

THỰC TRẠNG NUÔI DƯỠNG TRẺ MẮC LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Thúy Hồng^{1,2,✉}, Nguyễn Thu Hương²
Trần Tiến Đạt^{1,2}, Cao Hương Nhung¹

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Trung ương

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 123 trẻ mắc lupus ban đỏ hệ thống điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 10/2024 đến tháng 7/2025 nhằm đánh giá thực trạng nuôi dưỡng. Dữ liệu về khẩu phần ăn 24 giờ và thói quen ăn uống được thu thập và so sánh với khuyến nghị của Viện Dinh dưỡng Quốc gia (2016). Tuổi trung bình của trẻ là $12,7 \pm 2,3$; nữ chiếm 84,6%. Phần lớn trẻ có BMI bình thường, tuy nhiên tỷ lệ thừa cân là 17,2% và béo phì 6,0%. Sau chẩn đoán, 88,1% trẻ có thay đổi chế độ ăn, chủ yếu theo hướng giảm muối và giảm chất béo. Khẩu phần năng lượng và vi chất thấp hơn khuyến nghị, song tỷ lệ thừa cân và béo phì vẫn cao (17,2% và 6,0%), có thể do ảnh hưởng của glucocorticoid, và thay đổi chuyển hóa của bệnh. Kết quả nhấn mạnh nhu cầu tư vấn dinh dưỡng cá thể hóa, chú trọng chất lượng khẩu phần và điều chỉnh lối sống.

Từ khóa: Lupus ban đỏ hệ thống, thực trạng nuôi dưỡng, trẻ em.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lupus ban đỏ hệ thống (LBDHT) ở trẻ em là bệnh tự miễn mạn tính, tổn thương nhiều cơ quan, tiến triển phức tạp và có thể để lại di chứng về tăng trưởng và chuyển hóa. Bên cạnh điều trị ức chế miễn dịch, nuôi dưỡng đóng vai trò quan trọng trong quản lý bệnh nhi, giúp đảm bảo nhu cầu năng lượng - protein cho tăng trưởng, duy trì cân bằng chuyển hóa, hạn chế tác dụng không mong muốn của glucocorticoid, đồng thời cải thiện chất lượng sống cho người bệnh.

Trên thế giới, nhiều nghiên cứu đã ghi nhận bất thường trong tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần ăn ở người bệnh lupus ban đỏ hệ thống. Một số nghiên cứu cho thấy khẩu phần của bệnh nhân thường dư lipid, thiếu chất xơ, năng lượng không cân đối so với nhu cầu

khuyến nghị, kèm theo tỷ lệ thừa cân - béo phì cao, có liên quan đến mức độ hoạt tính bệnh.¹⁻³ Ngoài ra, các rối loạn chuyển hóa như béo phì, tăng lipid máu và hội chứng chuyển hóa cũng được ghi nhận với tỷ lệ đáng kể ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống khởi phát từ thời thơ ấu, cho thấy cần thiết phải đánh giá và can thiệp dinh dưỡng sớm, thường quy trong quá trình điều trị.⁴

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về tình trạng dinh dưỡng trẻ em trong cộng đồng cho thấy gánh nặng kép: một mặt còn tồn tại suy dinh dưỡng, và thiếu vi chất dinh dưỡng mặt khác tỷ lệ thừa cân - béo phì ngày càng tăng. Khẩu phần ăn của nhiều trẻ chưa đạt khuyến nghị về năng lượng và cân đối các chất sinh năng lượng.⁵ Những nền tảng dinh dưỡng chưa hợp lý này có thể làm trầm trọng hơn tác động bất lợi của bệnh và điều trị, đặc biệt là khi bệnh nhi phải dùng glucocorticoid kéo dài. Tuy nhiên, tại Việt Nam hiện chưa có nhiều công trình đi sâu phân tích thực trạng nuôi dưỡng ở bệnh nhi Lupus ban đỏ hệ thống.

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Thúy Hồng

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: bshong@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 12/01/2026

Ngày được chấp nhận: 04/03/2026

Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Thực trạng nuôi dưỡng trẻ mắc Lupus ban đỏ hệ thống tại Bệnh viện Nhi Trung ương” nhằm khảo sát và phân tích khẩu phần ăn và thói quen ăn uống của trẻ mắc bệnh lupus ban đỏ hệ thống. Kết quả dự kiến sẽ cung cấp cơ sở khoa học quan trọng cho công tác đánh giá, tư vấn và can thiệp dinh dưỡng chuyên biệt, góp phần hỗ trợ điều trị, cải thiện thể trạng và nâng cao chất lượng sống cho trẻ mắc Lupus ban đỏ hệ thống tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Có 123 trẻ mắc Lupus ban đỏ hệ thống từ 1 đến 18 tuổi điều trị ngoại trú tại phòng khám khoa Thận - Lọc máu, Bệnh viện Nhi Trung ương đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Trẻ từ 1 đến 18 tuổi được chẩn đoán Lupus ban đỏ hệ thống theo tiêu chuẩn EULAR 2019 hoặc trẻ có kết quả sinh thiết thận là viêm thận Lupus. Gia đình hoặc người giám hộ hợp pháp của trẻ đồng ý cho trẻ tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Các trẻ Lupus ban đỏ hệ thống mắc bệnh thận mạn giai đoạn 5 hoặc mắc các bệnh mạn tính khác không liên quan đến Lupus ban đỏ hệ thống làm ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Thận - Lọc máu, Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 10/2024 đến tháng 7/2025.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện.

Biến số nghiên cứu

Biến số lâm sàng: tuổi, giới, cân nặng, chiều cao, giai đoạn bệnh thận mạn, chỉ số khối cơ thể (BMI), Z-score BMI/tuổi và Z-score chiều cao/tuổi được tính và phân loại theo chuẩn WHO 2007.

Đặc điểm khẩu phần ăn và thói quen ăn uống: Khẩu phần ăn 24 giờ được thu thập bằng phương pháp ghi nhớ 24 giờ qua phỏng vấn trực tiếp người chăm sóc và bệnh nhi. Việc thu thập được thực hiện trong lần khám ngoại trú. Phỏng vấn do cử nhân dinh dưỡng/bác sĩ của nhóm nghiên cứu đã được tập huấn thực hiện; sử dụng bộ ảnh khẩu phần và đơn vị gia dụng chuẩn (bát, thìa, cốc...) để ước lượng khối lượng khẩu phần. Dữ liệu được quy đổi về gram và tính toán năng lượng, các chất đa lượng và vi chất dựa trên Bảng thành phần thực phẩm Việt Nam và bảng tính chuẩn hóa của nhóm nghiên cứu.

- Tần suất tiêu thụ thực phẩm được ghi nhận thông qua bảng hỏi bán định lượng, tập trung vào các nhóm thực phẩm ảnh hưởng đến chuyển hóa ở bệnh nhân Lupus ban đỏ hệ thống (thức ăn giàu chất béo, đường, muối, canxi, omega-3, rau xanh và trái cây). Bảng hỏi tần suất thực phẩm được ghi nhận cho giai đoạn 01 tháng gần nhất; các mức tần suất gồm: không/hiếm khi, 1 - 3 lần/tháng, 1 - 2 lần/tuần, 3 - 4 lần/tuần và hằng ngày; đồng thời ước lượng khẩu phần mỗi lần ăn theo đơn vị chuẩn khi phù hợp.

- Thói quen ăn uống sau khi chẩn đoán bệnh được đánh giá qua các thay đổi về chế độ ăn (ăn nhạt, giảm chất béo, giảm ngọt, tăng thực phẩm giàu calci hoặc omega-3...) so với trước khi mắc bệnh.

- Dữ liệu khẩu phần được đối chiếu với Khuyến nghị nhu cầu dinh dưỡng của Viện Dinh dưỡng Quốc gia (2016) theo nhóm tuổi và giới tính.

Thu thập và xử lý số liệu

Số liệu nghiên cứu được thu thập vào mẫu bệnh án nghiên cứu thông qua phỏng vấn trẻ và người nhà về tiền sử, bệnh sử, khám các triệu chứng lâm sàng và ghi nhận xét nghiệm ở lần khám ngoại trú. Các chỉ số nhân trắc được đo bằng cân điện tử và các thước đo chiều cao/chiều dài. Số liệu sau thu thập được làm sạch, lưu trữ và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Biến định lượng được mô tả dưới dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn nếu phân bố chuẩn, hoặc trung vị (min-max) nếu không phân bố chuẩn. Biến định tính được mô tả bằng tần suất và tỉ lệ phần trăm.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Nhi Trung ương số 3249/BVNTW-HĐĐĐ ngày 17/10/2024. Trẻ và gia đình hoặc người giám hộ đồng ý tham gia. Mọi thông tin của trẻ được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ

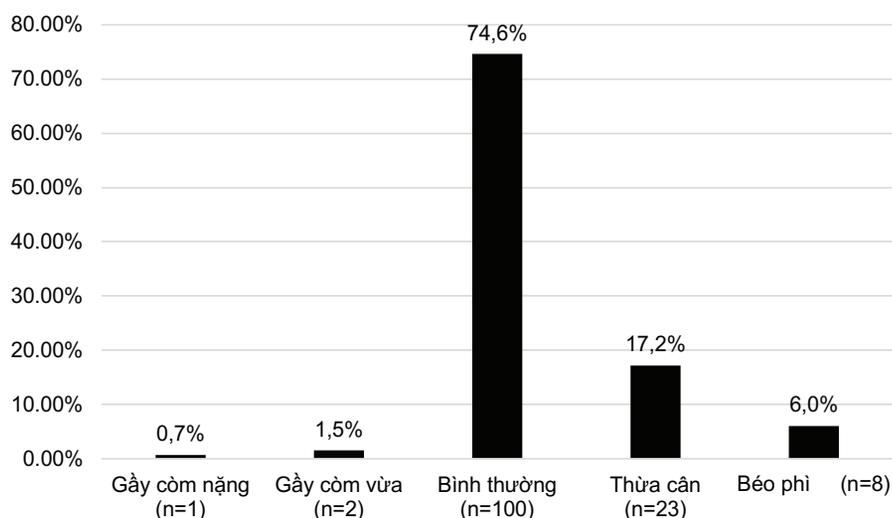
Trong thời gian nghiên cứu từ 10/2024 đến 7/2025 có 123 trẻ mắc Lupus ban đỏ hệ thống điều trị ngoại trú tại phòng khám Khoa Thận - Lọc máu, Bệnh viện Nhi Trung ương đủ tiêu chuẩn lựa chọn được đưa vào phân tích. Chúng tôi thu được kết quả sau:

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

| | Đặc điểm | n | % |
|--------------------------------------|-------------------------|----------------|------|
| Giới | Nữ | 104 | 84,6 |
| | Nam | 19 | 15,4 |
| Tuổi (năm) | $\bar{X} \pm SD$ | 12,7 \pm 2,3 | |
| | 7 - 9 | 13 | 10,6 |
| | 10 - 14 | 101 | 82,1 |
| | 15 - 18 | 9 | 7,3 |
| Tuổi chẩn đoán (năm) | $\bar{X} \pm SD$ | 10,5 \pm 2,4 | |
| Thời gian điều trị (tháng) | Trung vị (Min - Max) | 24 (1 - 99) | |
| Thời gian điều trị corticoid (tháng) | Trung vị (Min - Max) | 23 (1 - 99) | |
| Giai đoạn bệnh thận mạn | Giai đoạn 1 | 116 | 94,3 |
| | Giai đoạn 2 | 6 | 4,9 |
| | Giai đoạn 3 | 1 | 0,8 |

Tỉ lệ trẻ nữ là 84,6%. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 12,7 tuổi, trẻ từ 10 - 14 tuổi chiếm đa số (82,1%). Không ghi nhận trẻ nào dưới 7 tuổi. Tuổi chẩn đoán trung bình là 10,5 tuổi. Thời gian điều trị trung vị là 24 tháng (1 - 99 tháng). Thời gian điều trị corticoid trung

vị là 23 tháng (1 - 99 tháng). Đa số trẻ mắc bệnh thận mạn giai đoạn 1 (94,3%), không có trẻ mắc bệnh thận mạn giai đoạn 4, trẻ mắc bệnh thận mạn giai đoạn 5 đã được loại khỏi nghiên cứu.



Biểu đồ 1. Phân loại tình trạng dinh dưỡng của trẻ theo BMI

Tỉ lệ trẻ suy dinh dưỡng thể gầy còm là 2,2%, trong đó có 1 trường hợp gầy còm nặng. Có 17,2% trẻ thừa cân, 6% trẻ béo phì. Phần lớn trẻ có tình trạng dinh dưỡng bình thường.

Bảng 2. Thói quen ăn uống và bổ sung vi chất của trẻ mắc Lupus ban đỏ hệ thống từ khi chẩn đoán bệnh

| Thói quen ăn uống của trẻ | n | % |
|-----------------------------------|-----|------|
| Không thay đổi | 16 | 11,9 |
| Ăn nhạt hơn | 116 | 86,6 |
| Giảm thực phẩm chứa dầu mỡ | 55 | 41 |
| Giảm thực phẩm ngọt | 29 | 21,6 |
| Giảm ăn thịt | 12 | 9 |
| Tăng thực phẩm giàu calci | 13 | 9,7 |
| Tăng thực phẩm giàu omega 3 | 4 | 3 |
| Thói quen bổ sung vi chất của trẻ | n | % |
| Calci (mg/ngày) | 108 | 80,6 |
| Vitamin D (IU/ngày) | 79 | 59 |
| Omega 3 (mg/ngày) | 35 | 26,1 |

Sau khi mắc bệnh, đa số trẻ (88,1%) thay đổi chế độ ăn, chỉ 11,9% vẫn giữ như trước. Trong các thay đổi, ăn nhạt hơn chiếm 86,6%, giảm thực phẩm nhiều dầu mỡ 41%, giảm đồ ngọt 21,6%, và một số trẻ giảm thịt 9%, tăng

thực phẩm giàu calci 9,7%, omega-3 chỉ 3%. Về bổ sung vi chất, 80,6% trẻ được bổ sung calci với liều trung vị 300 mg/ngày, 59% dùng vitamin D (400 IU/ngày) và chỉ 26,1% sử dụng omega-3 (320 mg/ngày).

Bảng 3. Giá trị khẩu phần ăn 24 giờ của trẻ lupus ban đỏ hệ thống từ 7 - 11 tuổi và khuyến nghị Viện dinh dưỡng (năm 2016)

| Giá trị dinh dưỡng khẩu phần 24 giờ | Nữ 7 tuổi (n = 5) | | Nữ 8 - 9 tuổi (n = 8) | | Nữ 10 - 11 tuổi (n = 20) | | Nam 10 - 11 tuổi (n = 3) | |
|-------------------------------------|--|-----------------|--|-----------------|--|-----------------|--|-----------------|
| | Giá trị khẩu phần ($\bar{X} \pm SD$) | Khuyến nghị VDD | Giá trị khẩu phần ($\bar{X} \pm SD$) | Khuyến nghị VDD | Giá trị khẩu phần ($\bar{X} \pm SD$) | Khuyến nghị VDD | Giá trị khẩu phần ($\bar{X} \pm SD$) | Khuyến nghị VDD |
| Năng lượng (Kcal) | 833 ± 79 | 1460 | 1267 ± 703 | 1730 | 1156 ± 279 | 1980 | 1392 ± 557 | 2150 |
| Protein (g) | 33,7 ± 7,0 | 32 | 57,8 ± 36,6 | 40 | 49,4 ± 16,5 | 48 | 64,2 ± 25,1 | 50 |
| Lipid (g) | 17,9 ± 6,4 | 32-49 | 26,7 ± 17,1 | 38-58 | 23,2 ± 11,9 | 44-66 | 22,7 ± 12,1 | 48 - 72 |
| Glucid (g) | 135,1 ± 22,1 | 200-220 | 191 ± 106,2 | 230-250 | 188 ± 53,8 | 230-260 | 233 ± 121,5 | 290-320 |
| Chất xơ (g) | 2,5 ± 1,2 | 22-23 | 6,2 ± 5,9 | 24-25 | 4,5 ± 3,2 | 26 | 5,1 ± 2,3 | 27-28 |
| Vitamin D (IU) | 32,8 ± 11,4 | 600 | 47,7 ± 26,6 | 600 | 34,6 ± 45 | 600 | 0 | 600 |
| Vitamin A (IU) | 637 ± 588,4 | 400 | 1286 ± 1291,7 | 500 | 799 ± 849 | 600 | 455,8 ± 264 | 600 |
| Vitamin C (mg) | 44,3 ± 45,3 | 55 | 150,6 ± 151,3 | 60 | 94,9 ± 72,9 | 75 | 77,2 ± 36,2 | 75 |
| Calci (mg) | 256,8 ± 95,2 | 650 | 595,5 ± 361,7 | 700 | 311 ± 139,8 | 1000 | 254 ± 140,5 | 1000 |
| Phospho (mg) | 397 ± 114,7 | 500 | 700,8 ± 464 | 500 | 583 ± 200 | 1250 | 803,7 ± 328,9 | 1250 |
| Magie (mg) | 97,2 ± 54,9 | 130 | 179,6 ± 111,6 | 160 | 125 ± 66 | 210 | 131,1 ± 82 | 210 |
| Sắt (mg) | 4,7 ± 1,6 | 7,1 | 9,7 ± 6,4 | 8,9 | 8,4 ± 3,5 | 10,5 (24,5)* | 9,8 ± 5,7 | 11,3 |
| Kẽm (mg) | 3,6 ± 1,3 | 5,6 | 4,9 ± 3,5 | 5,6 | 4,6 ± 1,5 | 7,2 | 5,4 ± 2,1 | 8,6 |
| Natri (mg) | 252 ± 220 | < 1300 | 497 ± 323 | < 1600 | 446 ± 309 | < 1900 | 497 ± 421 | < 1900 |
| Kali (mg) | 886 ± 397,5 | 1200 | 1682 ± 111 | 1500 | 1298 ± 526 | 1800 | 1483 ± 891 | 1900 |

*Nhu cầu vi chất sắt khi trẻ có kinh nguyệt

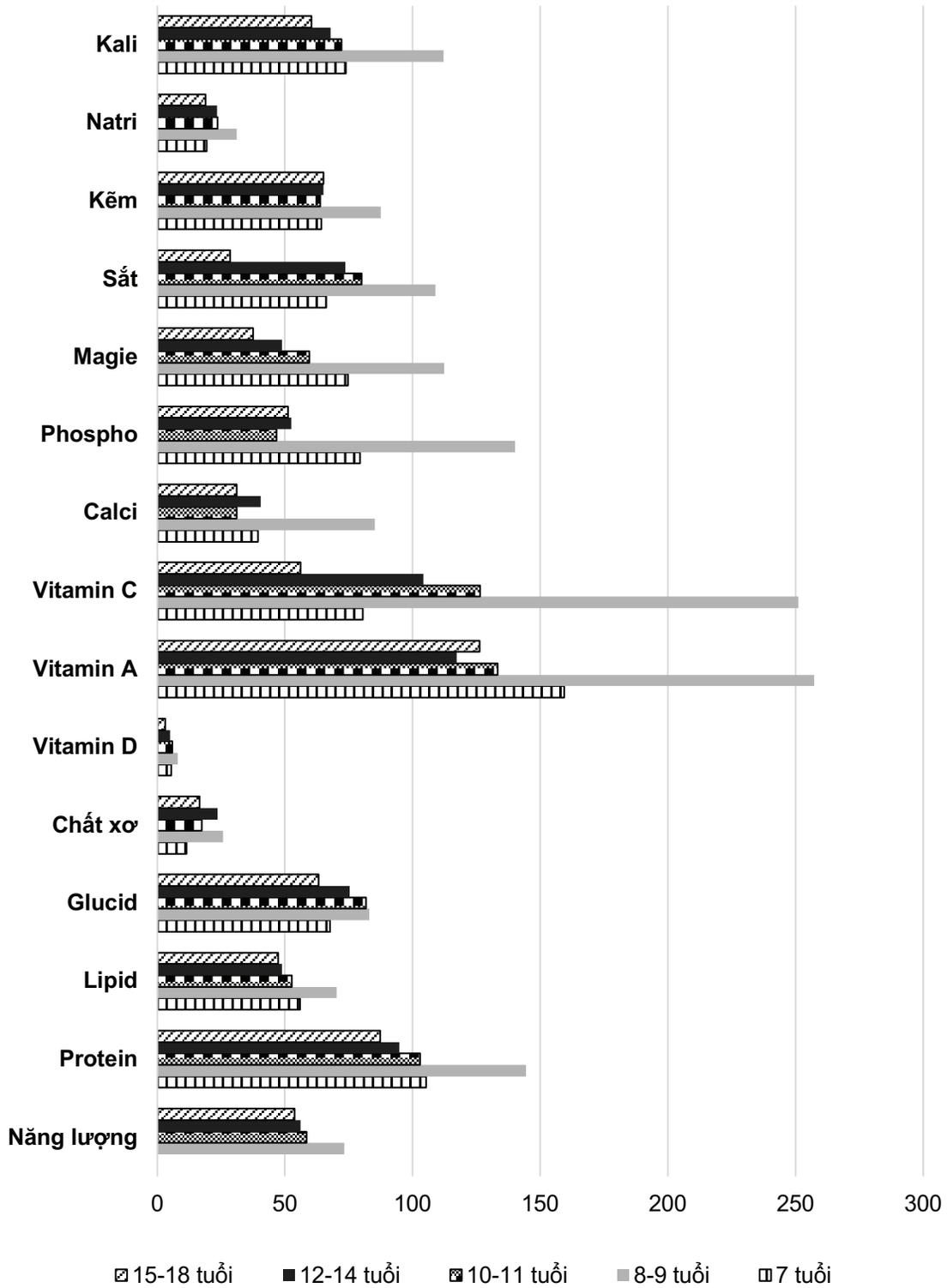
Khẩu phần ăn của trẻ mắc Lupus ban đỏ hệ thống từ 7 - 11 tuổi thấp hơn rõ rệt so với khuyến nghị của Viện Dinh dưỡng Quốc gia (2016) ở hầu hết các nhóm chất dinh dưỡng.

Bảng 4. Giá trị khẩu phần ăn 24 giờ của trẻ lupus ban đỏ hệ thống từ 12 - 18 tuổi và khuyến nghị Viện dinh dưỡng (năm 2016)

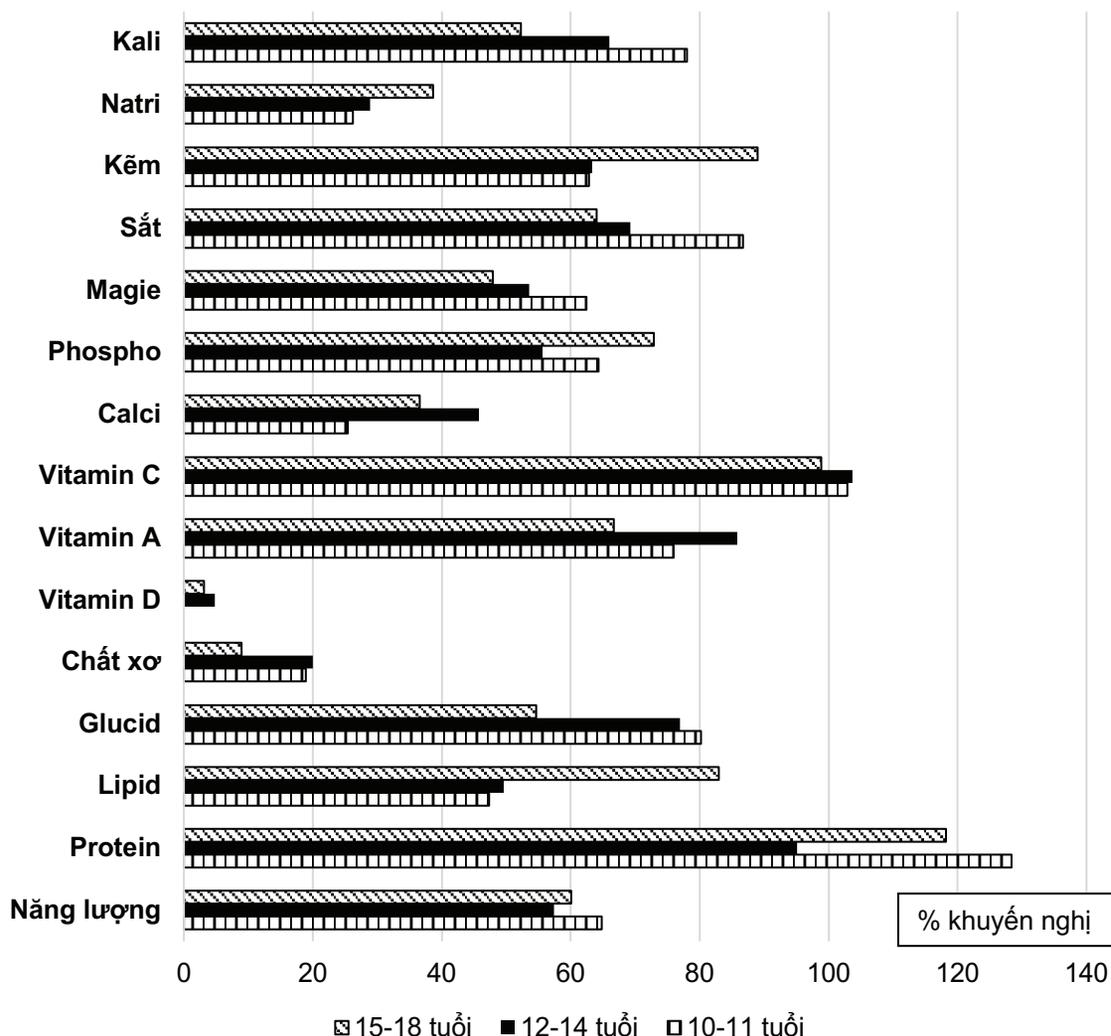
| Giá trị dinh dưỡng khẩu phần 24 giờ | Nữ 12 - 14 tuổi (n = 53) | | Nam 12 - 14 tuổi (n = 15) | | Nữ 15 - 18 tuổi (n = 26) | | Nam 15 - 18 tuổi (n = 4) | |
|-------------------------------------|--|-----------------|--|-----------------|--|-----------------|--|-----------------|
| | Giá trị khẩu phần ($\bar{X} \pm SD$) | Khuyến nghị VDD | Giá trị khẩu phần ($\bar{X} \pm SD$) | Khuyến nghị VDD | Giá trị khẩu phần ($\bar{X} \pm SD$) | Khuyến nghị VDD | Giá trị khẩu phần ($\bar{X} \pm SD$) | Khuyến nghị VDD |
| Năng lượng (Kcal) | 1298 ± 288 | 2310 | 1435,9 ± 275 | 2500 | 1279,8 ± 381 | 2380 | 1695 ± 525 | 2820 |
| Protein (g) | 56,9 ± 15,6 | 60 | 61,8 ± 19,2 | 65 | 55 ± 20,2 | 63 | 87,5 ± 27,6 | 74 |
| Lipid (g) | 24,9 ± 13,3 | 51 - 77 | 27,8 ± 14,9 | 56-83 | 25,1 ± 10,1 | 53-79 | 52,3 ± 20,7 | 63-94 |
| Glucid (g) | 211 ± 57 | 280-300 | 230,9 ± 47,9 | 300-340 | 208,3 ± 71,7 | 330 | 218 ± 63,6 | 400 |
| Chất xơ (g) | 6,1 ± 5 | 26 | 5,8 ± 4 | 29-31 | 4,3 ± 2,9 | 26 | 3,4 ± 0,8 | 38 |
| Vitamin D (IU) | 29,2 ± 42,9 | 600 | 29 ± 30,2 | 600 | 18,8 ± 23,2 | 600 | 18,6 ± 21,8 | 600 |
| Vitamin A (IU) | 821 ± 1014 | 700 | 686 ± 555,1 | 800 | 820,1 ± 1036 | 650 | 600 ± 512,1 | 900 |
| Vitamin C (mg) | 99 ± 87,4 | 95 | 98,5 ± 69,6 | 95 | 56 ± 47,8 | 100 | 98,9 ± 54 | 100 |
| Calci (mg) | 405 ± 194,5 | 1000 | 457,6 ± 182,2 | 1000 | 311 ± 160,9 | 1000 | 366 ± 123,8 | 1000 |
| Phospho (mg) | 656,6 ± 249 | 1250 | 695,5 ± 231 | 1250 | 640 ± 243,8 | 1250 | 910,9 ± 264 | 1250 |
| Magie (mg) | 137 ± 77,3 | 280 | 155,5 ± 63 | 290 | 112,5 ± 50,5 | 300 | 167,7 ± 87,2 | 350 |
| Sắt (mg) | 10,3 ± 6,2 | 14 (32,6)* | 10,6 ± 3,3 | 15,3 | 8,5 ± 3,7 | 29,7 | 11,2 ± 4 | 17,5 |
| Kẽm (mg) | 5,2 ± 2,4 | 8 | 5,7 ± 3,1 | 9 | 5,2 ± 2,3 | 8 | 8,9 ± 3,4 | 10 |
| Natri (mg) | 466 ± 280 | < 2000 | 577,4 ± 413 | < 2000 | 380,1 ± 529,5 | < 2000 | 773,8 ± 365 | < 2000 |
| Kali (mg) | 1494 ± 597 | 2200 | 1585 ± 572 | 2400 | 1269 ± 527,6 | 2100 | 1463 ± 370 | 2800 |

*Nhu cầu vi chất sắt khi trẻ có kinh nguyệt

Khẩu phần ăn của trẻ mắc Lupus ban đỏ hệ thống từ 12 - 18 tuổi thấp hơn rõ rệt so với khuyến nghị của Viện Dinh dưỡng Quốc gia (2016) ở hầu hết các nhóm chất dinh dưỡng.



Biểu đồ 2. Giá trị dinh dưỡng trung bình khẩu phần ở trẻ nữ so với khuyến nghị của Viện dinh dưỡng



Biểu đồ 3. Giá trị dinh dưỡng trung bình khẩu phần ở trẻ nam so với khuyến nghị của Viện dinh dưỡng

Đa số nhóm dưỡng chất, từ năng lượng đến vi chất, đều có tỷ lệ % thấp hơn đáng kể so với khuyến nghị.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 123 trẻ Lupus ban đỏ hệ thống có tuổi trung bình $12,7 \pm 2,3$ tuổi, tỉ lệ trẻ nữ 84,6%, tương ứng với dữ liệu của các nghiên cứu trước đây tại Việt Nam trên nhóm trẻ mắc Lupus ban đỏ hệ thống với tỉ lệ nữ 85,9%.⁶ Về tình trạng dinh dưỡng, đa số trẻ có BMI bình thường, song thừa cân 17,2% và béo phì 6,0% vẫn là mức

đáng lưu ý trong bối cảnh dùng glucocorticoid và giảm vận động. So sánh với các nghiên cứu quốc tế, nhiều nghiên cứu ghi nhận gánh nặng thừa cân/béo phì ở Lupus ban đỏ hệ thống cao hơn dân số cùng tuổi; ví dụ, Nghiên cứu thuần tập (n = 202) của tác giả Mina và cộng sự, béo phì chiếm 25% và liên quan xấu đến chất lượng sống sau hiệu chỉnh cho hoạt tính bệnh và liều corticoid.⁷ Nghiên cứu của Lucas (2024) cũng cho thấy tỉ lệ béo phì ở SLE nói chung 29 - 50%, củng cố nhận định rằng kiểm soát cân nặng nên là mục tiêu đồng hành với điều trị miễn dịch.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phần lớn trẻ mắc lupus ban đỏ hệ thống (LBĐHT) đã có sự điều chỉnh rõ rệt trong chế độ ăn sau khi được chẩn đoán bệnh. Cụ thể, 88,1% trẻ thay đổi chế độ ăn, sự thay đổi phổ biến nhất là ăn nhạt hơn (86,6%), tiếp đến là giảm thực phẩm nhiều dầu mỡ (41%), giảm đồ ngọt (21,6%), giảm ăn thịt (9%), tăng cường thực phẩm giàu calci (9,7%) và tăng thực phẩm giàu omega-3 (3%). Về bổ sung vi chất, 80,6% trẻ được bổ sung calci, 59% bổ sung vitamin D và 26,1% sử dụng omega-3. Những số liệu này phản ánh xu hướng điều chỉnh chủ yếu nhằm giảm natri và chất béo - phù hợp với mục tiêu kiểm soát huyết áp, phù và rối loạn chuyển hóa do sử dụng glucocorticoid - nhưng việc tăng cường thực phẩm giàu calci, omega-3 và bổ sung acid béo không no còn rất hạn chế.

So sánh với các khuyến cáo quốc tế, kết quả nghiên cứu cho thấy sự phù hợp nhất định. Theo khuyến nghị cập nhật của EULAR (2023), việc kiểm soát nguy cơ tim mạch ở người bệnh lupus cần gắn liền với thay đổi lối sống, trong đó chế độ ăn giảm muối đóng vai trò quan trọng trong kiểm soát huyết áp và giảm gánh nặng tim mạch.⁸ Mức “ăn nhạt hơn” ở 86,6% trẻ trong nghiên cứu phù hợp với định hướng này. Đối với bổ sung calci và vitamin D, Hướng dẫn của Hiệp hội Thấp khớp Hoa Kỳ (ACR, 2022) về phòng ngừa loãng xương do glucocorticoid khuyến cáo đảm bảo đủ calci và vitamin D theo lứa tuổi cho tất cả bệnh nhân đang điều trị corticoid.⁹ Về omega-3, nhiều nghiên cứu cho thấy việc bổ sung omega-3 ở liều cao (1 - 3 g/ngày) có thể giúp cải thiện hoạt tính bệnh và các chỉ số chuyển hóa ở bệnh nhân lupus.¹⁰ Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, tỷ lệ trẻ tăng cường thực phẩm giàu omega-3 chỉ đạt 3% và tỷ lệ sử dụng omega-3 bổ sung là 26,1% - cho thấy khoảng cách đáng kể so với thực hành quốc tế. Hiện chưa có khuyến cáo

khẩu phần định lượng riêng (RDA/DRI) cho trẻ Lupus ban đỏ hệ thống; các hướng dẫn quốc tế chủ yếu nhấn mạnh chế độ ăn lành mạnh và điều chỉnh theo biến chứng (tăng huyết áp, viêm thận, rối loạn lipid máu) và tác dụng phụ của glucocorticoid. Vì vậy, chúng tôi sử dụng khuyến nghị của Viện dinh dưỡng (2016) để tham chiếu mức đầy đủ năng lượng/vi chất cho tăng trưởng.

Phân tích khẩu phần cho thấy khẩu phần thực tế của trẻ mắc lupus ban đỏ hệ thống thấp hơn rõ rệt so với khuyến nghị của Viện Dinh dưỡng Quốc gia ở hầu hết nhóm chất: năng lượng, protein, lipid, glucid, chất xơ và đa số vi chất (calci, sắt, kẽm); Natri trong khẩu phần hầu hết thấp hơn ngưỡng phản ánh mức tiêu thụ không vượt khuyến nghị. Ghi nhận giảm muối và giảm thực phẩm nhiều dầu mỡ gợi ý xu hướng điều chỉnh hành vi ăn uống theo hướng hạn chế các yếu tố bất lợi (đồ ăn muối cao, đồ ăn chiên rán hoặc chứa các chất béo bất lợi). Tổng lipid khẩu phần thấp cần được xem xét trong bối cảnh thiếu năng lượng toàn phần, qua đó nhấn mạnh định hướng can thiệp là bảo đảm đủ năng lượng và cải thiện chất lượng chất béo (ưu tiên chất béo không bão hòa).¹¹ Đồng thời, tỷ lệ trẻ đạt các ngưỡng khuyến nghị ở phần lớn dưỡng chất đều thấp, phản ánh tình trạng thiếu hụt mang tính hệ thống của khẩu phần sau chẩn đoán.

Đặt trong bối cảnh trong nước, “khoảng trống dinh dưỡng” này phù hợp với thực trạng gánh nặng kép ở trẻ em Việt Nam - một mặt còn suy dinh dưỡng, mặt khác thừa cân-béo phì gia tăng, trong khi nhiều nhóm chất của khẩu phần chưa đạt khuyến nghị.⁵ Điều này lý giải vì sao, dù gia đình đã điều chỉnh theo hướng “ăn lành mạnh” (giảm muối, dầu mỡ, đồ ngọt), tổng năng lượng và vi chất hấp thu vẫn thiếu nếu không có kế hoạch tăng cường thực phẩm giàu dinh dưỡng và/hoặc bổ sung hợp lý. Ngoài ra, mặc

dù phần lớn trẻ mắc lupus ban đỏ hệ thống có khẩu phần năng lượng và vi chất thấp hơn so với khuyến nghị, song tỷ lệ thừa cân (17,2%) và béo phì (6,0%) vẫn ở mức cao. Hiện tượng “khẩu phần thấp - cân nặng cao” này không mâu thuẫn, mà phản ánh tác động phức tạp của bệnh và điều trị lên chuyển hóa. Việc dùng glucocorticoid kéo dài làm tăng tích mỡ trung tâm, giảm khối cơ, gây đề kháng insulin và thúc đẩy tân tạo đường, khiến trẻ dễ tăng cân dù năng lượng ăn vào không lớn.¹² Bên cạnh đó, trẻ lupus thường mệt mỏi, đau khớp, vận động hạn chế nên tiêu hao năng lượng nền thấp, dẫn đến tích mỡ nội tạng dù khẩu phần có vẻ “thiếu” theo khuyến nghị chung. Nhiều nghiên cứu quốc tế cũng cho thấy xu hướng “béo phì sarcopenic” ở bệnh nhân lupus - giảm khối cơ nhưng tăng mỡ, đặc biệt khi dùng corticoid kéo dài.¹³ Ngoài ra, việc thu thập khẩu phần bằng phương pháp nhớ lại 24 giờ dễ dẫn đến báo cáo thiếu năng lượng ăn vào, nhất là ở nhóm thừa cân.

Nghiên cứu vẫn còn một số hạn chế nhất định. Thiết kế mô tả cắt ngang với cỡ mẫu tương đối nhỏ (123 trẻ) chỉ phản ánh thực trạng dinh dưỡng và khẩu phần tại một thời điểm, do đó chưa đủ để xác định mối liên hệ nhân - quả hoặc đánh giá biến động theo tiến triển bệnh. Ngoài ra, phương pháp ghi nhớ 24 giờ phụ thuộc nhiều vào khả năng hồi tưởng của người chăm sóc và bệnh nhi, có thể gây sai số trong ước lượng lượng ăn vào. Đối tượng nghiên cứu được tuyển chọn tại một bệnh viện tuyến cuối với phần lớn bệnh nhân điều trị ngoại trú, nên kết quả có thể chưa đại diện cho toàn bộ quần thể trẻ mắc lupus tại Việt Nam, đặc biệt ở tuyến dưới hoặc khu vực nông thôn. Nghiên cứu sử dụng BMI theo tuổi để phân loại thừa cân/béo phì; vì vậy không thể phân biệt chắc chắn tăng cân do tích mỡ trung tâm của hội chứng cushing với thừa cân/béo phì theo nghĩa chuyển hóa.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn trẻ mắc lupus ban đỏ hệ thống đã điều chỉnh chế độ ăn sau chẩn đoán, chủ yếu theo hướng giảm muối, chất béo và đồ ngọt, phù hợp với mục tiêu kiểm soát huyết áp và rối loạn chuyển hóa khi dùng glucocorticoid. Tuy nhiên, việc tăng cường thực phẩm và bổ sung calci, vitamin D, omega-3 còn hạn chế. Khẩu phần năng lượng và vi chất thấp hơn khuyến nghị, trong khi tỷ lệ thừa cân, béo phì vẫn cao, cho thấy sự mất cân đối giữa nhu cầu chuyển hóa, mức vận động và ảnh hưởng của điều trị. Kết quả này nhấn mạnh cần có tư vấn dinh dưỡng chuyên biệt cho trẻ lupus nhằm xây dựng khẩu phần cân đối, đủ năng lượng, vi chất, và quản lý liều glucocorticoid, qua đó nâng cao hiệu quả điều trị và chất lượng sống cho bệnh nhi mắc lupus ban đỏ hệ thống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Abou-Raya A, Abou-Raya S, Helmii M. THU0289 Nutritional Status and Diet in Systemic Lupus Erythematosus. *Ann Rheum Dis*. 2013; 72(Suppl 3): A264-A264. doi:10.1136/annrheumdis-2013-eular.817.
2. Borges MC, dos Santos F de MM, Telles RW, et al. Nutritional status and food intake in patients with systemic lupus erythematosus. *Nutr Burbank Los Angel Cty Calif*. 2012; 28(11-12): 1098-1103. doi:10.1016/j.nut.2012.01.015.
3. Pocovi-Gerardino G, Correa-Rodríguez M, Callejas-Rubio JL, et al. Dietary intake and nutritional status in patients with systemic lupus erythematosus. *Endocrinol Diabetes Nutr*. 2018; 65(9): 533-539. doi:10.1016/j.endinu.2018.05.009.
4. Nuntasri S, Charuvanij S, Lomjansook K, et al. Dyslipidemia and metabolic syndrome in childhood-onset systemic lupus erythematosus: is it time to screen? *Lipids Health Dis*. 2024;

23(1): 406. doi:10.1186/s12944-024-02395-4.

5. Tran NT, Tran VK, Tran DT, et al. Triple burden of malnutrition among Vietnamese 0-5-11-year-old children in 2020-2021: results of SEANUTS II Vietnam. *Public Health Nutr.* 2024; 27(1): e259. doi:10.1017/S1368980024001186.

6. Đoàn Thị Mai Thanh, Phí Thị Như Trang, Ngô Anh Vinh. Một số đặc điểm dịch tễ học lâm sàng bệnh lupus ban đỏ hệ thống ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2023; 533(2). doi:10.51298/vmj.v533i2.7963.

7. Mina R, Klein-Gitelman MS, Nelson S, et al. Effects of obesity on health-related quality of life in juvenile-onset systemic lupus erythematosus. *Lupus.* 2015; 24(2): 191-197. doi:10.1177/0961203314555537.

8. Fanouriakis A, Kostopoulou M, Andersen J, et al. EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus: 2023 update. *Ann Rheum Dis.* 2024; 83(1): 15-29. doi:10.1136/ard-2023-224762.

9. Humphrey MB, Russell L, Danila MI, et al. 2022 American College of Rheumatology

Guideline for the Prevention and Treatment of Glucocorticoid-Induced Osteoporosis. *Arthritis Rheumatol Hoboken NJ.* 2023; 75(12): 2088-2102. doi:10.1002/art.42646.

10. Pocovi-Gerardino G, Correa-Rodríguez M, Callejas-Rubio JL, et al. Beneficial effect of Mediterranean diet on disease activity and cardiovascular risk in systemic lupus erythematosus patients: a cross-sectional study. *Rheumatol Oxf Engl.* 2021; 60(1): 160-169. doi:10.1093/rheumatology/keaa210.

11. Viện Dinh dưỡng Quốc gia. Khuyến nghị nhu cầu dinh dưỡng cho người Việt Nam. Nhà xuất bản Y học; 2016.

12. Foster BJ, Shults J, Zemel BS, et al. Interactions between growth and body composition in children treated with high-dose chronic glucocorticoids. *Am J Clin Nutr.* 2004; 80(5): 1334-1341. doi:10.1093/ajcn/80.5.1334.

13. Dương Thị Giang, Phạm Hoài Thu. Sarcopenia và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2023; 533(1). doi:10.51298/vmj.v533i1.7769.

Summary

CURRENT DIETARY PRACTICES AMONG CHILDREN WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS AT THE VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

A cross-sectional descriptive study was conducted on 123 children with systemic lupus erythematosus (SLE) treated at the Vietnam National Children's Hospital from October 2024 to July 2025 to evaluate current dietary practices. Data on 24-hour dietary intake and eating habits were collected and compared with the Vietnamese Recommended Dietary Allowances issued by the Vietnam National Institute of Nutrition (2016). The mean age of participants was 12.7 ± 2.3 years old, and 84.6% were female. Most children had a normal BMI; however, the prevalence of overweight and obesity was 17.2% and 6.0%, respectively. After diagnosis, 88.1% of patients practiced dietary modifications, primarily reducing salt and fat intake. Although total energy and micronutrient intake were below recommended levels, the rates of overweight and obesity remained relatively high (17.2% and 6.0%), possibly due to the effects of glucocorticoid therapy, and metabolic alterations. These findings underscore the need for individualized nutritional counseling, with emphasis on improving diet quality and promoting appropriate lifestyle modifications.

Keywords: Systemic lupus erythematosus, dietary practices, children.