

dụng thang điểm ERAP và BISAP đều có khả năng tỉ lệ dương tính giả cao. Tuy nhiên, NPV của cả hai thang điểm rất cao đều > 90%. Điều này cho thấy giá trị hai thang điểm nằm ở việc xác định những BN ít có nguy cơ tử vong tốt.

Khi so sánh LR của hai thang điểm, LR dương của thang điểm ERAP và BISAP lần lượt là 2,49 và 3,19. Kết quả này đồng nghĩa với việc khả năng làm tăng nguy cơ tử vong ở những BN VTC với thang điểm ERAP hay BISAP với điểm cắt đã trình bày là nhỏ. Trong khi đó, LR âm của thang điểm ERAP và BISAP lần lượt là 0,12 và 0,56 cho thấy ở một BN có điểm ERAP < 2 thì khả năng tiên đoán BN đó ít có nguy cơ tử vong tốt hơn là khi BN đó có điểm BISAP < 3. Kết quả LR dương và LR âm đối với thang điểm BISAP trong nghiên cứu này phù hợp với kết quả từ phân tích gộp của Gao và cộng sự<sup>4</sup> là 2,72 và 0,27.

**Hạn chế trong nghiên cứu.** Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá kết quả giá trị của thang điểm qSOFA và ERAP trong tiên lượng VTC được thực hiện tại Bệnh viện Chợ Rẫy là bệnh viện tuyến cuối với cỡ mẫu còn hạn chế nên có thể chưa bao quát hết tình hình VTC tại các bệnh viện khác cũng như tình hình VTC trong nước.

## V. KẾT LUẬN

Trong 167 BN tham gia nghiên cứu, có 13 BN tử vong chiếm tỉ lệ 7,8%. Tỉ lệ tử vong dài tăng dần tương ứng với điểm ERAP tăng dần từ 0 đến 4. Thang điểm ERAP có điểm cắt  $\geq 2$  là tối ưu với độ nhạy, độ đặc hiệu, PPV và NPV lần lượt là 92,3%, 63,0%, 17,4% và 99,0% trong tiên lượng tử vong. Ở BN có điểm ERAP  $\geq 2$  có chênh

lệch cao hơn và gặp những BN có điểm ERAP < 2 về tỉ lệ tử vong 20,4 lần. AUC của thang điểm ERAP trong tiên lượng tử vong là 0,817. Chưa phát hiện được sự khác biệt có ý nghĩa về AUC của thang điểm ERAP và BISAP trong tiên lượng tử vong ( $p = 0,0628$ ).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trikudanathan G, Wolbrink DRJ, van Santvoort HC, et al.** Current Concepts in Severe Acute and Necrotizing Pancreatitis: An Evidence-Based Approach. *Gastroenterology*. 2019;156(7):1994-2007.e3. doi:10.1053/j.gastro.2019.01.269
2. **Wu BU, Johannes RS, Sun X, et al.** The early prediction of mortality in acute pancreatitis: a large population-based study. *Gut*. 2008;57(12):1698-1703. doi:10.1136/gut.2008.152702 %J Gut
3. **Rasch S, Pichlmeier EM, Phillip V, et al.** Prediction of Outcome in Acute Pancreatitis by the qSOFA and the New ERAP Score. *Digestive diseases and sciences*. 2021;67(4):1371-1378. doi:10.1007/s10620-021-06945-z
4. **Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, et al.** Classification of acute pancreatitis--2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut*. 2013;62(1):102-11. doi:10.1136/gutjnl-2012-302779
5. **Gao W, Yang HX, Ma CE.** The Value of BISAP Score for Predicting Mortality and Severity in Acute Pancreatitis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*. 2015;10(6):e0130412-e0130412. doi:10.1371/journal.pone.0130412
6. **Gapp J, Hall AG, Walters RW, et al.** Trends and Outcomes of Hospitalizations Related to Acute Pancreatitis: Epidemiology From 2001 to 2014 in the United States. *Pancreas*. 2019;48(4):548-554. doi:10.1097/mpa.0000000000001275

## NGHIÊN CỨU TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA BỆNH NHÂN MẮC BỆNH TIM BẨM SINH ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN TIM HÀ NỘI NĂM 2021

Nguyễn Minh An<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Lệ Thủy<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Nghiên cứu tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân mắc bệnh tim bẩm sinh được điều trị tại bệnh viện tim Hà Nội năm 2021. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang 105 bệnh nhân

mắc bệnh tim bẩm sinh được điều trị tại bệnh viện Tim Hà Nội năm 2021. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi thường gặp nhất trong nghiên cứu là < 6 tháng tuổi (chiếm 42,9%); Tỷ lệ bệnh nhân Nam là 48,6% và Nữ là 51,4%; Chẩn đoán bệnh tim bẩm sinh: Thông liên nhĩ 5,7%, thông liên thất 45,7%, còn ống động mạch chủ 12,4%, Hẹp động mạch phổi 7,6%, tứ chứng Fallot 17,1%, phổi hợp nhiều dị tật 11,4%; Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân: Bình thường 45,7%, suy dinh dưỡng 54,3%; Phân loại tình trạng suy dinh dưỡng: Suy dinh dưỡng cấp chiếm 15,2%, suy dinh dưỡng mạn 22,9% và suy dinh dưỡng mạn tiến triển chiếm 16,2%. Phân mức độ duy dinh dưỡng: Suy dinh

<sup>1</sup>Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh An

Email: dr\_minhan413@yahoo.com

Ngày nhận bài: 19.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2022

Ngày duyệt bài: 2.11.2022

dưỡng nhẹ 26,7%, suy dinh dưỡng trung bình 17,1% suy dinh dưỡng nặng 10,5 %. **Kết luận:** Nghiên cứu 105 bệnh nhi mắc bệnh tim bẩm sinh điều trị tại bệnh viện Tim Hà Nội cho thấy, tỷ lệ suy dinh dưỡng là 54,3%, trong đó, suy dinh dưỡng cấp chiếm 15,2%, suy dinh dưỡng mạn 22,9% và suy dinh dưỡng mạn tiến triển chiếm 16,2%.

## SUMMARY

### RESEARCH ON THE NUTRITIONAL STATUS OF CONGENITAL HEART DISEASE CHILDREN UNDERGONE SURGERY AT HANOI HEART HOSPITAL IN 2021

**Objective:** To study the nutritional status of pediatric patients with congenital heart disease undergone surgery at Hanoi Heart hospital in 2021. **Methods:** Cross-sectional description of 105 pediatric patients with congenital heart disease treated at Hanoi Heart Hospital in 2021. **Results:** The most common age in the study was < 6 months old was 42.9%; The rate of male / female was 48.6%/51.4%; Diagnosis of congenital heart disease: Atrial septal defect was 5.7%, ventricular septal defect was 45.7%, aortic duct was 12.4%, Pulmonary stenosis was 7.6%, tetralogy of Fallot was 17.1%, combination of many malformations was 11.4%; Nutritional status of pediatric patients: Normal was 45.7%, malnourished was 54.3%; Classification of malnutrition: Acute malnutrition was 15.2%, chronic malnutrition was 22.9% and progressive chronic malnutrition was 16.2%. Classification of nutritional levels: Mild malnutrition was 26.7%, moderate malnutrition was 17.1% severe malnutrition was 10.5%. **Conclusion:** A study of 105 pediatric patients with congenital heart disease treated at Hanoi Heart Hospital showed that the rate of malnutrition was 54.3%, of which, acute malnutrition accounted for 15.2%, malnutrition accounted for 15.2%. chronic malnutrition 22.9% and progressive chronic malnutrition 16.2%.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tim bẩm sinh là các dị tật của cơ tim, buồng tim, van tim, các mạch máu lớn và hệ thần kinh tim xảy ra ngay từ lúc còn ở thời kỳ bào thai và vẫn còn tồn tại sau sinh [1], [2].

Suy dinh dưỡng ở trẻ mắc bệnh tim bẩm sinh có thể coi là một biến chứng thường gặp của bệnh tim bẩm sinh. Tim bẩm sinh và suy dinh dưỡng gây ảnh hưởng, tác động qua lại với nhau vì tim bẩm sinh là một trong những yếu tố nguy cơ gây suy dinh dưỡng. Ngược lại, suy dinh dưỡng làm cho bệnh tim bẩm sinh tiến triển nặng và nhanh hơn. Ngoài ra tình trạng suy dinh dưỡng còn làm giảm đáng kể đến kết quả điều trị thậm chí gây thất bại của phẫu thuật sửa

chữa dị tật tim và phục hồi sau phẫu thuật, đặc biệt là dị tật tim nặng, phức tạp thường bị suy dinh dưỡng nặng. Đây là một mối lo ngại rất lớn đối với trẻ bị tim bẩm sinh [1], [3], [4]. Vì vậy, chăm sóc dinh dưỡng cho bệnh nhi mắc bệnh tim bẩm sinh đóng một vai trò quan trọng trong quá trình điều trị [2], [3], [4].

Xuất phát từ những vấn đề trên, nhằm có những luận cứ khoa học về tình trạng dinh dưỡng của trẻ mắc bệnh lý tim bẩm sinh, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài " Nghiên cứu tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhi mắc bệnh tim bẩm sinh được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Tim Hà Nội năm 2021"

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Bao gồm những bệnh nhi mắc bệnh tim bẩm sinh đang điều trị tại bệnh viện Tim Hà Nội năm 2021

### 2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu

- Tuổi: Trẻ từ  $\geq 1$  tháng đến 60 tháng tuổi
- Bệnh nhi được chẩn đoán và điều trị bệnh lý tim bẩm sinh
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin, hợp lệ

### 2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu
- Hồ sơ bệnh án thiếu thông tin

### 2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 12/2020 – tháng 12/2021

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện tim Hà Nội

**2.3. Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, không đối chứng

**2.4. Chọn mẫu nghiên cứu.** Chọn mẫu theo phương pháp lấy mẫu thuận tiện, bao gồm tất cả những bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian nghiên cứu. Tổng số đối tượng nghiên cứu thu thập được là 105 bệnh nhi mắc bệnh tim bẩm sinh.

### 2.5. Các biến số nghiên cứu

- Phân loại dinh dưỡng theo nhóm chỉ số về nhân trắc
  - + Tỷ lệ suy dinh dưỡng thể nhẹ cân - WAZ (Z-Score cân nặng/ tuổi)
  - + Tỷ lệ suy dinh dưỡng thể thấp còi - HAZ (Z-Score chiều cao/ tuổi)
  - + Tỷ lệ suy dinh dưỡng thể gầy còm - WHZ (Z-Score cân nặng/ chiều cao)

**Bảng 2.1. Bảng phân loại tình trạng dinh dưỡng của trẻ dưới 5 tuổi**

Z-score	CC/T	CN/T	CN/CC
$-2SD \leq Z\text{-score} \leq 2SD$	Bình thường	Bình thường	Bình thường
$< -2SD$	Thấp còi vừa	Nhẹ cân vừa	Gầy còm vừa

< -3 SD	Thấp còi nặng	Nhẹ cân nặng	Gầy còm nặng
>2 SD		Thừa cân	Thừa cân
>3 SD		Béo phì	Béo phì

Xác định cân nặng: Cân trẻ bằng cân điện tử SECA với độ chính xác 10g. Cân được kiểm tra và hiệu chỉnh trước khi sử dụng.

Xác định chiều cao đứng/chiều dài nằm: Dùng thước gỗ UNICEF với độ chính xác 0,1cm để đo.

**- Phân loại tình trạng suy dinh dưỡng theo lâm sàng**

+ Suy dinh dưỡng thể nhẹ cân đơn thuần: Chỉ số cân nặng theo tuổi < -2SD so với quần thể tiêu chuẩn WHO-2006. Chỉ số này biểu hiện một tình trạng thiếu hụt về dinh dưỡng nhưng không đánh giá được tình trạng thiếu hụt đó xảy ra trong khoảng thời gian này hay từ trước.

+ Suy dinh dưỡng cấp: CN/T < - 2SD; CN/CC < -2SD và CC/T Bình thường

+ Suy dinh dưỡng mãn đã hồi phục: CN/T < - 2SD; CC/T < -2SD và CN/CC Bình thường

+ Suy dinh dưỡng mãn tiến triển: CN/T < - 2SD; CC/T < -2SD; và CN/CC < - 2SD

- Phân độ suy dinh dưỡng theo chỉ số CN/T

+ Từ dưới -2 SD đến -3 SD: Suy dinh dưỡng nhẹ

+ Từ dưới -3 SD đến -4 SD: Suy dinh dưỡng trung bình

+ Từ dưới -4 SD: Suy dinh dưỡng nặng

**2.6. Xử lý và phân tích số liệu**

- Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata.

- Số liệu về nhân trắc học được xử lý bằng phần mềm Anthro của WHO, 2006.

- Tất cả các số liệu được chuyển và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

- Tuổi thường gặp nhất trong nghiên cứu là < 6 tháng tuổi (chiếm 42,9%)

- Tỷ lệ bệnh nhân Nam là 48,6% và Nữ là 51,4%.

- Chẩn đoán bệnh tim bẩm sinh: Thông liên nhĩ 5,7%, thông liên thất 45,7%, còn ống động mạch chủ 12,4%, Hẹp động mạch phổi 7,6%, tứ chứng Fallot 17,1%, phổi hợp nhiều dị tật 11,4%.

- Phân loại bệnh lý tim bẩm sinh: có 20/105 bệnh nhi được phân loại trong nhóm tim bẩm sinh có tím (chiếm 19,0%) và 85/105 bệnh nhi trong nhóm tim bẩm sinh không tím chiếm 81,0%

- Thời điểm phát hiện tim bẩm sinh: < 1 tháng chiếm 44,8%, 1- < 3 tháng chiếm 20%, 3 - < 6 tháng chiếm 21%, 6 - < 12 tháng chiếm 10,4% và > 12 tháng chiếm 3,8%.

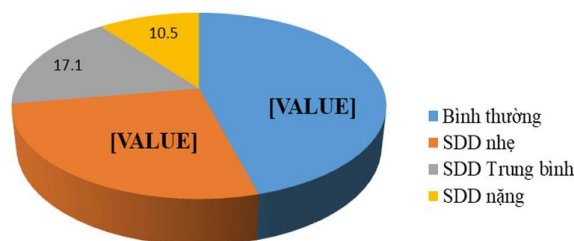
**Bảng 3.1. Tình trạng dinh dưỡng của trẻ tim bẩm sinh theo Z - Scores**

Tình trạng dinh dưỡng	WAZ		HAZ		WHZ	
	n	%	n	%	n	%
Bình thường	45	42,8	57	54,3	61	58,1
Suy dinh dưỡng	57	54,3	48	45,7	44	41,9
Thừa cân	3	2,9	0	0,0	0	0,0
Béo phì	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Tổng</b>	<b>105</b>	<b>100</b>	<b>105</b>	<b>100</b>	<b>105</b>	<b>100</b>

WHZ: suy sinh dưỡng thể nhẹ cân, HAZ thể thấp còi; WHZ = Thể gầy còm

**Bảng 3.2. Phân loại tình trạng dinh dưỡng theo lâm sàng**

Tình trạng dinh dưỡng	Số lượng	Tỷ lệ %	
Bình thường	48	45,7	
Suy dinh dưỡng	Cấp	16	15,2
	Mạn	24	22,9
	Mạn tiến triển	17	16,2
<b>Tổng</b>	<b>105</b>	<b>100</b>	



**Biểu đồ 3.1. Phân loại mức độ suy dinh dưỡng**

**Bảng 3.3. Tỷ lệ mức độ suy dinh dưỡng ở bệnh nhi tim bẩm sinh**

Mức độ suy dinh dưỡng	Loại suy dinh dưỡng					
	Cấp		Mạn		Mạn tiến triển	
	n	%	n	%	n	%
Nhẹ	8	50,0	13	54,2	7	41,2
Trung bình	6	37,5	8	33,3	4	23,5

Nặng	2	12,5	3	12,5	6	35,5
<b>Tổng</b>	<b>16</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>17</b>	<b>100</b>

**Bảng 3.4. Liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhi với nhóm tuổi**

Loại suy dinh dưỡng	< 12 tháng		≥ 12 tháng		Tổng
	n	%	n	%	
Bình thường	19	42,2	29	48,3	48
Cấp	10	22,2	6	10,0	16
Mạn	11	24,4	13	21,7	24
Mạn tiến triển	5	11,2	12	20,0	17
<b>Tổng</b>	<b>45</b>	<b>100</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>105</b>

**Bảng 3.5. Liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhi với phân loại tim bẩm sinh**

Loại suy dinh dưỡng	Có tím		Không tím		Tổng
	n	%	n	%	
Bình thường	3	15,0	45	52,9	48
Cấp	5	25,0	11	12,9	16
Mạn	6	30,0	18	21,2	24
Mạn tiến triển	6	30,0	11	12,9	17
<b>Tổng</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>85</b>	<b>100</b>	<b>105</b>

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đặc điểm chung của trẻ mắc bệnh tim bẩm sinh

**4.1.1. Đặc điểm về tuổi.** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 45/105 bệnh nhi nhập viện có tuổi < 6 tháng tuổi (chiếm 42,9%) tiếp đến là từ 6 đến 12 tháng tuổi có 22 bệnh nhi (chiếm 21,0%), từ 12 – 24 tháng tuổi chiếm 11,4% và có 24,7% số bệnh nhi từ 24 tháng đến 60 tháng tuổi.

Theo Doãn Thị Thu [4], Kết quả nghiên cứu cho thấy có 42,6% bệnh nhi dưới 6 tháng tuổi, tiếp đến là từ 6-12 tháng tuổi chiếm 31,0%. thì tỉ lệ trẻ nhập viện trước 12 tháng chiếm tỉ lệ khá cao 91,6%, Theo Ratanachu-Ek S. tỉ lệ trẻ dưới 6 tháng là 40% [6].

**4.1.2. Đặc điểm về giới.** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỉ lệ mắc bệnh tim bẩm sinh gần như nhau ở cả 2 giới nam và nữ. Trong đó, nam có 51/105 bệnh nhi (chiếm 51,2%) và nữ có 54/105 bệnh nhi (chiếm 48,8%). Nghiên cứu của tác giả Hoàng Thị Tín và cộng sự cũng cho tỉ lệ nam 52,4%, nữ 47,6% [4]. Tỉ lệ này cũng tương đương với tác giả Hassan là nam 53,6%, nữ 46,4% [6].

##### 4.1.3. Tình trạng bệnh lý tim bẩm sinh của đối tượng nghiên cứu

**\*Phân loại bệnh lý tim bẩm sinh của đối tượng nghiên cứu.** Bệnh tim bẩm sinh gặp khá phổ biến khoảng từ 0.5 - 0.8% trẻ sinh ra còn sống trên toàn thế giới. Các bệnh tim bẩm sinh thường gặp như thông liên thất, thông liên nhĩ, tứ chứng Fallot, còn ống động mạch, trong đó đứng hàng đầu là bệnh thông liên thất chiếm 25-30% [1], [2].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, thường gặp nhất là thông liên thất 45,7%; tiếp đến tứ chứng Fallot 17,1%; còn ống động mạch 12,4%; phổi hợp nhiều dị tật 11,4%. Như vậy các tỷ lệ các bệnh lý tim bẩm sinh thường gặp như thông liên thất, tứ chứng Fallot, ống động mạch,...cũng tương đồng các nghiên cứu nước ngoài.

**\*Thời gian phát hiện bệnh lần đầu.** Thời gian phát hiện lần đầu trung bình trẻ mắc bệnh tim bẩm sinh trong nghiên cứu  $2,27 \pm 0,5$  tháng tuổi. Tỷ lệ trẻ được phát hiện bệnh lý tim bẩm sinh đa số qua chẩn đoán tiền sản (< 1 tháng tuổi) 44,8%, từ 1 - <3 tháng (chiếm 20,0%), từ 3-6 tháng (chiếm 21,0%) từ 6-12 tháng (chiếm 10,4%) và có 4/105 bệnh nhi phát hiện ở giai đoạn > 12 tháng (chiếm 3,8%).

Theo Vũ Văn Quý [3], Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ trẻ được phát hiện bệnh lý tim bẩm sinh đa số qua chẩn đoán tiền sản (< 1 tháng tuổi) 44,4%, từ 1 - <3 tháng (18,4%), trẻ được chẩn đoán muộn > 12 tháng (3,9%).

##### 4.2. Tình trạng dinh dưỡng của trẻ mắc bệnh tim bẩm sinh

**\*Biểu hiện thiếu hụt dinh dưỡng trên lâm sàng.** Chậm tăng trưởng ở trẻ tim bẩm sinh có thể coi là một biến chứng thường gặp của tim bẩm sinh. Chậm tăng trưởng có thể gây ảnh hưởng vĩnh viễn đến sự phát triển thể chất, tâm thần - vận động của trẻ tùy mức độ. Suy dinh dưỡng ở trẻ tim bẩm sinh là hậu quả của tần suất nằm viện thường xuyên và kéo dài, gây ảnh hưởng xấu đến kết quả phẫu thuật, tăng tỷ lệ tử vong.

Kết quả nghiên cứu về tình trạng suy dinh dưỡng theo Z – score cho thấy có 57 bệnh nhi được đánh giá suy dinh dưỡng thể nhẹ cân

(chiếm 54,3%), 48/105 bệnh nhi đánh giá suy dinh dưỡng thể thấp còi (chiếm 45,7%) và 44 bệnh nhi đánh giá suy dinh dưỡng thể gầy còm (chiếm 41,9%).

Khi tiến hành nghiên cứu phân loại tình trạng dinh dưỡng theo lâm sàng, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng là 57/105 bệnh nhi (chiếm 54,3%), trong đó có 15,2 suy dinh dưỡng cấp, 22,9% suy dinh dưỡng mạn và 16,2% suy dinh dưỡng mạn tiến triển.

Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Đoàn Quốc Hưng [1], trên 138 trẻ tim bẩm sinh, có tới 73,9% trẻ bị suy dinh dưỡng.

Theo Doãn Thị Thu [4], Kết quả nghiên cứu 129 bệnh nhân mắc bệnh tim bẩm sinh điều trị tại bệnh viện Đa khoa trung ương Huế cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng là 72,1%, trong đó có 16,3% bệnh nhi suy dinh dưỡng cấp, 29,5% suy dinh dưỡng mạn và 26,3% suy dinh dưỡng mạn tiến triển. So sánh với một số nghiên cứu của nước ngoài, nghiên cứu của tác giả Judith Wynn Cameron năm 1995 ở Ann Arbor, Mich, tỷ lệ suy dinh dưỡng mạn tính trên 160 trẻ em nhập viện là 64%. Nghiên cứu của tác giả Basheir A. Hassan năm 2015 so sánh giữa 100 trẻ em bị tim bẩm sinh và 100 trẻ khỏe mạnh phù hợp với độ tuổi và giới tính; tỷ lệ suy dinh dưỡng chung trong nhóm tim bẩm sinh là 84,0% và 20% ở nhóm chứng; suy dinh dưỡng nặng được chẩn đoán ở 71,4% trường hợp. Nhiều nghiên cứu khác cũng cho thấy tình trạng suy dinh dưỡng trên bệnh lý tim bẩm sinh rất thường gặp, tuy nhiên tỷ lệ rất dao động từ 30 - 70% [4], [5].

Như vậy, tỷ lệ suy dinh dưỡng trong các nghiên cứu trong nước và ngoài nước cũng rất khác nhau. Kết quả này hoàn toàn hợp lý vì đánh giá dinh dưỡng trên bệnh lý tim bẩm sinh phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố như địa cư, kinh tế xã hội, độ tuổi, đặc biệt tình trạng bệnh lý tim bẩm sinh, bệnh tim bẩm sinh có tím hay không tím, hoặc trẻ đã được phẫu thuật hay chưa phẫu thuật.

**\*Tỷ lệ suy dinh dưỡng theo tuổi ở trẻ bị bệnh tim bẩm sinh.** Kết quả nghiên cứu mối liên quan giữa thực trạng dinh dưỡng của bệnh nhi mắc bệnh tim bẩm sinh với nhóm tuổi cho thấy, nhóm bệnh nhi nhỏ hơn 12 tháng tuổi có tỷ lệ suy dinh dưỡng là 57,8% và nhóm bệnh nhi từ 12 tháng tuổi trở lên tỷ lệ suy dinh dưỡng là 51,7%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,084$ .

Theo Vũ Văn Quý [2], Kết quả nghiên cứu mối liên quan giữa trình trạng dinh dưỡng của trẻ mắc bệnh lý tim bẩm sinh so với tuổi cho thấy, tỷ lệ suy dinh dưỡng thể nhẹ cân của nhóm

1-6 tháng tuổi là 51,4%, từ 6-12 tháng tuổi là 33,3% và > 12 tháng tuổi là 51,4%. Tỷ lệ này của suy dinh dưỡng thể thấp còi là 22,8%, 24,2% và 77,1%. Của suy dinh dưỡng thể gầy còm là 40,0%, 39,4% và 80,0%. Tác giả nhận xét rằng đối với trẻ > 12 tháng tuổi có tỷ lệ suy dinh dưỡng ở cả 3 loại đều cao hơn nhóm trẻ còn lại, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**\*Tỷ lệ suy dinh dưỡng theo phân loại tim bẩm sinh.** Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng ở nhóm bệnh nhi tim bẩm sinh có tím tỷ lệ suy dinh dưỡng là 85,0% và tỷ lệ này trong nhóm tim bẩm sinh không tím là 47,1%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,047$ . Trong đó nhóm bệnh tim bẩm sinh có tím có tỷ lệ suy dinh dưỡng mạn là 30,0% và mạn tính tiến triển là 30,0%, trong khi tỷ lệ này ở nhóm tim bẩm sinh không tím là 21,2% và 12,9%.

Theo Vũ Văn Quý [2], Tỷ lệ suy dinh dưỡng nhẹ cân trong nhóm tim bẩm sinh không tím là 46,9% và của nhóm có tím là 40,9%. Tỷ lệ này trong nhóm suy dinh dưỡng thể thấp còi là 39,5 và 50,0% và nhóm suy dinh dưỡng thể gầy còm là 51,2% và 59,1% Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm.

Theo Doãn Thị Thu [4], Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng mạn ở nhóm bệnh nhân tim bẩm sinh có tím là 26,3% và tim bẩm sinh không tím là 30,7%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Tỷ lệ suy dinh dưỡng cấp ở nhóm có tím là 18,4% và nhóm không tím là 15,4%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi hoàn toàn phù hợp với nghiên cứu của các tác giả khác trong và ngoài nước và các tác giả đều thống nhất rằng, bệnh lý tim bẩm sinh có mối liên quan chặt chẽ với tình trạng suy dinh dưỡng của trẻ, đặc biệt là các bệnh lý tim bẩm sinh có tím. Tình trạng thiếu Oxy trường diễn, dẫn đến trẻ lúc nào cũng trong trình trạng suy hô hấp mãn, phải tăng công thở, rối loạn về hành vi ăn uống và kém hấp thu. Rất nhiều các nghiên cứu đã so sánh tỷ lệ suy dinh dưỡng 2 nhóm tim bẩm sinh có tím và không tím với nguy cơ suy dinh dưỡng [2],[5],[7], kết quả đều tương tự như nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ suy dinh trên nhóm bệnh tim bẩm sinh có tím cao hơn so với nhóm không tím.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 105 bệnh nhi mắc bệnh tim bẩm sinh điều trị tại bệnh viện Tim Hà Nội cho thấy, tỷ lệ suy dinh dưỡng là 54,3%, trong đó, suy

dinh dưỡng cấp chiếm 15,2%, suy dinh dưỡng mạn 22,9% và suy dinh dưỡng mạn tiến triển chiếm 16,2%. Nhóm bệnh nhi nhỏ hơn 12 tháng tuổi có tỷ lệ suy dinh dưỡng là 57,8% và nhóm bệnh nhi từ 12 tháng tuổi trở lên tỷ lệ suy dinh dưỡng là 51,7%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,084$ . Tỷ lệ suy dinh dưỡng ở nhóm bệnh nhi tim bẩm sinh có tím là 85,0% và tỷ lệ nhóm tim bẩm sinh không tím là 47,1%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,047$ . Như vậy, phân loại bệnh nhi tim bẩm sinh có tím là yếu tố nguy cơ dẫn đến tình trạng suy dinh dưỡng của bệnh nhi mắc bệnh tim bẩm sinh.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đoàn Quốc Hưng, Triệu Thị Huyền Trang** (2018). Tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân nhi tim bẩm sinh tại Khoa Phẫu thuật Tim mạch - lồng ngực bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. Tạp chí Ngoại khoa, 6.Vũ Văn Quý (2019), "Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở trẻ dưới 5 tuổi mắc bệnh tim bẩm sinh tại bệnh viện Nhi trung ương", Luận văn thạc sỹ Y học, Trường đại học Y Hà Nội.
2. **Hoàng Thị Tín, Lê Nguyễn Thanh Nhân** (2014), "Tình trạng dinh dưỡng ở trẻ mắc bệnh tim bẩm sinh trước và sau phẫu thuật chỉnh tim", Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, 4.
3. **Doãn Thị Thu** (2017), "Nghiên cứu tình trạng suy dinh dưỡng ở trẻ em dưới 5 tuổi bị tim bẩm sinh", Luận văn thạc sỹ - Bác sỹ nội trú, Trường đại học Y dược Huế.
4. **Hassan B.A., Albanna E.A., Morsy S.M. et al** (2015), "Nutritional Status in Children with Un-Operated Congenital Heart Disease: An Egyptian Center Experience", Front Pediatr, 3(53), pp. 1-5.
5. **Leitch C. A** (2000), "Growth, nutrition and energy expenditure in pediatric heart failure", 11(3), 195 – 202.
6. **Ratanachu-Ek S., Pongdara A.** (2011), "Nutritional Status of Pediatric Patients with Congenital Heart Disease": Pre- and Post Cardiac Surgery, J Med Assoc Thai, 94(3), pp. 133-137.

## ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ THUYỀN TẮC HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH Ở BỆNH NHÂN NHẬP VIỆN MẮC BỆNH LÝ TIM MẠCH BẰNG THANG ĐIỂM PADUA

Trịnh Ngọc Thạch<sup>1,2</sup>, Hoàng Văn Sỹ<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mở đầu:** Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch (TTHKTM) là bệnh lý thường gặp, gây tỉ lệ bệnh tật và tử vong cao, đặc biệt ở những bệnh nhân nằm viện và có nhiều bệnh nền. Do đó đánh giá nguy cơ TTHKTM và sử dụng các biện pháp dự phòng hợp lí đóng vai trò quan trọng trên thực hành lâm sàng. **Mục tiêu:** Đánh giá nguy cơ TTHKTM ở bệnh nhân nhập viện mắc bệnh lý tim mạch bằng thang điểm Padua. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu, khảo sát bệnh nhân nằm tại khoa Nội Tim mạch, bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 10/2021 đến tháng 5/2022. **Kết quả nghiên cứu:** Từ tháng 10/2021 đến tháng 5/2022 có 404 bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu. Trong đó nữ giới có 206 bệnh nhân (chiếm 51%). Tuổi trung bình là  $58,2 \pm 18,5$  năm. Có 56,7% bệnh nhân có nguy cơ TTHKTM cao (Padua  $\geq 4$  điểm). Các yếu tố xuất hiện phổ biến trong thang điểm Padua lần lượt là: Bất động (58,9%), suy tim hoặc suy hô hấp (51,2%), nhiễm trùng cấp (47%), tuổi  $\geq 70$  (30%), nhồi máu cơ tim cấp (10,6%). Nhóm bệnh nhân suy tim EF giảm có

nguy cơ TTHKTM theo thang điểm Padua cao hơn so với nhóm suy tim EF giảm nhẹ và bảo tồn ( $p = 0,003$ ). Trong nhóm bệnh nhân nguy cơ TTHKTM cao có 76,9% nguy cơ xuất huyết cao (IMPROVE  $> 7$  điểm) hoặc có chống chỉ định với thuốc kháng đông. **Kết luận:** Trên bệnh nhân nhập viện có bệnh lý tim mạch, tỉ lệ lớn có nguy cơ TTHKTM cao theo thang điểm Padua. Tuy nhiên, phần nhiều bệnh nhân có nguy cơ xuất huyết cao hoặc chống chỉ định với thuốc kháng đông gây khó khăn trong dự phòng TTHKTM nội viện. **Từ khóa:** Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch, thuốc kháng đông, máy bơm hơi áp lực ngắt quãng.

### SUMMARY

#### ASSESSMENT VENOUS THROMBOEMBOLISM RISK IN HOSPITALIZED MEDICAL PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASE BY PADUA SCORE

**Background:** Venous thromboembolism (VTE) is a common disease that causes a high morbidity and mortality rate, especially in hospitalized patients with many underlying medical conditions. Therefore, assessing the risk of VTE and using appropriate prophylaxis play an important role in clinical practice. **Objective:** Assessment of venous thromboembolism risk in hospitalized medical patients with cardiovascular disease by Padua score. **Methods:** Retrospective study, surveying of patients in Cardiology Department at Cho Ray Hospital from October 2021 to May 2022. **Results:** From October

<sup>1</sup>Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Sỹ

Email: hoangvansy@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 26.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.10.2022

Ngày duyệt bài: 4.11.2022