

NUTRITIONAL STATUS AND ASSOCIATED FACTORS IN PEDIATRIC ACUTE PANCREATITIS AT CHILDREN'S HOSPITAL 2

Le Thi Kha Nguyen^{1*}, Nguyen Thi Thu Hau¹, Nguyen Ton Nu Khanh Linh², Dang Tran Hoang Oanh¹

¹Children's Hospital 2 -14 Ly Tu Trong, Sai Gon Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

²University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City - 217 Hong Bang, Cho Lon Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 11/08/2025

Revised: 28/08/2025; Accepted: 25/09/2025

ABSTRACT

Objective: This study aims to determine the prevalence of undernutrition and overweight/obesity in pediatric patients with acute pancreatitis (AP) at Children's Hospital 2 (CH2) and assess their associations with clinical features and length of hospital stay.

Methods: A cross-sectional study was conducted on 155 pediatric patients diagnosed with acute pancreatitis and treated at the Hepatobiliary Pancreatic Department from April 2022 to April 2025.

Results: The prevalence of undernutrition was 23.2%, comprising stunting (11%), wasting (10.3%), and underweight (1.9%). Overweight and obesity rates were 12.9% and 16.8%, respectively. Underlying causes of acute pancreatitis and length of hospital stay were linked to undernutrition. Children with identifiable causes had a higher risk of undernutrition (PR = 2.37; p = 0.006) and a lower risk of overweight/obesity (PR = 0.48). Each additional day in the hospital increased the risk of undernutrition (PR = 1.05; p = 0.003). Children with complications were at higher risk for overweight/obesity (PR = 1.66; p = 0.039). Those not undergoing surgery had a 4.65-fold higher prevalence of overweight/obesity than those who did (PR = 4.65).

Conclusion: The high prevalence of overweight and obesity in pediatric patients with acute pancreatitis is associated with its etiology, complications, and surgical interventions. Undernutrition correlates with the etiology and length of hospital stay, indicating a need for focused nutritional care and further studies to explore these associations in children.

Keywords: Acute pancreatitis, children, nutritional status.

*Corresponding author

Email: khanguyennd2.657@gmail.com Phone: (+84) 387593657 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD16.3320>

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHI VIÊM TỤY CẤP TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Lê Thị Kha Nguyên^{1*}, Nguyễn Thị Thu Hậu¹, Nguyễn Tôn Nữ Khánh Linh², Đặng Trần Hoàng Oanh¹

¹Bệnh viện Nhi Đồng 2 -14 Lý Tự Trọng, P. Sài Gòn, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh - 217 Hồng Bàng, P. Chợ Lớn, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 11/08/2025

Chỉnh sửa ngày: 28/08/2025; Ngày duyệt đăng: 25/09/2025

ABSTRACT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm xác định tỉ lệ suy dinh dưỡng (SDD), thừa cân béo phì và mối liên quan giữa SDD và thừa cân béo phì (TCBP) với lâm sàng, cận lâm sàng và thời gian nằm viện ở bệnh nhi viêm tụy cấp (VTC) tại bệnh viện Nhi Đồng 2 (BVNĐ2) TP.HCM.

Đối tượng và phương pháp: Thiết kế cắt ngang, thực hiện trên 155 bệnh nhi được chẩn đoán mắc viêm tụy cấp và điều trị tại khoa Gan Mật Tụy – Ghép Gan BVNĐ2 TP.HCM trong khoảng thời gian từ tháng 4 năm 2022 – tháng 4 năm 2025.

Kết quả: Tỷ lệ SDD là 23,2%, với SDD thấp còi 11%, gầy còm 10,3% và nhẹ cân 1,9% và tỷ lệ thừa cân, béo phì lần lượt là 12,9% và 16,8%. BN có nguyên nhân xác định có nguy cơ SDD cao hơn nhóm vô căn (PR = 2,37; KTC 95%: 1,22–4,59; p = 0,006), nguy cơ TCBP thấp hơn nhóm vô căn (PR = 0,48; KTC 95%: 0,25–0,81). Mỗi ngày nằm viện tăng làm tăng thêm nguy cơ SDD (PR = 1,05; KTC 95%: 1,00–1,10; p = 0,003). Nhóm trẻ có biến chứng bị TCBP cao hơn nhóm không biến chứng (PR = 1,66; p = 0,039). BN không phẫu thuật trong quá trình điều trị có tỷ lệ TCBP bằng 4,65 (KTC 95%: 1,52 – 14,2) lần so với trẻ có phẫu thuật.

Kết luận: Tỷ lệ TCBP ở bệnh nhi VTC cao và có mối liên quan với nguyên nhân VTC, biến chứng và tình trạng phẫu thuật. Có mối liên quan giữa tình trạng SDD với nguyên nhân VTC và số ngày nằm viện. Cần chăm sóc dinh dưỡng để giảm SDD ở bệnh nhi VTC, và cần có nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để xác định mối liên quan giữa TCBP với nguyên nhân và diễn tiến của VTC ở trẻ em.

Từ khóa: Viêm tụy cấp, trẻ em, tình trạng dinh dưỡng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, tỷ lệ trẻ nhập viện vì viêm tụy cấp (VTC) có xu hướng gia tăng, trở thành vấn đề y tế đáng quan tâm do kéo theo gánh nặng điều trị và chi phí kinh tế[1]. Dinh dưỡng được xem là một yếu tố quan trọng trong điều trị VTC ở trẻ em, nhất là nuôi ăn tiêu hóa sớm. Tình trạng dinh dưỡng không chỉ ảnh hưởng đến thời gian nằm viện mà còn làm gia tăng nguy cơ biến chứng và kéo dài quá trình hồi phục [2,5]. Tỷ lệ trẻ mắc VTC bị suy dinh dưỡng (SDD) hoặc thừa cân béo phì (TCBP) cũng đã tăng lên đáng kể so với trước đây[3]. Tuy nhiên, tại Việt Nam, dữ liệu về tình trạng dinh dưỡng và các yếu tố liên quan ở trẻ mắc viêm tụy cấp còn hạn chế.

Vì thế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu xác định tình trạng dinh dưỡng của trẻ và phân tích một số yếu tố liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng với các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng (CLS),

thời gian nằm viện bệnh viện nhi đồng 2 (BVNĐ2) giai đoạn 2022-2025.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhi được chẩn đoán Viêm tụy cấp điều trị nội trú tại BVNĐ2 trong khoảng thời gian tháng 4 năm 2022 – tháng 4 năm 2025. Những trẻ không đủ các dữ liệu về chỉ số nhân trắc hay hỗ trợ dinh dưỡng được loại khỏi phân tích. Đối với trẻ VTC tái phát sẽ lấy lần đầu.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu cắt ngang.

2.3 Địa điểm nghiên cứu: Khoa Gan Mật Tụy và Ghép Gan, bệnh viện Nhi Đồng 2.

*Tác giả liên hệ

Email: khanguyennd2.657@gmail.com Điện thoại: (+84) 387593657 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD16.3320>

2.4 Cỡ mẫu:

Tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ:

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

Trong đó: n là đối tượng cần thu thập; α là xác suất sai lầm loại 1, chọn α = 0,05 thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; d là sai số ước tính, d = 0,1; p = 0,444 là tỉ lệ SDD dựa trên nghiên cứu của Bharti cùng cộng sự (2023)[2]. Thay vào công thức, tính được cỡ mẫu tối thiểu là 94 mẫu

2.5 Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ.

2.6 Thu thập dữ liệu: Ghi nhận từ hồ sơ bệnh án thông qua phiếu thu thập số liệu. Hồ sơ bệnh nhân VTC được điều trị tại khoa Tiêu hóa và khoa Gan mật tụy - Ghép gan của BVNĐ2, được chẩn đoán và điều trị theo phác đồ và thực hiện ghi chép hồ sơ, lưu trữ hồ sơ đúng qui định và đầy đủ nên có thể tin tưởng được.

2.7 Xử lý và phân tích dữ kiện: Số liệu sẽ nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích số liệu bằng phần mềm STATA 17.

2.8 Đạo đức trong nghiên cứu

NC được sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y dược TPHCM số 1318/HĐĐĐ – ĐHYD, ngày 18/03/2025. Và được sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học BVNĐ2 số 54/GCN-BVNĐ2 ký ngày 28/02/2025. Số liệu hồi cứu trên hồ sơ bệnh án.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Thông tin chung và tình trạng dinh dưỡng

Đặc điểm	Tần số (n=120)	Tỷ lệ (%)
Giới tính		
Nam	67	43,2
Nữ	88	56,8
Tuổi trẻ	7,9 (0,75 – 15,83) *	
0 – 1 tuổi	2	1,3
1 – 5 tuổi	44	28,4
5 – 10 tuổi	52	33,6
≥ 10 tuổi	57	36,7

Đặc điểm	Tần số (n=120)	Tỷ lệ (%)
Tình trạng dinh dưỡng		
Suy dinh dưỡng	36	23,2
Thiếu cân	3	1,9
Thiếu hụt	17	11
Thiếu hụt	16	10,3
Bình thường	73	47,1
Thừa cân	26	16,8
Béo phì	20	12,9

* Trung bình (nhỏ nhất – lớn nhất)

Bảng 3 cho thấy các đặc điểm nhân khẩu học của bệnh nhi VTC. Về giới tính, nam bệnh nhi chiếm 43,2% nữ 56,8%. Nhóm tuổi từ 5–10 tuổi và ≥10 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất, lần lượt là 33,6% và 36,7%. 47,1% có tình trạng dinh dưỡng bình thường, thừa cân béo phì lần lượt là 16,8% và 12,9% , 23,2% trẻ bị SDD.

Bảng 2. Nguyên nhân và đặc điểm lâm sàng của đợt viêm tụy cấp

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nguyên nhân viêm tụy cấp		
Bất thường đường mật	51	32,9
Bệnh hệ thống	3	1,9
Bệnh chuyển hóa	13	8,4
Bất thường gen	14	9,0
Vô căn	74	47,4
Đặc tính của đợt viêm tụy		
Tái phát	53	34,2
Lần đầu	102	65,8
Phân độ đợt viêm tụy cấp		
Nhẹ	100	64,5
Trung bình	53	34,2
Nặng	2	1,3
Biến chứng		
Cục bộ	48	31
Tụ dịch quanh tụy	44	91,7
Nang giả tụy	3	6,2
Hoại tử tụy	1	2,1
Toàn thân	1	0,6
Không	106	68,4

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Điều trị hồi sức tích cực		
Không	153	98,7
Có	2	1,3
Phẫu thuật liên quan viêm tụy cấp		
Không	117	75,5
Có	38	24,5
Thời gian nằm viện* (ngày)	7 (4 – 11) *	

* Trung vị (Khoảng tứ phân vị)

Bảng 2 cho thấy 47,4% là vô căn, 64,5% VTC nhẹ và 34,2% trung bình, 75,5% có phẫu thuật, 31% có biến chứng và đa số là tụy dịch quanh tụy. Thời gian nằm viện trung bình là 7 ngày.

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Amylase		
Khi nhập viện (n = 155)	737,1 (220 – 1069) *	
Bình thường	43	27,7
Tăng	112	72,3
Khi bắt đầu nuôi ăn (n = 116)	230,7 (88,5 – 258) *	
Bình thường	84	72,4
Tăng	32	27,6
Lipase		
Khi nhập (n = 155)	1826,2 (477 – 1569) *	
Bình thường	12	7,7
Tăng	143	92,3
Khi bắt đầu nuôi ăn (n = 116)	546,6 (134 – 488) *	
Bình thường	40	34,5
Tăng	76	65,5

Bảng 3 cho thấy phần lớn trẻ viêm tụy cấp có men Amylase (72,3%) và Lipase (92,3%) tăng khi nhập viện, và tình trạng này vẫn cao khi nuôi ăn (Amylase: 72,4%; Lipase: 65,5%).

Bảng 4. Mối liên quan giữa tỷ lệ suy dinh dưỡng và đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm	Suy dinh dưỡng		p	PR (KTC 95%)
	Không (n=119)	Có (n=36)		
Nguyên nhân				
Vô căn	64 (86,5)	10 (13,5)	0,006	1
Nguyên nhân khác	55 (67,9)	26 (32,1)		2,37 (1,22 – 4,59)
Đặc tính của đợt viêm tụy				
Lần đầu	79 (77,5)	23 (22,5)	0,782	0,91 (0,50 – 1,66)
Tái phát	40 (75,5)	13 (24,5)		1
Phân độ đợt viêm tụy cấp				
Nhẹ	79 (79)	21 (21)	0,376	1
Trung bình – nặng	40 (72,7)	15 (27,3)		1,29 (0,72 – 2,31)
Biến chứng				
Không	83 (78,3)	23 (21,7)	0,376	1
Có	36 (73,5)	13 (26,5)		1,22 (0,67 – 2,20)
Điều trị hồi sức tích cực				
Có	2 (100)	0 (0)	1,000*	Không tính
Không	117 (76,5)	3 (23,5)		
Phẫu thuật				
Có	25 (65,8)	13 (34,2)	0,065	1,80 (1,01 – 3,19)
Không	94 (80,3)	23 (19,7)		1
Thời gian nằm viện**	6 (4 - 10)	8 (5,5 - 16,5)	0,021	1,05 (1,00 – 1,10)

* Kiểm định chính xác Fisher

** Trung vị (Khoảng tứ phân vị)

Bảng 4 cho thấy nhóm có SDD có tỷ lệ nguyên nhân khác cao hơn (32,1% so với 13,5%) nhóm không SDD, $p = 0,006$, $PR = 2,37$ (KTC 95%: 1,22 – 4,59). Thời gian nằm viện của BN có SDD dài hơn (8 ngày so với 6 ngày trong nhóm không có SDD, $p = 0,021$).

Bảng 5. Mối liên quan giữa tỷ lệ suy dinh dưỡng và đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm	Suy dinh dưỡng		p	PR (KTC 95%)
	Không (n=119)	Có (n=36)		
Amylase				
Khi nhập viện				
Bình thường	36 (83,7)	7 (16,3)		1
Tăng	83 (74,1)	29 (25,9)	0,225	1,59 (0,75–3,36)
Sau nuôi ăn (n = 116)				
Bình thường	64 (79,2)	20 (23,8)		1
Tăng	25 (78,1)	7 (21,9)	0,827	0,91 (0,42–1,96)
Lipase				
Khi nhập viện				
Bình thường	10 (83,3)	2 (16,7)	0,593	
Tăng	109 (76,2)	34 (23,8)		1,42 (0,38–5,24)
Sau nuôi ăn (n = 116)				
Bình thường	29 (77,5)	11 (27,5)	0,433	
Tăng	60 (78,9)	16 (21,1)		0,76 (0,39–1,49)

Bảng 5 cho thấy không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa suy dinh dưỡng với các chỉ số men tụy của trẻ viêm tụy cấp trong nghiên cứu.

Bảng 6. Mối liên quan giữa thừa cân, béo phì và đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm	Thừa cân béo phì		p	PR (KTC 95%)
	Không (n=109)	Có (n=46)		
Nguyên nhân				
Vô căn	44 (59,5)	30 (40,5)		1
Nguyên nhân khác	65 (80,3)	16 (19,7)	0,005	0,48 (0,25–0,81)

Đặc điểm	Thừa cân béo phì		p	PR (KTC 95%)
	Không (n=109)	Có (n=46)		
Đặc tính của đợt viêm tụy				
Lần đầu	75 (73,5)	23 (26,5)	0,225	1,35 (0,93–2,20)
Tái phát	34 (64,2)	19 (35,8)		1
Phân độ đợt viêm tụy cấp				
Nhẹ	75 (75)	25 (25)	0,086	0,65 (0,40–1,05)
Trung bình – nặng	34 (61,8)	21 (38,2)		1
Biến chứng				
Không	80 (75,5)	26 (24,5)		1
Có	29 (59,2)	20 (40,8)	0,039	1,66 (1,03–2,67)
Điều trị hồi sức tích cực				
Không	35 (22,9)	118 (77,1)	0,056*	Không tính
Có	2 (100)	0 (0)		
Phẫu thuật				
Không	74 (63,3)	43 (36,7)	0,001	4,65 (1,52–14,2)
Có	35 (92,1)	3 (7,9)		1
Thời gian nằm viện**	7 (5 - 13)	6 (4 - 9)	0,290	0,97 (0,91–1,02)

* Kiểm định chính xác Fisher

** Trung vị (Khoảng tứ phân vị)

Bảng 6 cho thấy bệnh nhi có nguyên nhân khác có nguy cơ TCBP thấp hơn so với nhóm vô căn, PR=0,48 (KTC 95%: 0,25–0,81). BN có biến chứng có nguy cơ TCBP cao gấp 1,66 lần so với những bệnh nhi không có biến chứng, p = 0,039. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm bệnh nhân được điều trị hồi sức tích cực và nhóm không điều trị hồi sức tích cực (p = 0,056*). Tuy nhiên, có một sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ TCBP trong nhóm không điều trị hồi sức tích cực. Đối với trẻ không phẫu thuật trong quá trình điều trị có tỷ lệ TCBP bằng 4,65 (KTC 95%: 1,52–14,2) lần so với trẻ có phẫu thuật.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 155 trẻ VTC cho thấy tỷ lệ nữ mắc bệnh cao hơn nam (1,31/1) với tuổi trung bình 7,7. Nguyên nhân gây VTC vô căn vẫn chiếm tỷ lệ cao nhất (47,7%), tuy nhiên tỷ lệ bất thường đường mật trong nghiên cứu này cao hơn một số báo cáo khác, có thể do đặc thù của cơ sở nghiên cứu là khoa Gan Mật Tụy, nơi có khả năng tiếp cận các phương tiện chẩn đoán chuyên sâu hơn. VTC mức độ nhẹ là phổ biến nhất (64,5%) khác biệt đáng kể so với một số nghiên cứu quốc tế có tỷ lệ nặng cao hơn. Đa số trẻ mắc bệnh lần đầu (65,8%), nhưng tỷ lệ tái phát (34,2%) cũng không nhỏ và thường liên quan đến bất thường gen.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tình trạng dinh dưỡng ở trẻ mắc VTC khá đa dạng, với tỷ lệ SDD (23,2%) và TCBP (29,7%) đều ở mức cao. Khi so sánh với các nghiên cứu trước đó như Bharti (2023)[2] tại Ấn Độ hay Thavamani (Hoa Kỳ)[3], có thể thấy sự khác biệt đáng kể về phân bố dinh dưỡng giữa các quốc gia, phản ánh sự chi phối của yếu tố địa lý, đặc điểm dân số và bối cảnh kinh tế xã hội. Đáng chú ý, so với dữ liệu trong nước trước đây như nghiên cứu của Bùi Phương Nhung (2019), tỷ lệ TCBP trong nghiên cứu này đã tăng lên rõ rệt, cho thấy xu hướng chuyển dịch dinh dưỡng đang diễn ra tại Việt Nam[6].

Tình trạng SDD có liên quan chặt chẽ đến một số yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng. Cụ thể, trẻ có nguyên nhân xác định có nguy cơ SDD cao hơn nhóm vô căn ($PR = 2,37$; $p = 0,006$), kết quả này cho thấy rằng các yếu tố nền như bất thường mật – tụy, rối loạn chuyển hóa hay gen thường đi kèm các ảnh hưởng mạn tính lên hấp thu, chuyển hóa dinh dưỡng và dẫn đến nguy cơ SDD. Ngoài ra, thời gian nằm viện càng dài thì nguy cơ SDD càng cao ($PR = 1,05$; $p = 0,021$), điều này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đây[3,5], thời gian nằm viện kéo dài không chỉ là hậu quả mà còn là yếu tố góp phần làm trầm trọng thêm tình trạng dinh dưỡng qua nhiều cơ chế như giảm vận động, thay đổi khẩu phần, tăng nguy cơ biến chứng và nhiễm trùng. Trẻ SDD thường phục hồi chậm hơn, dễ gặp biến chứng và có đáp ứng điều trị kém hơn. Đồng thời, mối liên quan giữa tình trạng TCBP và các đặc điểm lâm sàng của VTC ở trẻ em trong nghiên cứu này cho thấy nhiều điểm đáng chú ý. Trẻ có nguyên nhân xác định của VTC lại có tỷ lệ TCBP thấp hơn so với nhóm vô căn, chỉ bằng khoảng 48% so với nhóm có nguyên nhân vô căn. Việc có nguyên nhân vô căn có thể liên quan đến các yếu tố di truyền hoặc các cơ chế không xác định rõ, có thể tạo ra một xu hướng cao hơn đối với sự tích tụ mỡ cơ thể hoặc rối loạn trao đổi chất dẫn đến TCBP. Những yếu tố này có thể liên quan đến khả năng kháng insulin, rối loạn chuyển hóa lipid hoặc yếu tố khác chưa được khám phá đầy đủ. Điều này có thể do đặc điểm dân số nghiên cứu hoặc thiếu tầm soát chuyển hóa chuyên sâu khiến một số trường hợp bị phân loại là vô căn.

Điều này cho thấy rằng nguyên nhân của bệnh viêm tụy có thể ảnh hưởng đến sự xuất hiện thừa cân, béo phì. Ngược lại, bệnh nhân có nguyên nhân có thể gặp phải các yếu tố như rối loạn tiêu hóa, rối loạn nội tiết, hoặc các yếu tố môi trường, làm giảm khả năng phát triển thừa cân, béo phì. Ví dụ, các bệnh lý liên quan đến hệ tiêu hóa hoặc các yếu tố gây viêm nhiễm kéo dài có thể gây mất cân bằng dinh dưỡng hoặc giảm khả năng hấp thu dinh dưỡng, từ đó ảnh hưởng đến sự phát triển của tình trạng thừa cân.

Ngoài ra, trẻ TCBP có nguy cơ gặp biến chứng cao hơn ($PR = 1,66$), tương đồng với nghiên cứu trước đây[4] và phù hợp với các giả thuyết về vai trò của mô mỡ trong phản ứng viêm, rối loạn miễn dịch và tổn thương tụy(8). Đối với mối liên quan giữa TCBP và can thiệp phẫu thuật, kết quả cho thấy tỷ lệ TCBP cao hơn ở nhóm không phẫu thuật, tuy nhiên có thể do chịu ảnh hưởng bởi yếu tố lựa chọn điều trị hoặc cỡ mẫu nhỏ trong nhóm phẫu thuật. Những phát hiện này cho thấy tình trạng dinh dưỡng ở nhóm trẻ VTC không chỉ là yếu tố đi kèm mà có thể ảnh hưởng đến diễn tiến và điều trị. TCBP sẽ làm tăng phản ứng viêm và làm cho đáp ứng bệnh kéo dài hơn, có thể gây biến chứng. SDD cũng làm cho quá trình phục hồi bệnh kém do ảnh hưởng đến hoạt động của các tế bào miễn dịch[8]. Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng không cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng SDD, có thể do cỡ mẫu NC chưa đủ lớn.

5. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Tỷ lệ SDD thể thấp còi là 11%, gầy còm (10,3%) và nhẹ cân (1,9%). Tỷ lệ trẻ thừa cân và béo phì lần lượt là 16,8% và 18,7%.

Trẻ có nguyên nhân xác định có nguy cơ SDD cao 2,37 lần so nhóm trẻ vô căn $p = 0,006$ và tăng thời gian nằm viện tăng thêm nguy cơ SDD ($PR = 1,05$; $p = 0,003$).

Trẻ có nguyên nhân xác định có nguy cơ TCBP thấp hơn ($PR = 0,48$; KTC 95%: 0,25–0,81). Ngoài ra, trẻ có biến chứng có nguy cơ TCBP cao hơn 1,66 lần ($p = 0,039$) và nhóm không phẫu thuật có nguy cơ TCBP cao hơn 4,65 lần so với nhóm có phẫu thuật (KTC 95%: 1,52–14,2)

Nghiên cứu khuyến nghị cần chăm sóc dinh dưỡng để giảm SDD ở bệnh nhi viêm tụy cấp và cần có nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để xác định mối liên quan giữa thừa cân béo phì với nguyên nhân và diễn tiến của viêm tụy cấp ở trẻ em.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Szatmary P, Grammatikopoulos T, Cai W, et al. (2022). Acute Pancreatitis: Diagnosis

- and Treatment. *Drugs*;82(12):1251-1276. doi:10.1007/s40265-022-01766-4
- [2] Bharti LK. (2023). Nutritional status and clinical outcome in children with acute pancreatitis. *Proc Nutr Soc*;82(OCE2):E189. doi:10.1017/S0029665123001982
- [3] Thavamani A, Umapathi KK, Sferra TJ, Sankararaman S. (2020). Undernutrition and Obesity Are Associated with Adverse Clinical Outcomes in Hospitalized Children and Adolescents with Acute Pancreatitis. *Nutrients*;13(1):43. doi:10.3390/nu13010043
- [4] García-Dávila M. (2009). Factores asociados al desarrollo de complicaciones en pancreatitis aguda en niños. *Bol Med Hosp Infant Mex*;66.
- [5] Vasilescu A, Cuffari C, Santo Domingo L, Scheimann AO. (2015). Predictors of Severity in Childhood Pancreatitis: Correlation With Nutritional Status and Racial Demographics. *Pancreas*;44(3):401-403. doi:10.1097/MPA.0000000000000281
- [6] Bùi Phương N. (2019). Đánh giá chế độ dinh dưỡng điều trị ở trẻ bị viêm tụy cấp điều trị tại khoa tiêu hóa bệnh viện nhi trung ương. Luận án tiến sĩ. Trường đại học y hà nội; Accessed December 23, 2024. <http://dulieuso.hmu.edu.vn/handle/hmu/1531>
- [7] Trout AT, Anupindi SA, Freeman AJ, et al. (2021). North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition and the Society for Pediatric Radiology Joint Position Paper on Noninvasive Imaging of Pediatric Pancreatitis: Literature Summary and Recommendations. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*;72(1):151-167. doi:10.1097/MPG.0000000000002964
- [8] Mehta MS. (2023). Acute pancreatitis in children: risk factors, management, and outcomes. *Current Opinion in Pediatrics*; 35(5):590-595. doi:10.1097/MOP.0000000000001285