

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân nặng tại Khoa Hồi sức Truyền nhiễm, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Assessment of nutritional status and related factors in critically ill patients at the Infectious Intensive Care Unit in 108 Military Central Hospital

Nguyễn Thị Thu*, Nguyễn Thị Thu Hiền*,
Trương Việt Dũng**, Nguyễn Đình Phú*

**Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*
***Trường Đại học Thăng Long*

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan trên các bệnh nhân nặng trước và sau một tuần điều trị. **Đối tượng và phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 42 bệnh nhân nặng phải ăn qua sonde tại Khoa Hồi sức Truyền nhiễm, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong thời gian từ tháng 7/2017 đến tháng 10/2017. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $66,7 \pm 15,3$ tuổi; bệnh lý chính hay gặp nhất là nhiễm khuẩn huyết (35,7%), viêm não - màng não (26,2%), viêm phổi (16,7%); tỷ lệ suy dinh dưỡng (SDD) lúc nhập viện theo BMI là 16,7%; theo SGA là 35,7%; theo protein máu là 31,0% và theo albumin là 73,8%; có 47,6% bệnh nhân ăn qua sonde có trào ngược, 14,3% bệnh nhân bị tiêu chảy. Sau 1 tuần điều trị tình trạng dinh dưỡng của các bệnh nhân nặng ngày càng xấu đi, tỷ lệ % bị suy dinh dưỡng theo thang SGA (> 11 điểm) sau 1 tuần điều trị tăng từ 35,7% lên 78,6%, OR = 2,03; $p < 0,05$; hàm lượng protein, albumin máu và số lượng hồng cầu, huyết sắc tố đều giảm rõ rệt: Mức giảm tương đối (RRR) từ 6,9% đến 10,3% ($p < 0,05$). Một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng (SDD và giảm một số chỉ số sinh hóa huyết học) phải kể đến hàng đầu là tình trạng trào ngược dạ dày có hoặc không kèm tiêu chảy làm tăng tỷ lệ SDD (OR = 5,2; $p < 0,05$), ảnh hưởng đến số hồng cầu và protein huyết tương (OR = 1,5 và 1,6; $p > 0,05$). Tỷ lệ bệnh nhân giảm hồng cầu dưới $3 \times 10^{12}/l$: 72,9% ở nhóm có nhiễm trùng so với nhóm không nhiễm trùng là 20% (OR = 10,8, $p < 0,05$), xu hướng tăng nguy cơ SDD (OR = 2,3; $p > 0,05$). **Kết luận:** Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân xấu đi trong quá trình điều trị; yếu tố liên quan gồm: Tình trạng trào ngược hoặc/và tiêu chảy; tình trạng nhiễm khuẩn trong quá trình điều trị.

Từ khóa: Tình trạng dinh dưỡng trên bệnh nhân nặng.

Summary

Objective: Assessment of nutritional status and related factors in severe cases before and after one week of treatment. **Subject and method:** A cross-sectional study was performed on 42 severe

Ngày nhận bài: 01/03/2018, ngày chấp nhận đăng: 15/03/2018

Người phản hồi: Nguyễn Thị Thu, Email: nguyenthithu247@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

patients at Infectious Intensive care unit in 108 Military Central Hospital from July 2017 to October 2017. *Result:* Patients' mean age was 66.7 ± 15.3 years; the most common diseases were sepsis (35.7%), encephalitis - meningitis (26.2%), pneumonia (16.7%); the rate of malnutrition at admission according to BMI, SGA, protein and albumin were admission 16.7%; 35.7%; 31.0% and 73.8%; respectively. 47.6% of patients had reflux during sonde feeding, 14.3% had diarrhea. After 1 week at Intensive Care Unit (ICU), the prevalence of malnutrition (by SGA scale) increased from 35.7% to 78.6%, OR = 2.03, $p < 0.05$, serum protein, albumin, RBC, Hb were markedly decreased (RRR ranged from 6.9% to 10.3%; $p < 0.05$). Factors related to the nutrition status (malnutrition and decrease of some serum indexes) were mostly gastroesophageal reflux- with/without diarrhea which caused increasing rate of malnutrition (OR = 5.2, $p < 0.05$), adverse effect on RBC and serum protein (OR ranged 1.5 - 1.6, $p > 0.05$). 72.9% of infectious patients had $CBC < 3 \times 10^{12}/l$ when compared with the rate of 20% in non-infectious patients (OR = 10.8, $p < 0.05$). There was a tendency of increased risk of malnutrition in infectious cases (OR = 2.3, $p > 0.05$). *Conclusion:* The nutrition status of severe infectious patients worsen during treatment at ICU; the related factors include gastroesophageal reflux and/or diarrhea, infection status during treatment.

Keywords: Malnutrition in severe patients.

1. Đặt vấn đề

Tình trạng dinh dưỡng (TTDD) và bệnh tật có mối quan hệ mật thiết tác động qua lại lẫn nhau. Bệnh tật là một trong những nguyên nhân trực tiếp gây suy dinh dưỡng và ngược lại tình trạng suy dinh dưỡng lại làm tăng tỷ lệ mắc bệnh, kéo dài ngày điều trị, tăng tỷ lệ biến chứng và tử vong [3]. Theo nhiều nghiên cứu, bệnh nhân nằm viện có vấn đề về dinh dưỡng bao gồm: Nghi ngờ suy dinh dưỡng hoặc suy dinh dưỡng chiếm tỷ lệ từ 20 - 50% [7]. Có nhiều phương pháp để đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân nhập viện nhưng mỗi phương pháp đều có những ưu nhược điểm riêng. Tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong vài năm trở lại đây việc đánh giá tình trạng dinh dưỡng của các bệnh nhân nhập viện đã được tiến hành thường xuyên nhằm sàng lọc các bệnh nhân có suy dinh dưỡng để tiến hành can thiệp nhằm nâng cao hiệu quả điều trị và chất lượng phục vụ bệnh nhân. Tuy nhiên, cho đến nay vẫn chưa có báo cáo cụ thể nào về thực trạng dinh dưỡng và các yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của các bệnh nhân nặng nhập viện và theo dõi tình trạng dinh dưỡng trong quá trình điều trị, đặc biệt là các bệnh nhân nặng phải ăn qua sonde. Xuất phát từ các vấn đề trên chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: 1) *Đánh giá tình trạng dinh dưỡng*

của bệnh nhân nặng phải ăn qua sonde trước và sau một tuần điều trị tại Khoa Hồi sức Truyền nhiễm, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108; 2) Phân tích một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của đối tượng trên.

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Gồm tất cả các bệnh nhân nặng nhập viện vào Khoa Hồi sức Truyền nhiễm, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 7 năm 2017 đến tháng 10 năm 2017. Các bệnh nhân này được nuôi ăn theo chế độ ăn thường quy của bệnh viện là ăn đường sonde (thức ăn do bệnh viện chế biến) phối hợp với dịch truyền qua đường tĩnh mạch,...

2.2. Phương pháp

2.2.1. Thiết kế

Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp với theo dõi đánh giá trước - sau 1 tuần điều trị.

2.2.2. Cỡ mẫu

Chọn mẫu thuận tiện, lựa chọn tất cả bệnh nhân nặng phải ăn qua sonde cho đến hết thời gian nghiên cứu, với tổng số 42 bệnh nhân được thu nhận.

2.2.3. Phương tiện, vật liệu

Hồ sơ bệnh án, các bảng đánh giá tình trạng bệnh nhân; cân và thước đo chiều cao; bệnh án nghiên cứu với các dữ liệu lâm sàng, cận lâm sàng.

2.2.4. Nội dung

Đánh giá TTDD của tất cả các bệnh nhân ăn qua sonde thông qua các chỉ số nhân trắc như: Bảng điểm SGA, BMI; chỉ số xét nghiệm như: Protein, albumin, hồng cầu, huyết sắc tố.

Phân tích một số yếu tố liên quan đến TTDD chung và với sự thay đổi TTDD của đối tượng nghiên cứu sau 1 tuần.

2.2.5. Các bước tiến hành

Tiến hành đánh giá các đặc điểm chung, đánh giá TTDD vào thời điểm nhập viện (48 giờ đầu) và sau một tuần nằm viện của tất cả các bệnh nhân ăn qua sonde.

Tính chỉ số khối cơ thể (BMI): BMI = cân nặng (kg)/chiều cao (m)² (theo phân loại khuyến cáo của WHO). BMI < 18,5 được tính là SDD.

Tính điểm SGA dựa trên các số liệu đã thu nhận được, bệnh nhân được xác định SDD khi số điểm SGA > 11 điểm.

Thu nhận, đánh giá và phân loại các chỉ số các xét nghiệm như: Protein, albumin, hồng cầu, huyết sắc tố, pro - calcitonin máu đối chiếu với các giá trị bình thường và bất thường. Người bệnh được đánh giá là SDD khi protein máu < 60g/l, albumin < 28g/l, thiếu máu khi hồng cầu < $4,2 \times 10^{12}/l$ đối với nam và < $3,8 \times 10^{12}$ đối với nữ, hematocrit < 130g/l, pro-calcitonin tăng khi > 0,05ng/ml.

Trên cơ sở các dữ liệu có được tiến hành tổng hợp, phân tích xác định có hay không tình trạng SDD, tính tỷ lệ % và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tình trạng SDD với các đặc điểm về tuổi, giới tính, tình trạng bệnh lúc vào viện, các bệnh phối hợp... Phân tích mối liên quan với TTDD của các bệnh nhân nặng phải ăn qua sonde.

2.2.6. Xử lý số liệu

Xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Ý nghĩa thống kê được chấp nhận ở mức $\alpha = 0,05$.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm chung

3.1.1. Đặc điểm về tuổi và giới tính

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi, giới

Giới tính Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Tổng		P
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
26 đến ≤ 60 tuổi	11	26,2	5	11,9	16	38,1	>0,05
> 60 đến 95 tuổi	17	40,5	9	21,4	26	61,9	
Tổng	28	66,7	14	33,3	42	100	
Tuổi trung bình	66,1 ± 14,7		68,0 ± 16,6		66,7 ± 15,3		>0,05

Nhận xét: Tuổi trung bình là 66,7 ± 15,3 tuổi. Nam giới chiếm tỷ lệ 66,7%. Không có sự khác biệt về nhóm tuổi và theo giới, p>0,05.

3.1.2. Đặc điểm bệnh lý chính của đối tượng

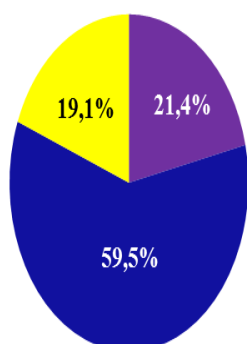
Bảng 2. Đặc điểm bệnh lý chính của các bệnh nhân nặng

Chẩn đoán lâm sàng	Nam		Nữ		Tổng		P
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Viêm não - màng não	7	25,0	4	28,6	11	26,2	>0,05
Nhiễm khuẩn huyết	9	32,1	6	42,9	15	35,7	
Viêm phổi	7	25,0	0	0	7	16,7	
Bệnh lý khác	5	17,9	4	28,6	9	21,4	

Nhận xét: Bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết chiếm tỷ lệ cao nhất (35,7%) sau đó là nhóm viêm não - màng não (26,2%), viêm phổi (16,7%), các bệnh lý khác (21,4%).

3.1.3. Đặc điểm bệnh lý kèm theo của đối tượng

■ Không có ■ 1 bệnh ■ > 1 bệnh



Biểu đồ 1. Tỷ lệ bệnh nhân nặng có bệnh kèm theo

Nhận xét: Bệnh nhân nặng có bệnh kèm theo chiếm tỷ lệ 78,6%. Trong đó, có 1 bệnh kèm theo là 59,5%, trên 1 bệnh kèm theo là 19,1%.

Bảng 3. Đặc điểm bệnh kèm theo của các bệnh nhân nặng

Bệnh kèm theo	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
Tăng huyết áp	10	23,8
Đái tháo đường	5	11,9
Suy tim	4	9,5
Xuất huyết tiêu hóa	3	7,1
Bệnh lý gan mật	4	9,5
Bệnh khác	7	16,8
Không có bệnh kèm theo	9	21,4
Tổng	42	100

Nhận xét: Bệnh lý kèm theo gặp ở 78,6% số bệnh nhân. Tăng huyết áp là hay gặp nhất (23,8%), đái tháo đường (11,9%), suy tim và bệnh lý gan mật đều là 9,5%, xuất huyết tiêu hóa 7,1%.

3.2. Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu lúc nhập viện

Bảng 4. Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu lúc nhập viện

Chỉ số đánh giá		Tình trạng dinh dưỡng			
		Bình thường		SDD	
		Số lượng (n)	Tỷ lệ %	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Đánh giá theo chỉ số nhân trắc	BMI (kg/m ²)	35*	83,3*	7	16,7
		17,7 ± 0,6 (kg/m ²)			
		21,6 ± 2,7 (kg/m ²)			
	SGA (điểm)	27	64,3	15	35,7

				14,3 ± 2,2 (điểm)	
		10,9 ± 3,0 (điểm)			
Xét nghiệm máu		Bình thường (n, %)		Thấp hơn bình thường (n, %)	
Đánh giá cận lâm sàng	Protein máu (g/l)	29	69,0	13	31,0
		70,2 ± 8,3 (g/l)		54,2 ± 4,5 (g/l)	
		65,2 ± 10,5(g/l)			
	Albumin máu (g/l)	11	26,2	31	73,8
		38,2 ± 1,8 (g/l)		28,5 ± 4,2 (g/l)	
		31,0 ± 5,6 (g/l)			
* Bao gồm cả các bệnh nhân thừa cân					

Nhận xét: Tỷ lệ % bệnh nhân bị SDD lúc nhập viện theo BMI là 16,7%; theo thang SGA là 35,7%; protein máu thấp là 31,0%; albumin thấp là 73,8%.

Bảng 5. Tình trạng nuôi dưỡng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm nuôi dưỡng	Tình trạng nuôi dưỡng			
	Có		Không	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Số bữa ăn trung bình/ngày	4,48 ± 1,95			
Lượng thức ăn trung bình/bữa (gam)	213,1 ± 103,0			
Nuôi dưỡng đường tĩnh mạch	42	100	0	0
Tình trạng trào ngược	20	47,6	22	52,4
Tiêu chảy	6	14,3	36	85,7

Nhận xét: Bệnh nhân ăn qua sonde có trào ngược chiếm 47,6%, tiêu chảy chiếm 14,3%.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng (qua chỉ số SGA) vào thời điểm nhập viện

Bảng 6. Liên quan giữa TTDD theo SGA với đặc điểm bệnh lý của đối tượng nghiên cứu

Yếu tố liên quan		SGA		p
		Bất thường n (%)	Bình thường n (%)	
Tuổi	> 60 tuổi	9 (34,6%)	17 (65,4%)	>0,05
	≤ 60 tuổi	6 (37,5%)	10 (62,5%)	
Giới tính	Nam	11 (39,3%)	17 (60,7%)	>0,05
	Nữ	4 (28,6%)	10 (71,4%)	
Bệnh kèm theo	Có	14 (42,4%)	19 (57,6%)	>0,05
	Không	1 (11,1%)	8 (88,9)	
Bệnh lý chính	Viêm não - màng não	3 (37,5%)	8 (62,5%)	>0,05
	Nhiễm khuẩn huyết	6 (40,0%)	9 (60,0%)	
	Viêm phổi	3 (41,8%)	4 (58,2%)	
	Bệnh lý khác	3 (33,3%)	6 (66,7%)	
Tình trạng nhiễm	Có	11 (37,9%)	18 (62,1%)	>0,05

trùng	Không	4 (30,7%)	9 (69,3%)	
-------	-------	-----------	-----------	--

Nhận xét: Không có mối liên quan giữa tuổi, giới tính, đặc điểm bệnh, tình trạng nhiễm trùng với TTDD theo SGA của bệnh nhân lúc nhập viện, $p > 0,05$.

Bảng 7. Liên quan giữa TTDD theo SGA với xét nghiệm cận lâm sàng khi nhập viện

Xét nghiệm cận lâm sàng		SGA		p
		Bất thường n (%)	Bình thường n (%)	
Số lượng hồng cầu	Giảm	5 (50,0%)	5 (50,0%)	>0,05
	Bình thường	10 (31,2%)	22 (68,8%)	
Lượng huyết sắc tố	Giảm	4 (50,0%)	4 (50,0%)	>0,05
	Bình thường	11 (32,3%)	23 (67,7%)	
Xét nghiệm PCT	Tăng	10 (38,5%)	16 (61,5%)	>0,05
	Bình thường	6 (37,5%)	10 (62,5%)	

Nhận xét: Không có mối liên quan giữa số lượng hồng cầu, huyết sắc tố và xét nghiệm PCT với TTDD theo SGA lúc nhập viện, $p > 0,05$.

3.4. Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng sau 1 tuần điều trị và yếu tố liên quan

Bảng 8. Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu sau 1 tuần điều trị

	Tình trạng dinh dưỡng		p	Mức giảm tương đối (RRR)
	Lúc nhập viện	Sau 1 tuần		
Điểm SGA	10,9 ± 3,0	14,1 ± 3,3	<0,05	- 29,3%
Xét nghiệm				
Protein máu (g/l)	65,2 ± 10,5	60,7 ± 9,0	<0,05	- 6,9%
Albumin máu (g/l)	31,0 ± 5,6	28,5 ± 5,0	<0,05	- 8,0%
Hồng cầu (T/l)	4,1 ± 0,7	3,7 ± 0,7	<0,05	- 9,7%
Huyết sắc tố (g/l)	126,2 ± 18,2	113,2 ± 16,3	<0,05	- 10,3%
Canxi (mmol/l)	2,1 ± 0,2	2,1 ± 0,1	>0,05	0%
Phân loại SDD theo điểm SGA (n,%)				
11 < SGA ≤ 16 điểm	11 (26,2%)	21 (50,0%)	<0,05	OR = 2,03 p < 0,05
> 16 điểm	4 (9,5%)	12 (28,6%)		
> 11 điểm (SDD)	15 (35,7)	33 (78,6%)	<0,05	OR = 2,03 p < 0,05
≤ 11 điểm	27 (64,3%)	9 (21,4%)		

Nhận xét: Sau 1 tuần điều trị, điểm SGA trung bình tăng, hàm lượng protein, albumin máu giảm và số lượng hồng cầu, huyết sắc tố đều có mức giảm tương đối (RRR) 6,9% đến 10,3% và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tỷ lệ % bị suy dinh dưỡng (SGA > 11 điểm) sau 1 tuần điều trị tăng từ 35,7% lên 78,6%, OR = 2,03; $p < 0,05$.

Bảng 9. Liên quan giữa tình trạng trào ngược hoặc/và tiêu chảy với TTDD sau 1 tuần

	Tình trạng trào ngược hoặc/và tiêu chảy	OR; p
--	---	-------

		Có (n, %)	Không (n, %)	
Điểm SGA sau 1 tuần điều trị				
> 11 điểm (SDD)		21 (85,7%)	12 (66,7%)	OR = 5,2 <0,05
≤ 11 điểm (không SDD)		3 (14,3%)	6 (33,3%)	
Xét nghiệm máu sau 1 tuần điều trị				
Protein máu (g/l)	Giảm	12 (50,0%)	7 (38,9%)	OR = 1,6 >0,05
	Bình thường	12 (50,0%)	11 (61,1%)	
Albumin máu (g/l)	Giảm	19 (79,2%)	15 (83,3%)	OR = 0,76 >0,05
	Bình thường	5 (20,8%)	3 (16,7%)	
Hồng cầu (T/l)	Giảm	17 (70,8%)	11 (61,1%)	OR = 1,5 >0,05
	Bình thường	7 (29,2%)	7 (38,9%)	
Huyết sắc tố (g/l)	Giảm	24 (100%)	16 (88,9%)	>0,05
	Bình thường	0	2 (11,1%)	

Nhận xét: Có mối liên quan giữa tình trạng trào ngược hoặc/và tiêu chảy với điểm SGA sau điều trị 1 tuần, OR = 5,2; $p < 0,05$. Chưa thấy sự khác nhau có ý nghĩa đối với các chỉ số sinh hóa máu khác.

Bảng 10. Liên quan giữa tình trạng nhiễm trùng trên tình trạng dinh dưỡng sau 1 tuần

		Tình trạng nhiễm trùng		OR; p
		Có (n, %)	Không (n, %)	
Điểm SGA sau 1 tuần điều trị				
> 11 điểm (SDD)		23 (85,2%)	10 (71,4%)	OR = 2,3 >0,05
≤ 11 điểm (Không SDD)		4 (14,8%)	4 (28,6%)	
Xét nghiệm máu sau 1 tuần điều trị				
Protein máu (g/l)	Giảm	19 (51,4%)	2 (40,0%)	OR = 1,6 >0,05
	Bình thường	18 (48,6%)	3 (60,0%)	
Albumin máu (g/l)	Giảm	17 (44,7%)	1 (25,0%)	OR = 2,4 >0,05
	Bình thường	21 (55,3%)	3 (75,0%)	
Hồng cầu (T/l)	Giảm	27 (72,9%)	1 (20,0%)	OR = 10,8 <0,05
	Bình thường	10 (27,1%)	4 (80,0%)	
Huyết sắc tố (g/l)	Giảm	34 (91,9%)	4 (80,0%)	OR = 2,8 >0,05
	Bình thường	3 (8,1%)	1 (20,0%)	

Nhận xét: Khi có nhiễm trùng, tỷ lệ SDD sau 1 tuần cao hơn nhóm không có nhiễm trùng (OR = 2,3; $p > 0,05$). Liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng nhiễm trùng với số lượng hồng cầu sau điều trị 1 tuần, OR = 10,8; $p < 0,05$. Tác động lên các chỉ số khác (OR từ 1,6 đến 2,8) nhưng chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm chung

4.1.1. Đặc điểm về tuổi và giới của đối tượng

Bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ 61,9%. Tuổi trung bình là $66,7 \pm 15,3$ tuổi. Bệnh nhân nhập viện là nam giới chiếm tỷ lệ 66,7%. Tỷ lệ nam/nữ là 2/1. Về tuổi và giới, Nguyễn Đình Khái

và cộng sự (2011) cho thấy ở các bệnh nhân mới nhập viện nam giới chiếm tỷ lệ 55,9%, nữ là 44,1% [2]. Hejazi (2016) đánh giá trên các bệnh nhân nặng nằm tại ICU tác giả nhận thấy: Tuổi trung bình là $49,0 \pm 21,2$ tuổi, nam giới chiếm tỷ lệ 67,2% [4]. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi có đôi chút khác so với các tác giả khác cả về độ tuổi trung bình và tỷ số nam/nữ.

4.1.2. Đặc điểm bệnh lý chính của các bệnh nhân nặng lúc nhập viện

Nghiên cứu của Hejazi và cộng sự cho thấy rằng: Nhóm các bệnh lý về tim mạch chiếm tỷ lệ 6,4%, bệnh lý thần kinh là 25,6%, bệnh đường tiêu hóa là 4,8%, hô hấp là 6,4%, nhiễm khuẩn huyết là 2,4%, chấn thương là 47,2% còn lại là nhóm các bệnh nhân khác. Trong một nghiên cứu khác về TTDD của các bệnh nhân người lớn mắc bệnh mạn tính nặng, Higgins và cộng sự nhận thấy các bệnh nhân thần kinh chiếm tỷ lệ 24% sau đến nhóm các bệnh nhân hô hấp 20%, tim mạch 17%, tiêu hóa 14%, các bệnh nhân khác chiếm tỷ lệ thấp hơn [5]. Như vậy, về phân bố các nhóm bệnh của các bệnh nhân nặng trong nghiên cứu của chúng tôi có khác so với các nghiên cứu ở trên. Điều này thể hiện rõ tính đặc thù của các đối tượng nghiên cứu thuộc chuyên ngành Hồi sức truyền nhiễm, trong đó các nhóm bệnh hay gặp nhất là các bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết và viêm não - màng não.

4.1.3. Đặc điểm bệnh lý kèm theo của đối tượng

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: Các bệnh nhân nặng nằm tại Khoa Hồi sức truyền nhiễm đa số có bệnh lý kèm theo, chiếm tỷ lệ lên đến 78,6%. Trong đó, có một bệnh lý kèm theo chiếm tỷ lệ 59,5% và trên một bệnh là 19,1%. Các bệnh lý đi kèm hay gặp nhất là tăng huyết áp chiếm tỷ lệ 23,8% sau đó là đái tháo đường chiếm 11,9%, suy tim và bệnh lý gan mật đều là 9,5%, và xuất huyết tiêu hóa là 7,1%. Bệnh lý kèm theo của các bệnh nhân nặng có vai trò quan trọng tác động đến quá trình dinh dưỡng của các bệnh nhân

nhập viện vì đây thường là các bệnh mạn tính, kéo dài, bệnh nhân phải thường xuyên dùng thuốc hoặc thậm chí phải ăn các chế độ ăn kiêng theo chỉ định.

4.2. Tình trạng nuôi dưỡng và dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu lúc nhập viện

Về tình trạng nuôi dưỡng, nghiên cứu này chưa tính mức Calo được cung cấp bởi khẩu phần ăn qua sonde cũng như dịch truyền qua đường tĩnh mạch. Tuy nhiên đây lại là chế độ dinh dưỡng điều trị thường quy của Bệnh viện hiện nay. Nên kết quả đánh giá về tình trạng SDD tăng lên trong quá trình 1 tuần nằm viện (từ 35,7% lên 78,6%) lại cho thấy chế độ dinh dưỡng hiện nay là chưa phù hợp. Nếu nghiên cứu tiếp sau đây phân tích được khẩu phần, việc lý giải tình trạng SDD sẽ thuyết phục hơn. Đây cũng là hạn chế của nghiên cứu này.

Cho đến nay SGA là phương pháp được lựa chọn để đánh giá nhanh TTDD của các bệnh nhân nhập viện [6]. Đây là phương pháp đã được chứng minh có độ nhạy, độ đặc hiệu cao. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này chúng tôi cũng sử dụng một số chỉ số khác để đánh giá TTDD của các bệnh nhân lúc nhập viện như: Hàm lượng protein và albumin trong huyết tương cũng như số hồng cầu, Hb. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: Tỷ lệ % bệnh nhân bị SDD lúc nhập viện theo BMI là 16,7%; theo SGA là 35,7%; kết quả xét nghiệm cận lâm sàng, dựa trên tỷ lệ % bệnh nhân bị suy dinh dưỡng đánh giá ở mức thấp hơn cận dưới của giá trị bình thường, với protein máu là 31,0%, và albumin là 73,8%. Trong nghiên cứu này do số đối tượng giới hạn nên không đi vào đánh giá chi tiết mức độ của TTDD như: Nặng, nhẹ hay phân loại SGA-A, SGA-B, SGA-C.

Kết quả trong Bảng 6 cho thấy chưa phát hiện được mối liên quan giữa TTDD theo SGA với độ tuổi và giới tính của các bệnh nhân trong nghiên cứu. Điều này khác với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thùy An (2010) [1], các tác giả nhận thấy

rằng các bệnh nhân càng lớn tuổi thì TTDD càng xấu đi. Còn về bệnh lý kèm theo và bệnh lý chính của các bệnh nhân nặng tại Khoa Hồi sức truyền nhiễm, mặc dù tỷ lệ bệnh nhân SDD có bệnh lý kèm theo chiếm tỷ lệ cao hơn so với các bệnh nhân không SDD. Tuy nhiên, sự khác biệt là chưa có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$.

4.3. Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu thay đổi sau 1 tuần điều trị

Sau 1 tuần điều trị, kết quả trong Bảng 8 nhận thấy: Tỷ lệ % bị suy dinh dưỡng theo thang SGA (> 11 điểm) sau 1 tuần điều trị tăng từ 35,7% lên 78,6%, OR = 2,0; $p < 0,05$ trùng với điểm SGA trung bình tăng từ 10,9 lên 14,1; hàm lượng protein, albumin máu và số lượng hồng cầu, huyết sắc tố đều giảm rõ rệt: Mức giảm tương đối (RRR) từ 6,9% đến 10,3% và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Điều này cho thấy sau 1 tuần điều trị bệnh chính, với các biện pháp chăm sóc nuôi dưỡng thường quy của bệnh viện nhưng TTDD của bệnh nhân vẫn xấu đi. Hejazi (2016) trên các bệnh nhân nặng cho thấy hầu hết các chỉ số đánh giá TTDD như: Cân nặng, chu vi vòng cánh tay, độ dày lớp mỡ dưới da lúc ra viện đều giảm so với lúc nhập viện. Đối với chỉ số SGA, tỷ lệ % số bệnh nhân có SGA-A giảm đi trong khi tỷ lệ SGA-B và đặc biệt là SGA-C tăng lên (từ 26,4% lên 39,1% với SGA-B và từ 2,4% lên 19,5% với SGA-C), $p < 0,01$, tức là tỷ lệ các bệnh nhân nặng nằm tại ICU bị SDD tăng từ 28,8% lúc nhập viện lên đến 58,6% lúc ra viện [4]. Trong khi Hosseini báo cáo về tỷ lệ SDD lúc ra viện là 12,3% so sánh với 6,3% lúc nhập viện. Các chỉ số về cận lâm sàng cũng giảm đi nhưng chưa có ý nghĩa thống kê. Như vậy, tình trạng tăng tỷ lệ SDD cũng như giảm các chỉ số sinh hóa, huyết học trong số đối tượng của chúng tôi là nặng nề hơn nhiều. Có thể do thời gian theo dõi còn ngắn chỉ 1 tuần, chưa hồi phục để ra viện và cũng có thể chế độ dinh dưỡng chưa cung cấp đủ năng lượng: Trung bình 213g thức ăn lỏng và lượng dịch glucose rất hạn chế. Với lượng ăn qua sonde

như hiện nay cần nghiên cứu bổ sung dịch truyền có năng lượng cao trong nghiên cứu can thiệp sau nghiên cứu này.

4.4. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của đối tượng

Kết quả trong Bảng 9 cho thấy trong quá trình điều trị nếu người bệnh có tiêu chảy hoặc đi kèm với tình trạng trào ngược (nghiên cứu này tỷ lệ có trào ngược rất cao: 47,6%) đã làm tăng tỷ lệ SDD theo SGA lên rất rõ rệt (OR = 5,2; $p < 0,05$), đồng thời cũng ảnh hưởng đến các chỉ số xét nghiệm nhưng chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả của chúng tôi cũng gần với nhận định của Bandlish (2014) cho thấy có liên quan giữa SGA (SDD nặng), albumin máu ($< 3,5\text{mg/dl}$) và transferrin máu ($< 150\text{mg/dl}$) với tử vong ($p < 0,001$) và mối liên quan này là mạnh nhất với tình trạng SDD nặng theo SGA (OR: 12,5) khi so sánh với hàm lượng albumin và transferrin (OR tương ứng là 6,95 và 4,37).

Nhiễm trùng vừa là nguyên nhân dẫn đến SDD, vừa là hậu quả của tình trạng kém dinh dưỡng trong quá trình điều trị. Nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 10) nhận thấy sau 1 tuần điều trị, 85,2% số người có nhiễm trùng bị SDD so với tỷ lệ 71,4% ở nhóm không bị nhiễm trùng (OR = 2,3, $p > 0,05$) cho dù sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê nhưng xu hướng là rõ rệt. Về ảnh hưởng của nhiễm trùng, chúng tôi phát hiện được tình trạng giảm hồng cầu rất rõ rệt ở nhóm có nhiễm trùng (72,9%) so với nhóm không nhiễm trùng (20%) trong 1 tuần điều trị (OR = 10,8, $p < 0,05$). Tình trạng nhiễm trùng cũng ảnh hưởng trên các chỉ số xét nghiệm sinh hóa, huyết học khác (với OR từ 1,58 đến 2,8; $p > 0,05$). Kết quả nghiên cứu này cho thấy các phương pháp điều trị dự phòng cũng như chăm sóc trong điều dưỡng cần chú ý tránh để xảy ra nhiễm trùng, cần cắt đứt vòng xoắn giữa nhiễm trùng và SDD cũng như ảnh hưởng đến các hệ thống sinh hóa huyết học khác.

5. Kết luận

Trên 42 bệnh nhân nặng phải ăn sonde chúng tôi nhận thấy:

Tuổi trung bình là $66,7 \pm 15,3$ tuổi; bệnh lý chính hay gặp nhất là nhiễm khuẩn huyết (35,7%), viêm não - màng não (26,2%), viêm phổi (16,7%); tỷ lệ SDD lúc nhập viện theo BMI là 16,7%; theo SGA là 35,7%; theo protein máu là 31,0% và theo albumin là 73,8%; có 47,6% bệnh nhân ăn qua sonde có trào ngược, 14,3% bệnh nhân bị tiêu chảy.

Tỷ lệ % bị suy dinh dưỡng theo thang SGA (> 11 điểm) sau 1 tuần điều trị tăng từ 35,7% lên 78,6%, OR = 2,0; $p < 0,05$ trùng với điểm SGA trung bình tăng từ 10,9 lên 14,1; hàm lượng protein, albumin máu và số lượng hồng cầu, huyết sắc tố đều giảm rõ rệt: Mức giảm tương đối (RRR) từ 6,9% đến 10,3% và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Một số yếu tố liên quan đến TTDD (SDD và giảm một số chỉ số sinh hóa huyết học) phải kể đến hàng đầu là tình trạng trào ngược dạ dày có hoặc không kèm tiêu chảy làm tăng tỷ lệ SDD (OR = 5,2; $p < 0,05$), ảnh hưởng đến số hồng cầu và protein huyết tương (OR = 1,5 và 1,6; $p > 0,05$).

Tình trạng nhiễm trùng làm tăng tỷ lệ số bệnh nhân giảm số lượng hồng cầu dưới 3T/l là 72,9% so với nhóm không nhiễm trùng là 20% (OR = 10,8, $p < 0,05$), xu hướng tăng nguy cơ SDD (OR = 2,3; $p > 0,05$).

Kiến nghị

Đề tài cần tiếp tục mở rộng và theo hướng can thiệp giảm tình trạng SDD cũng như những chuyển biến xấu về xét nghiệm sinh hóa huyết học trên bệnh nhân nặng phải ăn đường sonde

bằng tăng cường dinh dưỡng và hạn chế nhiễm trùng, tiêu chảy và tình trạng trào ngược dạ dày.

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Thùy An (2010) *Tình trạng dinh dưỡng và biến chứng nhiễm trùng sau phẫu thuật trong bệnh lý gan mật tụy*. Luận văn tốt nghiệp Thạc sỹ điều dưỡng, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
2. Nguyễn Đình Khái, Nguyễn Đình Phú, Hương Nguyễn Thị (2011) *Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân mới nhập viện tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*. Tạp chí Y Dược lâm sàng 108. Số đặc biệt tháng 3(6), tr. 539-545.
3. Lưu Ngân Tâm, Nguyễn Thị Quỳnh Hoa (2010) *Những vấn đề cơ bản trong dinh dưỡng lâm sàng*. Nhà Xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh.
4. Hejazi N, Mazloom Z, Zand F et al (2016) *Nutritional assessment in critically ill patients*. Iran J Med Sci 41(3): 171-179.
5. Higgins PA, Daly BJ, Lipson AR et al (2006) *Assessing nutritional status in chronically critically ill adult patients*. Am J Crit Care 15(2): 166-176; quiz 177.
6. Shirodkar M, Mohandas KM (2005) *Subjective global assessment: A simple and reliable screening tool for malnutrition among Indians*. Indian J Gastroenterol 24(6): 246-250
7. Wyszynski DF, Perman M, Crivelli A (2003) *Prevalence of hospital malnutrition in Argentina: preliminary results of a population-based study*. Nutrition 19(2): 115-119.