



Thầy thuốc tận tâm - Chăm sóc đất nước

# HỘI NGHỊ KHOA HỌC NHI KHOA NĂM 2020

## ĐÁNH GIÁ THANG ĐIỂM SUY DINH DƯỠNG TRẺ EM YORKHILL (PYMS) Ở TRẺ VIÊM PHỔI NHẬP VIỆN

BS Nguyễn Thị Nguyên Hoa  
Bệnh viện Nhi Đồng 1



# NỘI DUNG

- 1 Đặt vấn đề
- 2 Mục tiêu nghiên cứu
- 3 Phương pháp nghiên cứu
- 4 Kết quả & bàn luận
- 5 Kết luận & kiến nghị

# NỘI DUNG

1 Đặt vấn đề

2 Mục tiêu nghiên cứu

3 Phương pháp nghiên cứu

4 Kết quả & bàn luận

5 Kết luận & kiến nghị

# ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là nguyên nhân tử vong hàng đầu ở trẻ <5 tuổi

- 1,2 triệu trẻ tử vong, 156 triệu trẻ viêm phổi
- 20 triệu ca nặng nhập viện mỗi năm.
- > 95% ca viêm phổi mới xảy ra ở các nước đang phát triển

SDD làm **tăng tỉ lệ, mức độ nặng** của các đợt viêm phổi

SDD nặng làm tăng tỷ lệ **tử vong** do viêm phổi gấp **15 lần**

**<1/6** trẻ SDD cấp nặng được điều trị.

## Đánh giá DD bằng nhân trắc:

- Thường sử dụng như là một tiêu chuẩn duy nhất
- Nhược điểm: không phát hiện trẻ nguy cơ SDD, không tiếp cận toàn diện

## 7 công cụ sàng lọc DD: chưa đồng thuận công cụ tốt nhất

- PYMS (Paediatric Yorkhill Malnutrition Score) được xem có giá trị thực hành tốt nhất, đáng tin cậy.

→ Tìm công cụ giúp đánh giá DD toàn diện hơn +  $\Delta$  sớm SDD dùng cho bn nội trú

# NỘI DUNG

- 1 Đặt vấn đề
- 2 Mục tiêu nghiên cứu
- 3 Phương pháp nghiên cứu
- 4 Kết quả & bàn luận
- 5 Kết luận & kiến nghị

# MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

## ❑ Mục tiêu tổng quát

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng trẻ viêm phổi nhập viện bằng phương pháp nhân trắc và PYMS tại BV Nhi Đồng 1.

## ❑ Mục tiêu cụ thể

- Xác định tỉ lệ trẻ viêm phổi nhập viện bị SDD bằng phương pháp nhân trắc.
- Xác định tỉ lệ trẻ viêm phổi nhập viện có nguy cơ SDD bằng phương pháp PYMS.
- Xác định mối tương đồng giữa PYMS và chỉ số nhân trắc.

# NỘI DUNG

- 1 Đặt vấn đề
- 2 Mục tiêu nghiên cứu
- 3 Phương pháp nghiên cứu
- 4 Kết quả & bàn luận
- 5 Kết luận & kiến nghị





Thầy thuốc tận tâm - Chăm sóc đất nước

# PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu loạt ca 247 trẻ viêm phổi 2-60 tháng nhập viện Nhi Đồng 1 từ 9/2018- 3/2019.

Trẻ được phân loại SDD

- SDD thể nhẹ cân ( $CN/T < -2SD$ )
- SDD mạn ( $CC/T < -2SD$ )
- SDD cấp ( $CN/CC < -2SD$ )

(chuẩn tăng trưởng trẻ em của WHO 2007)

# PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- ❑ Trẻ được đánh giá nguy cơ SDD bằng Thang điểm SDD trẻ em Yorkhill (the Paediatric Yorkhill Malnutrition Score - PYMS)
  - 4 yếu tố: BMI, sụt cân, lượng ăn vào và nguy cơ bị SDD do bệnh
  - Mỗi yếu tố từ 0-2 điểm, tổng điểm cao nhất 7
  - Chia thành 3 nguy cơ: thấp (0 điểm), trung bình (1 điểm) và cao ( $\geq 2$  điểm).
- ❑ Hệ số Kappa và hệ số tương quan r được sử dụng để xác định mức độ đồng thuận và tương quan giữa 2 phương pháp.

# NỘI DUNG

- 1 Đặt vấn đề
- 2 Mục tiêu nghiên cứu
- 3 Phương pháp nghiên cứu
- 4 Kết quả & bàn luận
- 5 Kết luận & kiến nghị

# KẾT QUẢ & BÀN LUẬN

**Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ, LS, tiền căn liên quan DD của bn nghiên cứu**

	n (%)
<b>Giới tính</b>	
Nam	131 (53)
<b>Tuổi</b>	
2-<12 tháng	91 (36,8)
12-24 tháng	81 (32,8)
25-60 tháng	75 (30,4)
<b>Thời gian nằm viện</b>	
< 7 ngày	191 (78)
<b>Bệnh nền</b>	
Có	24 (9,7)

2-24 tháng **69,6%**

NC Jain S, 2015, Hoa Kỳ

- Tuổi trung vị 2T
- Tỷ lệ CAP nhập viện cao nhất trẻ <2T (62,2/10.000)

→ **Gánh nặng CAP nhập viện <2T**

# KẾT QUẢ & BÀN LUẬN

**Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ, LS, tiền căn liên quan DD của bn nghiên cứu**

	n (%)
<b>Sinh non</b>	
Có	31 (12,5)
<b>CN lúc sinh</b>	
< 2.500 g	26 (10,5)
2.500-4.000 g	214 (86,6)
≥ 4.000 g	7. (2,8)

- Sinh non là yếu tố thuận lợi đối với SDD, giảm khả năng miễn dịch của cơ thể, dễ mắc các bệnh nhiễm trùng như tiêu chảy và viêm phổi
- Ramezani M, 2015, NC tổng quan 719 NC liên quan
  - 19% trẻ sinh các nước đang phát triển có CNLS thấp.
  - Có mối LQ giữa CNLS và tử vong nhi do VP

# KẾT QUẢ & BÀN LUẬN

**Bảng 2. Tình trạng dinh dưỡng trẻ viêm phổi nhập viện theo nhân trắc**

CN/T (n=247)	n (%)
SDD nhẹ cân	36 (14,6)
Nặng	12 (4,9)
TB	24 (9,7)
Bình thường	205 (83)
Nặng cân	6 (2,4)
<b>CC/T</b>	
SDD mạn	11 (4,4)
Nặng	5 (2)
TB	6 (2,4)
Bình thường	236 (95,6)

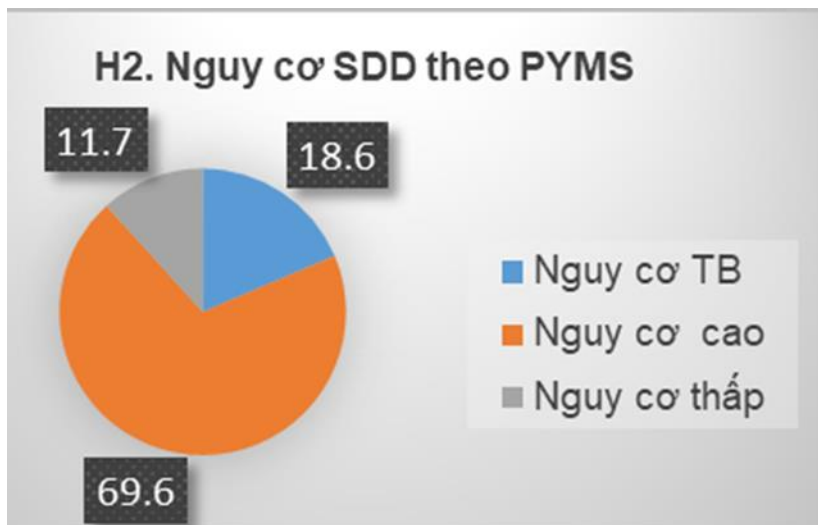
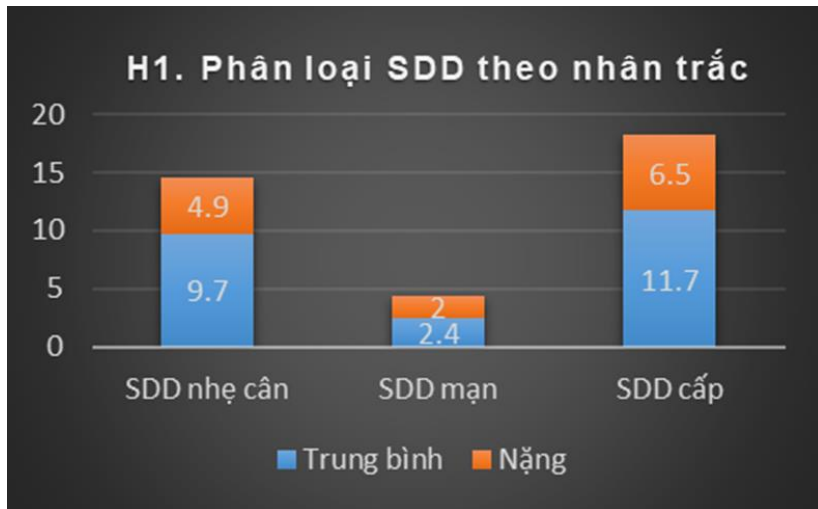
CN/CC	n (%)
SDD cấp	45 (18,2)
Nặng	16 (6,5)
TB	29 (11,7)
Bình thường	195 (79)
Dư cân/béo phì	7 (2,8)
<b>BMI</b>	
SDD cấp	52 (21,1)
Nặng	16 (6,5)
TB	36 (14,6)
Bình thường	173 (70)
Nguy cơ DC/DC/BP	22 (8,9)

# KẾT QUẢ & BÀN LUẬN

***Bảng 3. Trẻ viêm phổi nhập viện nguy cơ SDD theo PYMS***

Nguy cơ SDD	n (%)
Nguy cơ SDD thấp	29 (11,7)
Nguy cơ SDD	218 (88,2)
Trung bình	46 (18,6)
Cao	172 (69,6)

# KẾT QUẢ & BÀN LUẬN



**NC Beser OF, 2017**, Thổ Nhĩ Kỳ, 1.513 bn nội trú tại 37 BV

- 11,2% trẻ SDD theo CN/CC
- 40,2 % nguy cơ cao, 19,4% nguy cơ trung bình, 19,4% theo PYMS.

→ **CN/CC+ PYMS/STRONGkids**: không Δ quá mức nguy cơ SDD

**Chourdakis M, 2016**, 2.567 bn 1th-18t, 14 BV, 12 nước châu Âu

- 25% nguy cơ cao SDD theo PYMS
- Trong số bn nguy cơ cao theo PYMS có 22% có BMI <-2SD, 8% có CC/T<-2SD

→ **Không dùng PYMS+ công cụ khác**: quá nhiều trẻ được Δ có nguy cơ SDD+quá tải cho NVYT



# KẾT QUẢ & BÀN LUẬN

**Bảng 4. Mối tương đồng giữa PYMS và nhân trắc**

Chỉ số nhân trắc	PYMS			Tổng	Hệ số Kappa p
	Nguy cơ SDD				
	Cao	TB	Thấp		
	n=172	n=46	n=29		
CN/T					
SDD nhẹ cân nặng	12	0	0	12	k = 0,06 p<0,001
SDD nhẹ cân TB	24	0	0	24	
Không SDD	136	46	29	211	
CC/T					
SDD mạn nặng	5	0	0	5	k= 0,02 p=0,03
SDD mạn TB	6	0	0	6	
Bình thường	161	46	29	236	

# KẾT QUẢ & BÀN LUẬN

**Bảng 4. Mối tương đồng giữa PYMS và nhân trắc**

Chỉ số nhân trắc	PYMS			Tổng	Hệ số Kappa P<0,001
	Nguy cơ SDD				
	Cao	TB	Thấp		
	n=172	n=46	n=29		
CN/CC					
SDD cấp nặng	16	0	0	16	k=0,08
SDD cấp TB	29	0	0	29	
Không SDD cấp	127	46	29	202	
BMI					
SDD cấp nặng	16	0	0	16	k=0,09
SDD cấp TB	36	0	0	36	
Không SDD cấp	120	46	29	195	

# KẾT QUẢ & BÀN LUẬN

- PYMS tương đồng kém với chỉ số nhân trắc có thể là do với mức cắt từ **2 điểm trở lên** được đánh giá là nguy cơ SDD cao nên tỉ lệ sàng lọc SDD nguy cơ cao theo PYMS thường cao vì đa số trẻ trẻ nhập viện đều giảm ăn, sụt cân và có nguy cơ SDD do bệnh
- Tỉ lệ có nguy cơ cao SDD theo PYMS trong nghiên cứu chúng tôi là 69,6%, trong đó tỉ lệ sụt cân là 69,2%; giảm ăn 50,2%; nguy cơ SDD do bệnh 47,4%.
- NC Milani SA, Iran, 2016, trẻ 0-12 tháng, ngưỡng cắt từ **3 trở đi** đối với nguy cơ SDD cao thì nguy cơ cao SDD giảm từ 59,4% xuống 42,8%

# NỘI DUNG

- 1 Đặt vấn đề
- 2 Mục tiêu nghiên cứu
- 3 Phương pháp nghiên cứu
- 4 Kết quả & bàn luận
- 5 Kết luận & kiến nghị

# KẾT LUẬN & KIẾN NGHỊ

## Kết luận

- 18,2% trẻ viêm phổi nhập viện SDD cấp trung bình đến nặng.
- 88,2% trẻ có nguy cơ SDD từ trung bình đến cao
- PYMS có mối tương đồng kém với nhân trắc

## Kiến nghị

- Nên đánh giá DD bằng nhân trắc tất cả trẻ viêm phổi nhập viện → can thiệp DD kịp thời cho trẻ SDD trung bình trở lên, đặc biệt là SDD cấp nặng
- Không khuyến cáo sử dụng riêng PYMS để sàng lọc DD mà nên kết hợp với nhân trắc để tránh chẩn đoán quá mức nguy cơ SDD và gây quá tải cho nguồn lực chăm sóc y tế, giúp  $\Delta$  sớm trẻ có nguy cơ SDD thật sự và can thiệp DD thích hợp.

# THANK YOU

**BS Nguyễn Thị Nguyên Hoa**  
**Bệnh viện Nhi Đồng 1**

☎ 0918 285 748    ✉ [nguyenhoat4g@yahoo.com](mailto:nguyenhoat4g@yahoo.com)