

6. Thuận TV, Linh TTK, Trung TT, Toàn PQ, Trang NT. Chuẩn bị ruột và mức độ làm sạch đại tràng của người bệnh ngoại trú. Tạp Chí Học Việt Nam. 528(1).

7. Gaspar R, Andrade P, Ramalho R, Santos-Antunes J, Macedo G. Bowel preparation: modifiable factors to improve bowel cleansing. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2019 Jan;31(1):140.

## ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG KHẨU PHẦN ĂN Ở TRẺ ĐỘNG KINH KHỞI PHÁT TRƯỚC 6 THÁNG TUỔI TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Ngân<sup>2</sup>, Lê Đức Dũng<sup>1</sup>,  
Nguyễn Thị Thúy Hồng<sup>1,2</sup>, Lưu Thị Mỹ Thực<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá tình trạng khẩu phần ăn của trẻ động kinh khởi phát trước 6 tháng tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến hành trên 105 trẻ được chẩn đoán động kinh trước 6 tháng tuổi và đang điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 06/2023 đến 06/2024. Bằng phương pháp hỏi ghi khẩu phần ăn 24h qua kết hợp với tần suất tiêu thụ thực phẩm nhằm ước lượng lượng chất dinh dưỡng trẻ thường ăn vào trong 24h. **Kết quả:** Tỷ lệ trẻ dưới 2 tuổi chiếm đa số (62,9%), với trẻ trai chiếm 56,2%. Tỷ lệ trẻ đáp ứng được nhu cầu dinh dưỡng theo khuyến nghị (Recommended Dietary Intake – RDI) về năng lượng (64,7%), protein (93,3%), lipid (67,6%) glucid chỉ đạt 35,3%. Tỷ lệ trẻ không nhận đủ vi chất dinh dưỡng theo nhu cầu khuyến nghị còn cao với Vitamin D (89,5%), Magie (49,5%), sắt (34,3%). **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy một số hạn chế về lượng dinh dưỡng ăn vào ở trẻ động kinh, đặc biệt là các vi chất dinh dưỡng quan trọng như vitamin D, magie và sắt.

**Từ khóa:** Động kinh, động kinh kháng thuốc, động kinh khởi phát sớm, khẩu phần ăn, trẻ em

### SUMMARY

#### EVALUATION OF DIETARY INTAKE IN CHILDREN WITH EPILEPSY ONSET BEFORE 6 MONTHS OLD AT THE NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

**Objective:** This study was conducted to evaluate the dietary intake of children with epilepsy onset before 6 months old at the National Children's Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 105 children diagnosed with epilepsy before 6 months old and receiving treatment at the National Children's Hospital from June 2023 to June 2024. The 24-hour dietary recall combined with a food frequency questionnaire was used to estimate the nutritional intake of these children over a 24-hour

period. **The results:** The majority of the children were under 2 years old (62.9%), with boys accounting for 56.2%. The proportion of children meeting the Recommended Dietary Intake (RDI) for energy was 64.7%, for protein 93.3%, for lipids 67.6%, while carbohydrates were only 35.3%. A high proportion of children did not meet the recommended intake for essential micronutrients, including vitamin D (89.5%), magnesium (49.5%), and iron (34.3%). **Conclusion:** The study highlights significant deficiencies in dietary intake among children with epilepsy, particularly for key micronutrients such as vitamin D, magnesium, and iron. **Keywords:** epilepsy, drug-resistant epilepsy, early onset epilepsy, dietary intake, infants

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Động kinh là một rối loạn não nghiêm trọng và phổ biến tác động khoảng 50 triệu người trên toàn cầu. Việt Nam (2008) tại huyện Ba Vì, tỉ lệ mắc động kinh là 44.8/100.000 người và tỉ lệ cao ở trẻ dưới 16 tuổi.<sup>1</sup>

Động kinh gây ra gánh nặng kinh tế lớn cho hệ thống y tế và cộng đồng nên Tổ chức Y Tế thế giới (WHO) và văn phòng khu vực Đông Nam Á (SEARO) đã đặt kiểm soát động kinh trong cộng đồng ở mức ưu tiên cao.<sup>2</sup> Điều trị động kinh không chỉ riêng mục tiêu kiểm soát cơn bằng thuốc mà dinh dưỡng hỗ trợ đáng kể đến chất lượng cuộc sống của trẻ động kinh như các chế độ ăn Ketogenic, Atkins cũng đã được chứng minh có hiệu quả trong kiểm soát cơn động kinh.<sup>3</sup> Đặc biệt trẻ nhỏ dưới 5 tuổi nói chung và động kinh nói riêng rất cần dinh dưỡng để hỗ trợ sự phát triển tối ưu của não cũng như hỗ trợ điều trị.<sup>4</sup> Tuy nhiên thực tế lâm sàng, cả gia đình người bệnh và nhân viên y tế hầu như mới chỉ chú ý đến điều trị bệnh động kinh mà các vấn đề khác ít được quan tâm nhất là dinh dưỡng.

Do vậy, việc tìm hiểu tình trạng dinh dưỡng, thực trạng nuôi dưỡng của trẻ động kinh, đồng thời xem xét mối liên quan giữa dùng thuốc, ăn uống, chăm sóc với tình trạng thiếu dinh dưỡng và ảnh hưởng tới đáp ứng điều trị nhằm đưa ra những lưu ý trong việc chăm sóc, nuôi dưỡng trẻ nhằm đạt hiệu quả tối ưu trong kiểm soát động

<sup>1</sup>Bệnh viện Nhi Trung ương

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lưu Thị Mỹ Thực

Email: drthucnutrition@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 26.12.2024

kinh, nâng cao chất lượng cuộc sống cũng như giảm thiểu những rủi ro một cách tối đa là cần thiết trong thực hành lâm sàng. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài "*Đánh giá thực trạng khẩu phần ăn ở trẻ động kinh khởi phát trước 6 tháng tuổi tại Bệnh viện Nhi Trung ương*".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Trẻ được chẩn đoán động kinh trước 6 tháng tuổi và đang được quản lý bởi Trung tâm Thần Kinh, Bệnh viện Nhi Trung ương, với sự đồng ý của người chăm sóc.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Trẻ trong giai đoạn bệnh nặng không thể đánh giá dinh dưỡng hoặc không thể khai thác được kỹ chế độ ăn hay đang ăn chế độ ăn đặc biệt.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

**Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện tại Trung tâm Thần kinh, Bệnh viện Nhi Trung ương trong khoảng thời gian từ 06/2023 đến 06/2024.

**Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu nghiên cứu:** Phương pháp chọn mẫu thuận tiện, có 105 trẻ đủ điều kiện tham gia nghiên cứu.

**Thu thập số biến số:** Mỗi trẻ đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu chỉ được thu thập số liệu một lần. Tất cả các biến số được thu thập ngay tại phòng khám chuyên khoa Thần kinh. Các biến số gồm:

- Đặc điểm chung: Tuổi, giới.
- Phân loại thể động kinh: Kháng thuốc theo tiêu chuẩn của ILAE 2017<sup>5</sup> được thực hiện bởi bác sỹ chuyên khoa Thần kinh.
- Khẩu phần ăn 24h: Dùng phương pháp hỏi ghi 24h (hỏi ghi lượng thực phẩm trẻ tiêu thụ trong 24 giờ qua) để xác định lượng dinh dưỡng ăn vào hàng ngày. Số liệu được thu thập ngay khi trẻ được chọn vào nghiên cứu, phân tích khẩu phần dựa vào bảng thành phần các loại thực phẩm Việt Nam.

**2.3. Xử lý số liệu:** Số liệu được nhập liệu bằng chương trình Kobotoolbox, làm sạch bằng phần mềm Excel và phân tích bằng phần mềm Stata 15.0. Sử dụng thống kê mô tả và thống kê suy luận để đưa ra kết quả nghiên cứu, nhận định có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

**2.4. Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành sau khi được chấp thuận bởi Hội đồng khoa học Trường Đại học Y Hà Nội và thông qua Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Nhi Trung ương theo QĐ số 2726/BVNTW- HĐĐĐ. Người chăm sóc trẻ được giải thích rõ ràng về

mục đích, ý nghĩa của việc thực hiện nghiên cứu và đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 105 trẻ bị động kinh khởi phát trước 6 tháng tuổi tại Trung tâm Thần kinh Bệnh viện Nhi Trung ương thời gian từ 6/2023 đến 6/2024, đạt được một số kết quả như sau:

**Bảng 1. Thông tin chung của trẻ động kinh khởi phát trước 6 tháng tuổi**

Thông tin chung (n=105)		n	%
Phân loại nhóm tuổi	<2 tuổi	66	62,9
	2 - <5 tuổi	25	23,8
	≥5 tuổi	14	13,3
Giới tính	Trái	59	56,2
	Gái	46	43,8
Phân loại thể động kinh theo kết quả điều trị	Kháng thuốc	38	36,2
	Không kháng thuốc	67	63,8

**Nhận xét:** Đa số trẻ dưới 2 tuổi (62,9%). Tỷ lệ trẻ trai (56,2%) nhiều hơn so với trẻ gái (43,8%).

**Bảng 2: Mức năng lượng và các chất sinh năng lượng trẻ ăn vào hàng ngày so với nhu cầu khuyến nghị RDI**

Mức đáp ứng RDI hàng ngày (n=105)		Khẩu phần ăn 24h	
		n	%
Năng lượng (Kcal)	< 70%	3	2,9
	70 - < 100%	34	32,4
	Đạt	68	64,7
Protein (g)	< 70%	2	1,9
	70 - < 100%	5	4,8
	Đạt	98	93,3
Lipid (g)	< 70%	4	3,8
	70 - < 100%	30	28,6
	Đạt	71	67,6
Glucid (g)	< 70%	29	27,6
	70 - < 100%	39	37,1
	Đạt	37	35,3

**Nhận xét:** Tỷ lệ trẻ có khẩu phần ăn đáp ứng RDI về năng lượng là 64,7%. Tỷ lệ đáp ứng mức RDI của protein, lipid, glucid trong khẩu phần lần lượt là: 93,3%, 67,6%, 35,3%.

**Bảng 3: Lượng một số vitamin và khoáng chất trẻ tiêu thụ hàng ngày so với nhu cầu khuyến nghị RDI**

Thành phần dinh dưỡng (n=105)		Khẩu phần ăn 24h	
		n	%
Canxi (mg)	Đạt	86	81,9
	Không đạt	19	18,1
Magie (mg)	Đạt	53	50,5
	Không đạt	52	49,5
Sắt (mg)	Đạt	69	65,7
	Không đạt	36	34,3

<b>Kẽm (mg)</b>	Đạt	72	68,6
	Không đạt	33	31,4
<b>Vitamin B1 (mg)</b>	Đạt	75	71,4
	Không đạt	30	28,6
<b>Vitamin B6 (mg)</b>	Đạt	68	64,8
	Không đạt	37	35,2

<b>Vitamin D (µg)</b>	Đạt	11	10,5
	Không đạt	94	89,5

**Nhận xét:** Tỷ lệ trẻ không đạt đủ RDI của vitamin D rất cao (89,5%). Các khoáng chất magie, sắt, kẽm cũng có tỷ lệ không đạt cao là 49,5%, 34,3%, 31,4%.

**Bảng 4. Mối liên quan giữa phân loại thể động kinh theo cách thức điều trị với mức đáp ứng RDI dinh dưỡng của trẻ**

Mức đáp ứng RDI	Phân loại	Thể động kinh phân loại theo điều trị		p
		Kháng thuốc	Không	
<b>Năng lượng (Kcal)</b>	< 70%	0 (0)	3 (7,9)	<0,05**
	70 - < 100%	20 (29,9)	14 (36,8)	
	≥ 100%	47 (70,1)	21 (55,3)	
<b>Protein (g)</b>	< 70%	2 (3)	0 (0)	>0,05**
	70 - < 100%	4 (6)	1 (2,6)	
	≥ 100%	61 (91)	37 (97,4)	
<b>Lipid (g)</b>	< 70%	2 (3)	2 (5,3)	>0,05**
	70 - < 100%	19 (28,4)	11 (29)	
	≥ 100%	46 (68,7)	25 (65,8)	
<b>Glucid (g)</b>	< 70%	16 (23,9)	13 (34,2)	<0,05*
	70 - < 100%	21 (31,3)	18 (47,4)	
	≥ 100%	30 (44,8)	7 (18,4)	

\* Chi-square test; \*\* Fisher's exact test

**Nhận xét:** Trẻ động kinh kháng thuốc nhận được đủ năng lượng và lượng glucid trong khẩu phần ăn cao hơn ở trẻ động kinh thông thường. sự khác biệt có YNTK ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 5. Mối liên quan giữa phân loại thể động kinh theo điều trị và mức đáp ứng RDI về các vi chất trong khẩu phần ăn 24h**

Mức đáp ứng RDI của một số vi chất dinh dưỡng (n=105)		Phân loại thể động kinh theo điều trị		p
		Kháng thuốc	Không kháng thuốc	
<b>Canxi (mg)</b>	Đạt	29 (76,3)	57 (85,1)	>0,05*
	Không đạt	9 (23,7)	10 (14,9)	
<b>Magie (mg)</b>	Đạt	23 (60,5)	30 (44,8)	>0,05*
	Không đạt	15 (39,5)	37 (55,2)	
<b>Sắt (mg)</b>	Đạt	32 (84,2)	37 (55,2)	<0,05*
	Không đạt	6 (15,8)	30 (44,8)	
<b>Kẽm (mg)</b>	Đạt	26 (68,4)	46 (68,7)	>0,05*
	Không đạt	12 (31,6)	21 (31,3)	
<b>Vitamin B1 (mg)</b>	Đạt	33 (86,8)	42 (62,7)	<0,05*
	Không đạt	5 (13,2)	25 (37,3)	
<b>Vitamin B6 (mg)</b>	Đạt	31 (81,6)	37 (55,2)	<0,05*
	Không đạt	7 (18,4)	30 (44,8)	
<b>Vitamin D (µg)</b>	Đạt	4 (10,5)	7 (10,5)	> 0,05**
	Không đạt	60 (89,5)	34 (89,5)	

\* Chi-square test; \*\* Fisher's exact test

**Nhận xét:** Trẻ động kinh kháng trị thì có lượng ăn vào của sắt, vitamin B1, vitamin B6 trong khẩu phần ăn thấp hơn rõ rệt ở nhóm trẻ động kinh thông thường ( $p < 0,05$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành trên 105 trẻ bị động kinh có bệnh khởi phát trước 6 tháng tuổi, bao gồm phân loại theo nhóm tuổi, giới tính, và phân loại thể động kinh theo kết quả điều trị.

Trong số 105 trẻ, có 66 trẻ dưới 2 tuổi, chiếm tỷ lệ cao nhất (62,9%), tiếp theo là nhóm từ 2 đến dưới 5 tuổi (23,8%) và nhóm từ 5 tuổi trở lên (13,3%). Tỷ lệ cao trẻ dưới 2 tuổi cho thấy đây là nhóm có nguy cơ cao phát triển động kinh khởi phát sớm. Tỷ lệ trẻ trai (56,2%) cao hơn so với trẻ gái (43,8%) trong nghiên cứu này. Điều này tương đồng với một số nghiên cứu của Ngugi và cộng sự (2011) cho thấy trẻ trai có xu hướng mắc động kinh khởi phát sớm cao hơn, có

thể do các yếu tố di truyền và sinh học khác nhau giữa nam và nữ.<sup>7</sup> Trong nghiên cứu, 36,2% trẻ thuộc nhóm kháng thuốc và 63,8% không kháng thuốc (bảng 1). Theo các tài liệu, trẻ kháng thuốc có xu hướng không đáp ứng với liệu pháp chống động kinh thông thường, đòi hỏi các phương pháp điều trị đặc biệt như chế độ ăn ketogenic hoặc phẫu thuật.<sup>8</sup> Tỷ lệ này tương tự với một số nghiên cứu của Kwan và Brodie (2000) quốc tế báo cáo khoảng 30–40% trường hợp động kinh ở trẻ em là kháng thuốc.<sup>9</sup> Như vậy, trẻ có động kinh khởi phát sớm biểu hiện tình trạng nặng của bệnh nên sẽ có tỷ lệ cao nguy cơ bị kháng thuốc.

Kết quả (bảng 2) cho thấy, tỷ lệ đáp ứng năng lượng không đạt yêu cầu là 35,2%, cho thấy một số trẻ chưa nhận được đủ năng lượng cần thiết, có thể do các yếu tố như rối loạn chuyển hóa, các hạn chế trong chế độ ăn kiêng điều trị (như ketogenic), hoặc khả năng dung nạp thực phẩm của trẻ cũng như tình trạng nặng của bệnh (động kinh kháng thuốc). Điều này tương đồng với nghiên cứu Nguyễn Thùy Minh Thư (2020) tại Việt Nam về trẻ bị động kinh cũng ghi nhận tỷ lệ đáp ứng năng lượng dao động từ 60-70% khi áp dụng chế độ ăn ketogenic.<sup>10</sup> Kết quả trên thấp hơn so với nghiên cứu tại Mỹ của Kossoff (2018) trên trẻ động kinh khởi phát sớm là 75% trẻ đạt năng lượng khuyến nghị khi sử dụng chế độ ăn điều trị.<sup>11</sup> Đối với protein, có 93,3% trẻ đạt mức yêu cầu, cho thấy phần lớn khẩu phần ăn của trẻ đảm bảo đủ chất đạm. Theo FAO (2020), tại các quốc gia đang phát triển, tỷ lệ thiếu hụt protein ở trẻ em thường cao hơn, đặc biệt ở những trẻ có tình trạng bệnh lý mạn tính khác.<sup>12</sup> Tỷ lệ 67,6% trẻ đạt lipid theo RDI, phản ánh một phần trẻ có chế độ ăn chưa cân đối về lipid, có thể do hạn chế tiêu thụ chất béo trong các chế độ ăn không chuyên biệt, hoặc việc điều chỉnh chưa phù hợp trong quá trình điều trị. Tỷ lệ này thấp hơn trong nghiên cứu của Nguyễn Thùy Minh Thư (2022), tại Việt Nam, có tỷ lệ đạt lipid trên trẻ động kinh sử dụng chế độ ăn ketogenic cao hơn (trên 80%) nhờ đặc thù của chế độ này là tăng lipid và giảm Carbohydrate và lượng protein vừa đủ trong điều trị bệnh nhân động kinh kháng trị.<sup>10</sup> Đáng lưu ý, trẻ trong nhóm nghiên cứu có tỷ lệ đáp ứng glucid rất thấp, chỉ 35,2%, phản ánh tình trạng thiếu hụt carbohydrate, có thể dẫn đến giảm khả năng cung cấp năng lượng nhanh cho não bộ, đặc biệt quan trọng ở nhóm trẻ động kinh. Việc không đạt glucid có thể liên quan đến chế độ ăn giảm tinh bột hoặc ketogenic, thường được chỉ định cho trẻ động

kinh để kiểm soát cơn co giật. Tỷ lệ trên thấp hơn trong nghiên cứu tại Mỹ của Kossoff (2018) trẻ động kinh theo chế độ ăn ketogenic thường có tỷ lệ không đạt glucid lên tới 50%.<sup>11</sup>

Trong nghiên cứu (bảng 3) 81,9% trẻ đạt RDI canxi, cho thấy phần lớn trẻ được cung cấp đủ canxi, tuy nhiên vẫn còn một tỷ lệ nhỏ chưa đạt, có thể do khả năng dung nạp của trẻ hoặc hạn chế trong chế độ ăn. Tỷ lệ này cũng tương đồng với nghiên cứu của Keller (2021) tại Mỹ trên trẻ động kinh khởi phát sớm cũng ghi nhận khoảng 15-20% trẻ thiếu hụt canxi do ảnh hưởng của chế độ ăn điều trị.<sup>14</sup> Các khoáng chất magie, sắt, kẽm cũng có tỷ lệ không đạt cao là 49,5%; 34,3%; 31,4. Có thể do nhu cầu magie cao hơn ở trẻ động kinh hoặc hạn chế trong việc dung nạp magie từ các nguồn thực phẩm. Tỷ lệ không đạt sắt là 34,3% tương đương với nghiên cứu Lê Nguyễn Bảo Khánh (2021), tại Việt Nam trên trẻ mắc các rối loạn thần kinh cho thấy khoảng 30-35% trẻ bị thiếu hụt sắt.<sup>15</sup> Tỷ lệ không đạt kẽm là 31,4% tương đương nghiên cứu của Kossoff (2018), tại Mỹ, trẻ động kinh theo chế độ ăn ketogenic cũng thường bị thiếu hụt do hạn chế nguồn thực phẩm giàu kẽm. Trong nhóm nghiên cứu tỷ lệ không đạt Vitamin D là 89,5%, đây là tỷ lệ rất cao và đáng lo ngại, cao hơn nghiên cứu của Phạm Thị Hải Quỳnh (2017), tại Việt Nam, trên trẻ em 71.5% bị thiếu vitamin D.

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tình trạng cung cấp năng lượng, protein, glucid giữa nhóm trẻ kháng thuốc và không kháng thuốc với  $p < 0,05$  (bảng 4). Nhóm trẻ kháng thuốc có tỷ lệ đạt trên 100% nhu cầu năng lượng, protein và glucid cao hơn (70,1%; 61%; Glucid 44,8%) so với nhóm không kháng thuốc (55,3%; 46,8%; 38,3%). Điều này có thể do những trẻ kháng thuốc thường được tư vấn dinh dưỡng để xây dựng chế độ ăn điều trị nên đã đáp ứng được nhu cầu về năng lượng, Tuy nhiên, với lipid, không có sự khác biệt ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm điều trị ( $p > 0,05$ ), có thể cho thấy rằng cả hai nhóm đều được cung cấp đủ lipid, nhưng với trẻ động kinh kháng trị việc thực hiện chế độ ăn với nguồn năng lượng chủ yếu từ lipid sẽ vẫn còn hạn chế bởi sự khó chấp nhận từ trẻ.

Mối liên quan giữa tình trạng kháng thuốc và lượng vi chất dinh dưỡng ăn vào chưa thấy có sự khác biệt rõ rệt giữa hai nhóm, ngoại trừ vitamin D ( $p < 0,05$ ). Nhóm trẻ kháng thuốc có tỷ lệ đạt RDI vitamin D là 44,1%, thấp hơn so với nhóm không kháng thuốc là 49,5%. Việc thiếu hụt vitamin D ở trẻ động kinh có thể làm tăng nguy cơ còi xương và các vấn đề về xương khớp cũng

như sẽ ảnh hưởng đến dẫn truyền thần kinh cơ với sự có mặt của Magie.

## V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

- Đa số trẻ động kinh khởi phát sớm là dưới 2 tuổi, với tỷ lệ trẻ trai cao hơn trẻ gái. Tỷ lệ trẻ kháng thuốc cao. Nên có tìm hiểu thêm về chế độ dinh dưỡng trong thời kỳ mang thai vì thiếu hụt dinh dưỡng giai đoạn này ảnh hưởng đến sự phát triển não bộ có thể ảnh hưởng đến xuất hiện của động kinh khởi phát sớm trước 6 tháng tuổi.

- Tỷ lệ thiếu hụt năng lượng và vi chất dinh dưỡng trong khẩu phần ăn còn cao. Cần tối ưu hóa chế độ ăn cả thể hóa cho trẻ động kinh, đặc biệt đối với nhóm khởi phát sớm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tuan NA, Cuong LQ, Allebeck P, et al. The prevalence of epilepsy in a rural district of Vietnam: a population-based study from the EPIBAVI project. *Epilepsia*. 2008;49(9):1634-1637. doi:10.1111/j.1528-1167.2008.01663.x
2. B0769.pdf. Accessed March 30, 2023. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205014/B0769.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Expert Committee on Pediatric Epilepsy, Indian Academy of Pediatrics. Guidelines for diagnosis and management of childhood epilepsy. *Indian Pediatr*. 2009;46(8):681-698.
4. Chugani HT, Müller RA, Chugani DC. Functional brain reorganization in children. *Brain Dev*. 1996;18(5):347-356. doi:10.1016/0387-7604(96)00032-0
5. Fisher RS, Cross JH, French JA, et al. Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy: Position Paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*. 2017;58(4):522-530. doi:10.1111/epi.13670
6. Turck D, Michaelsen KF, Shamir R, et al. World Health Organization 2006 child growth standards and 2007 growth reference charts: A discussion paper by the committee on Nutrition of the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2013;57(2):258-264. doi:10.1097/MPG.0b013e318298003f
7. Ngugi AK, Kariuki SM, Bottomley C, et al. Incidence of epilepsy: a systematic review and meta-analysis. *Neurology*. 2011;77(10):1005-1012. doi:10.1212/WNL.0b013e31822cfc90
8. López González FJ, Rodríguez Osorio X, Gil-Nagel Rein A, et al. Drug-resistant epilepsy: Definition and treatment alternatives. *Neurologia (English Edition)*. 2015;30(7):439-446. doi:10.1016/j.nrleng.2014.04.002
9. Kwan P, Brodie MJ. Early identification of refractory epilepsy. *N Engl J Med*. 2000;342(5):314-319. doi:10.1056/NEJM200002033420503
10. Nguyen TMT, Jallon P, Korff C, et al. Feasibility, tolerability and efficacy of the ketogenic diet in children with drug-resistant epilepsy in Vietnam. *Epilepsia Open*. 2023;8(4):1484. doi:10.1002/epi4.12825

## NGHIÊN CỨU SỬ DỤNG Sụn VÀNH TAI TẠO HÌNH ĐẦU MŨI

Nguyễn Hồng Nhung<sup>1,2</sup>, Chu Minh Quang<sup>2</sup>,  
Bùi Tuấn Anh<sup>3</sup>, Nguyễn Tài Sơn<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả tạo hình đầu mũi và trụ mũi bằng sụn vành tai tự thân. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tiến cứu, mô tả cắt ngang trên 59 bệnh nhân được tạo hình đầu mũi và trụ mũi bằng sụn vành tai tự thân. **Kết quả:** 28 bệnh nhân (38,98%) có đầu mũi thấp và ngắn; 16 bệnh nhân (27,11%) có đầu mũi dạng củ hành và 20 bệnh nhân (33,89%) có đầu mũi vuông. 100% trường hợp không có biến chứng ngay sau mổ. Thời gian theo dõi từ 3 tháng - 9 tháng Chiều dài mũi sau phẫu thuật cải thiện dài hơn chiều dài mũi trước phẫu thuật trung bình  $5.88 \pm 4.65$  mm. Độ cao đầu mũi nhô cao hơn

mũi trước phẫu thuật trung bình  $1.91 \pm 2.04$  mm. **Kết luận:** Sụn vành tai là chất liệu phù hợp để tăng độ cao và độ chịu lực của đầu mũi. **Từ khóa:** đầu mũi, trụ mũi, đầu mũi củ hành, đầu mũi vuông

### SUMMARY

#### RESEARCH ON USING EAR CARTILAGE FOR NASAL TIP RHINOPLASTY

**Objective:** To evaluate the results of nasal tip and columella rhinoplasty using autologous auricular cartilage. **Subjects and methods:** Prospective, cross-sectional study on 59 patients undergoing nasal tip and columella rhinoplasty using autologous auricular cartilage. **Results:** 28 patients (38.98%) had low and short nasal tips; 16 patients (27.11%) had bulbous nasal tips and 20 patients (33.89%) had boxy nasal tips. 100% of cases had no complications immediately after surgery. Follow-up period was from 3 months to 9 months. The length of the nose after surgery improved by an average of  $5.88 \pm 4.65$  mm longer than the preoperative nasal length. The height of the nasal tip was  $1.91 \pm 2.04$  mm higher than the preoperative nose. **Conclusion:** Auricular cartilage is

<sup>1</sup>Bệnh viện E

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện đa khoa Hồng Ngọc

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Nhung

Email: dr.rosy245@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.11.2024

Ngày duyệt bài: 30.12.2024