

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA TRẺ VIÊM PHỔI TẠI KHOA NHI, BỆNH VIỆN SẢN NHI TỈNH VĨNH PHÚC NĂM 2014-2015

Vũ Thị Nhung¹, Nguyễn Thị Lộc, Nguyễn Đình Phú, Đinh Thị Phương Hoa²

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng suy dinh dưỡng (SDD) của bệnh nhân viêm phổi tại khoa nhi, bệnh viện Sản nhi tỉnh Vĩnh Phúc năm 2014-2015. **Đối tượng và phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 374 bệnh nhân từ 6 – 60 tháng tuổi. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo phương pháp nhân trắc học, khám và phỏng vấn để đánh giá nguy cơ SDD theo phương pháp SGA. **Kết quả:** Tỷ lệ SDD thấp còi, nhẹ cân, gầy còm tương ứng là 21%; 20,6%; 9,9%. Nguy cơ SDD theo SGA là 43,3% cao hơn rõ rệt so với tỷ lệ SDD thể nhẹ cân theo phương pháp nhân trắc (20,6%), nguy cơ SDD nhẹ và vừa và SDD nặng là 39,8% và 3,5%. So với chỉ tiêu nhân trắc, phương pháp SGA phát hiện sớm mức nguy cơ SDD: khoảng 37% số trẻ không SDD theo nhân trắc thì có nguy cơ SDD theo SGA; 15,6% trẻ SDD rơi vào nhóm có nguy cơ SDD cao theo SGA. **Kết luận:** Tỷ lệ nguy cơ SDD của trẻ bệnh theo SGA có sự khác biệt với tỷ lệ SDD theo chỉ số nhân trắc. Chúng tôi đề nghị sử dụng phương pháp SGA để đánh giá tình trạng dinh dưỡng cho trẻ viêm phổi tại bệnh viện.

Từ khóa: *Suy dinh dưỡng trẻ em, 6 – 60 tháng, viêm phổi, SGA.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn hô hấp (NKHH) cấp tính là một bệnh thường hay gặp ở trẻ nhỏ. Trong cộng đồng hàng năm trung bình tần suất mắc NKHH cấp tính của mỗi trẻ từ 4 - 5 lần. Tử vong do viêm phổi, viêm phế quản phổi ở trẻ dưới 5 tuổi chiếm 1/3 trong tổng số các nguyên nhân tử vong. Trẻ dưới 5 tuổi mắc bệnh cao nhất là ở Đông nam châu Á với tỷ lệ là 0,36 đợt/trẻ/năm còn nơi trẻ mắc viêm phổi thấp nhất là châu Âu với tỷ lệ tương ứng là 0,06 đợt/trẻ/năm. Nếu xếp thứ tự và chọn ra 15 nước trên thế giới có số trẻ mắc NKHH hàng năm cao nhất là Ấn Độ với 43,0 triệu trẻ. Việt Nam được xếp thứ 9 với tổng số trẻ mới mắc hàng năm là 2,9 triệu trẻ [1].

Dinh dưỡng tốt sẽ giúp một đứa trẻ khỏe mạnh, dinh dưỡng không tốt làm cho đứa trẻ có vấn đề về dinh dưỡng ảnh

hưởng đến sức khỏe. Suy dinh dưỡng (SDD) hiện nay đang là vấn đề đáng quan tâm, đặc biệt ở các nước nghèo và kém phát triển. Theo thống kê của Viện Dinh dưỡng quốc gia năm 2013, tỷ lệ SDD của Việt Nam còn khá cao trẻ SDD nhẹ cân là 15,3%, thấp còi là 25,9% [2].

Hiện nay có rất nhiều cách để đánh giá tình trạng dinh dưỡng (TTDD) của trẻ khi nằm viện như phương pháp nhân trắc, phương pháp đo vòng cánh tay, phương pháp sinh hóa và phương pháp SGA. Năm 2006, một nghiên cứu tại bệnh viện “cho trẻ bệnh” tại Toronto, Canada cho thấy: SGA là công cụ đánh giá TTDD cho trẻ em phù hợp, giúp tiên lượng được các nguy cơ biến chứng và thời gian nằm viện của bệnh nhi [3]. Tuy nhiên SGA mới chỉ áp dụng phổ biến sàng lọc nguy cơ SDD cho các bệnh nhân sau phẫu thuật, bệnh nhân ung thư, bệnh nhân suy thận và tập

¹ThS. Bệnh viện Nhi Thanh Hóa
Email: ctthuong@yahoo.com

²TS. BS. Viện Dinh dưỡng Quốc gia

Ngày nhận bài: 15/4/2017

Ngày phản biện đánh giá: 2/5/2017

Ngày đăng bài: 29/5/2017

trung chủ yếu ở người lớn, các số lượng nghiên cứu ở trẻ em còn ít và hạn chế. Ở Việt Nam, gần đây cũng đã áp dụng phương pháp SGA để đánh giá nguy cơ SDD cho bệnh nhân nằm viện nhưng các nghiên cứu còn nhiều hạn chế, đặc biệt là nghiên cứu trên trẻ em. Viêm phế quản phổi ở trẻ nhỏ rất phổ biến, có tỷ lệ mắc và tử vong rất cao và chúng có mối quan hệ mật thiết với SDD. Do đó sàng lọc để phát hiện sớm nguy cơ SDD cho trẻ viêm phế quản phổi là hết sức cần thiết. Vì vậy đề tài nghiên cứu với mục tiêu: *Đánh giá tình trạng suy dinh dưỡng của trẻ viêm phổi tại khoa nhi, bệnh viện Sản nhi tỉnh Vĩnh Phúc năm 2014-2015.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp cắt ngang mô tả.

Gồm 374 trẻ từ 6 đến 60 tháng tuổi tại Khoa Nhi- Bệnh viện Sản nhi Vĩnh Phúc từ tháng 9/2014- 10/2015.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Trẻ nhập viện trong vòng 72 giờ.
- Chẩn đoán xác định là viêm phổi.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Trẻ mắc phổi hợp các bệnh khác (kể cả bệnh bẩm sinh).
- Các trường hợp bố mẹ trẻ hoặc người trực tiếp nuôi dưỡng trẻ không hợp tác, không minh mẫn.

Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phế quản phổi (theo tiêu chuẩn WHO) [4]

+ Ho, xuất tiết đờm rãi

+ Nhịp thở nhanh:

< 2 tháng: ≥ 60 lần/phút.

Từ 2 - 12 tháng: ≥ 50 lần/phút.

Từ 12 - 60 tháng: ≥ 40 lần/phút.

+ Rút lõm lồng ngực, co rút cơ liên sườn, nặng thì tím tái khó thở, rối loạn nhịp thở, ngừng thở.

+ Nghe phổi có ral âm nhỏ hạt, ral rít, ral ngáy.

+ X quang tim phổi: có hình ảnh viêm phổi.

Tiêu chuẩn đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo SGA [5]:

Các tiêu chí	Phân loại SGA		
	SGA-A	SGA-B	SGA-C
1. Thay đổi cân nặng trong vòng 6 tháng	Tăng cân	< 5%	>5%
2. Thay đổi cân nặng trong 2 tuần qua	Tăng cân	Sụt cân vừa	Sụt cân nhiều
3. Thay đổi khẩu phần ăn	Không hoặc có cải thiện	Chuyển sang chế độ ăn lỏng, nuôi dưỡng tĩnh mạch và đủ năng lượng	Chuyển sang chế độ ăn lỏng, nuôi dưỡng tĩnh mạch và không đủ năng lượng
4. Triệu chứng dạ dày, ruột	Không có	Một vài triệu chứng	Tất cả các triệu chứng
5. Giảm chức năng vận động	Không	Một chút	Nằm liệt tại giường
6. Stress chuyển hóa	Bình thường	Nhẹ, vừa	Nặng
7. Khám lâm sàng	Bình thường	Giảm lớp mỡ dưới da, khối cơ	Phù, cổ chướng

* *Nguy cơ SDD theo SGA*: Chia 3 nhóm A, B và C, trong đó:

SGA A: Không có nguy cơ suy dinh dưỡng.

SGA B: Có nguy cơ suy dinh dưỡng vừa và nhẹ.

SGA C: Suy dinh dưỡng nặng.

Khi do dự giữa SGA A và B thì chọn B; Khi do dự giữa SGA B và C thì chọn C.

Tiêu chuẩn đánh giá TTDD theo các chỉ số chiều cao theo tuổi, cân nặng theo tuổi, cân nặng theo chiều cao [6]:

- Cân trẻ: Trẻ được cân khi trẻ bắt đầu nhập viện, cân vào buổi sáng từ khoảng 8 – 9 giờ sáng.

- Chiều dài với trẻ từ 6 đến dưới 24 tháng, chiều cao đối với trẻ từ 24 đến 60 tháng. Đo trẻ ngay sau khi cân.

- Kết quả được nhập vào phần mềm Anthro 2007 để tính điểm Z-score.

- Đánh giá TTDD theo chỉ số Z-score CN/T Z-score $\leq -2SD$, SDD thể nhẹ cân.

CC/T Z-score $\leq -2SD$, SDD thể thấp còi.

CN/CC Z-score $\leq -2SD$, SDD thể gầy còm.

Xử lý số liệu: Số liệu được làm sạch và nhập vào phần mềm SPSS16.0. Phân tích thống kê mô tả được sử dụng để miêu tả tình trạng dinh dưỡng của trẻ bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tình trạng dinh dưỡng theo chỉ số nhân trắc.

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới (%)

Tuổi (tháng)	Giới		Nữ		Tổng	
	Nam		n	%	n	%
12-Jun	131	56,7	100	43,3	231	61,8
13 - 36	62	58,5	44	41,5	106	28,3
37 - 59	31	83,8	6	16,2	37	9,9
Tổng	224	59,9	150	40,1	374	100

Kết quả bảng 3.1 cho thấy: Nhóm viêm phế quản phổi gặp chủ yếu ở nhóm tuổi 6-12 tháng (61,8%), nam nhiều hơn ở nữ (59,9% và 40,1%).

Bảng 3.2. Tỷ lệ SDD theo số đo nhân trắc (%)

Tuổi	Giới		Không SDD		Tổng	
	SDD		n	%	n	%
CN/Tuổi	77	20,6	297	79,4	374	100
CC/tuổi	74	21,0	278	79,0	352	100
CN/CC	33	9,4	319	90,6	352	100

Trong 374 bệnh nhân điều tra, có 22 trường hợp không thể cân đo vì bé phải thở oxy và truyền dịch. Tỷ lệ SDD thể thấp cân, thấp còi, gầy còm là 20,6%, 21% và 9,4%.

3.2. Tình trạng dinh dưỡng theo SGA.

Bảng 3.3. Tỷ lệ nguy cơ SDD theo SGA phân bố theo nhóm tuổi (%)

SGA	Tuổi (tháng)		6 – 12		12 – <36		36 – < 60		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nhóm A	132	57,1	61	57,5	19	51,4	212	56,7		
Nhóm B	93	40,3	38	35,8	18	48,6	149	39,8		
Nhóm C	6	2,6	7	6,6	0	0	13	3,5		
Tổng	231	61,8	106	28,3	37	9,9	374	100		

Kết quả Bảng 3.3 cho thấy: Tỷ lệ SDD theo SGA chung của nhóm trẻ nghiên cứu là 43,3%. Trong đó nhóm SDD vừa và nhẹ chiếm 39,8% và nhóm có SDD nặng

là 3,5%. Tỷ lệ SDD theo SGA ở nhóm 6-12 tháng chiếm 42,9%, nhóm 13-<36 tháng là 42,4% và nhóm trẻ trên 37 tháng là 48,6%.

Bảng 3.4. Tỷ lệ nguy cơ SDD theo SGA theo tình trạng dinh dưỡng CN/tuổi (%)

SGA	Nhân trắc	Không SDD		SDD		Tổng	
		n	%	n	%	n	%
Nhóm A	187	63,0	26	33,8	212	56,7	
Nhóm B	110	37,0	39	50,6	149	39,8	
Nhóm C	0	0	13	15,6	13	3,5	
Tổng	297	79,4	77	20,6	374	100	

Kết quả Bảng 3.4 cho thấy: Theo chỉ số nhân trắc trẻ SDD nhẹ cân là 20,6%, SDD theo SGA là 43,3%. Trong số trẻ không SDD nhẹ cân có 110 trẻ chiếm 37% có nguy cơ SDD vừa và nhẹ. Ở trẻ có TTDD bình thường theo SGA: có 33,8% bị SDD thể nhẹ cân khi đánh giá bằng nhân trắc.

BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Phân bố theo giới tính: Tỷ lệ nam giới là 59,9%, nữ giới là 40,1%. Như vậy tỷ lệ nam giới mắc bệnh cao gấp xấp xỉ 1,5 lần so với nữ giới. Tỷ lệ này của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Tô Thị Huyền [7] là 66% nam giới và 34% nữ giới. Tuy nhiên lưu ý giải cho sự

khác biệt về giới trong tỷ lệ mắc bệnh viêm phế quản phổi ở trẻ em cần chưa rõ ràng, cần có nhiều công trình nghiên cứu thêm về vấn đề này để tìm ra nguyên nhân của sự khác biệt đó.

- Đối với SDD thể nhẹ cân (CN/T): SDD thể thấp còi là 21%, chiếm tỷ lệ cao nhất trong 3 thể. Đây được coi là chỉ tiêu phản ánh sự phát triển của xã hội, phản ánh tình trạng SDD kéo dài hoặc SDD trong quá khứ làm cho trẻ bị còi cọc, và là chỉ số đánh giá hậu quả của sự đói nghèo. Kết quả nghiên cứu này tương đương với tỷ lệ SDD thấp còi trên toàn quốc năm 2004 (24,9%) [8]. Vấn đề chiều cao của trẻ hiện nay và thanh niên trong thời gian sắp tới là vấn đề đáng phải quan tâm. Vì vậy đòi hỏi phải có những giải pháp can thiệp tổng thể hơn,

mạnh mẽ hơn để tiếp tục giảm tỷ lệ SDD theo chiều cao ở trẻ em.

Tỷ lệ SDD nhẹ cân trong nghiên cứu của chúng tôi là 20,6% đứng thứ 2 trong 3 thể SDD. Kết quả này của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Tô Thị Huyền 2012 [7], cao hơn so với tỷ lệ SDD chung toàn quốc năm 2013 là 15,8% và tỷ lệ SDD của tỉnh Vĩnh Phúc là 16,5%. Sở dĩ có sự chênh lệch này là do nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên những trẻ đang có tình trạng mắc bệnh nhiễm khuẩn phải nằm viện, chính điều này càng chứng tỏ rằng giữa dinh dưỡng và nhiễm khuẩn có một vòng xoắn bệnh lý, tình trạng nhiễm khuẩn sẽ làm suy sụp thêm tình trạng suy dinh dưỡng vốn có. Vì vậy nếu trong quá trình điều trị các bác sỹ lâm sàng quan tâm đến vấn đề cải thiện dinh dưỡng cho bệnh nhân sẽ cải thiện được thêm tình trạng bệnh lý làm giảm thời gian điều trị.

- Phân bố nguy cơ SDD theo SGA:

Khi sử dụng phương pháp SGA thì tỷ lệ trẻ có nguy cơ SDD là 43,3% trong đó mức độ nhẹ và vừa là 39,8%, mức độ nguy cơ cao là 3,5% và nhóm tuổi 6-12 tháng có nguy cơ SDD cao hơn các nhóm khác. Phương pháp đánh giá nguy cơ SDD bằng phương pháp SGA có tỷ lệ SDD cao hơn hẳn so với phương pháp nhân trắc (20,6%). Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thúy Hồng và cộng sự (2010) [9], cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nằm viện có nguy cơ về dinh dưỡng được phát hiện qua việc sàng lọc bằng công cụ SGA cao hơn hẳn chỉ số nhân trắc. Kết quả của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Tô Thị Huyền (2012) là 60%. Có sự khác nhau đó là do Tô Thị Huyền tiến hành nghiên cứu tại

bệnh viện Nhi Trung ương, là nơi mà tỷ lệ trẻ bị bệnh nặng đến nhiều hơn. Đối tượng của tác giả là từ 0-24 tháng tuổi, đây là đối tượng rất dễ mắc bệnh và khi bị bệnh thì nguy cơ mắc bệnh nặng hơn. Nghiên cứu của Tô Thị Huyền cũng chỉ rõ trong phân loại SGA, các tiêu chí như tiền sử mất cân, triệu chứng tiêu hóa là những chỉ tiêu có độ nhạy cao nhất, các tiêu chí như tiền sử thay đổi cân nặng trong 2 tuần qua, tăng nhu cầu năng lượng là các yếu tố phối hợp tỷ lệ cuối cùng trong các tiêu chí của SGA. Tuy nhiên, trong tiêu chí 1 của SGA phần trăm thay đổi cân nặng trong 3-6 tháng thì cần phải xem xét lại, đặc biệt là trẻ dưới 1 tuổi. Đây là giai đoạn trẻ phát triển nhanh về thể chất, khi trẻ tròn 1 tuổi, cân nặng của trẻ đã tăng gấp 3 lần lúc trẻ mới sinh ra [10]. Nếu trong một khoảng thời gian 3-6 tháng trẻ không tăng cân hoặc giảm một chút (dưới 2%) đã đủ là nguy cơ SDD.

Phối hợp giữa phương pháp đánh giá tổng thể chủ quan SGA và chỉ số nhân trắc: Trẻ không SDD theo chỉ số nhân trắc thì có 37% có nguy cơ SDD từ mức độ nhẹ đến mức độ cao. Trong tổng thể trẻ SDD theo chỉ số nhân trắc thì tỷ lệ trẻ thuộc nhóm C theo SGA là 15,6%. Điều đó càng cho thấy việc sử dụng công cụ sàng lọc SGA cho trẻ nằm viện có tỷ lệ phát hiện được những trẻ có nguy cơ SDD từ rất sớm so với chỉ số nhân trắc. Kết quả ở bảng 3.4 cũng chỉ ra rằng nếu áp dụng chỉ số nhân trắc, trong tổng số trẻ không bị SDD thì có đến 37% trẻ nằm viện có thể bị bỏ sót nguy cơ SDD nếu chỉ áp dụng chỉ số nhân trắc. Kết quả bảng 3.4 cũng cho thấy việc phát hiện sớm nguy cơ SDD cũng sẽ có biện pháp xử lý sớm để phòng không để lại

hậu quả SDD lâu dài trên trẻ. Cần phải có sự can thiệp về dinh dưỡng trong điều trị phối hợp với các phương pháp khác, trong tổng số trẻ SDD theo chỉ số nhân trắc thì có 15,6% trẻ cần phải chăm sóc toàn diện.

IV. KẾT LUẬN

Qua điều tra 374 trẻ đang bị viêm phế quản phổi tại Khoa Nội nhi, Bệnh viện Sản Nhi Vĩnh Phúc từ tháng 11/2014 đến 9/2015 chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

1. Theo phương pháp nhân trắc: Tỷ lệ SDD thể thấp còi, nhẹ cân và thể còi cọc tương ứng là 21%, 20,6%, 9,9%.

2. Nguy cơ SDD theo SGA ở trẻ viêm phổi là 43,3% trong đó nhóm có nguy cơ nhẹ và vừa là 39,8% và 3,5% là nhóm cơ nguy cơ SDD cao. Nguy cơ SDD ở nhóm trẻ bệnh theo phương pháp SGA cao hơn hẳn tỷ lệ SDD theo chỉ số nhân trắc. Nguy cơ SDD tập trung ở nhóm trẻ từ 6-12 tháng tuổi. Có 37% số trẻ không bị SDD theo nhân trắc nhưng có nguy cơ SDD theo SGA; 15,6% trẻ SDD rơi vào nhóm có nguy cơ SDD cao theo SGA.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. www.benh.vn/Benh-Nhi/Benh-viem-phoi-tre-em/95/.../19-2-2014.htm

2. <http://viendinhduong.vn/news/vi/106/61/0/a/so-lieu-thong-ke-ve-tinh-trang-dinh-duong-tre-em-qua-cac-nam.aspx>.
3. Donna J. Secker, Khursheed N. Jeejeebhoy (2007). *Subjective Global Assessment for Children*. Am J Clin Nutr. 85,1083-9.
4. Trần Quy (2009). Viêm phế quản phổi, bài giảng nhi khoa tập I. NXB Y học, Hà Nội.
5. Seckef DJ, Jeejeebhoy (2007). *Subjective Global Assessment for Children*. Am J Clin Nutr. 85, 1082 – 1089.
6. WHO (2006). *WHO Child Growth Standards Methods and Development*.
7. Tô Thị Huyền (2012). *Đánh giá nguy cơ suy dinh dưỡng trên bệnh nhân viêm phổi bằng phương pháp SGA tại khoa hô hấp bệnh viện Nhi Trung ương năm 2011-2012*. Luận văn thạc sỹ, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
8. Viện dinh dưỡng (2011). *Số liệu điều tra dinh dưỡng năm 2011*. www.nutrition.org.vn.
9. Nguyễn Thuý Hồng, Lưu Thị Mỹ Thục, Nguyễn Thị Yên (2010). *Nghiên cứu tỷ lệ suy dinh dưỡng của trẻ em dưới 5 tuổi tại khoa hô hấp bệnh viện Nhi Trung ương năm 2010*. Tạp chí Y học Việt Nam. 7(1), 46 - 49.
10. Nguyễn Công Khẩn (2008). *Dinh dưỡng cộng đồng và an toàn vệ sinh thực phẩm*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

Summary**NUTRITIONAL STATUS OF CHILDREN WITH PNEUMONIA IN PEDIATRICS HOSPITAL OF VINH PHUC PROVINCE IN 2014-2015**

Objectives: To assess the malnutrition status of patients with pneumonia in Pediatrics Hospital of Vinh Phuc province in peritod of 2014-2015. **Subjects and methods:** We measured weight, length and height of 374 patients from 6 to 60 months with pneumonia in Pediatrics Hospital of Vinh Phuc province in peritod of 2014-2015 to assess the nutritional status by anthropometric method. By Examning and Interviewing to assess the trend of Malnutrition following SGA methods. **Results:** By anthropometry: SDR was 20,6%, in which SDH was stunted, SDD was underweight, stunting was 21%; 20,6%; 9,9%. The risk of Malnutrition by SGA was 43,3%, significantly higher than the anthropometric method (20,6%), the risk of mild to moderate Malnutrition and severeMalnutritionwas 39,8% and 3,5%. Compared to the SGA indicator, early detection of Malnutrition risk: 37,3% of children without anthropometry were at risk for SGA; 15,6% of malnourished children fall into the high risk group for SGA. **Conclusions:** The prevalence of malnutrition risk among SGA children differs from the anthropometric malnutrition rate. We ask to use SGA methods to assess the nutritional status of pneumonia children at the hospital.

Key words: *Child malnutrition, pneumonia, 6 – 60 months, SGA.*

