên sâu hơn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý huyết học. Quyết định số 1832/QĐ-BYT. Hà Nội: Bộ Y tế; 2022. p.16–9.
- Aulakh R, Sohi I, Singh T, Kakkar N.** Thrombocytosis and iron deficiency anemia: is there a link? Indian J Pediatr. 2008;75(7):693–5.
- Cho SY, Yang JJ, Suh J, Lee W, Lee HJ.** Mean platelet volume/platelet count ratio in anemia. Platelets. 2013;24(3):244–245.
- Fahim FM, Helal SR, Fathalla E, Saeed AN, Galal SM.** Platelets abnormalities in children with iron deficiency anemia. J Curr Med Res Pract. 2022;7(1):22–8.
- Ghali HH, Neamah AM, Abbood MA, Faraj SA.** Evaluation of mean platelet volume/platelet count ratio before and after iron deficiency anemia treatment. IOSR J Dent Med Sci. 2022;11(2):54–9.
- Gomaa IES, Ismail NY, Mostafa AH, Ali HF.** Platelets abnormalities in children with iron deficiency anemia. Al-Azhar J Pediatr. 2023;26(2):3307–26.
- World Health Organization.** Nutritional anaemias: tools for effective prevention and control. Geneva: WHO; 2017.
- World Health Organization.** Guideline on haemoglobin cutoffs to define anaemia in individuals and populations. Geneva: World Health Organization; 2024.

## TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ HỘI CHỨNG NUÔI ĂN LẠI TÀI KHOA HỒI SỨC NHIỄM BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Trịnh Quang Huy<sup>1</sup>, Phùng Nguyễn Thế Nguyên<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả tình trạng dinh dưỡng, các đặc điểm nuôi ăn; xác định tỉ lệ, biểu hiện lâm sàng, và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân mắc hội chứng nuôi ăn lại (HCNAL). **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả loạt ca, tiến cứu với 156 bệnh nhân từ 2 tháng tuổi - 16 tuổi nhập khoa Hồi sức Nhiễm bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 01/02/2025 đến 26/05/2025. **Kết quả:** Trong 156 trẻ có 38,2% trẻ có ít nhất 1 vấn đề thiếu dinh dưỡng (SDD cấp, SDD mạn, SDD thiếu cân hoặc chu vi vòng cánh tay nhỏ) và 14,7% trẻ có vấn đề thừa dinh dưỡng (thừa cân, béo phì). Ở trẻ ≤ 5 tuổi chủ yếu gặp suy dinh dưỡng với tỷ lệ SDD cấp là 17,1% và tỉ lệ SDD mạn là 23,1%; ở trẻ > 5 tuổi, nhóm thừa cân - béo phì chiếm tỉ lệ đáng kể là 37,5%. Hầu hết trẻ (92,3%) được nuôi ăn tiêu hoá hoàn toàn và có 9,0% trường hợp có gián đoạn nuôi ăn, nguyên nhân thường gặp nhất là bất dung nạp tiêu hoá (42,9%). Về HCNAL, có 19,5% trẻ mắc, trong đó 50% trẻ giảm cả 3 loại điện giải K, Mg, P và P là điện giải có tỉ lệ

giảm nặng cao nhất (57,7%). Hai yếu tố cho thấy liên quan đến HCNAL bao gồm tuổi trên 24 tháng và có nuôi ăn bằng đường tĩnh mạch. **Kết luận:** Tỉ lệ SDD của trẻ bệnh nặng vẫn còn cao. HCNAL có tỉ lệ cao, nhất là ở trẻ trên 2 tuổi và có nuôi ăn tĩnh mạch.

**Từ khóa:** Suy dinh dưỡng, hội chứng nuôi ăn lại, bất dung nạp tiêu hoá.

### SUMMARY

#### NUTRITIONAL STATUS AND PREVALENCE OF REFEEDING SYNDROME IN THE INFECTIOUS DISEASES INTENSIVE CARE UNIT, CHILDREN'S HOSPITAL 1

**Objective:** To describe the nutritional status and feeding characteristics; and to determine the prevalence, clinical features, as well as related factors among patients with refeeding syndrome (RFS). **Methods:** A prospective descriptive case series was conducted on 156 patients aged 2 months to 16 years admitted to the Infectious Disease Intensive Care Unit, Children's Hospital 1. **Results:** Among the 156 children, 38,2% had at least one type of undernutrition (acute malnutrition, chronic malnutrition, underweight, or low mid-upper arm circumference), while 14,7% presented with overnutrition (overweight or obesity). In children aged ≤5 years, malnutrition predominated, with rates of acute and chronic malnutrition of 17,1% and 23,1%,

<sup>1</sup>Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Nhi Đồng 1

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Nguyễn Thế Nguyên

Email: nguyennphung@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 29.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.11.2025

Ngày duyệt bài: 5.01.2026

respectively. In contrast, among those aged >5 years, overweight and obesity accounted for a substantial proportion (37,5%). Most patients (92,3%) received exclusive enteral nutrition, and 9,0% experienced feeding interruptions, most commonly due to gastrointestinal intolerance (42,9%). Regarding refeeding syndrome, 19,5% of patients were affected. Among them, 50% exhibited concurrent reductions in all three electrolytes (K, Mg, and P), with phosphorus showing the highest rate of severe depletion (57,7%). Two factors found to be associated with refeeding syndrome were age over 24 months and receiving parenteral nutrition. **Conclusion:** The prevalence of malnutrition among critically ill children remains high. RFS occurs frequently, especially among children over 2 years and those receiving parenteral nutrition.

**Keywords:** Malnutrition, Refeeding syndrome, Feeding intolerance.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình trạng dinh dưỡng là yếu tố nền tảng ảnh hưởng mạnh mẽ đến tiên lượng và kết quả điều trị của bệnh nhân, đặc biệt trong các khoa hồi sức nhi. Trẻ nhập viện trong tình trạng suy dinh dưỡng có nguy cơ cao gặp biến chứng, kéo dài thời gian nằm viện, tăng tỉ lệ nhiễm trùng và tử vong. Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy tỉ lệ suy dinh dưỡng (SDD) ở bệnh nhi hồi sức dao động từ 33% đến hơn 60%, cao hơn hẳn so với mặt bằng chung của trẻ nhập viện các khoa khác. Bên cạnh đó, gánh nặng kép về dinh dưỡng đang ngày càng rõ rệt khi nhóm thừa cân – béo phì cũng bắt đầu xuất hiện tại các đơn vị hồi sức, chiếm khoảng 10 - 15% số ca nhập viện, phản ánh sự chuyển dịch dịch tể dinh dưỡng ở trẻ em Việt Nam trong những năm gần đây (1).

Song song với đó, một vấn đề nổi bật trong chăm sóc dinh dưỡng là hội chứng nuôi ăn lại (HCNAL), một rối loạn chuyển hoá nguy hiểm xảy ra khi cơ thể được cung cấp dinh dưỡng trở lại sau giai đoạn nhịn đói hoặc nuôi ăn không đầy đủ. Sự thay đổi đột ngột về chuyển hóa và điện giải, đặc biệt hạ phospho, kali và magie máu, có thể dẫn đến rối loạn nhịp tim, suy hô hấp hoặc thậm chí tử vong. Tuy đã được ghi nhận trên thế giới từ lâu, HCNAL vẫn còn ít được quan tâm tại Việt Nam, nhất là ở bệnh nhi hồi sức. Một số nghiên cứu trong nước cho thấy có đến 41,4% trẻ nằm ICU có biểu hiện của HCNAL trong tuần đầu điều trị, cho thấy đây là biến chứng không hiếm gặp nhưng chưa được tầm soát thường quy (2).

Trước thực trạng đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với đề tài "Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và hội chứng nuôi ăn lại tại khoa Hồi sức Nhiễm, Bệnh viện Nhi Đồng 1" nhằm mô tả thực trạng và các yếu tố liên quan của hai vấn đề trên.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả loạt ca, tiến cứu

**Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhi từ 2 tháng tuổi - 16 tuổi nhập khoa Hồi sức Nhiễm, bệnh viện Nhi Đồng 1

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Lấy trọn mẫu.

**Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** Thời gian nghiên cứu: 01/02/2025 - 26/05/2025; Địa điểm nghiên cứu: Khoa Hồi sức Nhiễm, bệnh viện Nhi Đồng 1

**Biến số và chỉ số nghiên cứu:**

- Các chỉ số nhân trắc: cân nặng (CN), chiều cao (CC), vòng cánh tay (MUAC), vòng đầu (VD) và phân loại dinh dưỡng theo WHO 2017

- Đặc điểm nuôi ăn, bao gồm: đường nuôi ăn, gián đoạn nuôi ăn, lí do gián đoạn, năng lượng và protein nuôi ăn cao nhất đạt được trong tuần 1 và tuần 2 sau nhập khoa

- Hội chứng nuôi ăn lại, thời điểm mắc, số ngày nuôi ăn kém; K, Mg, P máu tại thời điểm ngày 3-5 sau khi nuôi ăn nhanh theo Doig (2015) (3).

**Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện sau khi được phê duyệt của hội đồng Đạo đức bệnh viện Nhi Đồng 1, TP HCM theo quyết định số 429/GCN-BVNĐ1

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi ghi nhận được 156 trường hợp nhập khoa Hồi sức Nhiễm, BV Nhi Đồng 1 trong thời gian nghiên cứu.

**3.1. Tình trạng dinh dưỡng và đặc điểm nuôi ăn.** Trong nghiên cứu, trẻ nam chiếm ưu thế, tỉ lệ Nam:Nữ = 2:1. Có 20,5% ở TP. HCM, còn lại ở các tỉnh thành khác như Tây Ninh, An Giang, Tiền Giang và Đồng Nai. Tỉ lệ trẻ có tiền căn sinh non là 21%. Các bệnh/nhóm bệnh chính của dân số nghiên cứu là Viêm phổi - Sởi (67,3%), Nhiễm trùng thần kinh trung ương (16%), Viêm phổi không Sởi (14,7%) và các bệnh lí nhiễm khác như Lao, Bệnh tay chân miệng.

Trong 156 trẻ, có 7 ca sinh non <50 tuần tuổi thai hiệu chỉnh và 149 ca có tuổi thật/ tuổi thai hiệu chỉnh  $\geq$  50 tuần. Chúng tôi phân loại dinh dưỡng của 149 trẻ này theo WHO 2017.

**Bảng 1. Phân loại tình trạng dinh dưỡng theo WHO 2017**

Phân loại tình trạng dinh dưỡng trẻ >50 tuần tuổi thai hiệu chỉnh (n=149)*	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
SDD cấp	27	18,1%
SDD mạn	33	22,2%
Thừa cân	10	6,7%
Béo phì	12	8,0%

SDD thiếu cân ( $\leq 5$ tuổi)	19	12,7%
MUAC nhỏ ( $>6$ tháng - 5 tuổi)	18	12,1%

\*Phân loại theo WHO, 2017

Về phân loại tình trạng dinh dưỡng, có 57 trẻ có ít nhất 1 vấn đề về thiếu dinh dưỡng (SDD cấp, SDD mạn, SDD thiếu cân hoặc MUAC nhỏ), chiếm 38,2%. Trong đó 33 trẻ có SDD mạn, 27 trẻ SDD cấp và 6 trẻ SDD cấp trên nền mạn. Có 22 trẻ có vấn đề thừa dinh dưỡng (thừa cân hoặc béo phì), chiếm 14,7%. Khi phân nhóm tuổi, nhóm trẻ  $\leq 5$  tuổi có vấn đề SDD là chủ yếu (20 ca SDD cấp chiếm 17,1% và 27 ca SDD mạn chiếm 23,1%), chỉ 10 ca (8,5%) có thừa cân hoặc béo phì. Ngược lại, trẻ  $> 5$  tuổi có 12

ca thừa dinh dưỡng, chiếm 37,5%, trong đó tỉ lệ trẻ béo phì (8 ca) gấp 2 lần trẻ thừa cân (4 ca).

Về đặc điểm nuôi ăn, có 92,3% trẻ được nuôi ăn tiêu hoá hoàn toàn và 7,7% trẻ được nuôi ăn tiêu hoá kết hợp tĩnh mạch. Không có trẻ nào nuôi ăn tĩnh mạch hoàn toàn. Có 14 bệnh nhân có gián đoạn nuôi ăn tiêu hoá, chiếm 9,0%. Trong đó, nhiều nhất là do bất dung nạp tiêu hoá, chiếm 42,9% tổng số ca gián đoạn nuôi ăn. Trong nhóm 12 trẻ nuôi ăn tĩnh mạch, 83,3% được nuôi ăn qua đường ngoại biên và thời gian nuôi ăn tĩnh mạch trung bình là 3,3 ngày, trong đó có 11 trẻ có thời gian nuôi ăn tĩnh mạch  $\leq 5$  ngày.

**Bảng 2. Đặc điểm năng lượng và protein của nuôi ăn trong 2 tuần đầu**

Đặc điểm	Tổng cộng n = 156	Đường tiêu hoá n = 144	Đường tiêu hoá và tĩnh mạch n = 12
<b>Nuôi ăn tuần 1</b>			
Năng lượng tuần 1 (kcal/kg)	74,2 (61,4 - 80,3)	74,4 (64,2 - 81,0)	57,9* ( $\pm 22,0$ )
Ngày đạt	1 (1 - 3)	1 (1 - 3)	2,75* ( $\pm 2,1$ )
Tỉ lệ E/REE tuần 1	1,3 (1,2 - 1,5)	1,4 (1,2 - 1,5)	1,2* ( $\pm 0,3$ )
Protein tuần 1	2,1* ( $\pm 0,8$ )	2,2 (1,6 - 2,7)	1,8* ( $\pm 0,8$ )
<b>Nuôi ăn tuần 2</b>			
Năng lượng tuần 2 (kcal/kg)	69,2* ( $\pm 27,7$ )	70,2* ( $\pm 28,6$ )	60,5* ( $\pm 18,8$ )
Ngày đạt	8 (8 - 8)	8 (8 - 8)	9,2* ( $\pm 1,5$ )
Tỉ lệ E/REE tuần 2	1,38* ( $\pm 0,42$ )	1,41* ( $\pm 0,42$ )	1,17* ( $\pm 0,38$ )
Protein tuần 2 (g/kg)	2,2* ( $\pm 0,85$ )	2,19* ( $\pm 0,87$ )	1,88* ( $\pm 0,75$ )

*Chú thích:* E/REE: tỉ lệ năng lượng nạp vào và nhu cầu năng lượng

Trong tuần 1, có 84,6% trẻ được nuôi ăn đủ năng lượng, và 94,2% được nuôi ăn đủ protein. Trong tuần 2, 82,5% trẻ được nuôi ăn đủ năng lượng và 92,1% đủ protein. Nhóm có nuôi ăn tĩnh mạch trung bình đạt được tối đa năng lượng sau 2,75 ngày; trẻ hơn so với dân số chung và nhóm nuôi ăn tiêu hoá hoàn toàn.

**3.2. Hội chứng nuôi ăn lại.** Trong 156 ca bệnh, có 133 bệnh nhi không hạ phospho máu từ khi nhập khoa được đưa vào nghiên cứu HCNAL. Có 26 ca mắc HCNAL, chiếm 19,5%. Trong số này, nam chiếm ưu thế, tỉ lệ Nam:Nữ là 1,6 và chẩn đoán chiếm tỉ lệ cao nhất là Viêm phổi - Sởi. Tỉ lệ SDD cấp và mạn của HCNAL (19,2% và 26,9%) gần tương đương dân số chung, tuy nhiên tỉ lệ thừa cân-béo phì (15,4%) thấp hơn.

Trung vị thời điểm mắc HCNAL tính từ sau nhập khoa là 4,5 ngày (khoảng tứ phân vị: 3-5 ngày). Trung vị số ngày nuôi ăn kém trước đó là 5 ngày (khoảng tứ phân vị 5-7 ngày).

**Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng của nhóm mắc HCNAL**

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
<b>Tình trạng điện giải khi mắc HCNAL</b>		
Hạ Kali máu	18	69,2
Hạ Magne máu	26	100

Hạ Phospho máu	19	73
<b>Hạ Na máu</b>		
Có	14	53,8
Không	12	46,2
<b>Hạ Calci máu</b>		
Có	1	3,8
Không	25	96,2
<b>Khí máu động mạch</b>		
pH*	7,45 ( $\pm 0,1$ )	
pCO2*	33,9 ( $\pm 7,69$ )	
BE*	0,29 ( $\pm 3,9$ )	

Tất cả các trẻ đều giảm Mg máu, 73% trẻ giảm Phospho máu và 69,2% trẻ giảm K máu. 92,3% số trẻ giảm 1 trong 2 điện giải trong máu: K, Mg, P. 50% số trẻ giảm cả 3 điện giải. Phospho máu có tỉ lệ giảm nặng cao nhất trong 3 điện giải, chiếm 57,7%.

Các đặc điểm dịch tễ: giới tính, địa chỉ, tiền căn sinh non, tình trạng dinh dưỡng (SDD cấp, SDD mạn, MUAC nhỏ, thừa cân béo phì) và các chẩn đoán nhập khoa không cho thấy liên quan với kết cục HCNAL. Hai yếu tố liên quan đến HCNAL là tuổi  $>24$  tháng và trẻ có nuôi ăn đường tĩnh mạch. Cụ thể phân tích theo mô hình Logistic đa biến, nhóm  $> 24$  tháng tuổi có khả năng mắc HCNAL gấp 3,7 lần so với nhóm  $\leq 24$  tháng tuổi (OR = 3,7; KTC 95%: 1,44-9,51; p = 0.02); nhóm có nuôi ăn tĩnh mạch có khả năng

mắc HCNAL gấp 7,28 lần so với nhóm không có nuôi ăn tĩnh mạch (OR = 7,28; KTC 95%: 1,76-30,23; p = 0,001).

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Tình trạng dinh dưỡng và đặc điểm nuôi ăn.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, SDD cấp chiếm 18,1%, SDD mạn 22,2%, nhẹ cân 12,7%, trong khi thừa cân 6,7% và béo phì 8,0%. Tỷ lệ SDD này thấp hơn báo cáo tại BV Nhi Đồng 2 của Nguyễn Thị Thu Hậu (2019), nơi SDD tổng đạt 47,5% và SDD nặng 33,7%. So với BV Nhi Đồng 1 trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Nguyễn (2015): SDD cấp 33,8%, SDD mạn 33,1%, nhẹ cân 36,9% thì mức SDD trong nghiên cứu hiện tại cũng thấp hơn. Bức tranh chung ở các Đơn vị chăm sóc tích cực Nhi (PICU) cho thấy SDD thường 33–63% (có thể tới 67% ở nhóm tim mạch), đồng thời thừa cân/béo phì xuất hiện khoảng 10%, phù hợp xu hướng “gánh nặng kép” mà số liệu của chúng tôi cũng ghi nhận (1, 2).

Theo khảo sát ASPEN/SCCM của Mehta và cộng sự, 79% bệnh nhi tại PICU ở Mỹ – Canada được nuôi ăn tiêu hoá (Enteral nutrition - EN), trong đó 29% có phối hợp nuôi ăn tĩnh mạch (Parenteral nutrition - PN) hỗ trợ (4). Ở châu Á và Trung Đông, nghiên cứu của Lee J.H. và Wong J.J. (2016) cho thấy 83% trung tâm ưu tiên EN, song phần lớn (79%) vẫn phối hợp PN (5). Tại BV Nhi Đồng 1, nghiên cứu của Nguyễn Thị Nguyễn (2015) ghi nhận EN hoàn toàn chỉ đạt 28,5%, trong khi nghiên cứu hiện tại sau 10 năm cho thấy EN hoàn toàn tăng lên 92%, không còn trường hợp PN đơn thuần (1). Kết quả này phản ánh xu hướng cải thiện rõ rệt trong thực hành nuôi ăn, phù hợp với khuyến cáo của ASPEN/SCCM và ESPNIC về ưu tiên EN khi có thể dung nạp.

Ở trẻ có rối loạn huyết động hoặc dùng thuốc vận mạch, EN thường bị tạm ngưng do lo ngại biến chứng tiêu hoá, song nhiều nghiên cứu cho thấy phần lớn các lần gián đoạn có thể phòng ngừa được. Trên thế giới, tỷ lệ gián đoạn nuôi ăn tiêu hoá (Enteral Nutrition Interruption - ENI) dao động lớn: châu Âu ghi nhận 37,3% với hơn 40% do thủ thuật, Bắc Mỹ báo cáo mỗi bệnh nhi trung bình ngưng ăn hơn 11 giờ/ngày. Các nguyên nhân phổ biến nhất gồm thủ thuật và nhịn ăn trước thủ thuật (30–85%), bất dung nạp tiêu hoá (10–20%) và lỗi kỹ thuật ống nuôi (9%). Trong khi đó, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ ENI chỉ 9,6%, thấp hơn rõ rệt so với các nước khác, chủ yếu do sốc, suy hô hấp và bất dung nạp tiêu hoá. Kết quả này phản ánh xu hướng thực

hành tích cực và linh hoạt hơn, chỉ tạm ngưng khi thật cần thiết và khởi động lại sớm để đảm bảo cung cấp dinh dưỡng tối ưu (6).

Khuyến cáo quốc tế (ASPEN/SCCM 2017) đề xuất chiến lược “nuôi dưới mức cho phép” trong tuần đầu, chỉ đạt 60–70% nhu cầu năng lượng nhưng vẫn đảm bảo  $\geq 1,5$  g protein/kg/ngày (4). Việc cân bằng năng lượng – protein được xem là yếu tố then chốt cải thiện tiên lượng, hạn chế nhiễm trùng và giảm thời gian thở máy. Nghiên cứu gần đây tại Thái Lan (Rungsattatharm, 2022) ghi nhận tỷ lệ đạt mục tiêu năng lượng – protein tăng lên đáng kể khi có chuyên gia dinh dưỡng và quy trình chuẩn (7). Nguyên nhân thiếu hụt chủ yếu đến từ ba nhóm: yếu tố bệnh nhân (rối loạn huyết động, dung nạp kém), quy trình (gián đoạn do thủ thuật), và hệ thống (thiếu đo năng lượng gián tiếp, thiếu nhân sự dinh dưỡng). Trong khi đó, nuôi ăn quá mức cũng là nguy cơ đáng chú ý, dễ gây tăng CO<sub>2</sub> và rối loạn chuyển hoá. Nghiên cứu hiện tại của chúng tôi cho thấy mức năng lượng – protein trung bình 74,2 kcal/kg và 2,14 g/kg/ngày, với hơn 80% bệnh nhi đạt đủ năng lượng và trên 90% đạt đủ protein – cải thiện rõ rệt so với 10 năm trước.

**4.2. Hội chứng nuôi ăn lại.** Tỷ lệ mắc hội chứng nuôi ăn lại (HCNAL) dao động rộng giữa các nghiên cứu do khác biệt về tiêu chuẩn chẩn đoán và đặc điểm dân số. Nghiên cứu tại Uruguay cho thấy HCNAL gặp ở 81% trẻ tại PICU, đặc biệt cao ở nhóm suy dinh dưỡng (8). Tại Việt Nam, nghiên cứu này ghi nhận tỷ lệ 19,5%, cao hơn so với châu Âu và tương đương các quốc gia thu nhập thấp, trong bối cảnh tỷ lệ bệnh nhi nhiễm trùng cấp và nuôi ăn tiêu hoá cao. Kết quả này phù hợp với ghi nhận của Nguyễn Thị Thu Hậu (2019), khi hạ phospho máu – biểu hiện điển hình của HCNAL – vẫn phổ biến ở bệnh nhi hồi sức, nhấn mạnh đây là rối loạn chuyển hoá cần được theo dõi chặt chẽ (2).

Trong nghiên cứu này, toàn bộ bệnh nhi mắc HCNAL đều có ít nhất một rối loạn điện giải, trong đó hạ magne máu chiếm 100%, hạ phospho 73% và hạ kali 69,2%, với hơn một nửa trường hợp hạ phospho ở mức nặng. Hầu hết bệnh nhân (92,3%) giảm đồng thời  $\geq 2$  điện giải và 50% giảm cả ba loại (K, Mg, P). Nhóm bệnh chủ yếu là nhiễm trùng nặng và suy dinh dưỡng, khiến rối loạn điện giải trở nên sâu và phức tạp hơn. So với các nghiên cứu quốc tế, tỷ lệ hạ phospho máu trong nghiên cứu này nằm ở mức cao, phù hợp với xu hướng chung rằng hạ phospho là biểu hiện nổi bật nhất của HCNAL. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hậu (2019) tại Việt Nam cũng ghi nhận 51,9% trẻ nhập hồi sức

bị hạ phospho máu, cho thấy tình trạng thiếu phospho vẫn phổ biến và có ý nghĩa tiên lượng quan trọng trong HCNAL (2).

## V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ SDD của trẻ bệnh nặng vẫn còn cao, đặc biệt ở nhóm dưới 5 tuổi. Do đó, cần có chiến lược sàng lọc và hỗ trợ điều trị dinh dưỡng sớm cho trẻ nhập khoa hồi sức, đặc biệt chú trọng nhóm SDD cấp và mạn. HCNAL có tỉ lệ cao, nhất là ở trẻ > 2 tuổi và có nuôi ăn tĩnh mạch. Do đó, cần lưu ý nguy cơ HCNAL khi nhập khoa Hồi sức, đặc biệt trên các nhóm trẻ này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Quang Vinh, Nguyễn Thị Nguyên, Phùng Nguyễn Thế Nguyên.** Tình trạng dinh dưỡng và diễn tiến trên trẻ 1-59 tháng điều trị tại khoa Hồi sức Tích cực - Chống độc bệnh viện Nhi đồng 1 Thành phố Hồ Chí Minh. Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm. 2015;13(5):9-14.
2. **Nguyễn Thị Thu Hậu, Nguyễn Anh Tuấn, Nguyễn Đỗ Nguyên.** Hạ phospho máu và hội chứng nuôi ăn lại. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2019;23(4):126-35.
3. **Doig G. S., Simpson F., Heighes P. T., Bellomo R., Chesher D., Caterson I. D., et al.** Restricted versus continued standard caloric

intake during the management of refeeding syndrome in critically ill adults: a randomised, parallel-group, multicentre, single-blind controlled trial. *Lancet Respir Med.* 2015;3(12):943-52.

4. **Mehta N. M., Bechard L. J., Zurakowski D., Duggan C. P., Heyland D. K.** Adequate enteral protein intake is inversely associated with 60-d mortality in critically ill children: a multicenter, prospective, cohort study. *Am J Clin Nutr.* 2015;102(1):199-206.
5. **Wong J. J., Ong C., Han W. M., Mehta N. M., Lee J. H.** Survey of contemporary feeding practices in critically ill children in the Asia-Pacific and the Middle East. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2016;25(1):118-25.
6. **Keehn A., O'Brien C., Mazurak V., Brunet-Wood K., Joffe A., de Caen A., et al.** Epidemiology of interruptions to nutrition support in critically ill children in the pediatric intensive care unit. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2015;39(2):211-7.
7. **Rungsattatharm L., Kongkiattikul L., Samransamruajkit R., Chomtho S.** Achievement of nutritional goals after a pediatric intensive care unit nutrition support guideline implementation. *Clin Nutr ESPEN.* 2022;50:277-82.
8. **Martínez Martínez A, Rodríguez Vignoli A de L, Telechea Ortiz HM.** Prevalence of Refeeding Syndrome in a Pediatric Intensive Care Unit. *Andes Pediatrica.* 2025;96(1):59-66.

## HÌNH THÁI LÂM SÀNG KHE HỞ VÒM MIỆNG KHÔNG TOÀN BỘ CỦA BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT NAM - CUBA GIAI ĐOẠN 2019- 2025

Nguyễn Trung Nghĩa<sup>1,2</sup>, Phùng Thị Thu Hà<sup>1,2</sup>, Nguyễn Hồng Nhung<sup>1</sup>, Nguyễn Cao Thắng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu được thực hiện trên 35 bệnh nhân được chẩn đoán khe hở vòm miệng không toàn bộ được điều trị tại khoa Phẫu thuật tạo hình, Bệnh viện Việt Nam - Cuba trong giai đoạn từ năm 2019-2025. Kết quả nghiên cứu cho thấy: khe hở vòm miệng không toàn bộ gặp ở nữ nhiều hơn, độ dài khe hở vòm miệng không toàn bộ trung bình là  $24,17 \pm 6,71$ mm; chiều rộng khe hở qua cổ lưỡi gà trung bình là  $12,46 \pm 3,6$ mm; chiều rộng khe hở qua gai mũi sau trung bình là  $5,80 \pm 4,31$ mm; khoảng cách đầu lưỡi gà - thành sau họng trung bình là  $17,23 \pm 2,80$ mm; khoảng cách nhỏ nhất là 13mm và lớn nhất là 25mm; các thông số về kích thước khe hở ở nam giới có xu hướng lớn hơn so với ở nữ giới.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam - Cuba

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trung Nghĩa

Email: trungnghia.dentist@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.11.2025

Ngày duyệt bài: 6.01.2026

### SUMMARY

#### CLINICAL MORPHOLOGY OF INCOMPLETE CLEFT PALATE IN PATIENTS TREATED AT VIETNAM-CUBA FRIENDSHIP HOSPITAL, 2019-2025

A retrospective study was conducted on 35 patients diagnosed with incomplete cleft palate who were treated at the Department of Plastic Surgery, Vietnam-Cuba Hospital, from 2019 to 2025. The findings showed that incomplete cleft palate occurred more frequently in females. The average length of the incomplete cleft palate was  $24.17 \pm 6.71$  mm; the average width of the cleft at the level of the uvular neck was  $12.46 \pm 3.6$  mm; the average width at the posterior nasal spine was  $5.80 \pm 4.31$  mm. The average distance from the uvula tip to the posterior pharyngeal wall was  $17.23 \pm 2.80$  mm, with a minimum of 13 mm and a maximum of 25 mm. Overall, cleft dimensions tended to be greater in males than in females.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ