

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA BỆNH NHI 06-60 THÁNG TUỔI MẮC BỆNH NHIỄM TRÙNG HÔ HẤP CẤP TÍNH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI HAI BỆNH VIỆN TUYẾN HUYỆN Ở THÁI BÌNH NĂM 2017

Trần Xuân Cường¹, Phạm Ngọc Khải², Nguyễn Trọng Hưng³

Nhiễm trùng hô hấp cấp tính (NTHHCT) là một nhóm bệnh hay gặp ở trẻ em, có tỷ lệ tử vong cao, đặc biệt là viêm phổi. NTHHCT và suy dinh dưỡng (SDD) tạo thành vòng luẩn quẩn trong quá trình điều trị, làm gia tăng mức độ nặng của bệnh dẫn đến ảnh hưởng tăng trưởng của trẻ.

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng (TTDD) của bệnh nhi từ 6-60 tháng tuổi bị mắc NTHHCT nằm điều trị nội trú tại 2 bệnh viện tuyến huyện ở Thái Bình năm 2017. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 218 bệnh nhi mắc NTHHCT từ tháng 2 đến tháng 4 năm 2017. **Kết quả:** Tỷ lệ SDD khi nhập viện là 24,8%, sau ba ngày nhập viện, tỷ lệ này là 28,9%. Trẻ bị viêm phổi có tỷ lệ SDD cao nhất, tiếp đến là NTHH trên, NTHH dưới lần lượt là 27,7%; 19,6%; 11,8%. Tỷ lệ gây sút cân ở bệnh nhi bị viêm phổi cao hơn bệnh nhi mắc NTHH trên (59,4% so với 52,2%).

Từ khóa: *Suy dinh dưỡng, nhiễm trùng hô hấp cấp tính, bệnh viện đa khoa Vũ Thư, bệnh viện đa khoa Đông Hưng, Thái Bình.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm trùng hô hấp cấp tính (NTHHCT) là một nhóm bệnh hay gặp ở trẻ em, bệnh do vi khuẩn hoặc virus gây nên những tổn thương viêm cấp tính ở một phần hay toàn bộ hệ thống đường hô hấp kể từ tai, mũi, họng cho đến phổi, màng phổi. NTHHCT có tỷ lệ mắc bệnh cao, chiếm 30 - 35% tổng số các bệnh. Theo số liệu của Wajula (1991) tỷ lệ đến khám vì nhiễm trùng hô hấp cấp tính ở Etiopia là 25,5%, ở Batda - Irak là 39,3%, ở Sao Palo - Brazin là 41,8%, ở London - Anh là 30,5%, ở Herston - Australia là 34% [1].

Nhiễm trùng hô hấp cấp tính có tỷ lệ tử vong cao, đặc biệt là viêm phổi. Theo số liệu của tổ chức y tế Thế giới (1990), trên toàn thế giới, hàng năm có khoảng 14 triệu trẻ em dưới 5 tuổi chết (95% ở các nước đang phát triển), trong đó có 4

triệu trẻ chết vì nhiễm trùng hô hấp cấp tính. Đây là 1 trong 3 nguyên nhân chính gây tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi [1].

Ở Việt Nam nhiễm trùng hô hấp cấp tính ở trẻ em là bệnh đứng hàng đầu về tỷ lệ mắc bệnh và tỷ lệ tử vong. Tại bệnh viện Nhi Đồng I thành phố Hồ Chí Minh (1981 - 1983) số trẻ vào điều trị nhiễm trùng hô hấp cấp tính chiếm 23,3%, số tử vong là 15,9% (so với tử vong chung). Một điều tra tiến hành ở 5 tỉnh phía Nam cho biết số trẻ mắc nhiễm trùng hô hấp cấp tính là 46%, tỷ lệ tử vong do nhiễm trùng hô hấp cấp tính chiếm 40,8% so với tử vong chung. Theo tác giả Võ Phương Khanh (2007) bệnh lý hô hấp chiếm 39,9% trong cơ cấu các bệnh lý nhi khoa [1],[2].

Một trong những yếu tố liên quan đến NTHHCT là tình trạng dinh dưỡng. Trẻ SDD, thiếu Vitamin và khoáng chất

¹ CNĐD. Bệnh Viện Đa Khoa Vũ Thư, Thái Bình
Email: trancuongbvdkvuthu@gmail.com

² PGS.TS.BS. Trường Đại Học Y Dược Thái Bình

³ TS.BS. Viện Dinh Dưỡng

Ngày nhận bài 25/2/2019

Ngày phản biện đánh giá 5/3/2019

Ngày đăng bài: 29/3/2019

cũng dễ mắc nhiễm trùng đường hô hấp hơn ở trẻ bình thường và khi bị mắc bệnh hô hấp thì trẻ bị SDD có thời gian điều trị kéo dài hơn, tiên lượng xấu hơn và có tỷ lệ xuất hiện biến chứng nhiều hơn từ 2 – 20 lần [3].

Bộ Y tế đã ban hành chính sách liên quan đến Dinh dưỡng bệnh viện và yêu cầu bệnh viện từ hạng II, tuyến huyện trở lên phải có khoa dinh dưỡng hoặc tổ dinh dưỡng trong bệnh viện để chăm sóc toàn diện cho bệnh nhân, đặc biệt là bệnh nhân nội trú. Tuy nhiên, việc sàng lọc, đánh giá và can thiệp dinh dưỡng cho bệnh nhân trong bệnh viện nói chung và cho bệnh nhi nói riêng vẫn chưa được chú trọng thỏa đáng, nhất là các bệnh viện tuyến huyện. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhi từ 06 - 60 tháng tuổi nhiễm trùng hô hấp cấp tính điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa Vũ Thư và Bệnh viện đa khoa Đông Hưng.

II- ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP

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

*** Lựa chọn đối tượng:** Trẻ 06-60 tháng tuổi, được bác sĩ lâm sàng chẩn đoán xác định là mắc các bệnh đường hô hấp theo ICD10 điều trị nội trú tại khoa Nhi – Bệnh viện đa khoa Vũ Thư và Bệnh viện Đa khoa Đông Hưng; bố hoặc mẹ của trẻ đồng ý tham gia nghiên cứu. Loại trừ những trẻ bị mắc dị tật bẩm sinh; đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn cấp tính khác.

*** Địa điểm nghiên cứu:** khoa Nhi – Bệnh viện đa khoa Vũ Thư và Bệnh viện Đa khoa Đông Hưng, Thái Bình.

*** Thời gian thực hiện:** từ 02/2017

đến 04/2017

*** Cỡ mẫu:**

Cỡ mẫu ước lượng cho một tỷ lệ [4].

$$N = Z^2 \frac{p(1-p)}{d^2} \quad (1-a/2)$$

n là số lượng cần điều tra; $Z^2_{1-a/2}$: độ tin cậy 95%, $Z=1,96$; p: ước tính tỷ lệ SDD của bệnh nhi là 15% [5]; d : sai số cho phép là 5%; Cộng thêm 10% dự phòng, được cỡ mẫu $n = 215$. Trên thực tế, nghiên cứu đã tiến hành điều tra 218 bệnh nhi.

*** Chọn mẫu:** Chọn liên tiếp các bệnh nhi đủ điều kiện chọn mẫu trên, đến khi đủ số lượng mẫu.

*** Thu thập số liệu:** Các đối tượng sau khi được bác sĩ lâm sàng chẩn đoán theo ICD 10 là: Nhiễm khuẩn hô hấp trên cấp; Viêm phổi; Nhiễm khuẩn hô hấp dưới cấp khác, đã được đánh giá TTDD tại 2 thời điểm: nhập viện (D0) và sau 3 ngày nhập viện (D3) bằng phương pháp đo các chỉ số nhân trắc.

Phương pháp đo các số liệu nhân trắc: Cân nặng của đối tượng được sử dụng cân có độ chính xác đến 0,1kg, đo chiều dài nằm cho đối tượng < 24 tháng hoặc chiều cao đứng cho đối tượng từ 24 tháng trở lên bằng thước gỗ tiêu chuẩn có độ chính xác 0,1cm. Đánh giá TTDD dựa vào bảng đánh giá TTDD Z-Score của WHO (2006) dành cho trẻ < 5 tuổi để chia ra thành các nhóm: Trẻ SDD thể nhẹ cân, bình thường và thừa cân-béo phì.

*** Xử lý số liệu:** Sử dụng các phần mềm EPIDATA 3.1, SPSS13.0 để nhập và xử lý số liệu.

III- KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**Một vài đặc điểm của đối tượng nghiên cứu****Bảng 1. Đặc điểm về tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu**

Thông tin		Nam		Nữ		Chung 2 Bệnh viện	
		n	%	n	%	n	%
BVĐK Vũ Thư (n=109)	Từ 6 đến 24 tháng	24	22,0	24	22,0	48	22,0
	Từ 25 đến 60 tháng	33	30,3	28	25,7	61	28,0
BVĐK Đông Hưng (n=109)	Từ 6 đến 24 tháng	21	19,3	36	33,0	57	26,1
	Từ 25 đến 60 tháng	24	22,0	28	25,7	52	23,9
Tổng		102	46,8	116	53,2	218	100,0

Kết quả bảng 1 cho thấy: Có 218 trẻ đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu, tỷ lệ nam/nữ = 102/116 (trẻ trai chiếm 46,8%; trẻ gái chiếm 53,2%), trong đó, trẻ ở

nhóm tuổi 6-24 tháng là 105 (48,1%) và nhóm trẻ 24-60 tháng tuổi 111 (51,9%), không có sự khác biệt về giới, về nhóm tuổi giữa 2 bệnh viện.

Bảng 2. Cơ cấu bệnh nhiễm trùng hô hấp cấp tính tại 2 bệnh viện

NTHHCT	BVĐK Vũ Thư		BVĐK Đông Hưng		Chung 2 BV	
	n	%	n	%	n	%
NTHH trên cấp	26	23,8	20	18,4	46	21,1
Viêm phổi	78	71,6	77	70,6	155	71,1
NTHH dưới khác	5	4,6	12	11,0	17	7,8
Tổng	109	100,0	109	100,0	218	100,0

Bảng 2 cho thấy: Tỷ lệ mắc viêm phổi là cao nhất, chiếm 71,1%, tiếp đến NTHH trên cấp và NTHH dưới khác, lần lượt là

21,1% và 7,8%. Tỷ lệ các bệnh này khá tương đồng giữa 2 bệnh viện.

Bảng 3. Tỷ lệ (%) SDD thể nhẹ cân của bệnh nhi tại thời điểm nhập viện (D₀)

SDD CN/T	BVĐK Vũ Thư (n = 109)		BV ĐK Đông Hưng (n = 109)		Chung 2 Bệnh viện (n = 218)	
	n	%	n	%	n	%
SDD độ I	28	25,7	26	23,9	54	24,8
Bình thường	81	74,3	83	76,1	164	75,2
Tổng	109	100,0	109	100,0	218	100,0

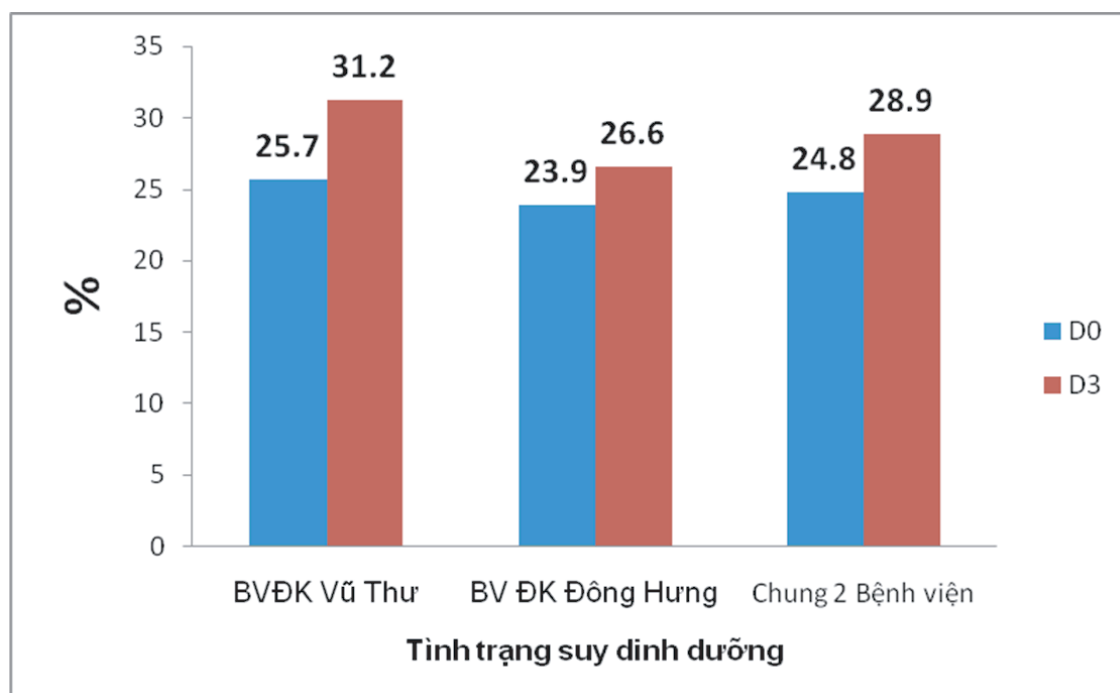
Kết quả trong bảng 3 chỉ ra rằng: Có 24,8 trẻ bị SDD thể nhẹ cân độ I ở cả 2 bệnh viện, tuy nhiên, tỷ lệ trẻ bị SDD ở BVĐK Vũ Thư cao hơn BVĐK Đông Hưng (25,7% so với 23,9%), nhưng sự

khác nhau này không có ý nghĩa thống kê. Không có trẻ nào bị suy dinh dưỡng thể nhẹ cân từ độ II trở lên và không có trẻ nào bị thừa cân-béo phì trong nghiên cứu.

Bảng 4. Tình trạng SDD (CN/T) của bệnh nhi tại D0 theo cơ cấu bệnh (%)

SDD (CN/T)	NTHH trên (n = 46)		Viêm Phổi (n= 155)		NTHH dưới khác (n=17)	
	n	%	n	%	n	%
SDD độ I	9	19,6	43	27,7	2	11,8
Bình thường	37	80,4	112	72,3	15	88,2
Cộng	46	100,0	155	100,0	17	100,0

Tại thời điểm nhập viện có 27,7% trẻ bị SDD thể nhẹ cân độ I mắc viêm phổi; 19,6% mắc NTHH trên và 11,8% mắc NTHH dưới khác (Bảng 4).

Bảng 5. Tỷ lệ (%) SDD (CN/T) của bệnh nhi ở hai bệnh viện tại D₃

Bảng 5 cho thấy tại D3 ở BVĐK Vũ Thư tỷ lệ bệnh nhi bị SDD thể nhẹ cân độ I là 31,2% còn tại BVĐK Đông Hưng là 26,6%. Tỷ lệ suy dinh dưỡng (CN/T) tại hai bệnh viện là 28,9%.

BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng trong 218 đối tượng có độ tuổi từ 6-60 tháng tuổi mắc NTHH cấp tham gia nghiên cứu không có điểm khác biệt giữa hai bệnh viện về tuổi và giới của đối

tượng nghiên cứu (Bảng 1). NTHH cấp tính đã được ghi nhận là một trong ba vấn đề quan trọng đối với sức khỏe trẻ em cùng với SDD và tiêu chảy. Hàng năm, ước tính có khoảng 156 triệu trường hợp mắc viêm phổi mới và 14.9 triệu ca nhập viện trên Thế giới [6]. Các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc viêm phổi hàng năm ở trẻ em dưới 5 tuổi không giống nhau giữa các khu vực. Ở các nước phát triển tỷ lệ này là 2-4% còn các nước đang phát triển là 10-20%. 95% số ca viêm phổi ở trẻ em

trên toàn thế giới xảy ra ở các nước đang phát triển. Trên 50% số trẻ tập trung ở khu vực có tỷ lệ SDD và nhiễm HIV cao [7]. Viêm phổi cũng là nguyên nhân nhiễm trùng gây tử vong cao nhất ở trẻ em trên toàn thế giới. Năm 2013, ước tính có khoảng 15% tương đương với 935 000 trẻ em dưới 5 tuổi tử vong do viêm phổi [8], 90% trong đó có thể được cứu sống nếu điều trị kịp thời [9].

Theo phân loại bệnh tật (ICD10), cơ cấu bệnh NTHH cấp phân bố tại hai bệnh viện cho thấy: Viêm phổi là bệnh mắc cao nhất, tiếp đến là NTHH trên cấp, cuối cùng là NTHH dưới khác với các tỷ lệ lần lượt là 71,1%; 21,1% và 7,8%, phân bố bệnh tật ở 2 bệnh viện cũng khá tương đồng, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như các nghiên cứu của Tô Văn Hải và Phạm Thu Hiền [10,11]. Chương trình phòng chống NTHH cấp tính trẻ em đã trở thành một trong những chương trình chủ đạo của TCYTTG và UNICEF triển khai từ đầu những năm 1980 đến nay, nhưng NTHH cấp tính vẫn còn là vấn đề thách thức với hoạt động y tế của hầu hết các nước đang phát triển nhằm mục tiêu giảm tỷ lệ mắc và tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi. Theo thống kê của UNICEF, Việt Nam là một trong 10 nước có tần số mắc viêm phổi cao nhất với khoảng 2,9 triệu lượt mắc mới mỗi năm [6]. Hàng năm, có khoảng 4,000 trẻ tử vong do nhiều nguyên nhân, trong đó viêm phổi đứng vị trí thứ 1 trong tổng các nguyên nhân gây tử vong ở trẻ em từ 1 tháng đến 5 tuổi ở nước ta. Kết quả của Chương trình phòng chống NTHH cấp tính trẻ em ở nước ta đã thu được nhiều thành tựu to lớn góp phần giảm tỷ lệ tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi song tỷ lệ mắc và tử vong vẫn còn cao ở nhiều địa phương, nên vẫn cần sự quan tâm nhiều

hơn nữa để cải thiện tình trạng này.

Suy dinh dưỡng và bệnh nhiễm trùng nói chung, NTHH nói riêng đã tạo nên một vòng xoắn bệnh lý có mối quan hệ chặt chẽ với nhau. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ trẻ SDD chiếm 24,8% và có chiếm tỷ lệ cao nhất trong nhóm trẻ bị mắc viêm phổi (71,1%). Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Prasad D.P (2010) nghiên cứu trên 80 trẻ nhập viện vì viêm phổi cho thấy SDD có mối liên quan chặt chẽ với bệnh viêm phổi [12]. Nghiên cứu của Vương Huyền Trang còn cho thấy trẻ SDD mức độ vừa và nặng bị viêm phổi rất nặng chiếm tỷ lệ cao (68,2%) còn trẻ không SDD thì tỷ lệ viêm phổi rất nặng chỉ là 35% [13], nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi thì chưa thấy mối liên quan này, có thể do chúng tôi nghiên cứu tại bệnh viện tuyến huyện, đây là cơ sở chăm sóc và điều trị ban đầu, các trường hợp nặng đã được chuyển lên tuyến trên.

Qua các nghiên cứu trên cho thấy, SDD làm tăng nguy cơ mắc viêm phổi ở trẻ em và có mối liên quan chặt chẽ với mức độ nặng của viêm phổi. Nguyên nhân là do trẻ bị SDD đặc biệt là SDD nặng sẽ dẫn đến hiện tượng suy giảm miễn dịch và hậu quả là trẻ dễ mắc nhiễm khuẩn. Đồng thời nhiễm khuẩn dễ đưa đến SDD do rối loạn tiêu hoá, cơ thể tiêu hao nhiều năng lượng và các chất dinh dưỡng, cảm giác thèm ăn giảm, tiêu hoá, hấp thu kém, mức cung cấp chất dinh dưỡng giảm không đủ đáp ứng nhu cầu của cơ thể, do đó bệnh nhiễm trùng trong đó có viêm phổi trở thành nguyên nhân trực tiếp dẫn đến SDD trẻ em.

Trong nghiên cứu này chúng tôi cũng nhận thấy, chỉ sau 3 ngày nhập viện, tỷ lệ SDD của trẻ đã có sự gia tăng đáng kể từ 24,8% lên 28,9%. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu về TTDD ở các

bệnh viện hiện nay là từ 15% đến 30% [14]. Nếu chỉ nhìn về con số thay đổi trong tỷ lệ SDD thì cũng chưa phản ánh hết tình hình chăm sóc dinh dưỡng trong bệnh viện, nhưng khi so sánh tỷ lệ này giữa 2 bệnh viện thì đã có sự khác biệt rõ rệt, đó là: BVĐK Đông Hưng tỷ lệ này chỉ tăng 2,7% (từ 23,9 % lên 26,6%), trong khi đó, BVĐK Vũ Thư tỷ lệ này tăng 5,7% (từ 25,7% lên 31,2%). Như vậy, chỉ sau 3 ngày nhập viện đã có sự khác biệt hơn 200% (5,7% và 2,7%), có sự khác nhau này có thể là do BVĐK Đông Hưng có khoa dinh dưỡng, nên đã triển khai các hoạt động tư vấn và tiết chế dinh dưỡng cho bệnh nhân trong thời gian nằm viện, còn BVĐK Vũ Thư thì chưa có hoạt động này mặc dù đã có tổ dinh dưỡng.

IV- KẾT LUẬN

Kết quả đánh giá TTDD của trẻ em 6-60 tháng tuổi mắc NTHHCT cho thấy:

1. Khi nhập viện (D0): tỷ lệ SDD thể nhẹ cân của BVĐK Đông Hưng là 23,9%; BVĐK Vũ Thư là 25,7%; chung của 2 BV là 24,8%. Tại thời điểm sau ba ngày nhập viện (D3), tỷ lệ SDD (CN/T) của 2 bệnh viện đều cao hơn đặc biệt là BVĐK Vũ Thư (BVĐK Đông Hưng là 26,6%; BVĐK Vũ Thư là 31,2%; chung của 2 BV là 28,9%).

2. Trẻ mắc viêm phổi có tỷ lệ SDD (CN/T) là 27,7%; trẻ mắc NTHH trên tỷ lệ này là 19,6%; và trẻ mắc NTHH dưới khác là 11,8%.

Khuyến nghị: Nên sàng lọc dinh dưỡng cho tất cả các bệnh nhân khi nhập viện cũng như trong thời gian nằm viện để có kế hoạch chăm sóc dinh dưỡng và điều trị cho hiệu quả mà chỉ cần thông qua đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng phương pháp nhân trắc (cân đo).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (1994). *Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính trẻ em*. Chương trình ARI, Hà Nội, tr.56-62.
2. Võ Phương Khanh (2008). *Mô hình bệnh tật tại bệnh viện Nhi đồng 2 2005-2007*. Y học thành phố Hồ Chí Minh, tr.92-98.
3. Cameron C, Dullaie F, VU zina C, et al. (2008). *Neonatal vitamin A deficiency and its impact on acute respiratory infections among preschool inuit children*. Can J Public Health, 99 (2), 102-6, PubMed PMID, 18457282.
4. Hà Huy Khôi, Lê Thị Hợp (2012). *Phương pháp dịch tễ học dinh dưỡng*. Nhà xuất bản Y học, Tr.57-61.
5. Nguyễn Đức Vinh, Nguyễn Đỗ Huy, (2013). *Tình trạng dinh dưỡng của trẻ em từ 6 – 60 tháng tuổi tại khoa nhi một số bệnh viện đa khoa tỉnh*. Tạp chí Y học thực hành, Số 5. tr, 7-10.
6. Rudan I, Boschi-Pinto C, Biloglav Z et al (2008). *Epidemiology and etiology of childhood pneumonia*. Bull World Health Organ, 86(5), 408-416.
7. Bộ Y Tế (2003). *Chương trình nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính trẻ em, 2-4*.
8. World Health Organization (2013). *Pneumonia fact sheet*. Geneva (Switzerland).
9. Bộ Y Tế (1999). Hội nghị tổng kết chương trình NKHHCT 1998. Hà Nội.
10. Tô Văn Hải (2004). *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố liên quan với viêm phế quản phổi ở trẻ em từ 1 đến 60 tháng tuổi*. Y Học Việt Nam, 2004(5), 68-72.
11. Phạm Thu Hiền (2009). *Nghiên cứu nguyên nhân, lâm sàng, dịch tễ học viêm phổi nặng ở trẻ em dưới 5 tuổi tại khoa Hô hấp Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2008*. Y Học Thực Hành, 666(6), 102-103
12. Prasad D.P, Chandrashekar H.G, *Madhavi V.R (2010). Study of risk factors of acute respiratory infection (ARI) in underfives in Solapur*. National Journal of Community Medicine, 1(2), 64-67
13. Vương Huyền Trang, Nguyễn Thị Yên

(2012). *Đặc điểm lâm sàng của bệnh viêm phế quản phổi ở trẻ dưới 1 tuổi tại Bệnh viện Nhi Trung ương*. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 80(3A), 142-147.

14. Salim H., Karyana L.P.G., Sanjaya I.G.N.,

et al. (2014). *Risk factors of rotaviruts diarrhea in hospitalized children in Sanglag Hospital, Denpasar: a prospective cohort study*. BMC Gastroentology, 14:54.

Summary

NUTRITIONAL STATUS OF THE CHILDREN AGED 06-60 MONTHS OLD WITH ACUTE RESPIRATORY INFECTION AT TWO DISTRICT GENERAL HOSPITALS IN THAIBINH PROVINCE IN 2017

Acute respiratory infections (ARI) are a group of common childhood illnesses that have a high mortality rate, particularly pneumonia. ARI and Malnutrition make a vicious circle during treatment, increasing the severity of the disease leading to growth failure of the children. **Objectives:** To assess the nutritional status of the children aged 6-60 months with acute respiratory infections at two district hospitals in Thai Binh province in 2017. A cross-sectional study was conducted on 218 pediatric patients with acute respiratory infections between February and April 2017. Results: At admission, the percentage of malnutrition was 24.8%. After three days of admission, this rate was 28.9% . The proportion of patients with pneumonia have the highest rates of malnutrition of 27.7%, followed by upper respiratory infections and lower respiratory infections of 19.6% and 11.8%, respectively. The prevalence of weight loss in pediatric patients with pneumonia was higher than patients with upper respiratory infections (59.4% vs. 52.2%).

Keywords: *Malnutrition, acute respiratory infection, Vu Thu general hospital, Dong Hung general hospital, Thai Binh.*

