

NUTRITIONAL STATUS AND SOME FACTORS RELATED TO NUTRITIONAL STATUS OF BURN PATIENTS TREATMENT AT SAINT PAUL GENERAL HOSPITAL IN 2024-2025

Duong Dong Nhat¹, Vuong Thi Mai Linh², Nguyen Thi Huong Lan^{3,4*}

¹Pham Ngoc Thach University of Medicine - 1 Duong Quang Trung, Hoa Hung ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

²Vietnam University of Traditional Medicine - 2 Tran Phu, Ha Dong ward, Hanoi, Vietnam

³Institute of Preventive Medicine and Public Health, Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien ward, Hanoi, Vietnam

⁴Saint Paul General Hospital - 12 Chu Van An, Ba Dinh ward, Hanoi, Vietnam

Received: 13/10/2025

Revised: 04/11/2025; Accepted: 19/11/2025

ABSTRACT

Objective: This research study the rate of malnutrition, overweight and obesity and relationship between malnutrition and obesity with some related factors in burn patients admitted at Saint Paul General Hospital in 2024-2025.

Subjects and methods: Cross-sectional study was conducted on 134 patients diagnosed with burn and treated at the Burn Department of Saint Paul General Hospital between August of 2024 and April of 2025.

Results: According to BMI, the rate of malnutrition was 14.18%, the rate of overweight was 16.42% and the rate of obesity was 12.69%. According to SGA, the rate of mild to moderate malnutrition (SGA-A, B) was 11.94%, the rate of severe malnutrition (SGA-C) was 2.24%. Regarding the upper arm circumference (MUAC) index, the rate of patients with low MUAC was 11.19% and only appeared in female patients.

Conclusion: The rate of burn patients hospitalized at Saint Paul General Hospital with malnutrition according to SGA and BMI was 14.18%. The rate of burn patients with low MUAC was 11.19% and only in female patients. The depth of the burn and whether the patient had deep burns or not were related to the nutritional status of SGA in burn patients.

Keywords: Nutritional status, malnutrition, overweight, obesity, burn.

*Corresponding author

Email: huonglandd@hmu.edu.vn Phone: (+84) 936195676 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD21.3865>



TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA NGƯỜI BỆNH BỎNG ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN NĂM 2024-2025

Dương Đông Nhật¹, Vương Thị Mai Linh², Nguyễn Thị Hương Lan^{3,4*}

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch - 1 Dương Quang Trung, phường Hòa Hưng, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Học viện Y dược học Cổ truyền Việt Nam - 2 Trần Phú, phường Hà Đông, Hà Nội, Việt Nam

³Viện Y học dự phòng và Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, phường Kim Liên, Hà Nội, Việt Nam

⁴Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn - 12 Chu Văn An, phường Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 13/10/2025

Ngày chỉnh sửa: 04/11/2025; Ngày duyệt đăng: 19/11/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu xác định tỉ lệ suy dinh dưỡng, thừa cân béo phì và mối liên quan giữa suy dinh dưỡng và thừa cân béo phì với một số yếu tố liên quan ở người bệnh bỏng điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn năm 2024-2025

Đối tượng và phương pháp: Thiết kế cắt ngang, thực hiện trên 134 bệnh nhân được chẩn đoán bỏng và điều trị tại Khoa Bỏng, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn trong khoảng thời gian từ tháng 8 năm 2024 đến tháng 4 năm 2025.

Kết quả: Theo BMI, tỉ lệ suy dinh dưỡng là 14,18%, tỉ lệ thừa cân là 16,42% và tỉ lệ béo phì là 12,69%. Theo SGA, tỉ lệ suy dinh dưỡng từ nhẹ đến trung bình (SGA-A, B) là 11,94%, tỉ lệ suy dinh dưỡng nặng (SGA-C) là 2,24%. Về chỉ số chu vi vòng cánh tay (MUAC), tỉ lệ người bệnh có MUAC thấp là 11,19% và chỉ xuất hiện ở người bệnh nữ.

Kết luận: Tỉ lệ người bệnh bỏng điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn bị suy dinh dưỡng theo SGA và BMI đều là 14,18%. Tỉ lệ người bệnh bỏng có MUAC thấp là 11,19% và chỉ có ở người bệnh nữ. Bỏng sâu có mối liên quan đến tình trạng dinh dưỡng ở cả 3 chỉ số BMI, SGA và MUAC. Ngoài ra tỉ lệ thiếu máu có mối liên quan đến tình trạng dinh dưỡng theo SGA.

Từ khóa: Tình trạng dinh dưỡng, suy dinh dưỡng, thừa cân, béo phì, bỏng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hàng năm, trên thế giới có hơn 180.000 ca tử vong vì bỏng. Phần lớn các ca tử vong đến từ các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình. Gần 2/3 các trường hợp bỏng gây tử vong diễn ra ở các nước châu Phi và Đông Nam Á. Các vết thương do bỏng là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây nên bệnh tật, bao gồm thời gian nằm viện kéo dài, khuyết tật. Các sự cố về bỏng thường xảy ra ở các hộ gia đình và nơi làm việc, và đa số các sự cố này là có thể ngăn ngừa được [1].

Hàng năm, có hơn 1 triệu người ở Ấn Độ, gần 170.000 trẻ em ở Bangladeshi bị bỏng trung bình hoặc bỏng

nặng. Tại Bangladesh, Colombia, Ai Cập và Pakistan, 17% trẻ em bỏng bị khuyết tật tạm thời, và 18% bị khuyết tật vĩnh viễn.

Số lượng trường hợp bỏng cần can thiệp y tế ở các nước Tây Thái Bình Dương cao hơn 20 lần so với số lượng trường hợp bỏng cần can thiệp y tế của các nước châu Mỹ. Người dân sống ở các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình có nguy cơ bị bỏng cao hơn các quốc gia có thu nhập cao. Tuy nhiên, trong một quốc gia, các nguy cơ bị bỏng liên quan đến tình trạng kinh tế, xã hội [1].

*Tác giả liên hệ

Email: huonglandd@hmu.edu.vn Điện thoại: (+84) 936195676 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD21.3865>

Tại Việt Nam, tỷ lệ các sự cố cháy nổ tăng trong các năm gần đây. Năm 2023, theo thống kê của Cục Cảnh sát Phòng cháy chữa cháy và Cứu nạn cứu hộ, các tháng 7-10 năm 2023 ghi nhận số vụ hỏa hoạn trên toàn quốc lần lượt là 180, 218, 198 và 152 vụ; trong năm 2023, toàn quốc xảy ra 3440 vụ cháy (tăng 206 vụ so với năm 2022), làm chết 146 người và bị thương 109 người [2].

Cùng với sự gia tăng về các sự cố cháy nổ cũng như số lượng bệnh nhân nhập viện vì bỏng, điều trị bệnh nhân bỏng là một trong những vấn đề cần được chú ý. Tại Hà Nội, có 2 cơ sở điều trị bỏng chính là Viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác và Khoa Bỏng, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn. Trong quá trình điều trị bệnh nhân bỏng, tình trạng dinh dưỡng góp phần tiên lượng khả năng hồi phục và lành vết thương ở người bệnh bỏng.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá toàn diện hơn về đặc điểm tình trạng dinh dưỡng và các yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng, làm cơ sở cho những chương trình can thiệp dinh dưỡng cho đối tượng bệnh nhân bỏng tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh ≥ 18 tuổi được chẩn đoán bỏng, điều trị nội trú tại Khoa Bỏng, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

Những người bệnh có dị tật ảnh hưởng đến số đo nhân trắc (gù vẹo cột sống, khiếm khuyết bộ phận cơ thể) sẽ được loại khỏi nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu cắt ngang.

2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện tại Khoa Bỏng, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn từ tháng 8 năm 2024 đến tháng 4 năm 2025.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho ước lượng một tỷ lệ [3]:

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

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu; $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ (với độ tin cậy 95%); $d = 0,05$ (sai số mong muốn); $p = 0,093$ là tỷ lệ suy dinh dưỡng ($BMI < 18,5 \text{ kg/m}^2$) của người bệnh bỏng điều trị tại Khoa Bỏng người lớn, Bệnh viện Bỏng Quốc gia [4].

Thay vào công thức, tính cỡ mẫu tối thiểu là $n = 130$ người. Thực tế chúng tôi thu thập được mẫu nghiên cứu $n = 134$ người bệnh bỏng.

- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu toàn bộ.

2.5. Thu thập dữ liệu

Thu thập dữ liệu bằng bảng câu hỏi, bệnh án và thu thập số đo nhân trắc bằng công cụ chuẩn (thước dây, cân cơ học, thước đo chiều cao).

2.6. Xử lý và phân tích dữ liệu

Xử lý số liệu bằng phần mềm Google Form, Excel và STATA 17.

Thống kê mô tả: đối với các biến số định lượng cho biết giá trị trung bình, trung vị; đối với các biến số định tính đo lường tần số, tỷ lệ.

Thống kê suy luận: kiểm định sự khác biệt bằng các test thống kê χ^2 -test hoặc Fisher's exact test đối với tỷ lệ.

Nhận định sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành sau khi được Hội đồng thẩm định đề cương, Viện Đào tạo Y học Dự phòng và Y tế Công cộng và Ban Giám hiệu Trường Đại học Y Hà Nội thông qua, cùng với sự đồng ý Ban Giám đốc, Khoa Bỏng, Khoa Dinh dưỡng của Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

Đối tượng nghiên cứu được giải thích rõ về mục tiêu và ý nghĩa của nghiên cứu, đồng ý tham gia một cách tự nguyện, có quyền từ chối tham gia, từ chối trả lời cũng như yêu cầu dừng và hủy kết quả phỏng vấn nếu muốn.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ học của đối tượng nghiên cứu ($n = 134$)

Đặc điểm		Nam		Nữ		Chung	
		n	%	n	%	n	%
Tuổi	18-64 tuổi	51	83,61	59	80,82	110	82,90
	≥ 65 tuổi	10	19,18	14	16,39	24	17,91
Nơi sống	Thành phố	47	77,05	61	83,56	108	80,60
	Nông thôn	14	22,95	12	16,44	26	19,40
Trình độ học vấn	Trung học cơ sở	6	9,84	3	4,11	9	6,72
	Trung học phổ thông	28	45,90	38	52,05	66	49,25
	> Trung học phổ thông	27	44,26	32	43,84	59	44,03

Đặc điểm		Nam		Nữ		Chung	
		n	%	n	%	n	%
Nghề nghiệp	Nghề nghiệp ổn định	17	27,87	14	19,18	31	23,13
	Nghề nghiệp tự do	22	36,07	26	35,62	48	35,82
	Sinh viên	14	22,95	25	34,25	39	29,10
	Hưu trí	8	13,11	8	10,96	16	11,94
Hôn nhân	Độc thân	19	31,15	20	27,40	39	29,10
	Có vợ/chồng	42	68,85	50	68,49	92	68,66
	Khác (ly thân/ly hôn/góa)	0	0	3	4,11	3	2,24

Bảng 1 cho thấy đối tượng nghiên cứu chủ yếu có độ tuổi từ 18-64 tuổi (chiếm 82,9%), đa số người bệnh tham gia nghiên cứu sống tại thành phố (80,6%) và có trình độ học vấn cao (93,28% có trình độ học vấn từ tốt nghiệp trung học phổ thông trở lên). Phần lớn đối tượng nghiên cứu có nghề nghiệp ổn định (23,13%) hoặc nghề nghiệp tự do (35,28%), còn lại chủ yếu là đối tượng sinh viên (29,1%), người bệnh về hưu chiếm tỉ trọng nhỏ (11,94%). Tỉ lệ đối tượng đang kết hôn là 68,66%, tỉ lệ độc thân là 29,1%.

Bảng 2. Đặc điểm về bệnh lý của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm diện tích bỏng		Diện tích cơ thể (%)		
		Trung vị	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
Diện tích bỏng chung		5%	1%	40%
Diện tích bỏng sâu		0%	0%	6%
Nguyên nhân gây bỏng	Nhiệt ướt	65 (48,51%)		
	Nhiệt khô	58 (43,28%)		
	Bỏng điện	8 (5,97%)		
	Bỏng hóa chất	2 (1,49%)		
	Bỏng lạnh	1 (0,75%)		

Đặc điểm diện tích bỏng		Diện tích cơ thể (%)		
		Trung vị	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
Mức độ bỏng	Nhẹ	93 (69,40%)		
	Vừa	24 (17,91%)		
	Nặng	17 (12,69%)		

Bảng 2 cho thấy diện tích bỏng chung có giá trị từ 1-40% diện tích da, trong đó giá trị trung vị là 5% diện tích da. Diện tích bỏng sâu có giá trị từ 0-6% diện tích da. Đa số đối tượng bị bỏng do nhiệt, trong đó nhiệt ướt gây bỏng tới gần một nửa số lượng người bệnh nhập viện vì bỏng (48,51%), tiếp theo là nhiệt khô (43,28%). Xét về mức độ nặng của bệnh, đa số đối tượng có bệnh ở mức độ nhẹ (69,4%), tiếp theo là mức độ vừa (17,91%) và mức độ nặng (12,69%).

Bảng 3. Đặc điểm dinh dưỡng chung theo chỉ số nhân trắc

Đặc điểm	Trung bình	Sai số chuẩn	Trung vị	Giá trị Q1	Giá trị Q3
Cân nặng (kg)			55,25	49	64,5
Chiều cao (cm)	162,02	7,81			
BMI (kg/m ²)			21,46	19,78	23,31
Chu vi vòng cánh tay (cm)			26,8	25	28,6

Bảng 3 cho thấy chiều cao trung bình của đối tượng nghiên cứu là 162,02cm. Cân nặng có giá trị trung vị là 55,25kg, trong đó khoảng liên tứ phân vị (IQR) là 15,5. Chu vi vòng cánh tay có giá trị trung vị là 26,8 cm, trong đó IQR là 3,6.

Bảng 4. Tình trạng dinh dưỡng theo giới tính

Tình trạng dinh dưỡng		Nam		Nữ		Chung		p
		n	%	n	%	n	%	
BMI	Thiếu cân (< 18,5 kg/m ²)	5	8,2	14	19,18	19	14,18	0,011 (χ^2 test)
	Bình thường (18,5-22,9 kg/m ²)	30	49,18	46	63,01	76	56,72	
	Thừa cân (23,0-24,9 kg/m ²)	14	22,95	8	10,96	22	16,42	
	Béo phì ($\geq$ 25 kg/m ²)	12	19,67	5	6,85	17	12,69	

Tình trạng dinh dưỡng		Nam		Nữ		Chung		p
		n	%	n	%	n	%	
SGA	SGA-A	56	91,80	59	80,82	115	85,82	0,130 (Fisher test)
	SGA-B	5	8,20	11	15,07	16	11,94	
	SGA-C	0	0	3	4,11	3	2,24	
Chu vi vòng cánh tay	Thấp ($\leq 23,5$ cm)	0	0	15	20,55	15	11,19	0,000 (Fisher test)
	Bình thường ($> 23,5$ cm)	61	100	58	79,45	119	88,81	

Bảng 4 cho thấy giữa nam và nữ có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tình trạng dinh dưỡng theo BMI ($p = 0,011$), trong đó tỉ lệ thiếu cân ($BMI < 18,5 \text{ kg/m}^2$) ở người bệnh nam là 8,2%, còn ở người bệnh nữ là 19,18%. Tỉ lệ béo phì ở nam cao hơn ở nữ (19,67% so với 6,85%). Đối với tình trạng dinh dưỡng theo SGA, phần lớn đối tượng được xếp loại SGA-A (85,82%); nhóm SGA-B có 16 trường hợp (11,94%); nhóm suy dinh dưỡng nặng SGA-C rất hiếm gặp, chỉ 3 trường

hợp (4,11%). Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,130$). Nhóm có chu vi vòng cánh tay ($MUAC$) $\leq 23,5$ cm chỉ ghi nhận ở nữ giới với 15 trường hợp (20,55%). Nhóm có MUAC bình thường ($> 23,5$ cm) chiếm tỷ lệ cao hơn, với 61 nam (100%), 58 nữ (79,45%), tổng cộng 119 trường hợp (88,81%), sự khác biệt giữa hai nhóm này có ý nghĩa thống kê rõ rệt ($p = 0,000$).

Bảng 5. Mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng và thiếu máu, giảm albumin máu

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng		Thiếu máu		p	Giảm albumin máu		p
		Không (n = 115)	Có (n = 19)		Không (n = 90)	Có (n = 17)	
SGA	SGA-A	102 (88,7%)	13 (11,3%)	0,018 (Fisher test)	80 (86,96%)	12 (13,04%)	0,078 (Fisher test)
	SGA-B	12 (75%)	4 (25%)		9 (69,23%)	4 (30,77%)	
	SGA-C	1 (33,33%)	2 (66,67%)		1 (50%)	1 (50%)	
BMI	Thiếu cân	14 (73,68%)	5 (26,32%)	0,125 (Fisher test)	11 (78,57%)	3 (21,43%)	0,901 (Fisher test)
	Bình thường	64 (84,21%)	12 (15,79%)		54 (84,38%)	10 (15,63%)	
	Thừa cân	20 (90,91%)	2 (9,09%)		15 (83,33%)	3 (16,67%)	
	Béo phì	17 (100%)	0		10 (90,91%)	1 (9,09%)	
MUAC	Thấp	37 (88,10%)	5 (11,90%)	0,610 (χ^2 test)	27 (84,38%)	5 (15,63%)	0,961 (χ^2 test)
	Bình thường	78 (84,78%)	14 (15,22%)		63 (84,00%)	12 (16,00%)	

Tỉ lệ thiếu máu giữa người bệnh có SGA khác nhau có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,018$), trong đó tỉ lệ thiếu máu ở người bệnh có SGA-C lên đến 66,67%, ở người bệnh có SGA-B

là 25% trong khi tỉ lệ này ở người bệnh có SGA-A chỉ là 11,3%.

Tỉ lệ thiếu máu ở bệnh nhân bỏng là 14,18%; tỉ lệ giảm albumin ở người bệnh bỏng là 15,89%.

Bảng 6. Mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng và độ sâu của bỏng

Tình trạng dinh dưỡng	Độ sâu của bỏng				p
	Độ 2	Độ 3	Độ 4	Độ 5	
SGA-A	1 (100%)	74 (93,67%)	39 (73,58%)	1 (100%)	0,014 (Fisher's exact test)
SGA-B	0	4 (5,06%)	12 (22,64%)	0	
SGA-C	0	1 (1,23%)	2 (3,77%)	0	

Tỉ lệ suy dinh dưỡng theo SGA ở người bệnh tăng dần theo độ sâu của bệnh bỏng. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tình trạng dinh dưỡng giữa những người bệnh có độ sâu của bỏng khác nhau.

Người bệnh bỏng độ 3 có tỉ lệ SGA-B và SGA-C lần lượt là 5,06% và 1,27%, trong khi người bệnh bỏng độ 4 có tỉ lệ SGA-B và SGA-C lần lượt là 22,64% và 3,77%.

Bảng 7. Mối liên quan giữa bỏng sâu và SGA

Tình trạng bỏng		SGA			p	OR	CI 95%
		SGA-A	SGA-B	SGA-C			
Bỏng sâu	Không	75 (93,75%)	4 (5,00%)	1 (1,25%)	0,003 (Fisher's exact test)	1	
	Có	40 (74,07%)	12 (22,23%)	2 (3,70%)		5,25	1,76-15,63

Bảng 7 cho thấy tình trạng dinh dưỡng ở người bệnh có bỏng sâu có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở người bệnh không có bỏng sâu. Người bệnh có bỏng

sâu có tỉ lệ SGA-B và SGA-C lần lượt là 22,23% và 3,7%, trong khi tỉ lệ này ở người bệnh không có bỏng sâu lần lượt là 5% và 1,25%.

Bảng 8. Mối liên quan giữa BMI, MUAC và bỏng sâu

Tình trạng dinh dưỡng		Bỏng sâu		p	OR	CI 95%
		Không	Có			
BMI	Thiếu cân	7 (36,84%)	12 (63,16%)	0,048 (Fisher's exact test)	1	
	Bình thường	45 (59,21%)	31 (40,79%)		0,40	0,14-1,13
	Thừa cân	14 (63,64%)	8 (36,36%)		0,33	0,09-1,19
	Béo phì	14 (82,35%)	3 (17,65%)		0,125	0,03-0,59
MUAC	Bình thường	61 (66,30%)	31 (33,70%)	0,021 (Fisher's exact test)	1	
	Thấp	19 (45,24%)	23 (54,76%)		2,382	1,11-5,11

Bảng 8 cho thấy tình trạng dinh dưỡng tăng giảm tỉ lệ bị bỏng sâu của người bệnh, trong đó tỉ lệ bị bỏng sâu ở người bệnh béo phì thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với người bị thiếu cân.

MUAC thấp là yếu tố nguy cơ của bỏng sâu. Tỉ lệ người có MUAC thấp bị bỏng sâu là 54,76%, trong khi tỉ lệ này ở người có MUAC bình thường là 33,7%.

4. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu chúng tôi thấy, đa số các bệnh nhân bị bệnh bỏng mức độ nhẹ và vừa, một số bệnh nhân bỏng nặng. Tỉ lệ suy dinh dưỡng ở người bệnh bỏng trong nghiên cứu của chúng tôi theo BMI là 14,18%, cao hơn nghiên cứu của Trần Thị Loan và cộng sự tại Khoa Bỏng người lớn, Viện Bỏng Quốc gia (9,3%) [4]. Điều này có thể là do mức độ nặng ở người bệnh bỏng của nghiên cứu chúng tôi là cao hơn, tỉ lệ người bệnh bỏng mức độ vừa tới nặng là khoảng 30%, trong khi 80% người bệnh trong nghiên cứu của Trần Thị Loan và cộng sự là bỏng mức độ rất nhẹ và nhẹ. Tỉ lệ người bệnh có giảm albumin máu ở nghiên cứu của chúng

tôi cũng là cao hơn nghiên cứu của Trần Thị Loan và cộng sự (15,89% so với 9,3%).

Đối với đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo công cụ SGA, tỉ lệ suy dinh dưỡng là 14,18%, tỉ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Caldis-Coutris N và cộng sự (28,6%) [5]. Tỉ lệ người bệnh có MUAC thấp là 2,24% và chỉ xuất hiện ở người bệnh nữ.

Tình trạng dinh dưỡng giữa người bệnh bỏng nam và nữ có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở 2 chỉ số BMI và MUAC. Đa số người bệnh nam có tình trạng dinh dưỡng tốt hơn so với người bệnh nữ, người bệnh nữ có nguy cơ suy dinh dưỡng cao hơn và người bệnh nam có tỉ lệ thừa cân béo phì cao hơn.

Độ sâu của bỏng có mối liên quan với tình trạng dinh dưỡng của người bệnh. Người bệnh bị bỏng sâu có nguy cơ suy dinh dưỡng cao hơn người bệnh không có bỏng sâu.

MUAC thấp có thể là yếu tố nguy cơ đối với bỏng sâu. Người béo phì có nguy cơ bị bỏng sâu giảm so với người bị thiếu cân.

5. KẾT LUẬN

Người bệnh bỏng điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn chủ yếu có độ tuổi từ 18-64 tuổi, sống tại thành phố, có trình độ học vấn cao, đa số đã có gia đình và nghề nghiệp. Phần lớn người bệnh bỏng điều trị tại đây bị bỏng mức độ nhẹ và vừa. Diện tích cơ thể bị bỏng của người bệnh là từ 1-40%. Đa số nguyên nhân gây bỏng là nhiệt (khô và ướt).

Tỉ lệ người bệnh bỏng điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn bị suy dinh dưỡng theo SGA và BMI đều là 14,18%. Tỉ lệ người bệnh bỏng có MUAC thấp là 11,19% và chỉ có ở người bệnh nữ. Độ sâu của bỏng và người bệnh có bỏng sâu hay không đều có mối liên quan đến tình trạng dinh dưỡng SGA ở người bệnh bỏng.

Từ kết quả nghiên cứu này, chúng tôi khuyến nghị

Thực hiện đánh giá dinh dưỡng toàn diện cho tất cả bệnh nhân bỏng khi nhập viện, sử dụng các công cụ như SGA và chỉ số BMI, MUAC để xác định tình trạng dinh dưỡng ban đầu và các nhóm bệnh nhân có rủi ro cao.

Tiếp tục thực hiện các nghiên cứu với kích thước mẫu lớn hơn, thời gian theo dõi dài hơn, và các phương pháp nghiên cứu phù hợp để xác định rõ hơn mối liên quan giữa can thiệp dinh dưỡng và kết quả lâm sàng ở bệnh nhân bỏng, góp phần hoàn thiện các hướng dẫn và tiêu chuẩn chăm sóc bỏng trong bệnh viện.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Smolle C et al. Recent trends in burn epidemiology worldwide: A systematic review. Burns, 2017, 43 (2): 249-257.
- [2] Cục cảnh sát Phòng cháy chữa cháy và Cứu nạn cứu hộ. Thông cáo báo chí về phòng cháy chữa cháy và cứu nạn cứu hộ năm 2023, 08/01/2024. <https://canhsatpccc.gov.vn/vi/news/thong-cao-bao-chi/thong-cao-bao-chi-ve-pccc-va-cnch-nam-2023-3827>
- [3] Phân tích số liệu. Trong: Phương pháp nghiên cứu trong y sinh học, tập 1. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2022.
- [4] Trần Thị Loan, Vũ Trí Quang, Bạch Thị Lan Anh, Nguyễn Thị Bốn, Nguyễn Duy Đông. Khảo sát tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần ăn thực tế ở bệnh nhân bỏng người lớn tại Khoa Bỏng người lớn, Bệnh viện Bỏng Quốc gia. Tạp chí Y học Thảm họa và Bỏng, 2023, 5: 45-53.
- [5] Caldis-Coutris N et al. Malnutrition in burns: A prospective, single-center study. J Burn Care Res, 2022, 43 (3): 592-595.

