

không tốt đến sự phục hồi CNTP trung hạn. Theo dõi dọc cho thấy CNTP có xu hướng tốt dần lên trong vòng 1 năm sau phẫu thuật với các thông số đánh giá CNTP tăng dần lên, tuy nhiên những bệnh nhân bị HoBL $\geq 2+$ mức độ tăng FAC trung hạn kém hơn so với bệnh nhân có kết quả sửa van ba lá tốt (Biểu đồ 1) Như vậy HoBL $\geq 2+$ sau phẫu thuật có ảnh hưởng không tốt đến CNTP.

Tăng ALĐMP do bệnh van tim bên trái là cơ chế quan trọng gây tái cấu trúc các buồng tim phải, gây HoBL và rối loạn CNTP.⁵ Kết quả nghiên cứu cho thấy ALĐMP tâm thu > 50 mmHg trước phẫu thuật làm tăng nguy cơ rối loạn CNTP sớm sau phẫu thuật lên 2,4 lần ($p = 0,038$) (Bảng 7).

V. KẾT LUẬN

HoBL mức độ vừa trở lên sau phẫu thuật van hai lá kèm sửa VBL là tình trạng thường gặp và có xu hướng tăng lên theo thời gian (khoảng 30% trong vòng 1 năm sau phẫu thuật). HoBL nặng trước phẫu thuật, HoBL thực tổn, phối hợp tổn thương van ĐMC làm tăng nguy cơ HoBL mức độ vừa trở lên sau phẫu thuật. Các thông số TAPSE, S' giảm sau mổ phản ánh sự giảm hoạt động theo chiều dọc của thất phải hơn là CNTP toàn bộ. Yếu tố nguy cơ của tình trạng suy CNTP sớm sau phẫu thuật (FAC $< 35\%$) là suy CNTP trước phẫu thuật (các thông số TAPSE, S', FAC dưới ngưỡng bình thường). HoBL nặng lên sau phẫu thuật ảnh hưởng không tốt đến CNTP.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Izumi C, Iga K, Konishi T.** Progression of isolated tricuspid regurgitation late after mitral valve surgery for rheumatic mitral valve disease. *J Heart Valve Dis.* 2002;11(3):353-356.

2. **Groves PH, Hall RJ.** Late tricuspid regurgitation following mitral valve surgery. *J Heart Valve Dis.* 1992;1(1):80-86.

3. **Lang RM, Badano LP, Mor-Avi V, et al.** Recommendations for cardiac chamber quantification by echocardiography in adults: an update from the American Society of Echocardiography and the European Association of Cardiovascular Imaging. *J Am Soc Echocardiogr.* 2015;28(1):1-39.e14. doi:10.1016/j.echo.2014.10.003

4. **Zoghbi WA, Adams D, Bonow RO, et al. Recommendations for Noninvasive Evaluation of Native Valvular Regurgitation: A Report from the American Society of Echocardiography Developed in Collaboration with the Society for Cardiovascular Magnetic Resonance.** *J Am Soc Echocardiogr.* 2017;30(4):303-371. doi:10.1016/j.echo.2017.01.007

5. **Del Rio JM, Grecu L, Nicoara A.** Right Ventricular Function in Left Heart Disease. *Semin Cardiothorac Vasc Anesth.* 2019;23(1):88-107. doi:10.1177/1089253218799345

6. **Maffessanti F, Gripari P, Tamborini G, et al.** Evaluation of right ventricular systolic function after mitral valve repair: a two-dimensional Doppler, speckle-tracking, and three-dimensional echocardiographic study. *J Am Soc Echocardiogr.* 2012;25(7):701-708. doi:10.1016/j.echo.2012.03.017

7. **Zanobini M, Saccoci M, Tamborini G, et al.** Postoperative Echocardiographic Reduction of Right Ventricular Function: Is Pericardial Opening Modality the Main Culprit? *Biomed Res Int.* 2017;2017:4808757. doi:10.1155/2017/4808757

8. **Kuwaki K, Morishita K, Tsukamoto M, Abe T.** Tricuspid valve surgery for functional tricuspid valve regurgitation associated with left-sided valvular disease. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2001;20(3):577-582. doi:10.1016/s1010-7940(01)00786-2

MỘT SỐ CHỈ SỐ SỌ MẶT TRÊN PHIM ĐO SỌ NGHIÊNG CỦA BỆNH NHÂN KHỚP CẢN SÂU

Phạm Thu Trang¹, Trịnh Đình Hải², Tạ Anh Tuấn³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá một số chỉ số trên phim đo sọ nghiêng của bệnh nhân có khớp cắn sâu. **Đối tượng**

¹Bệnh viện Răng Hàm Mặt trung ương Hà Nội

²Đại học Y dược- Đại học quốc gia Hà Nội

³Viện nghiên cứu Y dược học lâm sàng 108

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thu Trang

Email: trangpham368@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2022

Ngày duyệt bài: 6.5.2022

và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện trên 60 bệnh nhân có khớp cắn sâu đến khám và điều trị tại bệnh viện răng hàm mặt trung ương Hà Nội, sử dụng kết quả đo các chỉ số trên phim sọ nghiêng. **Kết quả:** Góc SNB (79.17^o) giảm và góc ANB (81.08^o) tăng so với giá trị bình thường, Chiều cao tăng mặt dưới giảm 68.45mm, Chỉ số về răng: Độ cắn trùm 4.22mm, Độ cắn chìa 6.31mm tăng hơn so với bình thường, Chiều cao tăng mặt dưới 68.45mm, Góc mũi môi 90.78 độ giảm hơn so với bình thường. **Kết luận:** Xương hàm dưới lùi sau, độ cắn chìa tăng, chiều cao tăng mặt dưới và góc mũi môi giảm.

SUMMARY**CEPHALOMETRIC CHARACTERISTICS OF DEEPBITE PATIENTS**

Objective: To evaluate the cephalometric dento-skeletal characteristics of deepbite patients. Materials and method: 60 deepbite patients was examined and treated in National Hospital of Odontostomatology, analysis index in the cephalometric. **Results:** SNB angle (79.17°) was reduced, ANB angle was (81.08°) slightly higher

Keyword: Cephalometric, deepbite

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cắn sâu là sự trùm quá mức theo chiều dọc của răng cửa hàm dưới bởi các răng cửa giữa hàm trên ở tư thế cắn khít trung tâm. Thông thường, rìa cắn của răng dưới phải tiếp xúc nhẹ nhàng ở vị trí gót răng hoặc trên gót răng của răng cửa giữa hàm trên, với độ cắn phủ khoảng 1mm đến 3mm. Do sự khác biệt về độ dài thân răng cửa giữa, độ cắn phủ bình thường là khoảng 5-25% hoặc một phần ba chiều cao lâm sàng của thân răng cửa hàm dưới [1].

Theo Profit 2013, cắn sâu chiếm 95.2% các vấn đề sai khớp cắn theo chiều dọc, chiếm gần 20% ở trẻ em 13% ở người lớn [2]. Cắn sâu cũng là dạng sai khớp cắn khó điều trị nhất. Tỷ lệ cắn sâu ở răng vĩnh viễn của người châu Á là 27%, châu Âu 14%, châu Phi 31%. Tại Việt Nam theo nghiên cứu của Nguyễn Minh Sơn và cộng sự 2014 tỷ lệ khớp cắn sâu là 26.3% [3]

Nguyên nhân khớp cắn sâu có thể là biểu hiện của nhiều vấn đề như sự sai khác về xương và về răng. Từ quan điểm phát triển, cắn sâu là do:

Do gen: Các yếu tố kế thừa như hình thái răng, mô hình xương và sai khớp cắn, hình thái tăng trưởng lồi cầu.

Do yếu tố môi trường: Các yếu tố do thay đổi từ bên ngoài như thói quen cơ, thay đổi vị trí răng, mất răng phía sau, Thói quen đẩy lưỡi bên. Hoặc kết hợp cả 2 yếu tố trên

Phát hiện và điều trị bệnh lí khớp cắn sâu là vấn đề cần thiết để nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Xuất phát từ những lí do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm: Đặc điểm XQ của bệnh nhân khớp cắn sâu

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm nghiên cứu: Khoa nắn chỉnh răng bệnh viện răng hàm mặt trung ương Hà Nội

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Chọn mẫu thuận tiện 60 người tham gia nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn. Bệnh nhân là người Việt Nam

- Độ cắn trùm >1/3 chiều dài răng cửa dưới
- Góc ANB < 8°
- Tự nguyện tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có rối loạn tâm thần.
- Bệnh nhân có hội chứng teo nửa mặt.
- Bệnh nhân có dị tật bẩm sinh về hàm mặt, dị dạng hàm mặt.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3 Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang
- Biến số và các chỉ số trong nghiên cứu
- Sử dụng phần mềm phân tích phim online Webceph

Các chỉ số về xương

SNA: Góc đánh giá vị trí xương hàm trên theo chiều trước sau so với nền sọ (độ).

SNB: Góc đánh giá vị trí xương hàm dưới theo chiều trước sau so với nền sọ (độ).

ANB: Góc đánh giá sự chênh lệch xương hàm trên và xương hàm dưới theo chiều trước sau (độ).

SN to maxillary plane: Góc giữa mặt phẳng hàm trên và nền sọ. Góc này đánh giá độ nghiêng của mặt phẳng hàm trên so với nền sọ (độ).

Gonial angle: Góc giữa mặt phẳng hàm dưới và cạnh lên xương hàm dưới (độ).

Mandibular plane angle: Góc mặt phẳng hàm dưới và mặt phẳng Frankfort (độ).

RFH: Góc giữa cạnh lên xương hàm dưới và mặt phẳng Frankfort (độ).

Anterior facial height: Chiều cao tăng mặt trước Na đến Me (mm)

Lower anterior facial height: Chiều cao tăng mặt dưới từ gai mũi trước ANS đến Me điểm thấp nhất của cằm (mm)

Lower AFH ratio: Tỷ lệ chiều cao tăng mặt dưới phía trước và chiều cao tăng mặt trước (mm)

UFH: Chiều cao tăng mặt trên trước (mm)

Răng

U1 to SN: Góc trục răng cửa trên với mặt phẳng nền sọ

IMPA: Góc trục răng cửa dưới với mặt phẳng hàm dưới GoMe.

Overbite: Độ cắn trùm (mm)

Over jet: Độ cắn phủ (mm)

U6-PP: Khoảng cách từ múi ngoài gần răng 6 trên đến mặt phẳng khẩu cái (mm)

U1-PP: Khoảng cách từ rìa cắn răng cửa trên đến mặt phẳng khẩu cái (mm)

L6-MP: Khoảng cách từ múi ngoài gần răng 6 dưới đến mặt phẳng hàm dưới (mm)

L1-MP: Khoảng cách từ rìa cắn răng cửa dưới đến mặt phẳng hàm dưới (mm)

Phần mềm

Lower lip to E-plane: Khoảng cách từ điểm nhô nhất môi dưới LL đến mặt phẳng thẩm mỹ E

Upper lip to E-plane: Khoảng cách từ điểm nhô nhất môi trên UL đến mặt phẳng thẩm mỹ E.

Nasolabial angle: Góc mũi môi

Phương pháp thu thập thông tin: Thông tin được thu thập qua bộ công cụ thu thập số liệu, phiếu khám lâm sàng

2.4. Xử lý số liệu: Chúng tôi sử dụng phần

mềm SPSS 20.0 để nhập và xử lý số liệu

Tính giá trị trung bình, kiểm định T – Test, So sánh 2 giá trị trung bình.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu đề tài

- Các bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu

- Các thông tin người tham gia nghiên cứu kín chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu khoa học.

- Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đề cương Viện y dược học lâm sàng 108

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng

3.1.1. Phân bố tuổi trung bình bắt đầu điều trị:

Bảng 3.1: Tuổi trung bình bắt đầu điều trị

Nhóm	N	GTBT	GTNN	GTLN
Tổng	60	21.15±9.80	11.00	51.00

Nhận xét: Tuổi nhỏ nhất bắt đầu điều trị là 11 tuổi, tuổi lớn nhất là 51 tuổi, tuổi trung bình bắt đầu điều trị là 21.15 tuổi.

3.1.2. Đặc điểm X quang

Bảng 2: Các chỉ số trên phim sọ nghiêng

Biến	N	GTTB	GTLN	GTNN	GTBT
Chỉ số về xương					
SNA	60	80.86±3.69	91.51	74.20	81.08±3.7
SNB	60	77.29±3.49	86.64	68.75	79.17±3.8
ANB	60	3.57±2.45	7.78	-1.91	2.46±1.8
SN to maxillary plane	60	9.64±2.92	15.97	9.64	8.0±3.0
Gonial angle	60	115.42±5.63	104.31	129.01	124.31±5.4
Mandibular plane angle	60	22.90±5.02	34.67	12.87	21.9±5
RFH	60	95.94±4.05	104.92	85.52	82.6±5.1
Anterior facial height	60	124.31±10.11	154.92	100.58	128.68±6.3
Lower anterior facial height	60	68.45±6.97	86.68	54.54	69.7±4.1
Lower AFH ratio	60	53.28±1.78	49.68	57.48	55±2
UFH	60	58.17±4.31	69.77	48.97	
Chỉ số về răng					
U1 to SN	60	107.36±10.74	131.98	78.37	105.28±6.6
IMPA	60	96.82±8.38	117.8	78.19	91.62±3.2
Overbite	60	4.23±1.1	7.91	2.49	2±2
Overjet	60	6.31±1.80	11.24	3.46	2±2
U6-PP	60	21.8±2.16	26.24	14.80	
U1-PP	60	30.26±3.73	38.96	23.39	
L6-MP	60	30.84 ±3.91	40.55	22.07	
L1_MP	60	42.81 ±4.67	54.24	32.69	
Chỉ số về phần mềm					
Lower lip to E-plane	60	1.63±2.91	11.27	-4.79	0±2
Upper lip to E-plane	60	0.91±2.55	7.24	-5.01	-1±2
Nasolabial angle	60	90.78±15.60	117.82	47.96	95±5

Nhận xét: -Chỉ số về xương: Góc SNB (79.17độ) giảm và góc ANB (81.08 độ) tăng so với giá trị bình thường

+ Chiều cao tầng mặt dưới giảm

- Chỉ số về răng: Độ cắn trùn 4.22mm, Độ cắn chìa 6.31mm tăng hơn so với bình thường

Khoảng cách từ nướu ngoài gần răng 6 trên

đến mặt phẳng khẩu cái trung bình là 21.8 mm. Khoảng cách từ rìa cắn răng cửa giữa trên đến mặt phẳng khẩu cái là 30.26 mm. Khoảng cách từ nướu ngoài gần răng 6 dưới đến mặt phẳng hàm dưới trung bình là 30.84 mm. Khoảng cách từ rìa cắn răng cửa dưới đến mặt phẳng hàm dưới trung bình là 42.81mm.

- Chỉ số về phần mềm: Góc mũi môi trung bình là 90.78 độ, nhỏ hơn so với giá trị bình thường

IV. BÀN LUẬN

Tuổi bệnh nhân bắt đầu điều trị trung bình 21.15 tuổi, lớn nhất 51 tuổi và nhỏ nhất 11 tuổi. Như vậy có thể thấy đối tượng nắn chỉnh răng ngày nay không chỉ giới hạn ở tuổi trẻ mà ngày càng có nhiều người lớn tìm kiếm điều trị. Đây cũng xuất phát từ nhu cầu làm đẹp chính đáng của bệnh nhân.

Đặc điểm X quang

Đặc điểm về xương. Nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có các chỉ số xương hàm trên ở mức bình thường. Góc SNA ở giá trị bình thường, các chỉ số đánh giá vị trí và tương quan giữa xương hàm trên với nền sọ, kích thước xương hàm trên đều thể hiện xương hàm trên không có bất thường. góc SNB nhỏ hơn giá trị bình thường. Do đó góc ANB lớn hơn giá trị bình thường (3.57 độ). Chính sự bất cân xứng về xương lớn này dẫn đến đặc điểm là độ cắn chìa lớn ở vùng răng trước và tương quan loại II ở vùng răng hàm hai bên như đã nói ở trên.

Như vậy, giảm bớt sự bất cân xứng về xương hàm theo chiều trước sau là một trong những mục tiêu quan trọng trong việc điều trị các trường hợp sai khớp cắn loại II.

Theo chiều đứng, Chiều cao tầng mặt dưới trước là 68.45mm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ giữa chiều cao dưới mặt trước (LAFH) trên tổng chiều cao tầng mặt trước (TAFH) là 53.28%, thấp hơn so với giới hạn bình thường là 55%. Điều này cũng cho thấy ở các trường hợp cắn sâu thì chiều cao tầng mặt dưới giảm.

RFH của chúng tôi tăng hơn so với chỉ số bình thường 95.94 độ, và tăng hơn so với nghiên cứu của Barman 2021 trên những bệnh nhân cắn sâu [4].

Chiều cao mặt trước trên (UFH) trung bình 58.17 mm, tăng lên đáng kể ở nhóm cắn sâu. Phát hiện này phù hợp với nghiên cứu được thực hiện bởi Nanda [5], nói rằng các trường hợp cắn sâu trong nghiên cứu của họ có sự gia tăng chiều cao trước trên của khuôn mặt. Có thể UAFH tăng bù lại LAFH giảm, dẫn đến chiều cao TFH không thay đổi.

Các góc gonial giảm (115.42+-5.63) hơn so với bình thường cho thấy sự phát triển lên và về phía trước của xương hàm dưới. Hình thái phát triển theo chiều ngang là yếu tố chính trong việc hình thành khớp cắn sâu. Việc quay ngược chiều kim đồng hồ của trục xoay được xác nhận bởi LAFH giảm.

Góc mặt phẳng nền sọ và xương hàm trên giảm cho thấy sự xoay xuống dưới theo chiều kim đồng hồ xương hàm trên cũng là đặc điểm của khớp cắn sâu.

Đặc điểm về răng. Góc trục răng cửa hàm dưới với mặt phẳng hàm dưới tăng hơn so với bình thường. Góc trục răng cửa trên với mặt phẳng nền sọ bình thường và tương tự nghiêng cứu của Baman trên những bệnh nhân có khớp cắn sâu [4]

Do góc Gonial giảm, xương hàm dưới theo hướng đóng do vậy tăng độ cắn tràm. Độ cắn tràm của chúng tôi 4.23mm thấp hơn so với nghiên cứu của Khosravi [6] là 5.3mm; độ cắn chìa thì lại cao hơn 6.31mm so với 4.0mm so với mức trung bình

Khoảng cách nướu ngoài răng 6 trên với mặt phẳng khẩu cái 21.8mm, tương đương so với nghiên cứu của Khosravi [6] và ngắn hơn so với mức bình thường bởi trên các bệnh nhân cắn sâu, xương hàm dưới thường đóng, nên sẽ lún răng hàm và chồi răng cửa

Chiều cao răng hàm đầu tiên của hàm dưới ngắn 21.8mm, vì Proffit cho biết "sự mọc không đủ chiều dài của các răng sau có thể gây ra sự quay lên và về phía trước của xương hàm dưới và tăng độ cắn tràm". Một phát hiện quan trọng khác là sự gia tăng chiều dài của các răng cửa hàm trên. Đa số bệnh nhân trong nhóm cắn sâu có chiều dài thân răng cửa hàm trên tăng lên cho thấy đường cong ngược của răng cửa trong cung hàm trên.

Đặc điểm phần mềm. Đường thẩm mỹ E là đường tham chiếu được sử dụng phổ biến trong nắn chỉnh răng [7]. Mỗi tương quan giữa điểm nhô nhất môi trên và môi dưới đến đường tham chiếu E thể hiện tính thẩm mỹ. Trung bình môi trên sẽ ở sau hơn 1mm trung bình, môi dưới nằm trên đường thẩm mỹ E. Trong nghiên cứu của chúng tôi, môi trên và môi dưới nằm trong giới hạn bình thường khi so sánh với đường thẩm mỹ E.

Góc mũi môi trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi 90.78 nhỏ hơn so với giá trị bình thường. Mức độ nhọn của góc mũi môi phản ánh mức độ vầu của răng cửa trên. Điều đó cho thấy rằng ở các bệnh nhân cắn sâu thì góc mũi môi bớt nhọn hơn, mặt phẳng hơn. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu về các chỉ số sọ mặt ở những người có khớp cắn sâu ở Nam châu Á **Khosravi [6]**. Góc mũi môi là chỉ số thẩm mỹ quan trọng do nó phản ánh độ nhô của răng cửa. Tuy nhiên không phải trường hợp nào cũng hoàn toàn phản ánh độ nhô của răng cửa do còn

có sự chi phối của độ dày môi, nhân trung ngắn, bởi vậy cần giải thích trước cho bệnh nhân về kết quả điều trị mặt nghiêng trong những trường hợp nhân trung ngắn.

V. KẾT LUẬN

Góc SNB (79.17^o), chiều cao tầng mặt dưới 68.45mm, góc mũi môi 90.78^o giảm hơn so với bình thường; góc ANB (81.08^o) độ cắn tràm 4.22mm, độ cắn chìa 6.31mm tăng so với giá trị bình thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Baratam, S., Deep overbite—A review** (Deep bite, Deep overbite, Excessive overbite). Ann essences Dent, 2009. **1**(1): p. 8-25.

2. **Proffit, W.R., et al.**, Contemporary orthodontics-e-book. 2018: Elsevier Health Sciences.
3. **Nguyen, S.M., et al.**, The need for orthodontic treatment among Vietnamese school children and young adults. International Journal of Dentistry, 2014. **2014**.
4. **Barman, G.**, Examination and Evaluation of Dental and Skeletal Factors in Deep Bite Malocclusions: A Descriptive survey. Journal of Advanced Medical Dental Sciences Research, 2021. **9**(4): p. 77-82.
5. **Nanda, S.K. and D.** Orthopedics, Patterns of vertical growth in the face. American Journal of Orthodontics, 1988. **93**(2): p. 103-116.
6. **Khosravi, R., et al.**, Management of overbite with the Invisalign appliance. American journal of orthodontics, 2017. **151**(4): p. 691-699. e2.
7. **Asad, S., et al.**, ASSESSMENT OF ANTERO-POSTERIOR POSITION OF LIPS: E-LINE-S-LINE. Pakistan Oral, 2011. **31**(1).

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN SUY DINH DƯỠNG THẤP CÒI Ở BỆNH NHI VIÊM PHỔI TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG

Hoàng Thị Thu Hà*, Phạm Thị Thu Cúc*, Nguyễn Thị Thảo*, Tống Thị Huế*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số yếu tố liên quan đến suy dinh dưỡng thấp còi ở bệnh nhi viêm phổi tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2019. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả trên 225 bệnh nhi được chẩn đoán và điều trị viêm phổi tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng. **Kết quả:** Có 29,8% trẻ viêm phổi bị suy dinh dưỡng thấp còi, trong đó chủ yếu là suy dinh dưỡng độ 1 chiếm 73,1%, hay gặp trẻ trong độ tuổi 36 – 48 tháng chiếm 75%. Các yếu tố như: Trẻ không được tiêm chủng đầy đủ; Trẻ có thiếu máu; Trẻ có cân nặng sơ sinh thấp < 2500 gram; Trẻ sống trong gia đình có thu nhập thấp; Trẻ sống trong gia đình có số con > 2 đều có nguy cơ mắc suy dinh dưỡng thấp còi cao hơn so với những trẻ được tiêm chủng đầy đủ, không thiếu máu, cân nặng sơ sinh \geq 2500 gram, thu nhập gia đình cao, số con trong gia đình \leq 2 con. **Kết luận:** Tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp còi ở bệnh nhi viêm phổi còn khá cao 29,8% trong đó chủ yếu là suy dinh dưỡng độ 1 và hay gặp trong độ tuổi 36-48 tháng. Một số yếu tố làm tăng nguy cơ bị suy dinh dưỡng thấp còi là: Không được tiêm chủng đầy đủ, thiếu máu, cân nặng sơ sinh thấp, thu nhập gia đình thấp, gia đình có > 2 con

Từ khóa: Viêm phổi, suy dinh dưỡng thấp còi

SUMMARY

SOME FACTORS RELATED TO STUNTING

*Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Thu Hà

Email: hoangha86.dd@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 26.4.2022

Ngày duyệt bài: 6.5.2022

MALNUTRITION IN PNEUMONIA PATIENTS AT HAI PHONG CHILDREN'S HOSPITAL IN 2019

Objectives: Describe some factors related to stunting malnutrition in pediatric pneumonia patients at Hai Phong Children Hospital in 2019. **Methods:** Descriptive study on 225 pediatric pneumonia patients at Hai Phong Children Hospital. **Results:** There were 29.8% of children with pneumonia suffering from stunting malnutrition, of which primary malnutrition accounted for 73.1%. Children aged 36 - 48 months accounted for 75%. Factors such as: Children are not fully immunized, children with anemia, low birth weight < 2500 grams, living in low-income families, living in families with more than 2 children have a higher risk of stunting malnutrition than those who are fully vaccinated, without anemia, have birth weight \geq 2500 grams, high family income, number of children in the family \leq 2. **Conclusion:** The rate of stunting malnutrition in pediatric pneumonia patients is still quite high at 29.8%, most of them is grade 1 malnutrition and is common in the age group of 36-48 months. Some factors that increase the risk of stunting malnutrition are: Not fully vaccinated, anemia, low birth weight, low family income, family with > 2 children

Keywords: Pneumonia, stunting malnutrition

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trẻ em là một cơ thể đang lớn và phát triển do đó nhu cầu các chất dinh dưỡng đòi hỏi rất cao. Dinh dưỡng ảnh hưởng trực tiếp đến quá trình tăng trưởng và phát triển của trẻ, ảnh hưởng đến bệnh tật, làm bệnh dễ phát sinh, kéo dài thời gian mắc bệnh hoặc làm bệnh nặng hơn ở những trẻ bị suy dinh dưỡng. Suy dinh dưỡng