

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ ĐẶC ĐIỂM NUÔI DƯỠNG CỦA BỆNH NHÂN TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC & CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN ĐA KHOA HÀ ĐÔNG NĂM 2023

Nguyễn Ngọc Thu[✉], Nguyễn Anh Dũng, Đoàn Bình Tĩnh,
Nguyễn Thị Cương, Phạm Hải Hà

Bệnh viện Đa khoa Hà Đông

Nghiên cứu nhằm mô tả tình trạng dinh dưỡng và đặc điểm nuôi dưỡng của bệnh nhân tại khoa Hồi sức tích cực & chống độc, Bệnh viện Đa khoa Hà Đông. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 173 bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên được nuôi dưỡng qua ống thông hoặc dinh dưỡng tĩnh mạch toàn phần và điều trị nội trú trên 7 ngày. Theo thang điểm NUTRIC phiên bản sửa đổi (m-NUTRIC), tỷ lệ người bệnh có nguy cơ dinh dưỡng cao khi đánh giá vào ngày thứ nhất sau nhập khoa Hồi sức tích cực (ICU) là 29,5%; khi đánh giá vào thời điểm ngày điều trị thứ bảy là 22,0%. Khi quan sát đặc điểm nuôi dưỡng trong ba ngày đầu sau nhập ICU, có 77,5% đối tượng có năng lượng trung bình được cung cấp lớn hơn 70% nhu cầu khuyến nghị (NCKN). Trong quá trình điều trị từ ngày thứ tư đến ngày thứ bảy, tỷ lệ đối tượng có năng lượng và hàm lượng protein trung bình không đạt NCKN lần lượt là 26,6% và 41,0%.

Từ khóa: Đơn vị hồi sức tích cực, tình trạng dinh dưỡng, Bệnh viện Đa khoa Hà Đông, Việt Nam.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình trạng tăng dị hóa và đáp ứng viêm hệ thống ở người bệnh tại ICU gây nên tăng tiêu hao năng lượng và protein, nếu không có các biện pháp can thiệp dinh dưỡng đầy đủ, có thể dẫn đến suy dinh dưỡng. Suy dinh dưỡng ảnh hưởng tiêu cực tới tình trạng bệnh, tăng thời gian nằm ICU, tái nhập ICU, tăng nguy cơ nhiễm trùng và tử vong.

Tỷ lệ suy dinh dưỡng ở người bệnh tại các đơn vị hồi sức tích cực trên thế giới dao động từ 38% - 78%.¹ Tại Việt Nam, nghiên cứu tại khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Lão khoa Trung ương năm 2017 - 2018 chỉ ra rằng có 16,3% người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng cao theo thang điểm m-NUTRIC.² Năm 2019, kết quả nghiên cứu trên bệnh nhân thở máy tại khoa Hồi sức tích cực - Chống độc, Bệnh viện

Đa khoa Đống Đa cho thấy tỷ lệ nguy cơ suy dinh dưỡng cao theo thang điểm m-NUTRIC là 50%; tỷ lệ thiếu máu là 60%, tỷ lệ suy dinh dưỡng theo protein là 47,5%, theo albumin là 75%.³ Một nghiên cứu khác tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 cũng cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ dinh dưỡng cao theo thang điểm m-NUTRIC là 27,6%.⁴

Tình trạng dinh dưỡng và chế độ nuôi dưỡng luôn có mối liên quan mật thiết với nhau, một chế độ nuôi dưỡng mất cân bằng (dù thiếu hay thừa) đều dẫn đến những rối loạn về tình trạng dinh dưỡng. Trong nghiên cứu của Zeinab Javid và cộng sự được công bố năm 2020 cho thấy rằng chỉ có 16,2% và 10,7% người bệnh đạt nhu cầu khuyến nghị về năng lượng và protein.⁵ Kết quả nghiên cứu tiến cứu của Lluís Servia-Goixart và cộng sự năm 2021 cho thấy năng lượng và protein trung bình được cung cấp của đối tượng nghiên cứu lần lượt là 15,7 kcal/kg/ngày và 0,81 g/kg/ngày. Có 30,8% bệnh nhân có biến chứng liên quan đến dinh dưỡng qua đường tiêu hóa, trong đó

Tác giả liên hệ: Nguyễn Ngọc Thu

Bệnh viện Đa khoa Hà Đông

Email: Ngocthu110199@gmail.com

Ngày nhận: 10/12/2023

Ngày được chấp nhận: 17/01/2024

15,5% có tình trạng trào ngược, 9,8% tiêu chảy, 1,2% nôn, 0,2% hít sặc, 1,7% thiếu máu ruột.⁶ Trong nghiên cứu tại khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp năm 2020, tỷ lệ bệnh nhân nhận dưới 25 kcal/kg/ngày là 84%, 60% và 47% vào ngày thứ nhất, thứ năm và thứ bảy. Lượng protein dưới 1,3 g/kg/ngày là 50% vào ngày thứ bảy.⁷

Sàng lọc, đánh giá tình trạng dinh dưỡng và đặc điểm nuôi dưỡng của bệnh nhân tại ICU sẽ cung cấp các bằng chứng hỗ trợ các bác sĩ lâm sàng, dinh dưỡng viên đưa ra những can thiệp dinh dưỡng kịp thời, mang lại lợi ích cho bệnh nhân. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “*Tình trạng dinh dưỡng và đặc điểm nuôi dưỡng của bệnh nhân tại khoa Hồi sức tích cực & chống độc - Bệnh viện Đa khoa Hà Đông năm 2023*” với mục tiêu mô tả tình trạng dinh dưỡng và đặc điểm nuôi dưỡng của bệnh nhân tại khoa Hồi sức tích cực & chống độc - Bệnh viện Đa khoa Hà Đông năm 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn

Người bệnh từ 18 tuổi trở lên được nuôi dưỡng qua ống thông hoặc dinh dưỡng tĩnh mạch toàn phần và điều trị nội trú trên 7 ngày tại khoa Hồi sức tích cực & chống độc - Bệnh viện Đa khoa Hà Đông; người bệnh hoặc người nhà đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Người bệnh có thể ăn đường miệng hoặc có nguy cơ hội chứng nuôi ăn lại; phụ nữ có thai và cho con bú.

2. Phương pháp

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Từ tháng 02/2023 đến tháng 09/2023 tại khoa Hồi sức tích cực & chống độc - Bệnh viện Đa khoa Hà Đông.

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu:

Tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ như sau:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{(\epsilon \cdot p)^2}$$

n: cỡ mẫu nghiên cứu.

p = 27,6% là tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ dinh dưỡng cao khi đánh giá theo thang điểm m-NUTRIC trong nghiên cứu năm 2020 tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 về sàng lọc nguy cơ dinh dưỡng ở bệnh nhân hồi sức tích cực.⁴

ϵ : là mức sai số tương đối giữa cỡ mẫu so với quần thể tham chiếu, chọn $\epsilon = 0,25$.

α : mức ý nghĩa thống kê, lấy $\alpha = 0,05$. Khi đó $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

Thay vào công thức tính được cỡ mẫu của nghiên cứu là n = 161. Thực tế thu thập được 173 đối tượng đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

Cách chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện, lấy toàn bộ đối tượng đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian nghiên cứu từ tháng 02/2023 đến tháng 09/2023.

Nội dung/chi số nghiên cứu

Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới, chẩn đoán chính, bệnh lý nền, liệu pháp hô hấp.

Tình trạng dinh dưỡng:

Sử dụng thang điểm m-NUTRIC đánh giá tình trạng dinh dưỡng bao gồm các thông số:⁸ điểm APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II - thang điểm đánh giá tình trạng sức khỏe lâu dài và các thông số sinh lý giai đoạn cấp), điểm SOFA (Sequential Organ Failure Assessment - đánh giá suy đa tạng), điểm m-NUTRIC trung bình. Phân loại nguy cơ dinh dưỡng theo điểm m-NUTRIC: nguy

cơ dinh dưỡng thấp (m-NUTRIC < 5); nguy cơ dinh dưỡng cao (m-NUTRIC ≥ 5).

Hóa sinh:

Nồng độ albumin huyết thanh, tổng số lượng tế bào lympho (TLC), nồng độ hemoglobin ngày thứ nhất và ngày thứ bảy sau nhập ICU.

Đặc điểm nuôi dưỡng:

Thời gian bắt đầu nuôi dưỡng, số bữa/ngày trung bình trong bảy ngày điều trị tại ICU, đường nuôi dưỡng, triệu chứng kém dung nạp tiêu hóa bao gồm: đau bụng, chướng bụng, trào ngược, nôn, tiêu chảy, xuất hiện dịch tồn dư dạ dày sau nuôi dưỡng qua đường tiêu hóa 4 giờ đối với dinh dưỡng ngắt quãng hoặc sau 6 giờ với dinh dưỡng liên tục.⁹

Năng lượng, hàm lượng protein trung bình trong 3 ngày đầu sau nhập ICU; năng lượng, hàm lượng protein trung bình từ ngày 4 đến ngày 7 sau nhập ICU. Mức đáp ứng NCKN về năng lượng trong 3 ngày đầu sau nhập ICU. Tỷ lệ đối tượng có năng lượng, hàm lượng protein trung bình từ ngày 4 đến ngày 7 không đạt NCKN (mức không đạt được tính là thấp hơn so với NCKN). Nghiên cứu sử dụng NCKN năng lượng 25 kcal/kg/ngày, NCKN protein 1,3 g/kg/ngày.¹⁰

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

	Đặc điểm	Tần số (n = 173)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 40 tuổi	4	2,3
	40 - 59 tuổi	9	5,2
	60 - 79 tuổi	59	34,1
	≥ 80 tuổi	101	58,4
	Trung bình	78,1 ± 12,7	
Giới	Nam	114	65,9
	Nữ	59	34,1

Quy trình tiến hành nghiên cứu

Đối tượng đủ tiêu chuẩn được lựa chọn tham gia nghiên cứu, thu thập các thông tin chung của đối tượng, chẩn đoán, tiền sử bệnh bằng bộ câu hỏi phỏng vấn. Đánh giá nguy cơ dinh dưỡng theo thang điểm m-NUTRIC và thu thập kết quả xét nghiệm của đối tượng vào ngày thứ nhất và ngày thứ bảy sau nhập ICU. Điều tra dinh dưỡng 24 giờ của đối tượng từ ngày thứ nhất đến ngày thứ bảy tính từ thời điểm nhập ICU.

Xử lý số liệu

Số liệu sau khi thu thập được làm sạch, sử dụng phần mềm Epidata 3.1 để nhập liệu, sử dụng phần mềm Stata 14.0 để phân tích. Sử dụng Paired-Samples T test/Wilcoxon test, Chi-Square test để kiểm định sự khác biệt.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu là một phần trong đề tài cấp cơ sở của Bệnh viện Đa khoa Hà Đông năm 2023 đã được phê duyệt theo Quyết định số 1007/QĐ-BV ngày 01/06/2023. Đối tượng nghiên cứu hoặc người nhà được giải thích rõ ràng về mục đích, ý nghĩa của nghiên cứu và tự nguyện tham gia nghiên cứu. Các thông tin thu thập chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

	Đặc điểm	Tần số (n = 173)	Tỷ lệ (%)
Chẩn đoán chính	Suy hô hấp	57	32,9
	Viêm phổi	69	39,9
	Sốc nhiễm khuẩn	4	2,3
	Nhồi máu não	17	9,8
	Xuất huyết não	13	7,5
	Sau phẫu thuật	13	7,5
Bệnh lý nền	Có	139	80,3
	Không	34	19,7
Liệu pháp hô hấp	Thở khí phòng	17	9,8
	Oxy kính	34	19,7
	HFNC	13	7,5
	Thở máy xâm nhập	109	63,0

Bảng 1 cho thấy tuổi trung bình của các đối tượng là $78,1 \pm 12,7$ tuổi. Số đối tượng nam tham gia nghiên cứu là 65,9% và nữ là 34,1%. Phần lớn các đối tượng nhập ICU với chẩn đoán chính là viêm phổi và suy hô hấp với tỷ

lệ lần lượt là 39,9% và 32,9%. Có 80,3% đối tượng nghiên cứu có bệnh lý nền. Về liệu pháp hô hấp, có 9,8% người bệnh thở khí phòng, 19,7% thở oxy kính, 7,5% thở HFNC, 63% thở máy xâm nhập.

Bảng 2. Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng theo thang điểm m-NUTRIC

Đặc điểm	X ± SD	Min	Max
Điểm APACHE II ngày 1	17,7 ± 7,2	6	38
Điểm APACHE II ngày 7	15,4 ± 4,5	7	31
Giá trị p	0,01^b		
Điểm SOFA ngày 1	3,0 ± 1,9	0	8
Điểm SOFA ngày 7	2,5 ± 1,8	0	6
Giá trị p	0,03^a		
Điểm m-NUTRIC ngày 1	3,9 ± 1,5	1	7
Điểm m-NUTRIC ngày 7	3,7 ± 1,6	0	7
Giá trị p	0,05^a		

Phân loại m-NUTRIC		Tần số (n = 173)	Tỷ lệ (%)
Ngày 1	m-NUTRIC < 5	122	70,5
	m-NUTRIC ≥ 5	51	29,5
Ngày 7	m-NUTRIC < 5	135	78,0
	m-NUTRIC ≥ 5	38	22,0
Giá trị p		0,45 ^d	
<i>a: Paired-Samples T test</i>		<i>b: Wilcoxon test</i>	<i>d: Chi-square test</i>

Bảng 2 cho thấy điểm APACHE II và điểm SOFA khi đánh giá tại thời điểm ngày thứ bảy sau nhập ICU thấp hơn so với kết quả đánh giá vào ngày thứ nhất, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ đối tượng có nguy cơ

dinh dưỡng cao theo thang điểm m-NUTRIC khi đánh giá tại thời điểm ngày thứ nhất sau nhập ICU là 29,5%; khi đánh giá tại ngày điều trị thứ bảy là 22,0%.

Bảng 3. Đặc điểm một số chỉ số hóa sinh của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	X ± SD	Min	Max
Albumin ngày 1 (g/L)	30,0 ± 4,9	21	42
Albumin ngày 7 (g/L)	26,9 ± 4,6	18	42
Giá trị p	0,01^a		
TLC ngày 1 (10 ⁹ /L)	1,6 ± 1,1	0,2	5,4
TLC ngày 7 (10 ⁹ /L)	1,3 ± 0,8	0,36	3,4
Giá trị p	0,19 ^b		
Hemoglobin ngày 1 (g/L)	112,1 ± 24,5	65	179
Hemoglobin ngày 7 (g/L)	104,3 ± 19,2	76,5	166
Giá trị p	0,02^b		
<i>a: Paired-Samples T test</i>		<i>b: Wilcoxon test</i>	

Bảng 3 cho thấy nồng độ albumin huyết thanh và nồng độ hemoglobin trung bình của các đối tượng nghiên cứu đều giảm có ý nghĩa thống kê sau bảy ngày điều trị. TLC trung bình

của các đối tượng cũng giảm sau bảy ngày điều trị, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 4. Đặc điểm về nuôi dưỡng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	X ± SD	Min	Max
Thời gian bắt đầu nuôi dưỡng (giờ)	4,1 ± 3,0	1	14
Số bữa/ngày trung bình trong 7 ngày (bữa)	4,4 ± 1,2	3	7
Năng lượng trung bình trong 3 ngày đầu (kcal/kg/ngày)	25,0 ± 9,8	9,6	45,9
Năng lượng trung bình từ ngày 4 - 7 (kcal/kg/ngày)	34,0 ± 11,3	14,4	59,1
Protein trung bình trong 3 ngày đầu (g/kg/ngày)	1,1 ± 0,4	0,5	2,4
Protein trung bình từ ngày 4 - 7 (g/kg/ngày)	1,4 ± 0,5	0,6	2,5
Đặc điểm		Tần số (n = 173)	Tỷ lệ (%)
Năng lượng trung bình trong 3 ngày đầu	≤ 70% NCKN	39	22,5
	> 70% NCKN	134	77,5
Năng lượng trung bình từ ngày 4 - 7 không đạt NCKN		46	26,6
Protein trung bình từ ngày 4 - 7 không đạt NCKN		71	41,0
Số bữa/ngày	3 bữa	42	24,3
	> 3 bữa	131	75,7
Đường nuôi dưỡng	EN	93	53,8
	EN-PN	76	43,9
	PN-EN	4	2,3
Triệu chứng kém dung nạp	Tiêu chảy	8	4,6
	Trào ngược	4	2,3
	Dịch tồn dư	21	12,1

Bảng 4 cho thấy thời gian bắt đầu nuôi dưỡng trung bình của các đối tượng là 4,1 ± 3,0 giờ, với số bữa trung bình trong bảy ngày là 4,4 ± 1,2 bữa. Phần lớn các đối tượng sử dụng trên 3 bữa một ngày (75,7%). Có 53,8% đối tượng được nuôi dưỡng qua đường tiêu hóa đơn độc, 43,9% được dinh dưỡng đường tĩnh mạch kết hợp sau khi dinh dưỡng qua đường tiêu hóa, 2,3% được dinh dưỡng đường tĩnh mạch trước dinh dưỡng

qua đường tiêu hóa. Trong quá trình bảy ngày điều trị, có 4,3% đối tượng có tình trạng tiêu chảy, 2,3% đối tượng có trào ngược và 12,1% xuất hiện dịch tồn dư dạ dày. Trong ba ngày đầu sau nhập ICU, có 77,5% đối tượng có năng lượng trung bình lớn hơn 70% NCKN. Khi đánh giá nuôi dưỡng từ ngày thứ tư đến ngày thứ bảy, tỷ lệ đối tượng không đạt NCKN về năng lượng và protein lần lượt là 26,6% và 41,0%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ dinh dưỡng cao khi đánh giá tại thời điểm ngày thứ nhất sau nhập ICU, theo thang điểm m-NUTRIC là 29,5%; tương đồng với nghiên cứu tại Bệnh viện Trung ương Quân Đội 108 năm 2020 (27,6%).⁴ Trong nghiên cứu của Lê Thị Phương Thúy tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Đa năm 2019, tỷ lệ người bệnh có nguy cơ dinh dưỡng cao theo điểm m-NUTRIC là 50% cao hơn đáng kể so với nghiên cứu của chúng tôi.³ Sở dĩ có sự khác biệt này là vì đối tượng trong nghiên cứu của Lê Thị Phương Thúy chỉ bao gồm những bệnh nhân thở máy. Mặt khác, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn đáng kể so với tỷ lệ nguy cơ dinh dưỡng cao trong nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp là 13%.⁷ Sự chênh lệch này có thể lí giải do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi lớn hơn (92,5% từ 60 - 80 tuổi so với 87,7% từ 50 - 65 tuổi), và sự khác biệt về tỷ lệ thở máy (63,0% so với 27,3%).⁷ Khi so sánh với các nghiên cứu trên thế giới, tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ dinh dưỡng cao theo điểm m-NUTRIC trong nghiên cứu của chúng tôi cũng khá tương đồng với nghiên cứu tại Iran (32,6%) và tại Brazil (35,6%) vào năm 2020.^{5,11}

Trong bảy ngày theo dõi, nồng độ albumin huyết thanh và nồng độ hemoglobin trung bình của các đối tượng nghiên cứu đều giảm có ý nghĩa thống kê, điều này tương tự với nghiên cứu của Lê Thị Phương Thúy.³ Bên cạnh đó, TLC trung bình của các đối tượng cũng giảm sau bảy ngày điều trị, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của Christophe Adrie đã chỉ ra rằng giảm TLC khi bắt đầu nhập ICU có liên quan đến nhiễm trùng mắc phải tại ICU ($p < 0,001$). Thêm vào đó, việc không tăng TLC vào ngày thứ ba sau nhập ICU có liên quan đến nhiễm trùng mắc phải tại ICU ($HR = 1,37 [1,12 - 1,67]$, $p = 0,002$) và với tỷ lệ

tử vong trong 28 ngày ($HR = 1,67 [1,37 - 2,03]$, $p < 0,0001$).¹² Cần có những nghiên cứu sâu hơn để có cái nhìn khách quan về vấn đề này.

Khi đánh giá đặc điểm nuôi dưỡng trong ba ngày đầu sau nhập ICU, có 77,5% đối tượng có mức năng lượng trung bình được cung cấp lớn hơn 70% NCKN. Theo hướng dẫn của Hiệp hội Dinh dưỡng lâm sàng Châu Âu (ESPEN), bệnh nhân ICU nên được cung cấp không vượt quá 70% NCKN trong 72 giờ đầu.¹⁰ Nuôi dưỡng đầy đủ năng lượng sớm trong giai đoạn cấp làm tăng sản xuất năng lượng nội sinh lên tới 500 - 1400 kcal/ngày; điều này dẫn đến các biến chứng như tăng thời gian nằm viện, thời gian thở máy và tỷ lệ nhiễm trùng.¹³ Do đó, cần có những thay đổi về thực hành dinh dưỡng trong giai đoạn cấp cho bệnh nhân ICU tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông. Bên cạnh đó, khi quan sát thực trạng nuôi dưỡng từ ngày điều trị thứ tư đến ngày điều trị thứ bảy, có 26,6% đối tượng có năng lượng trung bình dưới 25 kcal/kg/ngày. Trong nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp năm 2020, tỷ lệ bệnh nhân không đạt mức nhu cầu năng lượng này là 60% và 47% vào ngày thứ năm và thứ bảy, cao hơn đáng kể so với nghiên cứu của chúng tôi.⁷

Về hàm lượng protein, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy lượng protein trung bình được cung cấp trong giai đoạn từ ngày thứ tư đến ngày thứ bảy sau nhập ICU của các đối tượng là $1,4 \pm 0,5$ g/kg/ngày, nằm trong khoảng khuyến nghị.¹⁰ Kết quả này cao hơn khá nhiều so với kết quả nghiên cứu tại Tây Ban Nha công bố năm 2021 là 0,81 g/kg/ngày.⁶ Tuy nhiên, khi quan sát dưới góc độ cá thể, có 41,0% đối tượng có hàm lượng protein trung bình được cung cấp dưới 1,3 g/kg/ngày trong giai đoạn điều trị từ ngày thứ tư đến thứ bảy. Khi so sánh với nghiên cứu tại Bệnh viện Đa

khoa Nông nghiệp năm 2020, tỷ lệ bệnh nhân được cung cấp dưới 1,3 g/kg/ngày là 50% vào ngày thứ bảy, cao hơn một chút so với nghiên cứu của chúng tôi.⁷ Mặt khác, nghiên cứu của Zeinab Javid có tới 89,3% người bệnh không đạt nhu cầu khuyến nghị về protein; cao hơn rất nhiều so với kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp.^{5,7}

Trong nghiên cứu của chúng tôi thời điểm bắt đầu nuôi dưỡng trung bình của các đối tượng là $4,1 \pm 3,0$ giờ. Chúng tôi thấy rằng kết quả này phù hợp với khuyến nghị về dinh dưỡng qua đường tiêu hóa sớm trong vòng 24 - 48 giờ cho bệnh nhân ICU, khi không có chỉ định trì hoãn.¹⁴ Nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp năm 2020 có 27,4% người bệnh không được hỗ trợ dinh dưỡng trong ngày đầu tiên.⁷ Khi so sánh với nghiên cứu tại Iran năm 2020, nghiên cứu của chúng tôi có thời điểm bắt đầu nuôi dưỡng sớm hơn đáng kể ($4,1 \pm 3,0$ giờ so với 2 ngày).⁵ Như vậy, có thể thấy rằng đội ngũ bác sĩ tại khoa Hồi sức tích cực-chống độc Bệnh viện Đa khoa Hà Đông đã thực hiện tương đối tốt về nuôi dưỡng sớm cho bệnh nhân ICU.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trung bình các đối tượng được cung cấp $4,4 \pm 1,2$ bữa/ngày, trong đó tối thiểu là 3 bữa/ngày và tối đa là 7 bữa/ngày; kết quả này tương đồng với nghiên cứu ở người bệnh hồi sức tích cực tại Bệnh viện Điều trị người bệnh COVID-19 ($4,5 \pm 0,8$ bữa/ngày).¹⁵ Tỷ lệ bệnh nhân có các triệu chứng kém dung nạp trong nghiên cứu của chúng tôi khá thấp với 12,1% đối tượng có dịch tồn dư dạ dày, 4,6% có tiêu chảy và 2,3% có tình trạng trào ngược. Nghiên cứu ở người bệnh hồi sức tích cực tại Bệnh viện Điều trị người bệnh COVID-19 năm 2021 cho thấy có 11,7% bệnh nhân có triệu chứng kém dung nạp; chênh lệch không đáng kể so với nghiên cứu của chúng tôi.¹⁵ Nghiên cứu của Lluís Servia-Goixart và

cộng sự ở 639 bệnh nhân ICU trên khắp Tây Ban Nha cho thấy có 30,8% bệnh nhân có biến chứng liên quan đến dinh dưỡng đường tiêu hóa. Trong đó, 15,5% có tình trạng trào ngược, 9,8% tiêu chảy, 1,2% nôn, 0,2% hít sặc, 1,7% thiếu máu ruột.⁶ Sự khác biệt này có thể được giải thích do sự chênh lệch về cỡ mẫu giữa hai nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ người bệnh tại ICU có nguy cơ dinh dưỡng cao theo thang điểm m-NUTRIC tương đối lớn. Thực hành nuôi dưỡng trong giai đoạn cấp cho bệnh nhân ICU chưa hợp lý với 77,5% người bệnh được cung cấp lớn hơn 70% NCKN trong 72 giờ đầu. Tỷ lệ người bệnh không đạt NCKN về năng lượng và protein sau giai đoạn cấp ở ngưỡng cao. Vì vậy, cần tăng cường kiểm soát năng lượng trong giai đoạn cấp và cung cấp đầy đủ năng lượng, các chất dinh dưỡng kịp thời sau giai đoạn này nhằm cải thiện tình trạng dinh dưỡng, giảm biến chứng và tử vong cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lew CCH, Yandell R, Fraser RJL, Chua AP, Chong MFF, Miller M. Association between malnutrition and clinical outcomes in the intensive care unit: a systematic review. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2017; 41(5): 744-758.
2. Nguyễn Thị Trang, Phạm Văn Phú, Nghiêm Nguyệt Thu. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh cao tuổi và một số yếu tố liên quan tại khoa hồi sức tích cực bệnh viện Lão Khoa năm 2017 - 2018. *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm.* 2018;14:9-15.
3. Thuý LTP, Thảo NP, Hiếu ĐT, Tuấn PV, Dũng NQ. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh thở máy tại Khoa hồi sức tích cực - chống độc, Bệnh viện Đa khoa Đống Đa năm 2019. *Tạp Chí Nghiên Cứu Học.* 2021; 146(10):55-63.

4. Nga DT. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh nhiễm khuẩn huyết tại Trung tâm Hồi sức Tích cực - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. *J 108 - Clin Med Pharmacy*. Published online August 12, 2022.
5. Javid Z, Shadnoush M, Khadem-Rezaiyan M, et al. Nutritional adequacy in critically ill patients: Result of PNSI study. *Clin Nutr*. 2021; 40(2):511-517.
6. Servia-Goixart L, Lopez-Delgado JC, Grau-Carmona T, et al. Evaluation of Nutritional Practices in the Critical Care patient (The ENPIC study): Does nutrition really affect ICU mortality? *Clin Nutr ESPEN*. 2022; 47:325-332.
7. Thi DP, Duy TP. Nutritional status and feeding regimen of critically ill patients in General Hospital of Agriculture in Hanoi, Vietnam. *Nutr Health*. Published online May 11, 2022:02601060221100673.
8. Rahman A, Hasan RM, Agarwala R, Martin C, Day AG, Heyland DK. Identifying critically-ill patients who will benefit most from nutritional therapy: Further validation of the “modified NUTRIC” nutritional risk assessment tool. *Clin Nutr*. 2016; 35(1): 158-162.
9. Lưu Ngân Tâm (2019). *Hướng dẫn dinh dưỡng trong điều trị bệnh nhân nặng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
10. Singer P, Blaser AR, Berger MM, et al. ESPEN practical and partially revised guideline: Clinical nutrition in the intensive care unit. *Clin Nutr*. 2023; 42(9): 1671-1689.
11. Coruja MK, Cobalchini Y, Wentzel C, Fink J da S. Nutrition Risk Screening in Intensive Care Units: Agreement Between NUTRIC and NRS 2002 Tools. *Nutr Clin Pract*. 2020; 35(3): 567-571.
12. Adrie C, Lugosi M, Sonnevile R, et al. Persistent lymphopenia is a risk factor for ICU-acquired infections and for death in ICU patients with sustained hypotension at admission. *Ann Intensive Care*. 2017; 7:30.
13. Iapichino G, Radrizzani D, Armani S, Noto A, Spanu P, Mistraretti G. Metabolic treatment of critically ill patients: energy balance and substrate disposal. *Minerva Anesthesiol*. 2006; 72(6): 533-541.
14. Reintam Blaser A, Starkopf J, Alhazzani W, et al. Early enteral nutrition in critically ill patients: ESICM clinical practice guidelines. *Intensive Care Med*. 2017; 43(3): 380-398.
15. Linh NT, Hằng HT, Yến MN, et al. 6. Tình trạng dinh dưỡng và đặc điểm nuôi dưỡng qua ống thông dạ dày ở người bệnh hồi sức tích cực tại Bệnh viện Điều trị người bệnh COVID-19. *Tạp Chí Nghiên Cứu Học*. 2022; 157(9): 44-54.

Summary

NUTRITIONAL STATUS AND FEEDING CHARACTERISTICS OF PATIENTS AT THE INTENSIVE CARE UNIT, HA DONG GENERAL HOSPITAL IN 2023

The purpose of this study was to describe the nutritional status and feeding characteristics of patients at the Intensive Care Unit, Ha Dong General Hospital. This was a descriptive study using cross-sectional design included 173 patients aged 18 years and older receiving tube feeding or total parenteral nutrition as supportive nutritional therapy for more than 7 days. According to the modified version of the NUTRIC scale, the proportion of patients with high nutritional risk when assessed on the first day after admission to the intensive care unit is 29.5%; when evaluated on the seventh day of treatment, the number dropped to 22.0%. When observing feeding characteristics during the first three days after admission to the intensive care unit, 77.5% of subjects had an average energy supply greater than 70% of the recommended requirements. During treatment from the fourth to the seventh day, the proportion of subjects whose average energy and protein content did not meet the recommended needs were 26.6% and 41.0%, respectively.

Keywords: Intensive Care Unit, nutritional status, Ha Dong general hospital, Vietnam.