

Harrold (1960) nghiên cứu về vấn đề gãy xương trong gãy cổ đùi đưa ra kết luận rằng kết hợp xương không tốt là nguyên nhân dẫn đến khớp giả, cũng trong nghiên cứu này tác giả nêu ra là tổ chức phần mềm gồm cơ, bao hoạt dịch bị rách chèn vào ổ gãy cũng làm cản trở quá trình liền xương.

Ngoài những nguyên nhân trên, việc BN tập vận động sớm, vận động không đúng thời gian cũng như phương pháp do bác sỹ hướng dẫn sẽ làm ảnh hưởng không tốt tới quá trình liền xương và dẫn tới khớp giả. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phân loại gãy, thời gian chờ mổ không liên quan tới các biến chứng xảy ra với $p > 0,05$.

Như đã phân tích ở trên, nắn chỉnh đạt giải phẫu là yếu tố tiên quyết tới kết quả liền xương và hoại tử chỏm. Trong trường hợp nắn chỉnh không đạt, chủ động mổ mở nắn.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật kết hợp xương cổ xương đùi bằng vít xoắn qua da là một phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả, đặc biệt phù hợp với bệnh nhân trẻ tuổi. Nắn chỉnh đạt giải phẫu là yếu tố quan trọng ảnh hưởng tới sự liền xương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. J. Kazley, K. Bagchi. Femoral Neck Fractures. StatPearls. StatPearls Publishing Copyright © 2024, StatPearls Publishing LLC.; 2024.
2. H. Hu, J. Cheng, M. Feng, Z. Gao, J. Wu, S. Lu. Clinical outcome of femoral neck system versus cannulated compression screws for fixation

- of femoral neck fracture in younger patients. J Orthop Surg Res. Jun 9 2021;16(1):370. doi:10.1186/s13018-021-02517-z
3. S. Fitschen-Oestern, S. Lippross, T. Klüter, P. Behrend, M. Weuster, A. Seekamp. [Femoral neck fractures in young patients]. Unfallchirurg. Sep 2016;119(9):763-80. Schenkelhalsfraktur des jungen Patienten. doi:10.1007/s00113-016-0215-z
4. Yazhou Long, Shuming Zhang, Kuiyou Wang, Chunsheng Liu, et al. Strategies of closed reduction in treatment of femoral neck fracture using cannulated screw fixation. 2016;30(7):809-814.
5. F. X. Ju, R. X. Hou, J. Xiong, H. F. Shi, Y. X. Chen, J. F. Wang. Outcomes of Femoral Neck Fractures Treated with Cannulated Internal Fixation in Elderly Patients: A Long-Term Follow-Up Study. Orthopaedic surgery. Jun 2020;12(3):809-818. doi:10.1111/os.12683
6. Lê Phúc. Chấn Thương Học Vùng Háng. . 2006.
7. P. A. Frandsen, E. Andersen, F. Madsen, T. Skjødt. Garden's classification of femoral neck fractures. An assessment of inter-observer variation. The Journal of bone and joint surgery British volume. Aug 1988;70(4):588-90. doi:10.1302/0301-620x.70b4.3403602
8. Henry H %J JBJS Banks. Factors influencing the result in fractures of the femoral neck. 1962;44(5):931-964.
9. Henry H %J Orthopedic. Clinics of North America Banks. Nonunion in fractures of the femoral neck. 1974;5(4):865-885.
10. C. Wang, G. J. Xu, Z. Han, X. Jiang, et al. Correlation Between Residual Displacement and Osteonecrosis of the Femoral Head Following Cannulated Screw Fixation of Femoral Neck Fractures. Medicine (Baltimore). Nov 2015; 94(47): e2139. doi: 10.1097/md. 0000000000002139

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA TRẺ DƯỚI 5 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN QUỲNH LƯU, NGHỆ AN NĂM 2024

Trần Thị Hằng^{1,2}, Hồ Khắc Thuý², Nguyễn Trọng Hưng³,
Nguyễn Hoa Tuyết¹, Nguyễn Thị Thu Thuý¹, Đỗ Nam Khánh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tình trạng dinh dưỡng của trẻ dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Đa khoa huyện Quỳnh Lưu, Nghệ An năm 2024. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 321 trẻ điều trị tại khoa Nhi của Bệnh viện Đa khoa huyện Quỳnh Lưu tỉnh Nghệ An

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa huyện Quỳnh Lưu, Nghệ An

³Viện Dinh dưỡng Quốc gia

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Nam Khánh

Email: donamkhanh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2024

Ngày duyệt bài: 25.12.2024

năm 2024. **Kết quả:** Đa số đối tượng nghiên cứu là trẻ dưới 12 tháng chiếm 43,6%, nhóm trẻ từ 12- 24 tháng chiếm 29,9%, còn lại là nhóm trẻ trên 24 tháng. Tỷ lệ nhiễm khuẩn hô hấp chung là 69,5%, nhiễm khuẩn tiêu hóa cấp là 16,8 %, 2,5% mắc cả 2 bệnh. Suy dinh dưỡng nhẹ cân chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm trẻ 36 đến 47 tháng tuổi, nhóm trẻ 12-23 tháng có tỷ lệ SDD thấp còi cao nhất 38,5%. Tỷ lệ SDD các thể đều ở nhóm trẻ bị nhiễm khuẩn hô hấp cấp đều cao hơn ở nhóm nhiễm khuẩn tiêu hoá cấp. Tỷ lệ trẻ SDD nhẹ cân ở nhóm mắc nhiễm khuẩn hô hấp cấp (NKHHC) chiếm 50%, ở nhóm mắc nhiễm khuẩn tiêu hóa cấp (NKTHC) là 27,5%, còn lại là tỷ lệ mắc các bệnh khác, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,025$). Tỷ lệ SDD thấp còi ở nhóm trẻ mắc NKHHC và NKTHC lần lượt là 66,7% và 15,3% tuy nhiên sự khác

biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tỷ lệ trẻ SDD gây còm ở nhóm mắc NKHHC cao nhất chiếm 57,1%, ở nhóm mắc nhiễm khuẩn tiêu hóa cấp là 32,1%, còn lại là tỷ lệ mắc các bệnh khác, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,024$). **Kết luận:** Tỷ lệ SDD của 321 trẻ trong nghiên cứu này vẫn chiếm tỷ lệ cao, cần có những giải pháp can thiệp về dinh dưỡng và y tế giúp cải thiện tình trạng sức khỏe hiện tại và lâu dài của trẻ. **Từ khóa:** Dinh dưỡng, trẻ dưới 5 tuổi, Bệnh viện Đa khoa Quỳnh Lưu.

SUMMARY

NUTRITIONAL STATUS OF CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD AT MEDICAL CENTER OF QUYNH LUU DISTRICT IN 2023-2024

Objective: Describe the nutritional status of children under 5 years old at Quỳnh Lưu District General Hospital, Nghe An in 2024. **Research method:** Cross-sectional descriptive study on 321 children treated at the Pediatrics Department of Quỳnh Lưu District General Hospital, Nghe An Province in 2024. **Research results:** The majority of the study subjects were children under 12 months old using 43.6%, the group of children from 12-24 months used 29.9%, the rest were children over 24 months old. The overall respiratory infection rate was 69.5%, acute digestive infection was 16.8%, 2.5% had both diseases. Balanced malnutrition used the highest balanced rate in the group of children 36 to 47 months old, the group of children 12-23 months old had the lowest SDD rate and the highest 38.5%. The rate of malnutrition in all types of children in the group of children with acute respiratory infections was higher than in the group of children with acute digestive infections. The rate of underweight children in the group with acute respiratory infections was 50%, in the group with acute digestive infections was 27.5%, the rest was the rate of other diseases, which was statistically significant ($p = 0.025$). The rate of slow malnutrition in the group of children with URIs and URIs was 66.7% and 15.3%, respectively, but the difference was not statistically significant ($p > 0.05$). The rate of wasting children in the group with URIs was highest at 57.1%, in the group with acute digestive infections was 32.1%, the rest was the rate of other diseases, which was statistically significant ($p = 0.024$). **Conclusion:** The rate of malnutrition in 321 children in this study is still high, and nutritional and medical interventions are needed to improve the current and long-term health status of children.

Keywords: nutritional status, children, General hospital of Quỳnh Lưu District.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dinh dưỡng là yếu tố quan trọng trong quá trình phát triển thể chất và tinh thần ở trẻ nhỏ, đặc biệt là trẻ dưới 5 tuổi. Theo báo cáo của Tổ chức Nhi đồng Liên hợp quốc (UNICEF) năm 2019 trên toàn cầu có khoảng 144 triệu trẻ dưới 5 tuổi bị suy dinh dưỡng (SDD) thể thấp còi (chiếm 21,3%), 47 triệu trẻ bị SDD thể gầy còm (chiếm 6,9%).¹ Ở Việt Nam, theo tổng điều tra Dinh dưỡng toàn quốc năm 2020, tỷ lệ trẻ em

dưới 5 tuổi SDD thể thấp còi là 19,6%, SDD thể nhẹ cân là 11,5%, ở mức < 20% được xếp vào mức trung bình theo phân loại của Tổ chức Y tế thế giới. Trong những năm qua, tỷ lệ SDD nước ta đã có chiều hướng giảm xuống nhưng vẫn còn cao so với thế giới và các nước trong khu vực. SDD ảnh hưởng đến sự phát triển về thể chất, tinh thần và trí tuệ của trẻ, đồng thời liên quan đến nhiều bệnh lý, đặc biệt là các bệnh nhiễm khuẩn đường hô hấp và tiêu hoá, làm gia tăng tỷ lệ tử vong ở trẻ.²

Nhiễm khuẩn hô hấp cấp (NKHHC) là bệnh phổ biến nhất ở trẻ, là nguyên nhân nhập viện và tử vong hàng đầu ở trẻ, nhất là trẻ dưới 5 tuổi. Ước tính một em bé dưới 5 tuổi có thể bị NKHHC từ 5 - 8 lần mỗi năm.³ Nhiễm khuẩn tiêu hoá cấp (NKTHC) bao gồm tiêu chảy cấp và nhiễm khuẩn đường ruột là bệnh khá phổ biến ở các nước đang phát triển, là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ hai đối với trẻ em dưới 5 tuổi. Mỗi năm có khoảng 525.000 trẻ em tử vong vì bệnh tiêu chảy cấp.⁴ Suy dinh dưỡng và tiêu chảy tạo thành một vòng xoắn bệnh lý, tiêu chảy dẫn đến suy dinh dưỡng và suy dinh dưỡng làm tăng nguy cơ mắc tiêu chảy, ảnh hưởng đến sự tăng trưởng của trẻ.

Khoa Nhi, Bệnh viện Đa khoa huyện Quỳnh Lưu, tỉnh Nghệ An hàng năm tiếp nhận hàng ngàn lượt trẻ em dưới 5 tuổi bị nhiễm khuẩn đường hô hấp và tiêu hoá cấp đến khám và điều trị. Do đó, nhóm tác giả thực hiện nghiên cứu đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở trẻ dưới 5 tuổi bị NKHHC/NKTHC đến khám tại Bệnh viện Đa khoa huyện Quỳnh Lưu, Nghệ An năm 2024 nhằm phát hiện ra trẻ bị SDD hoặc có nguy cơ SDD từ đó lập kế hoạch điều trị dinh dưỡng sớm cho trẻ là cần thiết, nhằm cải thiện tình trạng dinh dưỡng, rút ngắn thời gian nằm viện, giảm chi phí điều trị và góp phần giảm tải cho bệnh viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Bệnh nhi từ 0 đến dưới 60 tháng tuổi được chẩn đoán mắc NKHHC hoặc NKTHC nhập viện điều trị nội trú từ thời điểm bắt đầu nghiên cứu tại Khoa Nhi, Bệnh viện Đa khoa huyện Quỳnh Lưu, tỉnh Nghệ An

- Bà mẹ của các trẻ tham gia nghiên cứu.

* Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhi từ 0 đến dưới 60 tháng tuổi được chẩn đoán mắc NKHHC hoặc NKTHC điều trị nội trú tại Khoa Nhi, Bệnh viện Đa khoa huyện Quỳnh Lưu, tỉnh Nghệ An

- Mẹ của những trẻ này.

* Tiêu chuẩn loại trừ:

- Trẻ cần cấp cứu ngay, không thể cân đo, không thể phỏng vấn bà mẹ; Trẻ không có mẹ đi cùng; NKHHC hoặc NKTHC thứ phát sau các bệnh nhiễm khuẩn khác: viêm não, bệnh da liễu...

- Bệnh nhân thở máy.
- NKHHC hoặc NKTHC trên bệnh nhân có bệnh khác kèm theo như: các bệnh về máu, dị tật bẩm sinh của bộ máy hô hấp, tim mạch, bệnh nội tiết, bệnh chuyển hóa.
- Trẻ mắc các dị tật bẩm sinh, khuyết tật.
- Mẹ của trẻ bị rối loạn trí nhớ hoặc có bệnh liên quan đến tâm thần không có khả năng trả lời các câu hỏi phỏng vấn hoặc từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu của nghiên cứu được ước tính cho một quần thể và căn cứ vào điều kiện thực tế nghiên cứu chọn cỡ mẫu của nghiên cứu là 321 trẻ.

2.2.3. Phương pháp chọn mẫu. Chọn các trẻ và bà mẹ thỏa mãn điều kiện tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian tiến hành nghiên cứu, lấy cho đến khi đủ cỡ mẫu nghiên cứu.

2.2.4. Các biến số và chỉ số nghiên cứu

- Thông tin chung của trẻ: Tuổi, Cân nặng, Chiều cao, Giới tính
- Tình trạng SDD TE từ 0 đến 59 tháng tuổi
- + Đặc điểm các đối tượng nghiên cứu
- + Tỷ lệ SDD Nhẹ cân (CN/T < -2 Z score)
- + Tỷ lệ SDD Thấp còi (CC/T < -2 Z score)
- + Tỷ lệ SDD Gầy còm (CN/CC < -2 Z score, BMI/T < -2 Z score)

2.2.5. Tiêu chuẩn đánh giá TTDD của trẻ

- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi dựa vào Z-Score của các chỉ số: cân nặng theo tuổi, chiều dài nằm theo tuổi, cân nặng theo chiều cao. Hiện nay tại Việt Nam, Tổ chức Y tế thế giới khuyến nghị sử dụng quần thể tham chiếu từ năm 2006.

Z-score	Các chỉ số tăng trưởng		
	CC/T, CD/T	CN/T	CN/CC, CN/CD
> 3SD			Béo phì
2SD -> 3SD	Bình thường		Thừa cân
1SD -> 2SD			

Bảng 3.1. Thực trạng nhiễm khuẩn của đối tượng nghiên cứu theo giới

Đặc điểm bệnh	Nam		Nữ		Chung		p
	n	%	n	%	n	%	
Nhiễm khuẩn hô hấp cấp	134	68,4	89	71,2	223	69,5	0,431**
Nhiễm khuẩn tiêu hóa cấp	35	17,9	19	15,2	54	16,8	
Nhiễm khuẩn cả 2	3	1,5	5	4	8	2,5	

-2SD -> 1SD		Bình thường	Bình thường
-3SD -> -2SD	Thấp còi vừa	Thiếu cân vừa	Gầy còm vừa
< -3SD	Thấp còi nặng (4)	Thiếu cân nặng	Gầy còm nặng

- Đánh giá tình trạng, mức độ nhiễm khuẩn hô hấp (QĐ số 4235/QĐ-BYT năm 2012), nhiễm khuẩn tiêu hoá (QĐ số 4121/QĐ-BYT năm 2009) theo tiêu chuẩn, hướng dẫn của Bộ Y tế.

2.2.6. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: 1/2024 – 8/2024
- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Nhi, Bệnh viện Đa khoa huyện Quỳnh Lưu, tỉnh Nghệ An

2.3. Phân tích và xử lý số liệu

- Số liệu được nhập và quản lý bằng phần mềm Epidata. Các phần mềm Excel 2010, SPSS 16.0. Tính Z-Score cân nặng/ tuổi, chiều cao/ tuổi, cân nặng/chiều cao bằng chương trình WHO Anthro.

2.4. Vấn đề đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu sẽ được trình Hội đồng đề cương của Viện Đào tạo Y học Dự phòng và Y tế Công cộng trường Đại học Y Hà Nội thông qua đề cương nghiên cứu. Người mẹ của trẻ và trẻ được giải thích rõ về nội dung và mục đích của nghiên cứu, các đối tượng tham gia nghiên cứu có quyền từ chối tham gia nghiên cứu bất kì lúc nào. Mọi thông tin thu thập được mã hóa, nhập máy tính và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

❖ Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 3.1. Phân bố trẻ theo nhóm tuổi

Đa số đối tượng nghiên cứu là trẻ dưới 12 tháng chiếm 43,6%, nhóm trẻ từ 12- 24 tháng chiếm 29,9%, còn lại là nhóm trẻ trên 24 tháng.

❖ Đặc điểm nhiễm khuẩn ở trẻ dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Đa khoa huyện Quỳnh Lưu

Bệnh khác		12	12,2	24	9,6	36	11,2	
Số lần nhập viện trong 6 tháng	≤ 1 lần	60	51,3	57	48,7	117	36,4	0,007*
	> 1 lần	136	66,7	68	33,3	204	63,6	
Số ngày nằm viện	> 7 ngày	101	65,6	53	34,4	154	48	0,11*
	≤ 7 ngày	95	56,9	72	43,1	167	52	

*p: Test Chi-square, **P: Test Fisher's Exact
tương nghiên cứu, trong đó tỷ lệ trẻ nam chiếm 66,7%. 48% đối tượng nghiên cứu nằm viện trên 7 ngày trong đó tỷ lệ trẻ nam là 65,6%

❖ **Tình trạng dinh dưỡng của trẻ dưới 5 tuổi tại Bệnh viện đa khoa Quỳnh Lưu**

Bảng 3.2. Phân bố suy dinh dưỡng của trẻ theo nhóm tuổi (n=321)

Nhóm tuổi	Nhẹ cân		Thấp còi		Gầy còm	
	n	%	n	%	n	%
0 – 11 tháng	10	7,1	37	26,4	8	5,7
12 – 23 tháng	14	14,6	37	38,5	11	11,5
24-35 tháng	6	14,0	14	32,6	5	11,6
36- 47 tháng	7	28,0	3	12	4	16
48-59 tháng	3	17,6	2	11,2	0	0
Tổng	40	12,5	93	29	28	8,7
p	0,03**		0,028**		0,16**	

**p: Test Fisher's Exact

Suy dinh dưỡng nhẹ cân chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm trẻ 36 đến 47 tháng tuổi, nhóm trẻ 12-23 tháng có tỷ lệ SDD thấp còi cao nhất 38,5%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p = 0,03 và p= 0,028. Đối với suy dinh dưỡng gầy còm nhóm trẻ 36-47 tháng cũng chiếm tỷ lệ cao nhất là 16%. Tuy nhiên, tỷ lệ này không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Bảng 3.3. Tình trạng dinh dưỡng của trẻ theo bệnh lý (n=321)

Bệnh lý		NKHHC		NKTHC		Kết hợp cả 2		Bệnh khác		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Nhẹ cân	Có	20	50	11	27,5	1	2,5	8	20	0,025
	Không	203	72,2	43	15,3	7	2,5	28	10	
Thấp còi	Có	62	66,7	15	16,1	1	1,1	15	16,1	0,294
	Không	161	70,6	39	17,1	7	3,1	21	9,2	
Gầy còm	Có	16	57,1	9	32,1	2	7,1	1	3,6	0,024
	Không	207	70,6	45	15,4	6	2	35	11,9	

p: Test Fisher's Exact

Tỷ lệ SDD các thể đều cao hơn ở nhóm trẻ bị nhiễm khuẩn hô hấp cấp, tỷ lệ trẻ SDD nhẹ cân mắc NKHHC chiếm 50%, mắc nhiễm khuẩn tiêu hóa cấp là 27,5%, còn lại là tỷ lệ mắc các bệnh khác, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,025). Tỷ lệ trẻ SDD nhẹ cân mắc NKHHC cao nhất chiếm 57,1%, mắc nhiễm khuẩn tiêu hóa cấp là 32,1%, còn lại là tỷ lệ mắc các bệnh khác, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,024).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này được thực hiện trên 321 cặp bà mẹ và trẻ em dưới 5 tuổi điều trị nội trú tại khoa Nhi, bệnh viện Đa khoa huyện Quỳnh Lưu năm 2023 –2024. Trong đó độ tuổi của trẻ chủ yếu từ 0-1 tuổi, nhóm trẻ 0-11 tháng tuổi chiếm 43,6 %, nhóm trẻ 12-23 tháng chiếm 29,9%, do

bệnh nhiễm khuẩn thường gặp ở độ tuổi nhỏ, khi mà hệ miễn dịch của trẻ khá non nớt, khiến cho đối tượng nghiên cứu có độ tuổi không đồng đều. Tỷ lệ trẻ nam và nữ lệch nhau khá nhiều 61.1% trẻ nam, trẻ nữ là 38.9%, tỷ lệ này khá tương đồng với kết quả của Vũ Thị Vân Anh tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Giang là chiếm 56,2% nam, 43,8% nữ và của Nguyễn Hoàng Hân tại Hậu Giang là 51,5% trẻ nam và 48,5% nữ.⁵ Đa số cân nặng lúc sinh của trẻ đều trên 2500g (92,2%), cho thấy cân nặng khởi điểm của trẻ trong nghiên cứu là đồng đều ở cả 2 nhóm suy dinh dưỡng, không suy dinh dưỡng. Phần lớn trẻ đều được sinh đủ tháng tuổi (94,7%).

Trọng lượng là tiêu chí để đánh giá tình trạng dinh dưỡng tại các thời điểm phát triển của trẻ, nghiên cứu của tôi cho thấy tỷ lệ suy dinh

dưỡng thể nhẹ cân (WAZ) của trẻ dưới 5 tuổi nhập viện tại khoa Nhi chiếm 12.5%, Tỷ lệ này thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Trần Xuân Cường (2017) về tỷ lệ SDD thể nhẹ cân của trẻ dưới 5 tuổi tại bệnh viện đa khoa Vũ Thư và Bệnh viện Đa khoa Đông Hưng Thái Bình là 25.7% và 23.9%, và cũng thấp hơn Vũ Thị Quyên (2023) tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Nghệ An là 23,5%. Kết quả này cao hơn với số liệu Tổng điều tra dinh dưỡng toàn quốc 2020 SDD thể nhẹ cân là 11.5%, và số liệu thống kê Viện dinh dưỡng Quốc gia năm 2023 SDD thể nhẹ cân 9.7%.

Trong nghiên cứu này, với thể SDD nhẹ cân thì tỷ lệ SDD giữa các nhóm tuổi của trẻ khá chênh lệch, nhóm trẻ ≤ 11 tháng tuổi chiếm 7.1%, nhóm 12-23 tháng chiếm 14.6%, nhóm 24-35 tháng chiếm 14%, cao nhất ở nhóm 36-47 tháng chiếm tỷ lệ 28%. Xu hướng tỷ lệ SDD tăng dần theo độ tuổi này khá tương đồng với nghiên cứu của Lương Tuấn Dũng (2013) cũng cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng thể nhẹ cân lứa tuổi 0-11 tháng là 2,6%, tăng nhanh ở tháng thứ 12-23 của trẻ và tiếp tục tăng cao nhất khi trẻ được 48-59 tháng.⁷ Điều này có thể lý giải rằng do đây là thời gian trẻ bước vào giai đoạn ăn bổ sung, lượng sữa mẹ giảm, chất lượng sữa mẹ thấp và chế độ ăn bổ sung chưa hợp lý. Cần tiếp tục nâng cao hiểu biết của các bà mẹ để có kiến thức và thực hành đúng về việc cho trẻ ăn bổ sung.

Theo WHO Z-score CC/T < -2SD được đánh giá là thấp còi. Đây là một trong các chỉ số đánh giá sự phát triển của trẻ theo thời gian. Đối với tình trạng SDD thể thấp còi (HAZ), Tỷ lệ SDD thấp còi trong nghiên cứu này chiếm 29%, tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Vũ Thị Quyên (2023) tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Nghệ An là 27.5%. Tỷ lệ này cao hơn nhiều so với kết quả Tổng điều tra dinh dưỡng 2019-2020 tỷ lệ SDD thấp còi là 19.6% và số liệu thống kê Viện dinh dưỡng Quốc gia năm 2023 tỷ lệ thấp còi năm của cả nước là 18.2%.⁶

Tỷ lệ SDD gầy còm trong nghiên cứu của tôi là 8.7%, thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Lê Hồng Giang là 12.4%,⁸ cao hơn Lương Tuấn Dũng năm 2013 tại tỉnh Tuyên Quang là 7,2% (xã Xuân Quang) và gần bằng 8,9% (xã Phúc Thịnh).⁷ Theo số liệu giám sát của Viện dinh dưỡng năm 2023 tỷ lệ SDD gầy còm của cả nước là 4.4%, Đồng bằng sông Hồng là 4,4%, Bắc Trung bộ và duyên hải miền Trung là 5.9%.⁶ Trong nghiên cứu này tỷ lệ SDD gầy còm ở nhóm tuổi ≤ 11 tháng là 5.7%, ở nhóm tuổi 12-23 tháng là 11,5%, nhóm 36-47 tháng là 16%, qua đó cũng cho thấy độ tuổi cũng có thể là yếu tố ảnh hưởng đến TTDD của trẻ. Giai đoạn từ

12-23 tháng tuổi là giai đoạn cho trẻ ăn bổ sung, cần nhiều năng lượng hơn, không chỉ mỗi sữa, nên việc cho trẻ ăn hợp lý là cần thiết và cần sự quan tâm của người chăm sóc, trẻ biếng ăn ở giai đoạn này rất dễ gây tình trạng SDD cho trẻ, và đặc biệt đối tượng nghiên cứu đang trong quá trình điều trị tại bệnh viện, có thể là bữa ăn của trẻ khi nằm viện không đáp ứng đủ nhu cầu dinh dưỡng cho trẻ ở độ tuổi này cộng thêm với sự chán ăn được gây ra khi trẻ bệnh, càng làm trầm trọng hơn tình trạng SDD gầy còm.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ SDD của 321 trẻ dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Đa khoa huyện Quỳnh Lưu Nghệ An năm 2024 ở mức trung bình, thấp hơn so với một số nghiên cứu tại các bệnh viện trong nước, nhưng cũng cao hơn một số nghiên cứu tại cộng đồng trong nước. Vì vậy, để giảm thiểu tỷ lệ SDD ở mức thấp hơn cần có sự quan tâm của chính quyền, ban ngành, cần có sự phối hợp chặt chẽ giữa truyền thông về kiến thức chăm sóc trẻ lồng ghép với các buổi chiến dịch tại địa phương nơi cư trú.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **UNICEF**, Child malnutrition. 2023.
2. **Dipasquale, V., U. Cucinotta, and C. Romano**, Acute Malnutrition in Children: Pathophysiology, Clinical Effects and Treatment. Nutrients, 2020. 12(8).
3. **Organization, W.H.** Children aged <5 years with acute respiratory infection (ARI) symptoms taken to facility 2023; Available from: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/3147>.
4. **Organization, W.H.** Diarrhoeal disease. 2017; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>.
5. **Võ Hoàng Hận, Trương Văn Hạnh**. Thực trạng suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi và một số yếu tố liên quan ở trẻ suy dinh dưỡng thể nhẹ cân tại tỉnh Hậu Giang năm 2019 - 2020. Tạp Chí Học Dự Phòng. 2024;33(6 Phụ bản):330-337. Accessed September 29, 2024. <https://vjpm.vn/index.php/vjpm/article/view/1435>
6. **Tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi giai đoạn 2021-2023.pdf**. Accessed September 27, 2024. <http://chuyentrang.viendinhduong.vn/FileUpload/Documents/Nam%202024/Ty%20le%20SDD%20tre%20em%20duoi%205%20tuoi%20giai%20doan%202021-2023.pdf>
7. **Lương Tuấn Dũng, Lê Thị Hương, Cao Hiền Trang và cộng sự**. Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở trẻ dưới 5 tuổi tại 2 xã Phúc Thịnh Xuân Quang, huyện Chiêm Hóa, tỉnh Tuyên Quang 2012. Tạp Chí Học Thực Thành. 2013;889:21-24. <http://lib.yhn.edu.vn/bitstream/YHN/20822/1/cuc4110.pdf#:~:text=%C4%90%C3%A1nh%20gi%C3%A1%20t%C3%ACnh%20tr%E1%BA%A1ng%20dinh%20d%C6%B0%E1%B%BA%1ng%20c%E1%BB%A7a%20tr%E1%BA%BB>

8. Trần Lê Hồng Giang, Lê Quang Vinh, Nguyễn Thị Hồng Thắm, Phạm Văn Phú, Đỗ Nam Khánh. Thực trạng suy dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của trẻ dưới 5 tuổi tại Bệnh

viện Đa khoa khu vực Cam Ranh. Tạp Chí Học Việt Nam. 2023;530:248-252. Accessed September 27, 2024. <https://tapchihocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/6719/6001>

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT TÁN NHUYỄN THỂ THỦY TINH CÓ SỬ DỤNG TRYPAN BLUE

Đoàn Kim Thành¹, Nguyễn Hải Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát các dạng đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân phẫu thuật tán nhuyễn thể thủy tinh có sử dụng trypan blue. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả các trường hợp bệnh nhân đục thể thủy tinh chín trắng có chỉ định nhuộm bao trước trong phẫu thuật tán nhuyễn thể thủy tinh. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình toàn mẫu là $56,63 \pm 13,7$ tuổi, trong đó thời gian tiến triển đục thể thủy tinh nhanh nhất ($3,8 \pm 1$ tháng) ở nhóm dưới 40 tuổi. Thị lực trung vị toàn mẫu là bóng bàn tay ($2,4 \pm 0,63$ logMAR). Mật độ tế bào nội mô giác mạc trung bình ở toàn mẫu là 2805 ± 322 tế bào/mm². Độ sâu tiền phòng trung vị toàn mẫu là $2,67 \pm 0,74$ mm với chiều dài trục nhãn cầu là $22,9 \pm 0,95$ mm. Có mối tương quan thuận giữa mức độ cứng nhân và thời gian tán nhuyễn thể thủy tinh, năng lượng phát tán ($r = 0,89$, $p < 0,01$ và $r = 0,97$, $p < 0,01$). Tuy nhiên không có mối tương quan giữa mức độ cứng nhân và độ sâu tiền phòng ($p = 0,34$). **Kết luận:** Dạng đục thể thủy tinh chín trắng gây giảm thị lực nhanh và đáng kể ở các độ tuổi khác nhau. Ngoài ra, dạng đục này có độ sâu tiền phòng nông hơn bình thường. Đây là dạng đục thể thủy tinh khó, đi kèm nhiều nguy cơ biến chứng nguy hiểm trong phẫu thuật.

Từ khóa: Đục thể thủy tinh chín trắng, độ sâu tiền phòng, trypan blue.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS UNDERWENT PHACOEMULSIFICATION ASSISTED BY TRYPAN BLUE

Objective: To examine clinical characteristics of patients who underwent phacoemulsification assisted by trypan blue. **Materials and methods:** This is a case series about patients with white mature cataracts being treated with phacoemulsification assisted by trypan blue for enhancing visualization of the anterior capsule. **Result:** Average age is $56,63 \pm 13,7$ years old, in which the developing time of cataracts in the under 40 group is the fastest ($3,8 \pm 1$ months). The median of visual acuity is hand movement ($2,4 \pm 0,63$ logMAR). Mean of corneal endothelial cell density is

2805 ± 322 cells/mm². Median of anterior chamber depth is $2,67 \pm 0,74$ mm with the axial length is $22,9 \pm 0,95$ mm. There are statistically significant correlations between the nuclear hardness grade and ultrasound time, also between the nuclear hardness grade and cumulative dissipated energy ($r = 0,89$, $p < 0,01$ and $r = 0,97$, $p < 0,01$, respectively). However, there is no significant correlation between the nuclear hardness grade and anterior chamber depth ($p = 0,34$). **Conclusion:** The white mature cataract seriously impares visual acuity in a short time at various ages. In addition, there are deeper anterior chamber depths in white mature cataract individuals. This is a challenging cataract surgery that includes many intraoperative complications.

Keywords: White mature cataract, anterior chamber depth, trypan blue.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đục thể thủy tinh chín trắng gây cản trở ánh sáng chiếu hậu vẫn còn là thách thức đối với các phẫu thuật viên ở thì xé bao trước trong phẫu thuật tán nhuyễn thể thủy tinh. Do đó, ở thì xé bao, trypan blue thường được sử dụng nhuộm bao trước, nhằm tăng khả năng quan sát vị trí xé bao. Đục thể thủy tinh chín trắng là dạng đục vỏ. Thời gian tiến triển đục chín trắng thay đổi nhanh hoặc chậm tùy trường hợp bệnh nhân. Ngoài bản chất đục trắng gây khó khăn trong quá trình đánh giá độ cứng nhân và các cấu trúc kế cận, dạng đục này thường đi kèm với yếu dây zinn và bao thể thủy tinh mỏng manh.¹ Hiện tại có thể đánh giá và phân loại đục thể thủy tinh chín trắng bằng máy chụp cắt lớp kết hợp quang học - OCT (Optical Coherence Tomography) bán phần trước kết hợp trong lúc phẫu thuật. Sự hỗ trợ quan sát bằng máy OCT được đánh giá cao, tuy nhiên không được áp dụng nhiều vì đây là kỹ thuật tiên tiến với giá thành cao. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này, nhằm cung cấp thêm các thông tin về đặc điểm lâm sàng dạng đục thể thủy tinh chín trắng, qua đó giúp cho các phẫu thuật viên đưa ra các tiên lượng và lựa chọn kỹ thuật phẫu thuật phù hợp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

¹Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hải Anh

Email: haianh.nguyen7080@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2024

Ngày duyệt bài: 25.12.2024