

THỰC TRẠNG NUÔI DƯỠNG CHO NGƯỜI BỆNH NẶNG TRONG 7 NGÀY ĐẦU NHẬP KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC NĂM 2024

Đỗ Tất Thành^{1,2}, Lưu Quang Thuỳ^{1,2}, Đỗ Trung Dũng¹
Khang Thị Diên¹, Nguyễn Việt Minh¹, Nguyễn Thị Thủy¹
Nguyễn Hải Hà Trang¹, Trịnh Thị Thơm¹, Chu Thị Trang¹
và Phạm Thị Lan Phương^{1,✉}

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu mô tả cắt ngang nhằm đánh giá thực trạng nuôi dưỡng người bệnh trong 7 ngày nhập Khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức năm 2024. Kết quả: Mức năng lượng cung cấp cho bệnh nhân thường ở mức năng lượng thấp trong những ngày đầu tiên. Cụ thể, trong ngày đầu tiên, có 81,2% bệnh nhân được nuôi dưỡng với mức năng lượng dưới 25 kcal/kg/ngày, và chỉ 14,1% đạt mức 25 - 30 kcal/kg/ngày. Tỷ lệ bệnh nhân đạt mức protein thấp hơn 1,3 g/kg/ngày phổ biến trong những ngày đầu, với 93,8% bệnh nhân có mức protein thấp trong ngày đầu tiên. Việc bổ sung vi chất cũng được thực hiện trên nhóm đối tượng nhưng lượng cung cấp đủ các yếu tố vitamin và khoáng chất cũng chỉ chiếm 43,8%. Như vậy, cần đặc biệt thận trọng trong vấn đề can thiệp nuôi dưỡng cho người bệnh nặng tại các khoa hồi sức trong bệnh viện, đảm bảo cung cấp đủ năng lượng và protein, tối ưu hóa việc nuôi dưỡng qua đường tiêu hóa để giảm bớt những biến chứng do thiếu năng lượng gây ra.

Từ khoá: Thực trạng nuôi dưỡng, tình trạng dinh dưỡng, hồi sức tích cực.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ suy dinh dưỡng trong các đơn vị hồi sức trên thế giới chiếm tỷ lệ 38 - 78%, điều này có thể được hiểu đó là cứ 3 bệnh nhân nhập khoa hồi sức tích cực thì có ít nhất 1 người thuộc nhóm suy dinh dưỡng.¹ Tại Hội thảo khoa học Dinh dưỡng lâm sàng toàn quốc năm 2019 do Viện Dinh dưỡng quốc gia (Bộ Y tế) tổ chức tại Hà Nội, Chu Thị Tuyết đã chỉ ra có khoảng 30 - 60% người bệnh bị suy dinh dưỡng trong bệnh viện, tỷ lệ này lên đến 65% ở tại Khoa Hồi sức tích cực.² Có thể hiểu là hơn phân nửa tình trạng bệnh nhân nhập các khoa hồi sức tích cực thuộc nhóm người bệnh suy dinh dưỡng.

Tình trạng này làm gia tăng các biến chứng, do đó kéo dài thời gian nằm viện và tăng chi phí điều trị.³ Vấn đề dinh dưỡng ở người bệnh nằm viện, đặc biệt là các khoa hồi sức, dù có nhiều tiến bộ nhưng vẫn còn chưa được quan tâm thấu đáo.

Dinh dưỡng là một phần quan trọng trong điều trị, đặc biệt ở người bệnh tại các khoa Hồi sức tích cực (ICU) với nhiều diễn biến phức tạp. Dinh dưỡng không chỉ nhằm nuôi bệnh nhân mà còn có vai trò điều trị giúp cho bệnh nhân mau chóng hồi phục và hạn chế biến chứng.⁴ Các vấn đề về nuôi dưỡng tối ưu người bệnh nằm tại khoa ICU liên tục được đặt ra đối với các nhà lâm sàng. Một nghiên cứu thuần tập về tình trạng suy dinh dưỡng của Allard J.P và cộng sự (2016) cho thấy rằng chỉ có 7% người bệnh nhập viện được hỗ trợ dinh dưỡng trong tuần đầu nhập viện.⁵ Can thiệp dinh dưỡng tích

Tác giả liên hệ: Phạm Thị Lan Phương

Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Email: phamphuong12a1@gmail.com

Ngày nhận: 21/02/2025

Ngày được chấp nhận: 21/03/2025

cực được xem là một biện pháp dự phòng hiệu quả, ít tốn kém, có giá trị nâng cao hiệu quả điều trị và chất lượng dịch vụ chăm sóc trong bệnh viện.

Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức là bệnh ngoại khoa hạng đặc biệt, là tuyến điều trị cuối cùng cho các trường hợp người bệnh có bệnh lý phẫu thuật thuộc diễn biến nặng. Vì vậy, nhằm cung cấp những số liệu khoa học cũng như mong muốn góp phần cải thiện tình trạng dinh dưỡng, nâng cao hiệu quả điều trị cho người bệnh tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức năm 2024” với mục tiêu: *Đánh giá thực trạng nuôi dưỡng cho người bệnh nặng trong 7 ngày đầu nhập Khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức năm 2024*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Là những người bệnh thuộc Khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 3/2024 đến tháng 7/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người bệnh nhập Khoa Hồi sức tích cực của Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức trong vòng 24 giờ và được theo dõi cho đến khi xuất khoa ICU. Thời gian nằm điều trị tại khoa ≥ 7 ngày.
- Người bệnh từ 18 đến 65 tuổi.
- Sốc đã kiểm soát, huyết động ổn định ($\text{PaO}_2 \geq 80\text{mmHg}$, $\text{SpO}_2 \geq 92\%$ với $\text{FiO}_2 \leq 0,5$).
- Gia đình hợp tác tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Tử vong trong thời gian nghiên cứu.
- Người bệnh và người nhà người bệnh từ chối cung cấp thông tin.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Địa điểm nghiên cứu

Khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.

Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 03/2024 đến tháng 07/2024.

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện, lấy toàn bộ người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu. Trong quá trình nghiên cứu thu thập được 64 người bệnh tại khoa HSTC đảm bảo tiêu chuẩn lựa chọn.

Các biến số và chỉ số nghiên cứu

Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu (ĐTNC)

- Tuổi: Được xác định theo tuổi dương lịch của đối tượng nghiên cứu, thu thập từ hồ sơ bệnh án.
 - Giới tính: Ghi nhận giới tính của từng bệnh nhân trong nghiên cứu.
 - Số bệnh lý mãn tính đã mắc: Ghi nhận tiền sử bệnh lý mãn tính của bệnh nhân.
 - Chẩn đoán khi nhập khoa Hồi sức: Chẩn đoán được xác định dựa theo mã ICD-10 khi bệnh nhân được tiếp nhận vào khoa Hồi sức tích cực.
 - Tình trạng khi xuất viện hoặc chuyển khoa: Đánh giá trạng thái bệnh nhân tại thời điểm xuất khoa Hồi sức, bao gồm xuất viện hoặc chuyển sang khoa khác để tiếp tục điều trị.
- Mô tả thực trạng nuôi dưỡng trong 7 ngày đầu tại Khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức**
- Năng lượng và đạm cung cấp cho các nhóm bệnh nhân:
 - Xác định lượng năng lượng trung bình được cung cấp trong 24 giờ cho mỗi bệnh nhân.

- Đánh giá tỷ lệ phần trăm năng lượng và protein cung cấp so với nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị.

• Thời điểm bắt đầu nuôi dưỡng qua đường tiêu hóa:

- Ghi nhận thời gian bắt đầu nuôi dưỡng tiêu hóa của bệnh nhân sau khi nhập khoa Hồi sức, được phân loại thành ba nhóm: Trong vòng 24 giờ đầu; Từ 24 đến 48 giờ; Sau 48 giờ.

• Công thức dinh dưỡng sử dụng trong nuôi tĩnh mạch:

- Đánh giá loại công thức nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch được sử dụng, bao gồm lo dinh dưỡng nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch được sử dụng.

• Tình trạng bổ sung vi chất trong quá trình nuôi dưỡng:

- Ghi nhận trạng bổ sung vi chất trong quá trình nuôi dưỡng: Không bổ sung; Bổ sung một loại vi chất; Bổ sung đầy đủ vitamin và khoáng chất.

Năng lượng sẽ được tính toán theo cả đường tiêu hóa và đường tĩnh mạch.

Nuôi dưỡng đường tiêu hóa: tất cả các thực phẩm người bệnh ăn trong một ngày bao gồm cả đường miệng và đường sonde được ghi chép từ bệnh án, phiếu theo dõi chăm sóc của điều dưỡng kết hợp với quan sát, phỏng vấn điều dưỡng để đối chiếu. Phỏng vấn người nhà chăm sóc về các thực phẩm mà gia đình đã cho người bệnh sử dụng, công thức của các sản phẩm hoặc nơi mua đồ ăn cho người bệnh. Yếu

tố giá cả của thực phẩm cũng được điều tra để có thể quy đổi lượng thực phẩm một cách chính xác nhất.

Nuôi dưỡng đường tĩnh mạch: các sản phẩm nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch được thống kê, quy đổi và tính toán ra các mức năng lượng tương ứng.

Dinh dưỡng tiêu hóa và dinh dưỡng tĩnh mạch sẽ được tổng hợp để tính toán ra năng lượng cung cấp hằng ngày. Các chất sinh năng lượng được thống kê theo từng nhóm ở cả 2 đường để tính toán năng lượng cung cấp, đặc biệt ở nhóm đạm.

Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập được mã hóa theo mẫu, nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

3. Đạo đức nghiên cứu

Người bệnh trước khi tham gia nghiên cứu được thông báo và giải thích rõ ràng về mục đích và nội dung tiến hành trong nghiên cứu, người bệnh có quyền từ chối và ngừng tham gia vào bất cứ thời điểm nào. Tất cả các dụng cụ cân đo, đều được kiểm định đảm bảo an toàn tuyệt đối, không gây tổn thương nguy hiểm cho đối tượng nghiên cứu.

Các thông tin thu thập được trong điều tra nghiên cứu được giữ bí mật, không được tiết lộ thông tin nghiên cứu cho một cá nhân hay một tổ chức nào khác; các thông tin chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu.

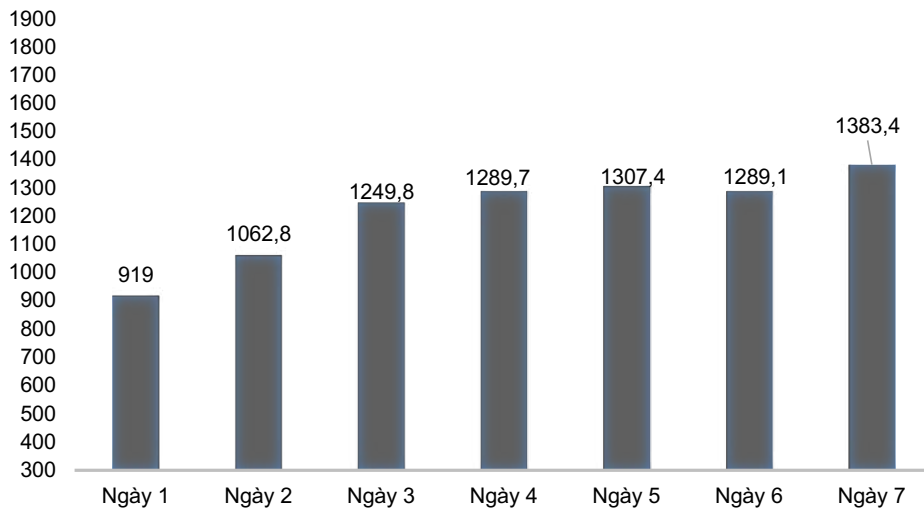
III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm bệnh lý của người bệnh tại thời điểm nhập khoa ICU

	Đặc điểm	n	%
Chẩn đoán khi nhập hồi sức	Shock nhiễm khuẩn	9	14,1
	Tắc ruột	1	1,6
	Viêm phổi	2	3,1
	Đa chấn thương	13	20,3
	Chấn thương sọ não	6	9,4
	Ngừng tuần hoàn	1	1,6
	Sau ghép	3	4,7
	Sau phẫu thuật ngoài tiêu hoá	7	10,9
	Sau phẫu thuật tiêu hoá	5	7,8
	Xuất huyết não	15	23,4
	Xuất huyết tiêu hoá	2	3,1
Số bệnh hiện mắc	Không mắc	3	4,7
	1 bệnh	19	29,7
	2 bệnh	3	3,7
	3 bệnh	14	21,9
	> 3 bệnh	25	39,1
Kết cục lâm sàng	Ra viện	6	9,4
	Chuyển viện	21	32,8
	Chuyển khoa	31	48,4
	Tử vong hoặc gia đình xin về	6	9,4

Nhận xét: Bảng 1 cho thấy đặc điểm lâm sàng chung của người bệnh khi nhập viện và khi xuất viện. Bệnh lý xuất huyết não chiếm tỷ lệ cao nhất là 23,4%, sau đó là bệnh lý đa chấn thương với tỷ lệ là 20,3%, nhóm bệnh lý shock nhiễm khuẩn, sau phẫu thuật ngoài tiêu hoá, chấn thương sọ não chiếm tỷ lệ trung bình với tỷ lệ lần lượt là (14,1%, 10,9%, 9,4%), các nhóm bệnh lý chiếm tỷ lệ thấp như tắc ruột, ngừng tuần hoàn, xuất huyết tiêu hoá (3,2%, 1,6%,

1,6%, tương ứng). Trong 64 đối tượng nghiên cứu, số người mắc trên 3 bệnh mãn tính chiếm tỷ lệ cao nhất với tỷ lệ 39,1%, tiếp theo là nhóm người mắc 1 bệnh lý chiếm tỷ lệ là 29,7%. Về kết cục lâm sàng của người bệnh, đối tượng được chuyển khoa khác điều trị chiếm tỷ lệ cao nhất (48,4%), nhóm bệnh nhân chuyển viện khác chiếm tỷ lệ trung bình là 32,8%. Nhóm bệnh nhân ra viện và nhóm bệnh nhân tử vong hoặc gia đình xin về chiếm tỷ lệ thấp nhất là 9,4%.



Biểu đồ 1. Trung bình năng lượng khẩu phần qua các ngày theo dõi (kcal/ngày)

Nhìn chung, năng lượng khẩu phần ăn của người bệnh tăng dần từ ngày đầu nhập khoa tới ngày thứ 5 theo dõi, sau đó giảm dần vào ngày thứ 6 và tăng vào ngày thứ 7. Trong 5 ngày đầu, năng lượng có xu hướng tăng nhanh với

mức năng lượng ngày 1 trung bình là 919 kcal/ngày đến ngày 5 đạt mức trung 1307 kcal/ngày sau đó giảm còn 1289 kcal/ngày vào ngày thứ 6 và tăng lại 1383 kcal/ngày vào ngày thứ 7.

Bảng 2. Tỷ lệ người bệnh đạt được các mức năng lượng (n, %)

Ngày	Dưới 25 kcal/kg	25 – 30 kcal/kg	Trên 30 kcal/kg	Dưới 1,3 g/kg	1,3 – 2,0 g/kg	Trên 2 g/kg	Tổng
Ngày 1	52 (81,2)	9 (14,1)	3 (4,7)	60 (93,8)	4 (6,2)	0 (0)	64 (100)
Ngày 2	52 (81,2)	9 (14,1)	3 (4,7)	60 (93,8)	4 (6,2)	0 (0)	64 (100)
Ngày 3	50 (78,1)	11 (17,2)	3 (4,7)	60 (93,8)	4 (6,2)	0 (0)	64 (100)
Ngày 4	48 (75)	13 (20,3)	3 (4,7)	57 (89,1)	7 (10,9)	0 (0)	64 (100)
Ngày 5	45 (70,3)	13 (20,3)	6 (9,4)	56 (87,5)	7 (10,9)	1 (1,6)	64 (100)
Ngày 6	46 (71,9)	11 (17,2)	7 (10,9)	54 (84,4)	8 (12,5)	2 (3,1)	64 (100)
Ngày 7	46 (71,9)	11 (17,2)	7 (10,9)	52 (83,9)	8 (12,9)	2 (3,2)	64 (100)

Nhận xét: Trong ngày đầu nhập khoa hồi sức, có khoảng 81,2% người bệnh nuôi dưỡng với mức năng lượng dưới 25 kcal/kg/ngày, chỉ có 14,1% người bệnh được nuôi dưỡng với mức năng lượng 25 - 30 kcal/kg/ngày và 4,7% người bệnh được nuôi dưỡng với mức năng lượng > 30 kcal/kg/ngày.

Mức năng lượng được tăng dần qua các ngày, ngày thứ 7 có 71,9% người bệnh được nuôi dưỡng với mức năng lượng < 25 kcal/kg/ngày, có 17,2% người bệnh được nuôi dưỡng ở mức năng lượng là 25 - 30 kcal/ngày và 10,9% người bệnh được nuôi dưỡng với mức năng lượng > 30 kcal/kg/ngày.

Ở những ngày đầu nhập khoa hồi sức, người bệnh có mức Protein khẩu phần dưới 1,3 g/kg/ngày chiếm tỷ lệ lớn nhất 93,8% và duy trì tỷ lệ này trong 3 ngày đầu. Sau đó tỷ lệ này giảm dần cho đến ngày thứ 7 (83,9%). Số người

bệnh đạt mức đậm 1,3 - 2 g/kg/ngày cũng tăng dần từ 0% ngày 1 đạt 3,2% trong ngày thứ 7. Một số bệnh nhân đạt được mức đậm > 2 g/kg/ngày vào ngày thứ 7 với tỷ lệ 3,2%.

Bảng 3. Thời điểm bắt đầu nuôi dưỡng đường tiêu hóa

Thời điểm	n	%
Trong vòng 24 giờ đầu	38	59,3
Từ 24 - 48 giờ đầu	20	31,3
Sau 48 giờ hoặc không nuôi đường tiêu hóa	6	9,4
Tổng	64	100

Nhận xét: Chỉ có 9 người bệnh (chiếm 9,4%) khởi động nuôi dưỡng đường tiêu hóa muộn sau 48 giờ nhập khoa ICU. Trong khi đó 59,3% người bệnh được nuôi dưỡng sớm bằng đường tiêu hóa trong vòng 24 giờ nhập khoa ICU.

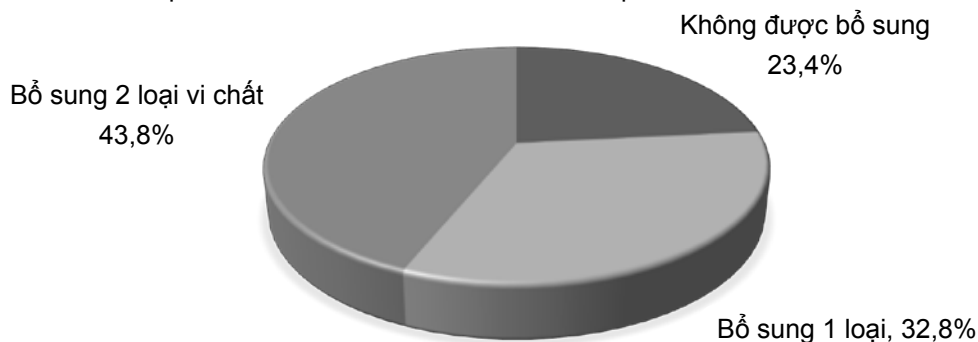
Bảng 4. Công thức sử dụng nuôi dưỡng tĩnh mạch cho người bệnh

Loại công thức	n = 47	%
Đơn phân	36	76,6
Hai ngăn + Đơn phân	4	8,5
Ba ngăn	4	8,5
Ba ngăn + Đơn phân	3	6,4

Nhận xét: Trong số những người bệnh được nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch, có 36 người chiếm tỷ lệ 76,6% được nuôi dưỡng bằng các dịch nuôi dưỡng đơn phân. Số lượng

ĐTNC được nuôi dưỡng bằng Hai ngăn + đơn phân và túi 3 ngăn chiếm tỷ lệ thấp hơn (8,5%). Tỷ lệ nhỏ ĐTNC được nuôi dưỡng bằng túi ba ngăn và dịch đơn phân.

TỶ LỆ BỔ SUNG VI CHẤT TRÊN NHÓM ĐỐI TƯỢNG



Biểu đồ 2. Tỷ lệ bổ sung vi chất trên nhóm đối tượng nuôi dưỡng

Nhận xét: Trong nhóm đối tượng người bệnh, ta có thể thấy nhóm được bổ sung 2 loại vi chất có tỷ lệ cao nhất chiếm tỷ lệ 43,8%, nhóm được nuôi dưỡng 1 loại vi chất chiếm tỷ lệ thấp hơn 32,8%, nhóm không được nuôi dưỡng vi chất chiếm tỷ lệ thấp nhất 23,4%

IV. BÀN LUẬN

Mức năng lượng ngày 1 trung bình là 919 kcal/ngày đến ngày 5 đạt mức trung 1307 kcal/ngày sau đó giảm còn 1289 kcal/ngày vào ngày thứ 6 và tăng lại 1383 kcal/ngày vào ngày thứ 7. Kết quả này lại tương tự với nghiên cứu của Phạm Thị Diệp và CS trên nhóm đối tượng người bệnh ICU Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp với mức nạp vào trung bình trong ngày đầu nhập khoa ICU đạt mức $919,0 \pm 525,5$ kcal/ngày, tăng nhanh vào ngày thứ 3 đạt $1249,8 \pm 499,3$ kcal/ngày và ngày thứ 7 đạt mức $1383,4 \pm 482,1$ kcal/ngày và nghiên cứu Alberda C năm 2009 năng lượng khẩu phần bệnh nhân nặng là 1034 kcal/ ngày ($p < 0,05$).^{6,7} Giá trị năng lượng có giảm nhẹ vào ngày thứ 6 do các bác sỹ cắt bớt dinh dưỡng tĩnh mạch để tăng lượng nuôi dưỡng tiêu hóa, tuy nhiên lượng dinh dưỡng tiêu hóa chưa thể tăng nhanh để cân đối. Giá trị năng lượng trong nghiên cứu của chúng tôi có thấp hơn trong nghiên cứu của Nguyễn Hữu Hoan và CS với mức năng lượng trung bình thấp nhất ngày thứ 2 ($1465,6 \pm 514,5$ kcal/ngày) và cao nhất ngày thứ 5 ($1532,1 \pm 491,9$ kcal/ngày), nghiên cứu của Ngô Quốc Huy thực hiện tại khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Bạch Mai năng lượng đã đạt từ $1365,1 \pm 557,6$ kcal/ngày lên $1601,2 \pm 357,8$ kcal/ngày và nghiên cứu của Dvir D năm 2006 trên bệnh nhân nặng cho kết quả là 1512 kcal/ ngày.⁸

Phân tích mức độ cân nặng theo ngày có thể thấy rằng: Trong ngày đầu nhập khoa hồi sức, có khoảng 81,2% người bệnh nuôi dưỡng với mức năng lượng dưới 25 kcal/kg/ngày, chỉ

có 14,1% người bệnh được nuôi dưỡng với mức năng lượng 25 - 30 kcal/kg/ngày và 4,7% người bệnh được nuôi dưỡng với mức năng lượng > 30 kcal/kg/ngày. Theo khuyến cáo của ESPEN, năng lượng nuôi dưỡng người bệnh sau khi đã thoát giai đoạn pha cấp nên đạt mốc 25 – 30 kcal/kg/ngày trong tuần đầu điều trị, cụ thể là khoảng ngày thứ 4 tính từ thời điểm nhập khoa Hồi sức.¹ Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với tác giả Phạm Thị Diệp với có tới 83,7% người bệnh nuôi dưỡng với mức năng lượng thấp hơn 25 kcal/kg/ngày. Tỷ lệ này giảm dần nhưng vẫn ở mức khá cao 60,4% ở ngày thứ 5 và 48,5% ở ngày thứ 7 điều trị. Người bệnh được nuôi dưỡng đạt mức năng lượng từ 25 kcal/kg/ngày tăng dần từ 16,3% đến 51,5% sau 7 ngày điều trị. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Trang khi mà tỷ lệ người bệnh đạt mức năng lượng 25 – 30 kcal/kg/ngày vào ngày thứ 2, thứ 5, thứ 7 nằm viện lần lượt là 22,9%, 55%, 70,6%.^{6,9}

Ở những ngày đầu nhập khoa hồi sức, người bệnh có mức Protein khẩu phần dưới 1,3 g/kg/ngày chiếm tỷ lệ lớn nhất 93,8% và duy trì tỉ lệ này trong 3 ngày đầu. Sau đó tỷ lệ này giảm dần cho đến ngày thứ 7 (83,9%). Số người bệnh đạt mức đạm 1,3 - 2 g/kg/ngày cũng tăng dần từ 0% ngày 1 đạt 3,2% trong ngày thứ 7. Một số bệnh nhân đạt được mức đạm > 2 g/kg/ngày vào ngày thứ 7 với tỉ lệ 3,2%. Kết quả này tương tự với tác giả Nguyễn Phương Thảo thực hiện trên bệnh nhân hồi sức Bệnh viện Đổng Đa tỷ lệ người bệnh có mức protein khẩu phần dưới 1,3 g/kg/ngày ở những ngày đầu chiếm tỷ lệ cao 82,5% ngày đầu, 72% ngày thứ hai sau đó giảm dần ở những ngày tiếp theo. Tới ngày thứ 7 vẫn còn trên 50% người bệnh có protein khẩu phần dưới mức 1,3 g/kg/ngày. Khoảng 1/3 người bệnh đã đạt được mức protein khẩu phần > 1,3 g/kg/ngày từ ngày thứ 3 điều trị.

Người bệnh nằm nằm tại ICU có quá trình dị hóa protein diễn ra mạnh mẽ vì vậy nhu cầu protein thường cao hơn bình thường dao động từ 1,3 – 2,0 g/kg/ngày (điều chỉnh ở một số bệnh lý đặc biệt). Một nghiên cứu đa trung tâm cho thấy thì việc đạt được nhu cầu về protein có thể quan trọng hơn so với đáp ứng đủ nhu cầu về năng lượng, giúp giảm tỷ lệ tử vong và thời gian nằm ICU.⁴

Kết quả nghiên cứu cho thấy 91,6% người bệnh được nuôi ăn sớm trong vòng 48 giờ đầu, tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Thị Trang trên khoa ICU Bệnh viện Lão Khoa Trung ương là 89,9%, như vậy việc thực hiện nuôi dưỡng theo hướng dẫn của Hội Hồi sức tích cực Mỹ tại 2 bệnh viện tuyến trung ương là tương đối tốt.⁹ Khi lựa chọn đường nuôi dưỡng, đường ruột là lựa chọn được ưu tiên. Các khuyến cáo hiện nay ủng hộ việc nuôi dưỡng sớm cho người bệnh trong 24 giờ ở ICU thông qua đường ruột. Theo khuyến cáo của ASPEN 2016, nuôi ăn đường ruột nên bắt đầu sớm trong vòng 48 giờ đầu nhập viện. Sự thay đổi tính thấm do mất tính toàn vẹn của ruột xuất hiện vài giờ sau tổn thương, gây ra thẩm lậu vi khuẩn, làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn hệ thống, rối loạn chức năng đa cơ quan.

Trong số những người bệnh được nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch, có 36 người chiếm tỷ lệ 76,6% được nuôi dưỡng bằng các dịch nuôi dưỡng đơn phân. Số lượng đối tượng nghiên cứu được nuôi dưỡng bằng Hai ngăn + đơn phân và túi 3 ngăn chiếm tỉ lệ thấp hơn (8,5%). Tỷ lệ nhỏ ĐTNC được nuôi dưỡng bằng túi ba ngăn và dịch đơn phân. Lý giải cho việc truyền các đơn phân, thường là protein chiếm tỷ lệ cao nhất, có nguyên nhân chính: kê dịch truyền đậm có thể là chỉ định quen thuộc của các bác sĩ lâm sàng tại đây khi nhận thấy TTDD của người bệnh kém đi, tình trạng phù tăng lên và chỉ số albumin hạ xuống hoặc bác sĩ dinh dưỡng khi thấy lượng protein qua khẩu phần

ăn đường tiêu hóa không cung cấp đủ nhu cầu được tính toán cho từng người bệnh.¹⁰ Việc điều trị bằng chế độ ăn cân đối nên được thực hiện cho người bệnh có tình trạng hồi sức nặng thay vì việc điều trị đơn thuần bằng truyền protein qua tĩnh mạch cho người bệnh vì sự chuyển hóa thường không giúp hồi phục lại khối cơ đã mất.

Trong nhóm đối tượng người bệnh, có thể thấy nhóm được bổ sung 2 loại vi chất có tỷ lệ cao nhất chiếm tỷ lệ 43,8%, nhóm được nuôi dưỡng 1 loại vi chất chiếm tỷ lệ thấp hơn 32,85%, nhóm không được nuôi dưỡng vi chất chiếm tỷ lệ thấp nhất 23,4%. Vitamin và các chất khoáng đóng vai trò rất quan trọng đối với chuyển hóa trong cơ thể. Các vitamin nhóm B tham gia vào CoEnzym của chuỗi vận chuyển Oxy, chuyển hóa tinh bột. Kẽm là coenzym của một số men như ADN và ARN polymerase, cũng như carbonic anhydrase của hồng cầu... Có thể thấy hầu hết người bệnh nhập khoa ICU trong quá trình nuôi dưỡng đã không đáp ứng đủ nhu cầu về vi chất dinh dưỡng, và chưa được bổ sung thêm vitamin, khoáng chất. Vi chất dinh dưỡng vẫn chưa được quan tâm trong nuôi dưỡng người bệnh ICU. Một vài vi chất dinh dưỡng bị thiếu hụt trầm trọng trong suốt quá trình đáp ứng viêm và khó phát hiện do đó bổ sung vi chất dinh dưỡng liều cơ bản hàng ngày được cho là an toàn và nên dùng ở người bệnh nặng giúp duy trì chuyển hóa dưỡng chất nhằm dự phòng sự thiếu hụt. Các dịch truyền dinh dưỡng tĩnh mạch hiện nay gần như không chứa hoặc hàm lượng rất ít các vi chất dinh dưỡng vì vậy cần được bổ sung thêm trên người bệnh có nuôi dưỡng hồi sức.^{1,11}

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Quá trình nuôi dưỡng bệnh nhân tại khoa Hồi sức trong 7 ngày đầu cho thấy còn đạt mức năng lượng và protein khá thấp cho người bệnh nặng. Nuôi dưỡng đường tiêu hóa được khởi

động sớm trong đa số nhóm đối tượng nghiên cứu, tuy nhiên tỷ lệ truyền dịch nuôi dưỡng tĩnh mạch bổ sung với dịch đơn phân còn cao. Khuyến nghị đảm bảo mức năng lượng và protein cho người bệnh nặng và tối ưu hoá cung cấp dinh dưỡng bằng đường tiêu hoá cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Singer P, Blaser AR, Berger MM, Calder PC, Casaer M, Hiesmayr M, Mayer K, Montejo-Gonzalez JC, Pichard C, Preiser JC, Szczeklik W, van Zanten ARH, Bischoff SC. ESPEN practical and partially revised guideline: Clinical nutrition in the intensive care unit. *Clin Nutr*. 2023 Sep; 42(9): 1671-1689.
2. Lưu Ngân Tâm. Hướng Dẫn Dinh Dưỡng Trong Điều Trị Bệnh Nhân Nặng. Nhà xuất bản Y học; 2019.
3. Robinson MK. Pathophysiology of Critical Illness and Role of Nutrition. *Nutr Clin Pract*. 2019 Feb; 34(1): 12-22. doi: 10.1002/ncp.10232. Epub 2018 Dec 23.
4. Cahill NE, Murch L, Cook D, Heyland DK; Canadian Critical Care Trials Group. (2014). Improving the provision of enteral nutrition in the intensive care unit: a description of a multifaceted intervention tailored to overcome local barriers. *Nutr Clin Pract*; 29(1): 110-7.
- 5 Allard J, SPchwenger KJP, Kiu A, AlAli M, Alhaneaee A, Fischer SE, Comparison of bioelectrical impedance analysis, mass index, and waist circumference in assessing risk for non-alcoholic steatohepatitis. *Nutrition*. 2022 Jan; 93: 111491.
6. Phạm Thị Diệp, and Phạm Duy Tường. Nguy cơ dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở người bệnh nhập khoa hồi sức tích cực, Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp năm 2020. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2021; 142 (6): 126-132
7. Alberda C, Gramlich L, Jones N, et al. The relationship between nutritional intake and clinical outcomes in critically ill patients: Results of an international multicenter observational study. *Intensive Care Med*. 2019; 35: 1728–1737.
8. Nguyễn Hữu Hoan. Tình trạng dinh dưỡng và thực trạng nuôi dưỡng bệnh nhân tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai năm 2015. Luận văn Thạc sỹ Dinh dưỡng. Trường Đại học Y Hà Nội. 2016
9. Nguyễn Thị Trang. Tình trạng dinh dưỡng và thực trạng dinh nuôi dưỡng người bệnh tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Lão Khoa Trung Ương năm 2017. Luận văn Thạc sỹ Dinh dưỡng. Trường Đại học Y Hà Nội. 2018.
10. Nguyễn Phương Thảo. Tình trạng dinh dưỡng và chế độ nuôi dưỡng của người bệnh thở máy tại khoa hồi sức tích cực chống độc bệnh viện đa khoa Đống Đa năm 2019. Khóa luận Cử nhân Dinh dưỡng. Trường Đại học Y Hà Nội. 2019.
11. Kreymann KG, Berger MM, Deutz NEP, et al. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Intensive care. *Clinical Nutrition*. 2020. ;25(2):210-223. doi:10.1016/j.clnu.2016.01.02.

Summary

CURRENT ALIMENTATION FOR CRITICALLY ILL PATIENTS DURING THE FIRST 7 DAYS OF ADMISSION TO THE INTENSIVE CARE UNIT OF VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL IN 2024

This cross-sectional descriptive study was conducted to assess the alimentation of patients in the 7 days of admission to the Intensive Care Unit of Viet Duc University Hospital in 2024. Results: The energy provided to patients is often in low level in the first few days. Specifically, on the first day, 81.2% of patients were nourished with an energy level of less than 25 kcal/kg/day, and only 14.1% reached 25 - 30 kcal/kg/day. 93.8% of patients reached a protein level lower than 1.3 g/kg. Micronutrient supplementation was also performed usually, but only 43% reached sufficient amount of vitamins. Therefore, special care must be taken in nutritional interventions for critically ill patients in intensive care units in hospitals, ensuring adequate energy and protein supply, and optimizing enteral nutrition to reduce complications caused by energy deficiency.

Keywords: Alimentation, critically ill, nutritional status.