

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA TRẺ DƯỚI 5 TUỔI MẮC BỆNH TIM BẨM SINH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN TIM HÀ NỘI

Nguyễn Thị Lê Thủy¹, Nguyễn Minh An¹, Vũ Văn Đâu²

¹Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội; ²Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của trẻ dưới 5 tuổi mắc bệnh tim bẩm sinh điều trị nội trú tại bệnh viện Tim Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 105 trẻ dưới 5 tuổi mắc tim bẩm sinh điều trị nội trú tại địa điểm nghiên cứu từ tháng 12/2020 đến tháng 12/2021. **Kết quả:** Tuổi thường gặp nhất trong nghiên cứu là < 6 tháng tuổi (chiếm 42,9%). Tỷ lệ bệnh nhi nam là 48,6% và nữ là 51,4%. Tỷ lệ trẻ mắc 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%, phối hợp nhiều dị tật 11,4%. 57/105 bệnh nhi có biểu hiện suy dinh dưỡng thể nhẹ cân (chiếm 54,3%), 48/105 bệnh nhi suy dinh dưỡng thể thấp còi (chiếm 45,7%) và suy dinh dưỡng thể gầy còm là 44/105 bệnh nhi (chiếm 41,9%). **Kết luận:** Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhi: Suy dinh dưỡng cấp chiếm 15,2%, suy dinh dưỡng mạn 22,9% và suy dinh dưỡng mạn tiến triển chiếm 16,2%.

Từ khóa: Dinh dưỡng, tim bẩm sinh, trẻ dưới 5 tuổi.

NUTRITIONAL STATUS OF CHILDREN BELOW 5 YEARS OLD CONTINUOUS HEART IN INTERNATIONAL TREATMENT AT HANOI HEART HOSPITAL

ABSTRACT

Objectives: Evaluation of nutritional status of children under 5 years old with congenital heart disease inpatient treatment at Hanoi Heart Hospital. **Methods:** Cross-sectional descriptive study on 105 children under 5 years old with congenital heart disease inpatient treatment at the study site from December 2020 to December 2021. **Results:** The most common age in the study was < 6 months old (42.9%), the rate of male patients was 48.6% and female patients were 51.4%. The rate of children with congenital heart disease: Atrial septal defect 5.7%, ventricular septal defect 45.7%, aortic duct 12.4%, Pulmonary stenosis 7.6%, tetralogy of Fallot 17.1 %, combination of many malformations 11.4%. 57/105 pediatric patients showed signs of underweight malnutrition (accounting for 54.3%), 48/105 children with stunting malnutrition (accounting for 45.7%) and 44 per cent emaciated malnutrition. 105 pediatric patients (accounting for 41.9%). **Conclusion:**

Tác giả: Nguyễn Thị Lê Thủy
Địa chỉ: Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội
Email: thuy nhi306@gmail.com

Ngày nhận bài: 27/7/2022
Ngày hoàn thiện: 16/8/2022
Ngày đăng bài: 18/8/2022

Nutritional status of pediatric patients: Acute malnutrition accounted for 15.2%, chronic malnutrition 22.9% and progressive chronic malnutrition 16.2%.

Keywords: Nutrition, congenital heart, children under 5 years old.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý tim bẩm sinh (TBS) ngày càng gặp phổ biến trong thực hành nhi khoa với tỷ lệ mắc 0,8-1% trẻ sống sau ra đời [1]. Bệnh TBS nếu không được phát hiện sớm và điều trị kịp thời có thể gây ra nhiều biến chứng nặng nề cho trẻ như viêm phổi tái diễn, suy tim, viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn, tắc mạch, áp xe não, rối loạn nhịp tim và suy dinh dưỡng là biến chứng thường gặp của TBS. Tỷ lệ suy dinh dưỡng (SDD) ở trẻ mắc TBS rất cao 84% trẻ thông liên thất bị SDD [2]. Okoromah (2011) đã thấy tỷ lệ SDD ở trẻ TBS cao với 61,2 % SDD vừa và 2,6% SDD ở mức độ nặng đặc biệt TBS có tím thì tỷ lệ SDD cao hơn rõ rệt so với TBS không tím [3]. Theo thống kê tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 tỷ lệ trẻ TBS có SDD thể nhẹ cân (48%), thấp còi (37%) và gày còm (33%) ở trẻ TBS[4]. Tại Viện Nhi Trung Ương (2011) trong điều tra đánh giá tình trạng dinh dưỡng của 1000 trẻ nội trú thấy 46,2% số trẻ SDD nằm điều trị tại khoa tim mạch và tỉ lệ SDD tại khoa tim mạch là 44%[5]. TBS và SDD có ảnh hưởng và tác động qua lại với nhau vì TBS là một trong những yếu tố nguy cơ gây SDD. Ngược lại, SDD làm cho bệnh TBS tiến triển nặng nhanh với các biến chứng và giảm đáng kể kết quả điều trị thậm chí gây thất bại trong phẫu thuật sửa chữa dị tật tim và phục hồi sau phẫu thuật, đặc biệt là dị tật tim nặng, phức tạp thường bị SDD nặng. Gần đây, khi y học phát triển với những thành tựu mới, nhiều nghiên cứu tập trung cố gắng tìm hiểu các yếu tố có thể ảnh hưởng đến sự tăng trưởng của trẻ dị tật TBS để có thể đưa ra các can thiệp kịp thời nhằm giảm tỷ lệ SDD. Bởi SDD ảnh hưởng

rất xấu đến kết quả điều trị cũng như làm giảm đáng kể kết quả hoặc gây thất bại phẫu thuật sửa chữa dị tật tim và phục hồi sau phẫu thuật. Các dạng dị tật tim khác nhau đòi hỏi các can thiệp khác nhau và có thể có những tác động không giống nhau đến tăng trưởng nên đòi hỏi các chiến lược can thiệp đa dạng, kiểm soát được các yếu tố nguy cơ tiềm ẩn gây SDD. Hầu hết, các chiến lược trong điều trị bệnh cho bệnh nhi là bất kịp tăng trưởng thông qua cung cấp vượt mức năng lượng và protein so với nhu cầu khuyến nghị. Tuy nhiên, hiện chưa có hiệu quả thích đáng như mong muốn, có lẽ còn do nhiều yếu tố nguy cơ khác mà chưa thực sự kiểm soát được trong quá trình điều trị cho bệnh nhi. TBS và SDD có mối quan hệ chặt chẽ và qua lại với nhau, đòi hỏi phải giải quyết đồng thời cả hai vấn đề mới có thể đem lại hiệu quả cao trong điều trị cũng như chất lượng cuộc sống tốt nhất cho trẻ. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của trẻ dưới 5 tuổi mắc bệnh tim bẩm sinh được điều trị nội trú tại bệnh viện Tim Hà Nội.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu.

Trẻ dưới 5 tuổi mắc tim bẩm sinh tại Bệnh viện Tim Hà Nội

* Tiêu chuẩn chọn mẫu:

+ Tuổi: Từ ≥ 1 tháng đến 60 tháng

+ Được chẩn đoán tim bẩm sinh dựa trên kết quả siêu âm tim của 2 bác sĩ tim mạch khác nhau.

+ Có chỉ định điều trị nội trú tại trung tâm tim mạch.

* Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Có chỉ định nhập viện do bệnh lý hay dị tật khác kèm theo

+ Hồ sơ bệnh án không đủ dữ liệu

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian NC: từ 12/2020 - 12/2021.

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Tim Hà Nội

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu nghiên cứu được tính theo công thức ước tính một tỷ lệ trong quần thể:

$$n = \frac{Z_{(1-\alpha/2)}^2 p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu, p: tỷ lệ SDD ở trẻ TBS ≤ 5 tuổi.

Chọn p = 0,44 theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thuý Hồng [5].

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96^2$, d = 0,1 là khoảng sai lệch mong muốn giữa tỷ lệ thu được từ mẫu (p) so với tỷ lệ của quần thể (P). Kết quả n = 95.

Áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, chọn những trẻ mắc TBS đủ tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu. Trong nghiên cứu kết quả thu được 105 trẻ dưới 5 tuổi mắc TBS.

2.4. Bộ công cụ khảo sát

- Phần 1: Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

- Phần 2: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng

+ Chỉ số nhân trắc đánh giá tình trạng dinh dưỡng: được đánh giá dựa vào chỉ số Z-score cân nặng/tuổi (CN/T), chiều cao (chiều dài) theo tuổi (CC/T), và cân nặng theo chiều cao (CN/CC) theo phân loại của WHO 2007[6]. Chỉ số nhân trắc được đánh

giá vào thời điểm là trong vòng 24h sau khi nhập khoa.

+ Phân loại tình trạng SDD theo lâm sàng [6], [7].

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 (*biểu thị suy dinh dưỡng mới diễn ra và chế độ ăn hiện tại chưa phù hợp với nhu cầu*), được định nghĩa như sau: CN/T < - 2SD CN/CC < -2SD và CC/T bình thường.

Suy dinh dưỡng mạn đã hồi phục (*phản ánh sự thiếu dinh dưỡng đã xảy ra trong một thời gian dài, nặng và sớm vì đã gây ảnh hưởng trên sự phát triển tâm vóc của trẻ. Nhưng tình trạng dinh dưỡng hiện đã phục hồi, ở những đối tượng này cần thận trọng với nguy cơ béo phì vì chiều cao thấp*). Được định nghĩa như sau: CN/T < - 2SD CC/T < -2SD và CN/CC bình thường.

Suy dinh dưỡng mạn tiến triển (*chứng tỏ tình trạng thiếu dinh dưỡng đã xảy ra trong quá khứ và tiếp tục tiến triển đến hiện nay*). Được định nghĩa như sau: CN/T < - 2SD, CN/CC < -2SD và CN/CC < - 2SD.

2.5. Phương pháp phân tích số liệu

- Số liệu thu thập trong nghiên cứu được nhập liệu và xử lý theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm IBM SPSS 20.0

- Kết quả nghiên cứu được trình bày theo số lượng và tỷ lệ % của các biến số.

2.6. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Y đức của Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.

3. KẾT QUẢ

3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu.

Bảng 1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	SL	%
Giới		
Trẻ nam	51	48,6
Trẻ nữ	54	51,4
Nhóm tuổi		
< 6 tháng	45	42,9
6 - < 12 tháng	22	21,0
12 - <24 tháng	12	11,4
24 – 60 tháng	26	24,7
Tiền sử		
Trẻ sinh đủ tháng	82	78,1
Trẻ sinh thiếu tháng	23	21,9
Cân nặng		
< 2500 gr	29	27,6
≥ 2500 gr	76	72,4
Tổng	105	100

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ mắc TBS chủ yếu dưới 6 tháng tuổi chiếm 42,9%, tỷ lệ bệnh nhi nam là 48,6%, bệnh nhi nữ là 51,4%. Đa số trẻ sinh đủ tháng chiếm 78,1% và có cân nặng trên 2500g là 72,4%.

Bảng 2. Chẩn đoán bệnh tim bẩm sinh

Bệnh lý	SL	%
Thông liên nhĩ	6	5,7
Thông liên thất	48	45,7
Còn ống động mạch chủ	13	12,4

Bệnh lý	SL	%
Hẹp động mạch phổi	8	7,6
Tứ chứng Fallot	18	17,1
Phối hợp nhiều dị tật	12	11,4
Tổng	105	100

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy, bệnh lý thông liên thất chiếm tỷ lệ cao nhất 45,7%, tiếp đến là tứ chứng Fallot và dị tật còn ống động mạch chủ lần lượt chiếm 17,1% và 12,4%.

3.2. Tình trạng dinh dưỡng của trẻ tim bẩm sinh

Bảng 3. Tình trạng dinh dưỡng của trẻ tim bẩm sinh theo Z - Scores

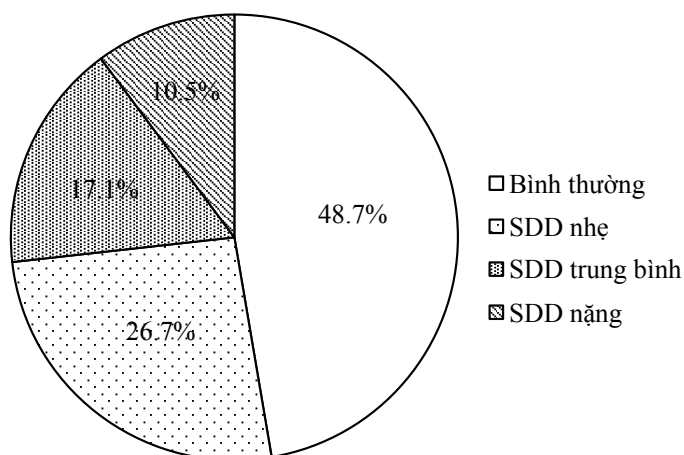
Tình trạng dinh dưỡng	CN/T		CC/T		CN/CC	
	n	%	n	%	n	%
Bình thường	45	42,8	57	54,3	61	58,1
Suy dinh dưỡng	57	54,3	48	45,7	44	41,9
Thừa cân	3	2,9	0	0,0	0	0,0
Béo phì	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tổng	105	100	105	100	105	100

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy có 57/105 bệnh nhi có biểu hiện SDD thể nhẹ cân (chiếm 54,3%), 48/105 bệnh nhi suy dinh dưỡng thể thấp còi (chiếm 45,7%) và suy dinh dưỡng thể gầy còm là 44/105 bệnh nhi (chiếm 41,9%).

Bảng 4. Phân loại tình trạng dinh dưỡng theo lâm sàng

Tình trạng dinh dưỡng	SL	%	
Bình thường	48	45,7	
Suy dinh dưỡng	Cấp	16	15,2
	Mạn	24	22,8
	Mạn tiến triển	17	16,2
Tổng	105	100	

Nhận xét: Phân loại tình trạng dinh dưỡng theo lâm sàng cho thấy có 57/105 bệnh nhi mắc bệnh tim bẩm sinh trong nghiên cứu có biểu hiện SDD ở các thể khác nhau (chiếm 54,3%), trong đó SDD cấp chiếm 15,2% và SDD mạn tiến triển chiếm 16,2%.



Biểu đồ 1: Phân loại mức độ suy dinh dưỡng

Nhận xét: Kết quả phân loại mức độ SDD của 57 bệnh nhi SDD cho thấy: tỷ lệ SDD mức độ nhẹ là 28/105 bệnh nhi là 26,7%, SDD mức độ trung bình là 17,1% và mức độ nặng là 10,5%.

Bảng 5. 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	7,6	13	12,4	7	6,7
Trung bình	6	5,7	8	7,6	4	3,8
Nặng	2	1,9	3	2,8	6	5,7
Tổng	16	15,2	24	22,8	17	16,2

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy SDD mạn thể nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất là 12,4%, SDD cấp thể nặng chiếm tỷ lệ thấp nhất là 1,9%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

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 [8] cho thấy có 42,6% bệnh nhi dưới 6 tháng tuổi, tiếp đến là từ 6-12 tháng tuổi chiếm 31,0%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu khác về tuổi phát hiện bệnh lý TBS và tuổi bệnh nhi đến viện khám và điều trị. Nghiên cứu của tác giả Christy AN Okoromah năm 2011, tỷ lệ suy

đinh dưỡng trên nhóm trẻ mắc TBS tăng dần theo độ tuổi của trẻ, đặc biệt các trẻ can thiệp điều trị muộn [9]. Điều này chứng tỏ bệnh TBS được phát hiện sớm nhờ sự phát triển của việc khám và sàng lọc sau sinh, sự tiến bộ về chuyên môn lẫn kỹ thuật siêu âm tim. Mặt khác, tuổi nhập viện sớm là vì những bệnh tim nặng xuất hiện triệu chứng và biến chứng sớm nên trẻ được đưa đi khám và nhập viện điều trị [10].

Trong nghiên cứu này, tỉ lệ mắc bệnh TBS 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%). Tỉ lệ này cũng tương đương với tác giả Phan Xuân Mai: nam 53,6%, nữ 46,4% .

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 82/105 bệnh nhi mắc bệnh lý TBS có tiền sử sinh đủ tháng (chiếm 78,1%) và 23/105 bệnh nhi sinh thiếu tháng (chiếm 21,9%). Theo Trương Bích Thủy [10], trong nghiên cứu 543 bệnh nhi TBS được điều trị tại bệnh viện đa khoa tỉnh Kiên Giang cho thấy có 381 bệnh nhi có tiền sử sinh đủ tháng (chiếm 70,2%) và 162/543 bệnh nhi sinh thiếu tháng (chiếm 29,8%). Theo Nguyễn Thị Thanh Hương [11], tỷ lệ bệnh nhi TBS có tuổi thai < 34 tuần là 27,1%, tuổi thai từ 34 – 37 tuần là 11,7% và tuổi thai > 37 tuần là 61,2%. Qua hầu hết các nghiên cứu này, chúng ta nhận thấy trẻ sinh non hay sinh đủ tháng đều có thể bị dị tật ở tim. Điều này được lý giải là do còn nhiều nguyên nhân khác ảnh hưởng đến quá trình hình thành của tim. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, thường gặp nhất là thông liên thất 45,7%; tứ chứng Fallot 17,1%; còn ống động mạch 12,4%; phối hợp nhiều dị tật 11,4%. Như vậy các tỷ lệ các bệnh lý TBS thường gặp như thông liên thất, tứ chứng Fallot, ống động mạch,... cũng tương đồng các nghiên cứu nước ngoài. Theo Trương Bích Thủy

[10], kết quả nghiên cứu 543 bệnh nhi TBS cho thấy, tỷ lệ dị tật thông liên thất chiếm tỷ lệ cao nhất là 39,6%, tiếp đến là thông liên nhĩ 13,6%, còn ống động mạch 13,4% và tứ chứng Fallot có tỷ lệ 9,9%.

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

Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chứng minh mối liên quan giữa TBS với tình trạng SDD ở trẻ bị TBS, tỉ lệ SDD ở trẻ TBS vẫn còn cao. Theo Hoàng Thi Tín [4], tại bệnh viện Nhi Đồng 1, hàng năm có khoảng 2000 trẻ đến khám và điều trị. Năm 2012, trong nghiên cứu khảo sát tình trạng SDD của 391 trẻ bị TBS điều trị ngoại trú dưới 5 tuổi cho thấy tỉ lệ SDD rất cao [3], trong đó: SDD thể nhẹ cân là 48%, suy dinh dưỡng thể còi là 37% và SDD cấp là 33%. Điều này cho thấy việc chăm sóc dinh dưỡng cho trẻ mắc bệnh lý TBS của gia đình bệnh nhi là hết sức quan trọng [6], [8].

Dinh dưỡng đóng vai trò rất quan trọng đối với thành công của quá trình điều trị bệnh lý TBS. Bên cạnh vấn đề tư vấn dinh dưỡng hợp lý cho trẻ mắc bệnh TBS trong các lần khám, thì đánh giá tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật, sau phẫu thuật, cũng giữ một vị trí rất quan trọng trong quá trình điều trị. Đây là một vấn đề cần có sự kết hợp của nhiều chuyên gia trong các lĩnh vực khác nhau, từ cấp độ quản lý đến các bác sĩ phẫu thuật, bác sĩ dinh dưỡng và gia đình bệnh nhi. Chậm tăng trưởng ở trẻ TBS có thể coi là một biến chứng thường gặp của TBS. 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. SDD ở trẻ TBS là hậu quả của tàn 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 SDD

theo Z-score cho thấy có 57 bệnh nhi được đánh giá SDD thể nhẹ cân (chiếm 54,3%), 48/105 bệnh nhi đánh giá SDD thể thấp còi (chiếm 45,7%) và 44 bệnh nhi đánh giá SDD 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 SDD là 57/105 bệnh nhi (chiếm 54,3%), trong đó có 15,2% SDD cấp, 22,8% SDD mạn và 16,2% SDD mạn tiến triển. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của tác giả Trần Thị Kim Nhung [12], tỷ lệ SDD chung trong toàn nghiên cứu là 46,7%. Theo Doãn Thị Thu [8], kết quả nghiên cứu 129 bệnh nhi mắc bệnh TBS điều trị tại bệnh viện Đa khoa trung ương Huế cho thấy tỷ lệ SDD là 72,1%, trong đó có 16,3% bệnh nhi SDD cấp, 29,5% SDD mạn và 26,3% SDD mạn tiến triển.

Như vậy, tỷ lệ SDD 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 TBS phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố như địa cư, kinh tế xã hội, độ tuổi, đặc biệt tình trạng bệnh lý TBS, bệnh TBS có tím hay không tím, hoặc trẻ đã được phẫu thuật hay chưa phẫu thuật.

Hạn chế của nghiên cứu

Do hạn chế về thời gian, kinh phí và các nguồn lực khác, nhóm nghiên cứu chỉ thực hiện nghiên cứu cắt ngang trên đối tượng bệnh nhi TBS điều trị nội trú với cỡ mẫu nhỏ, tại một Bệnh viện cụ thể nên kết quả chưa mang tính đại diện.

5. KẾT LUẬN

Tuổi mắc TBS thường gặp nhất trong nghiên cứu là < 6 tháng tuổi (chiếm 42,9%). Tỷ lệ bệnh nhi nam là 48,6% và nữ là 51,4%. Chẩn đoán bệnh TBS: thông liên nhĩ 5,7%, thông liên thất 45,7%, còn ống động mạch chủ 12,4%, hẹp động mạch phổi 7,6%, tứ

chức Fallot 17,1%, phổi hợp nhiều dị tật 11,4%. 57/105 bệnh nhi có biểu hiện SDD thể nhẹ cân (chiếm 54,3%), 48/105 bệnh nhi SDD thể thấp còi (chiếm 45,7%) và SDD thể gầy còm là 44/105 bệnh nhi (chiếm 41,9%). SDD là phổ biến ở trẻ mắc TBS. Nuôi dưỡng trẻ đúng cách góp phần không nhỏ đến thành công của can thiệp điều trị TBS chính vì thế cần đẩy mạnh công tác dinh dưỡng điều trị cho bệnh nhi TBS tại bệnh viện cũng như truyền thông giáo dục cho người chăm sóc trẻ mắc TBS. Như vậy, để làm giảm các nguy cơ SDD của trẻ mắc bệnh lý tim bẩm sinh, cần có những biện pháp can thiệp đồng bộ, từ chẩn đoán phát hiện sớm, điều trị phẫu thuật hoặc can thiệp phẫu thuật sớm, dự phòng các bệnh kết hợp, quản lý điều trị các bệnh lý tim bẩm sinh nhằm giảm tình trạng nhập viện cấp cứu,... Bên cạnh đó, có một vai trò không nhỏ của chăm sóc và điều trị dinh dưỡng trước, trong và sau phẫu thuật hoặc can thiệp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Abouk R., Grosse S. D., Ailes E. C., et al. (2017). "Association of US state implementation of newborn screening policies for critical congenital heart disease with early infant cardiac deaths". *JAMA*; 318(21):2111-2118. doi: 10.1001/jama.2017.17627
2. Bendriss L., Sedrati M., Haddour L., et al. (2006). "Ventricular septal defects: anatomic, clinical, therapeutic and prognostic aspects. 44 cases". *Presse Med*; 35(4 Pt 1):593-7. doi: 10.1016/s0755-4982(06)74646-2.
3. Okoromah C. A., Ekure E. N., Lesi F. E., et al. (2011). "Prevalence, profile and predictors of malnutrition in children with congenital heart defects: a case-control observational study". *Arch*

Dis Child; 96(4):354-60. doi: 10.1136/adc.2009.176644.

4. Hoàng Thị Tín, Nguyễn Thị Hoa, Lê Nguyễn Thanh Nhân (2014), “Tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân nhi ngoại trú bị bệnh tim bẩm sinh tại Bệnh viện Nhi đồng 1 năm 2012”. *Tạp chí Y học TP HCM*, 4.

5. Nguyễn Thị Thúy Hồng, Nguyễn Thị Yến (2011). “Tình trạng suy dinh dưỡng của trẻ dưới 5 tuổi điều trị nội trú tại Bệnh Viện Nhi TW”. *Tạp chí nghiên cứu y học*, số 3.

6. World Health Organization (2008). WHO child growth standards: training course on child growth assessment. Geneva, Switzerland.

7. Viện dinh dưỡng (2012), Các phương pháp đánh giá và theo dõi tình trạng dinh dưỡng. Bài giảng Dinh dưỡng học, *Nhà xuất bản Y học*, 100 - 120.

8. 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.

9. Trương Thị Bích Thủy, Văng Kiến Được (2013), “Đặc điểm tim bẩm sinh ở trẻ em tại Bệnh viện đa khoa Kiên Giang”, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 17(1), tr. 21-26.

10. Nguyễn Thị Thanh Hương, Vũ Minh Phúc (2010). Đặc điểm bệnh lý tim bẩm sinh ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Nhi đồng 1. *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, 14(1).

11. 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.

12. Trần Thị Kim Nhung (2016), “Nhận xét sự thay đổi thể chất ở bệnh nhân nhi tim bẩm sinh có luồng thông trái phải trước và sau can thiệp bít lỗ thông”. *Báo cáo Hội nghị Khoa học tim mạch Toàn quốc 2016*..