

nguy cơ mắc sâu răng giảm 0,64 lần những trẻ chỉ chải răng trong 2 phút

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Peterson P.E.** Continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. The World Oral Health Report. 2003;1-45.
2. **Trần Tân Tài.** Thực trạng bệnh sâu răng và hiệu quả của giải pháp can thiệp cộng đồng của học sinh tại một số trường Tiểu học ở Thừa Thiên Huế. Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Dược – Đại học Huế, 2016.
3. **Trần Thị Kim Thủy, Trịnh Đình Hải, Lê Thị Thu Hà.** Thực trạng sâu răng vĩnh viễn giai đoạn sớm và một số thói quen vệ sinh răng miệng ở học sinh 7-8 tuổi. Tạp chí Y học Việt Nam, 2019;474(2):103-107.
4. **Ngô Văn Toàn, Vũ Mạnh Tuấn.** Phương pháp nghiên cứu khoa học trong Răng Hàm Mặt. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam; 2021:47-60.
5. **Trịnh Đình Hải, Nguyễn Hồng Minh, Trần Cao Bính.** Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc năm 2019. Nhà xuất bản Y học Hà Nội. 2019; 24-25.
6. **Nguyễn Ngọc Nghĩa.** Nghiên cứu thực trạng và kiến thức, thái độ, thực hành về bệnh răng miệng của học sinh tiểu học tại huyện Văn Chấn, tỉnh Yên Bái năm 2009, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên. 2009;72-73.
7. **American Academy of Pediatric Dentistry.** Guideline on periodicity of examination, preventive dental services, anticipatory guidance/counseling, and oral treatment for infants, children, and adolescents. Pediatr Dent., 2013;37: 123-130.
8. **Shaghaghian S, Zeraatkar M.** Factors Affecting Oral Hygiene and Tooth Brushing in Preschool Children, Shiraz/Iran. J Dent Biomater. 2017;4(2): 394-402.
9. **Al-Mutawa S, Shyama M, Al-Duwairi Y, et al.** Oral hygiene status of Kuwaiti schoolchildren. East Mediterr Health J., 2011;17, 387-391.

HỖ TRỢ DINH DƯỠNG NHÂN TẠO TẠI NHÀ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ GIAI ĐOẠN CUỐI TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Lương Văn Đến¹, Nguyễn Ngọc Hoàn Mỹ Tiên^{1,2},
Thân Hà Ngọc Thế^{1,2}, Nguyễn Ngọc Bích², Phạm Duy Quang³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phần lớn bệnh nhân ung thư giai đoạn cuối và gia đình bắt đầu có nhu cầu cần hỗ trợ dinh dưỡng nhân tạo tại nhà khi đối diện với thực tế lượng thức ăn tiêu thụ qua đường miệng giảm sút. Hỗ trợ dinh dưỡng tại nhà hay rộng hơn là chăm sóc giảm nhẹ tại nhà giúp giảm tải cho hệ thống y tế, thực hiện được nguyện vọng của bệnh nhân muốn được chăm sóc, ra đi bên cạnh người thân. Nhu cầu và mô hình chăm sóc dinh dưỡng tại nhà ngày càng gia tăng và mở rộng ở các nước trên thế giới, tuy nhiên tại Việt Nam chưa được nghiên cứu rõ ràng dẫn đến việc thực hiện gặp nhiều khó khăn. **Mục tiêu:** Khảo sát nguyện vọng hỗ trợ dinh dưỡng tại nhà và yếu tố liên quan đến bệnh nhân cao tuổi bị ung thư giai đoạn cuối. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, tiến hành trên 160 người cao tuổi bệnh ung thư giai đoạn cuối điều trị tại khoa Lão-Chăm sóc giảm nhẹ chuẩn bị xuất viện tại bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh từ 12/2019 đến 05/2021. Chúng tôi thu thập các đặc điểm về dân số, nguyện

vọng hỗ trợ dinh dưỡng nhân tạo tại nhà và các yếu tố liên quan. **Kết quả:** Nguyên vọng được hỗ trợ dinh dưỡng nhân tạo tại nhà là 42,5%, trong đó có 47,5% bệnh nhân muốn được dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch. Nhu cầu dinh dưỡng nhân tạo tại nhà có liên quan đến những yếu tố liên quan như số bệnh đồng mắc (OR, 2,72; KTC95% 1,05-7,04, p = 0,031); biết tiền lượng sống (OR=2,66; p=0,004; KTC95% 1,33-5,34); khả năng tự chi trả chi phí y tế (OR=3,45; p=0,009; KTC95% 1,28-9,20); gánh nặng tài chính cho y tế (OR=3,74; p=0,005; KTC95% 1,40-9,96) và phương thức hỗ trợ dinh dưỡng (OR=2,76; p=0,002; KTC95% 1,41-5,38). **Kết luận:** Nhu cầu được hỗ trợ dinh dưỡng nhân tạo tại nhà đang gia tăng. Bên cạnh đó, cần quan tâm đến các đặc điểm bệnh nhân như bệnh đồng mắc, tiền lượng sống còn, khả năng tài chính và phương thức hỗ trợ dinh dưỡng cho bệnh nhân khi thiết lập dịch vụ chăm sóc, hỗ trợ dinh dưỡng nhân tạo tại nhà.

Từ khóa: dinh dưỡng nhân tạo tại nhà, chăm sóc giảm nhẹ, lão khoa, ung thư giai đoạn cuối.

SUMMARY

HOME ARTIFICIAL NUTRITION SUPPORT AND OTHER RELATED FACTORS AMONG GERIATRIC PATIENTS WITH END-STAGE CANCERS AT UNIVERSITY MEDICAL CENTER, HO CHI MINH CITY

Background: Most end-stage cancer patients and their families started decision-making when

¹Bệnh viện Đại Học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Đại Học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

³Trường Đại học Nguyễn Tất Thành

Chịu trách nhiệm chính: Lương Văn Đến

Email: den.lv@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.5.2024

Ngày duyệt bài: 25.6.2024

confronted with decreased food intake. Home-based care is more comprehensive and supportive for patients and their families, alleviating the burden on the healthcare system and realizing the patient's wish to be cared for at home. The demand for and models of home-based care is increasing worldwide, but in Vietnam, there needs to be more research, leading to difficulties in implementation. **Objectives:** to identify the desire for home artificial nutrition (HAN) care and related factors among elderly adults with end-stage cancers in the Geriatrics and Palliative care departments at the University Medical Center in Ho Chi Minh city (UMC HCMC). **Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 160 older adults (aged 60 years and above) with end-stage cancers in the Geriatrics and Palliative care department at the UMC HCMC from December 2019 to May 2021. We collected data on demography, the desire for HAN and related factors. **Results:** Our preliminary study indicated that 42.5% of community-dwelling older people prefer HAN when they become unable to achieve sufficient nutrition orally; approximately 47.5% of patients want to receive parenteral nutrition support. Factors independently associated with HAN included comorbidities (odds ratio [OR]=2.72; 95% confidence interval [CI] 1.05-7.04, $p = 0,031$); life expectancy (OR=2.66; $p=0.004$; 95% CI 1.33-5.34); able to pay for medical expenses (OR=3.45; $p=0.009$; 95% CI 1.28-9.20); financial burden (OR=3.74; $p=0.005$; 95% CI 1.40-9.96), and feeding methods (OR=2.76; $p=0.002$; 95% CI 1.41-5.38). **Conclusions:** The demand for HAN is increasing, and it is necessary to consider the patient's characteristics, such as comorbidities, life expectancy, financial ability and feeding methods when establishing a care plan, supporting home-based care for patients. **Keywords:** home artificial nutrition, palliative care, geriatrics, end-stage cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư là bệnh lý có nhu cầu cần được chăm sóc giảm nhẹ (CSGN) lần lượt đứng hàng đầu và thứ 2 tại các quốc gia có thu nhập cao và trung bình, dự đoán nhu cầu này tăng gấp đôi vào năm 2060.¹ Ngoài nhu cầu được chăm sóc nội trú, CSGN tại nhà giúp giảm tải cho hệ thống y tế, thực hiện ý nguyện của bệnh nhân được chăm sóc, ra đi thanh thản tại nhà bên cạnh người thân, và gia đình được trực tiếp chăm sóc mà không bị ràng buộc bởi các quy định trong bệnh viện. Một trong những đặc điểm về nuôi dưỡng ở bệnh nhân đang cần CSGN là giảm lượng thức ăn vào, và thường phải được nuôi dưỡng hỗ trợ để đảm bảo cung cấp đủ dinh dưỡng và nước cho cơ thể. Khi bệnh tiến triển, các triệu chứng thường nặng lên dẫn đến bệnh nhân thường mệt mỏi, yếu cơ và có rối loạn nuốt dẫn đến quá trình ăn uống gặp khó khăn, và điều này không những ảnh hưởng đến thể chất mà còn ở tinh thần bệnh nhân.² Trong khuyến cáo gần nhất của Hiệp hội Ung thư châu Âu

(European Society for Medical Oncology) cho người trưởng thành bị ung thư có tình trạng suy mòn, nhấn mạnh rằng càng gần về giai đoạn cuối đời thì nên càng ít sử dụng các phương thức dinh dưỡng can thiệp.³ Thật vậy, vai trò dinh dưỡng ngoài đường tiêu hóa và chỉ định can thiệp dinh dưỡng cho những bệnh nhân cần CSGN là vấn đề đang được tranh cãi của các bác sĩ lâm sàng cũng như nhân viên y tế làm trong lĩnh vực này vì những hạn chế về chứng cứ chứng tỏ lợi ích mà phương thức này mang lại khi chăm sóc cuối đời cho bệnh nhân cũng như những rào cản về pháp lý và đạo đức trong lĩnh vực CSGN.⁴ Bên cạnh đó, việc thiết lập hệ thống CSGN, bao gồm đội ngũ chuyên gia và các dịch vụ có sự khác nhau giữa các quốc gia, rất nhiều quốc gia trong đó có cả Việt Nam, CSGN mới ở giai đoạn đang phát triển, việc tiếp cận các dịch vụ chăm sóc, đặc biệt là khi bệnh nhân đã xuất viện đang rất hạn chế.¹ Chính vì thế, nhóm nghiên cứu tiến hành nghiên cứu để xác định nguyện vọng hỗ trợ dinh dưỡng nhân tạo tại nhà của người cao tuổi bệnh ung thư giai đoạn cuối để bước đầu làm rõ, đề xuất một số nghiên cứu can thiệp và khuyến cáo trên nhóm bệnh nhân này.

Mục tiêu nghiên cứu: *Khảo sát nguyện vọng hỗ trợ dinh dưỡng nhân tạo tại nhà cho người cao tuổi bị ung thư giai đoạn cuối tại khoa Lão-CSGN bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh (ĐHYD TPHCM) từ 2019-2021.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Tất cả người cao tuổi (≥ 60 tuổi) bệnh ung thư giai đoạn cuối điều trị nội trú tại khoa Lão-CSGN Bệnh viện ĐHYD TPHCM từ 12/2019 đến 05/2021.

Tiêu chuẩn chọn bệnh. Tất cả người cao tuổi (≥ 60 tuổi) điều trị nội trú chuẩn bị xuất viện tại khoa Lão-CSGN, được chẩn đoán ung thư giai đoạn cuối thể hiện trong hồ sơ bệnh án và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân có khó khăn trong giao tiếp do giảm thính lực, thị lực. Bệnh nhân đang có bệnh giai đoạn cấp tính hoặc bệnh nền nặng đang cần điều trị tích cực. Bệnh nhân có rối loạn nhận thức do bất kỳ nguyên nhân nào hoặc không thể trao đổi bằng tiếng Việt.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang, mô tả.

Cỡ mẫu: Sử dụng công thức ước lượng một tỉ lệ.

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

Trong đó: n: cỡ mẫu tối thiểu.

$Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ với nguy cơ sai lầm $\alpha = 0,05$ và khoảng tin cậy 95%.

p: Tỷ lệ cần CSGN tại nhà tại Khoa Ung bướu-CSGN, Bệnh viện Trung ương Huế, tác giả Phan Cảnh Duy là 81%.⁵ → chọn $p = 0,81$.

d: sai số cho phép, chọn $d = 0,07$.

Như vậy, cỡ mẫu tối thiểu là 120, dự trừ mất mẫu 10% trong quá trình xử lý số liệu, chúng tôi dự kiến đưa vào nghiên cứu là 132 bệnh nhân. Thực tế, nhóm nghiên cứu thu nhận được 160 bệnh nhân.

Phương pháp thu thập số liệu. Lấy mẫu thuận tiện cho tất cả bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn tại thời điểm nghiên cứu. Bệnh nhân được mời vào phòng riêng để đảm bảo tính riêng tư, tế nhị và tạo sự thoải mái khi chia sẻ nguyện vọng CSGN tại nhà. Nghiên cứu viên và chuyên viên tâm lý cùng trực tiếp phỏng vấn mặt đối mặt theo bộ câu hỏi đã soạn sẵn tại thời điểm bệnh nhân được bác sĩ điều trị chuẩn bị kế hoạch xuất viện.

Các biến số. Nghiên cứu sử dụng bộ câu hỏi được xây dựng dựa trên các nghiên cứu liên quan đã được chuẩn hóa. Bao gồm 3 phần: Phần 1 gồm các thông tin chung của bệnh nhân. Phần 2: Đặc điểm bệnh lý (chẩn đoán, thời gian mắc bệnh, bệnh đồng mắc, sự hiểu biết của họ về tình trạng bệnh, diễn biến bệnh, tiên lượng sống). Phần 3: Nguyện vọng hỗ trợ CSGN tại nhà. Biến số chính của nghiên cứu là nhu cầu dinh dưỡng và phương thức hỗ trợ dinh dưỡng. Bộ câu hỏi sau khi xây dựng được tiến hành khảo sát thử trên 30 bệnh nhân. Độ tin cậy của bộ câu hỏi Cronbach's alpha là 0,82.

Đánh giá hoạt động chức năng hàng ngày (ADL) với 6 thành phần: Ăn uống, đi vệ sinh, mặc quần áo, chăm sóc bản thân, đi lại và tắm rửa. Có suy giảm (1-6 điểm), không có suy giảm (0 điểm).

Tình trạng hoạt động được đánh giá bằng thang đo của Nhóm hợp tác ung thư phía Đông (Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG)), thang đo gồm 5 mức điểm từ 0-4, 0: hoàn toàn khỏe mạnh; 1: đi lại được, có thể làm việc nhẹ; 2: có thể tự chăm sóc nhưng không làm việc được, nằm giường <50% thời gian thức; 3: nằm giường >50% thời gian thức; 4: liệt giường hoàn toàn.

Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu sẽ được phân tích bằng phần mềm thống kê y học STATA 17.0. Thống kê mô tả dùng cho đặc điểm bệnh nhân, nguyện vọng hỗ trợ dinh dưỡng tại nhà. Kết quả biến định tính được trình bày dưới dạng tần suất, tỉ lệ. Kết quả biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình, độ lệch chuẩn.

Xác định mối liên quan: kiểm định chi bình phương (χ^2) hoặc kiểm định chính xác Fisher nếu tỉ lệ các ô có vọng trị < 5 là quá 20%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

Đạo đức nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu và chăm sóc sức khỏe bệnh nhân. Nghiên cứu được Hội đồng Khoa học và Hội đồng Y đức Trường ĐHYD TPHCM và Bệnh viện ĐHYD TPHCM chấp thuận thông qua. Tất cả bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều được thông báo mục đích và ký tên vào tờ đồng thuận, thông tin về bệnh nhân được bảo mật tuyệt đối.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=160)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Tuổi (Giá trị nhỏ nhất – lớn nhất)		72,6±8,2 (60 – 91)	
Nhóm tuổi	< 80	124	77,5
	≥ 80	36	22,5
Giới	Nam	89	55,6
	Nữ	71	44,4
Trình độ học vấn	< THPT	66	41,2
	≥ THPT	94	58,8
Tình trạng hôn nhân	Kết hôn	122	76,3
	Độc thân/Góa/Ly hôn	38	23,7
Người chăm sóc chính	Vợ/chồng	45	28,1
	Con/cháu	100	62,5
	Người chăm sóc có trả phí	4	2,5
	Khác (Họ hàng/Không có)	11	6,9
Khả năng tự chi trả chi phí y tế	Còn chặt vật	22	13,7
	Trang trải được	116	72,6
	Dư dả	22	13,7
Tự đánh giá gánh nặng tài chính cho y tế	Không thành vấn đề	23	14,4
	Chấp nhận được	92	57,5
	Tốn kém	45	28,1

Về đặc điểm dân số, tuổi trung bình là 72,6 ± 8,2 tuổi (60-91 tuổi). Bệnh nhân nam (55,6%) chiếm tỉ lệ nhiều hơn nữ. Trình độ học vấn chủ yếu từ trung học phổ thông (THPT) trở lên (58,8%). Về tình trạng hôn nhân, 76,3% người bệnh đã kết hôn. Người chăm sóc chính là con hoặc cháu (62,5%), tiếp đến là vợ/chồng (28,1%). Về tài chính, 72,6% bệnh nhân đánh giá tài chính trang trải được chi phí chăm sóc sức khỏe cho bản thân và 28,1% bệnh nhân gánh nặng tài chính cho y tế tốn kém, 57,5% cho rằng chi phí chấp nhận được.

Bảng 2. Đặc điểm bệnh lý của đối tượng

ngiên cứu (n=160)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Vị trí bệnh ung thư nguyên phát	Phổi	29	18,1
	Gan	29	18,1
	Đại trực tràng	28	17,5
	Tụy	17	10,6
	Dạ dày	15	9,4
	Vú, phụ khoa	10	6,3
	Tuyến tiền liệt	8	5,0
Thời gian mắc bệnh	Khác/Không xác định	24	15,0
	<12 tháng	85	53,1
	12-23 tháng	30	18,8
Số bệnh đồng mắc	≥24 tháng	45	28,1
	<3	138	86,2
Bệnh nhân biết chẩn đoán bệnh là ung thư	≥3	22	13,8
	Có	126	78,8
Bệnh nhân biết diễn biến bệnh ung thư	Không	34	21,2
	Có	86	53,8
Bệnh nhân biết tiên lượng thời gian sống	Không	74	46,2
	Có	97	60,6
ECOG	Không	63	39,4
	1	4	2,5
	2	29	18,1
	3	101	63,1
ADLs	4	26	16,3
	Có suy giảm (≥ 1 điểm)	147	91,9
ADLs	Không (0 điểm)	13	8,1

Về tỉ lệ mắc bệnh, ung thư phổi và gan chiếm tỉ lệ nhiều nhất (18,1%) tiếp đó là ung thư đại trực tràng 17,5%. 53,1% bệnh nhân có thời gian mắc bệnh là dưới 12 tháng, tiếp đó là 28,1% bệnh nhân có thời gian mắc bệnh từ 2 năm trở lên. Khi xét số lượng bệnh đồng mắc, có

86,2% bệnh nhân có dưới 3 bệnh đồng mắc, còn lại là từ 3 bệnh trở lên. Khi đánh giá ADL, có 91,9% bệnh nhân có suy giảm. Với thang điểm ECOG, thang điểm 3 chiếm tỉ lệ nhiều nhất (63,1%), nếu gộp số bệnh nhân có điểm ECOG từ 3 trở lên, thì tỉ lệ là 79,4%.

Bảng 3. Tình trạng dinh dưỡng và nguyện vọng hỗ trợ dinh dưỡng tại nhà của bệnh nhân (n=160)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
BMI (kg/m ²)	Thiếu năng lượng trường diễn (< 18,5)	45	28,1
	Bình thường (18,5-24,9)	79	49,4
	Béo phì (≥ 25)	36	22,5
Chán ăn	Có	43	26,9
	Không	117	73,1
Nhu cầu hỗ trợ dinh dưỡng tại nhà	Có	68	42,5
	Không	92	57,5
Phương thức hỗ trợ dinh dưỡng	Truyền dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch	76	47,5
	Ăn đường miệng tự nhiên có sử dụng sản phẩm dinh dưỡng hỗ trợ	60	37,5
	Đặt ống thông dạ dày nuôi ăn	24	15,0

Có 28,1% bệnh nhân bị thiếu năng lượng trường diễn (BMI < 18,5) và 22,5% bệnh nhân bị béo phì (BMI ≥ 25). 42,5% số bệnh nhân có nhu cầu dinh dưỡng nhân tạo tại nhà. Phần lớn mong muốn được truyền dinh dưỡng đường tĩnh mạch (47,5%), có 37,5% bệnh nhân muốn ăn bằng miệng có kèm các sản phẩm hỗ trợ dinh dưỡng, chỉ có 15,0% muốn đặt ống thông dạ dày nuôi ăn.

Bảng 4. Mối liên quan giữa nguyện vọng nuôi dưỡng nhân tạo và một số yếu tố liên quan

Đặc điểm		Nguyên vọng dinh dưỡng nhân tạo tại nhà				OR KTC95% **	p *
		Có		Không			
		n	%	n	%		
Giới	Nam	42	47,2	47	52,8	1,54 (0,81-2,94)	0,180
	Nữ	26	36,6	45	63,4		
Trình độ học vấn	< THPT	34	51,5	32	48,5	1,88 (0,98-3,59)	0,054
	≥ THPT	34	36,2	60	63,8		
BMI (kg/m²)	≥ 18,5	52	45,2	63	54,8	1,50 (0,73-3,07)	0,268
	< 18,5	16	35,6	29	64,4		
Thời gian mắc bệnh	≥ 12 tháng	33	44,0	42	56,0	1,12 (0,60-2,11)	0,719
	< 12 tháng	35	41,2	50	58,8		
Người chăm sóc chính	Vợ/chồng & con/cháu	62	42,8	83	57,2	1,12 (0,38-3,32)	0,838
	Khác	6	40,0	9	60,0		
Số bệnh đồng mắc	≥ 3	14	63,6	8	36,4	2,72 (1,05-7,04)	0,031

	< 3	54	39,1	84	60,8		
Vị trí ung thư nguyên phát	Khác	31	44,9	38	55,1	1,19 (0,63-2,25)	0,590
	Ung thư hóa + các cơ quan phụ (gan, tụy)	37	40,7	54	59,3		
Biết tiên lượng sống	Có	50	51,6	47	48,4	2,66 (1,33-5,34)	0,004
	Không	18	28,6	45	71,4		
ADL	Có suy giảm	63	42,9	84	57,1	1,20 (0,37-3,86)	0,759
	Không	5	38,5	8	61,5		
Biết chẩn đoán bệnh là ung thư	Không	18	52,9	16	47,1	1,71 (0,79-3,69)	0,167
	Có	50	39,7	76	60,3		
Biết diễn biến của bệnh	Không	37	50,0	37	50,0	1,77 (0,93-3,37)	0,076
	Có	31	36,0	55	64,0		
Khả năng tự chi trả chi phí y tế	Đủ khả năng	15	68,2	7	31,8	3,45 (1,28-9,20)	0,009
	Thiếu, phải xoay sở	53	38,4	85	61,6		
Tự đánh giá gánh nặng tài chính cho y tế	Không thành vấn đề	16	69,6	7	30,4	3,74 (1,40-9,96)	0,005
	Tốn kém + chấp nhận được	52	38,0	85	62,0		
Chán ăn	Có	20	46,5	23	53,5	1,25 (0,62-2,53)	0,535
	Không	48	41,0	69	59,0		
Phương thức hỗ trợ dinh dưỡng	Truyền dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch	42	55,3	34	44,7	2,76 (1,41-5,38)	0,002
	Khác	26	31,0	58	69,0		

Những bệnh nhân có từ 3 bệnh đồng mắc trở lên có nhu cầu hỗ trợ dinh dưỡng tại nhà gấp 2,72 lần những bệnh nhân dưới 3 bệnh đồng mắc (OR=2,72; p=0,031; KTC95% 1,05-7,04). Những bệnh nhân đủ khả năng tự chi trả chi phí y tế có nhu cầu dinh dưỡng tại nhà gấp 3,45 lần những bệnh nhân không có khả năng tự chi trả (OR=3,45; p=0,009; KTC95% 1,28-9,20). Những bệnh nhân biết tiên lượng sống có nhu cầu dinh dưỡng gấp 2,66 lần nhóm bệnh nhân không biết tiên lượng sống của bản thân (OR=2,66; p=0,004; KTC95% 1,33-5,34). Những bệnh nhân cho rằng chi phí cho y tế không thành vấn đề có nhu cầu dinh dưỡng gấp 3,74 lần nhóm bệnh nhân nhận thấy chi phí cho y tế tốn kém và chấp nhận được (OR=3,74; p=0,005; KTC95% 1,40-9,96). Những bệnh nhân muốn truyền dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch có nhu cầu hỗ trợ dinh dưỡng gấp 2,76 lần nhóm bệnh nhân muốn phương thức hỗ trợ dinh dưỡng khác (OR=2,76; p=0,002; KTC95% 1,41-5,38).

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình mẫu nghiên cứu là 72,6 ± 8,2 tương tự nghiên cứu của tác giả Junichi Furuya (73,6±11,1) tại bệnh viện đại học Tokyo, Nhật Bản.⁶ Qua đó cũng cho thấy phần nào xu hướng về dịch tễ học ung thư ở người cao tuổi Việt Nam. Các báo cáo thống kê gần đây của Việt Nam cho thấy mô hình dân số Việt Nam đang già đi.

Dịch tễ ung thư trong nghiên cứu chúng tôi với tỉ lệ ung thư phổi chiếm tỉ lệ cao nhất

**Phép kiểm Chi bình phương, **KTC: Khoảng tin cậy* (18,1%), tiếp đến là gan (18,1%), đại trực tràng 17,5% tương tự nghiên cứu Junichi Furuya tại Nhật Bản với đối tượng bệnh nhân mắc ung thư giai đoạn cuối đang điều trị CSGN ở đặc điểm loại ung thư phổi chiếm tỉ lệ cao nhất, trong nghiên cứu này là 19%, khác ở loại ung thư phổ biến tiếp theo là ung thư vùng đầu mặt cổ thay vì trong nghiên cứu của chúng tôi là ung thư gan. Kết quả cũng tương tự với thống kê của GLOBOCAN năm 2020, với ung thư phổi là loại ung thư có tỉ lệ mắc nhiều nhất. Nhưng có điểm khác biệt là trong nghiên cứu của chúng tôi khi tỉ lệ mắc ung thư gan đứng thứ 2 so với thứ 5 theo GLOBOCAN.^{6,7} Điều này phù hợp với tình hình dịch tễ tại Việt Nam, khi tỉ lệ mắc viêm gan siêu vi B, C mạn tính khá cao, những bệnh nhân này có nguy cơ tiến triển thành ung thư gan. Ung thư phổi và gan lần lượt đứng thứ 1 và thứ 3 là nguyên nhân gây tử vong ở bệnh nhân mắc ung thư. Bên cạnh đó, phần lớn bệnh nhân tại Việt Nam thường phát hiện ung thư ở giai đoạn muộn. Đối với 2 loại ung thư này, việc điều trị ở giai đoạn muộn về phương thức điều trị lần tiên lượng khá dè dặt dẫn đến nhu cầu cần được CSGN ở những bệnh nhân này khá lớn ở các đơn vị nội trú.

Kết quả nghiên cứu của Jayakrishnan T tại bang Kerala, Ấn Độ cho thấy có 65% số gia đình có vấn đề về tài chính. Chỉ có 56,5% số bệnh nhân chi trả được chi phí y tế từ tiền tiết kiệm của bản thân và gia đình, 39% phải vay mượn tiền bạc và có 4,5% phải bán đi các tài sản của

gia đình để chi trả cho các chi phí điều trị. Bởi vì chính phủ chưa thực hiện được chính sách bao phủ sức khỏe toàn dân (Universal Health Coverage – UHC) và khả năng sở hữu bảo hiểm y tế, các gia đình thường chi tiêu hết số tiền mà họ có trong lúc chữa trị cho các thành viên trong gia đình khi mắc bệnh. Trong nghiên cứu chúng tôi, chỉ 13,7% bệnh nhân tự đánh giá khả năng tài chính dư dả, có nghĩa là bệnh nhân tự chủ về khoản chi phí chi trả cho các dịch vụ y tế cho bản thân mà không phải vay mượn. Có 14,4% bệnh nhân không quan tâm đến mức chi phí dành cho y tế, còn lại cho rằng gánh nặng chi phí y tế chấp nhận được hoặc tốn kém (57,5% và 28,1%). Lý giải cho điều này, hầu hết bệnh nhân là người cao tuổi không còn lao động chính trong gia đình, tạo gánh nặng áp lực kinh tế. Bên cạnh đó, hiện tại các dịch vụ chăm sóc tại nhà tại Việt Nam chưa được đưa vào danh mục kỹ thuật được thanh toán bảo hiểm y tế, chính vì điều đó khi phân tích các yếu tố liên quan thì khả năng tự chi trả chi phí y tế (OR=3,45; p=0,009; KTC95% 1,28-9,20) và gánh nặng tài chính cho y tế (OR=3,74; p=0,005; KTC95% 1,40-9,96) là những yếu tố ảnh hưởng đến quyết định có nên cần nhân viên y tế đến để hỗ trợ dinh dưỡng về mặt chuyên môn lẫn hướng dẫn sử dụng các chế phẩm nhân tạo sử dụng kèm vì bệnh nhân lẫn người nhà không tự mình sử dụng được.⁸

Ngoài ra, những bệnh nhân có từ 3 bệnh đồng mắc trở lên có nhu cầu dinh dưỡng tại nhà gấp 2,72 lần những bệnh nhân dưới 3 bệnh đồng mắc (OR=2,72; p=0,031; KTC95% 1,05-7,04). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu tiến hành từ năm 2007 đến năm 2011 tại 6 bệnh viện và 2 bệnh viện trường đại học của Peter May tại Hoa Kỳ, cho thấy rằng bệnh nhân càng có nhiều bệnh đồng mắc thì nhu cầu tiếp cận dịch vụ và lợi ích của bệnh nhân khi được tham vấn chăm sóc bởi đội ngũ CSGN giúp cải thiện triệu chứng và hơn hết giúp giảm bớt chi phí y tế, nguy cơ tái nhập viện và cải thiện tiên lượng sống.⁹ Bên cạnh đó, kết quả nghiên cứu của Julian F. Guest và cộng sự tại Anh cho thấy nhóm bệnh nhân có bệnh đồng mắc thì bị suy dinh dưỡng nhiều hơn là nhóm không có, đặc biệt là nhóm bệnh nhân có các bệnh lý mãn tính. Trong phân tích dưới nhóm của nghiên cứu này, 37% bệnh nhân có bệnh đồng mắc đã phải nhận các phương thức dinh dưỡng can thiệp để cải thiện tình trạng suy dinh dưỡng.¹⁰

Cuối cùng, bệnh nhân có nguyện vọng được hỗ trợ dinh dưỡng khi ăn uống bằng đường miệng khó khăn hoặc, trong đó dinh dưỡng tĩnh mạch cao nhất (47,5%) thay vì qua đường tiêu

hóa như thông thường, chỉ 15,0% muốn đặt ống thông dạ dày nuôi ăn. Có thể đây là phương pháp ít xâm lấn, ít khó chịu nhất so với phương pháp còn lại. Gia đình luôn rất quan tâm, nhấn mạnh vai trò dinh dưỡng nhân tạo khi bệnh nhân không thể ăn uống được. Trong nghiên cứu của Paolo Cotogni (2020), hồi cứu trên 761 bệnh nhân ung thư được hỗ trợ dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch tại nhà cho thấy, nếu được bắt đầu dinh dưỡng tĩnh mạch đúng thời điểm và kèm các yếu tố thuận lợi (điểm tiên lượng Glasgow sửa đổi thấp, giá trị albumin máu...) có thể cải thiện thời gian sống còn gấp 4 lần so với nhóm không được can thiệp. Mặc dù việc cho ăn bằng ống có thể gia tăng nguy cơ hít sặc, tuy nhiên xét về lâu dài tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân vẫn cải thiện hơn là dinh dưỡng đường miệng như thông thường. Hay một số bác sĩ lâm sàng lo ngại việc bắt đầu dinh dưỡng tĩnh mạch dẫn đến một số biến chứng (nhiễm trùng, cục máu đông...) thì nghiên cứu cũng chỉ ra rằng, với sự tham gia của bác sĩ, điều dưỡng và chuyên gia dinh dưỡng cùng tham gia, hướng dẫn người chăm sóc đúng cách thì có thể hạn chế thấp nhất các biến chứng có thể xảy ra, lợi ích cho phương thức nuôi dưỡng này mang lại vẫn nhiều hơn các nguy cơ các biến chứng nghiêm trọng có thể xảy ra theo thời gian.¹¹

Hạn chế của nghiên cứu: Kết quả của nghiên cứu chỉ thực hiện tại một đơn vị điều trị chuyên khoa tại một thời điểm nên không thể đưa ra kết luận cho toàn bộ cộng đồng.

V. KẾT LUẬN

Nhu cầu được hỗ trợ dinh dưỡng nhân tạo tại nhà đang gia tăng ở bệnh nhân người cao tuổi có bệnh lý ung thư ở giai đoạn cuối để cải thiện tình trạng dinh dưỡng. Khi tiến hành thiết lập dịch vụ chăm sóc, hỗ trợ dinh dưỡng nhân tạo tại nhà cần quan tâm đến các đặc điểm như bệnh đồng mắc, tiên lượng sống còn, phương pháp nuôi dưỡng và khả năng chi trả tài chính của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Connor S.** Global Atlas of Palliative Care 2nd Edition. Worldwide Palliative Care Alliance; 2020.
2. **Gandy J, Elridge L, Power J, eds.** Palliative care and terminal illness. In: Manual of Dietetic Practice. 5th edition. Wiley-Blackwell; 2014.
3. **Arends J, Strasser F, Gonella S, et al.** Cancer cachexia in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines☆. ESMO Open. 2021;6(3):100092. doi:10.1016/j.esmoop.2021.100092
4. **Balstad TR, Løhre ET, Thoresen L, et al.** Parenteral Nutrition in Advanced Cancer: The Healthcare Providers' Perspective. Oncol Ther. 2022; 10(1):211-223. doi:10.1007/s40487-022-00189-1

5. Phan Cảnh Duy, Nguyễn Minh Hành, Nguyễn Dư Quyền, Huỳnh Thị Minh Châu, Lê Hồ Xuân Thịnh, Mai Xuân Hào. Nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ tại nhà và ứng dụng công nghệ thông tin vào quá trình chăm sóc cho bệnh nhân ung thư tại Khoa Ung bướu-Chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Trung ương Huế cơ sở II. Journal of Clinical Medicine- Hue Central Hospital. 2020; (65):89-95. doi:10.38103/jcmhch.2020.65.13
6. Furuya J, Suzuki H, Hidaka R, et al. Factors affecting the oral health of inpatients with advanced cancer in palliative care. Support Care Cancer. 2022;30(2): 1463-1471. doi:10.1007/s00520-021-06547-5
7. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2021;71(3): 209-249. doi:10.3322/caac.21660
8. Thayyil J, Cherumanalil J. Assessment of Status of Patients Receiving Palliative Home Care and Services Provided in a Rural Area—Kerala, India. Indian journal of palliative care. 2012;18:213-218. doi:10.4103/0973-1075.105693
9. May P, Garrido MM, Cassel JB, et al. Palliative Care Teams' Cost-Saving Effect Is Larger For Cancer Patients With Higher Numbers Of Comorbidities. Health Aff (Millwood). 2016;35(1): 44-53. doi:10.1377/hlthaff.2015.0752
10. Guest JF, Panca M, Baeyens JP, et al. Health economic impact of managing patients following a community-based diagnosis of malnutrition in the UK. Clin Nutr. 2011;30(4):422-429. doi:10.1016/j.clnu.2011.02.002

ĐẶC ĐIỂM PHÂN BỐ VÀ KHÁNG KHÁNG SINH CỦA VI KHUẨN ELIZABETHKINGIA MENINGOSEPTICA PHÂN LẬP TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103 GIAI ĐOẠN 2014-2022

Hoàng Xuân Quảng¹, Hà Thị Thu Vân¹, Nguyễn Văn An¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định đặc điểm phân bố và tính kháng kháng sinh của vi khuẩn Elizabethkingia meningoseptica tại Bệnh viện Quân y 103 giai đoạn 2014 – 2022. **Đối tượng và phương pháp:** Đây là một nghiên cứu cắt ngang. Đối tượng nghiên cứu là các chủng E. meningoseptica gây bệnh phân lập được trong giai đoạn 2014-2022. **Kết quả:** Có 38 chủng E. meningoseptica phân lập được trong giai đoạn nghiên cứu. Trong đó, 60,53% số chủng phân lập được ở nhóm người bệnh từ 60 tuổi trở lên, cao nhất trong các nhóm tuổi. E. meningoseptica phân lập được ở nam giới (78,95%) cao gấp gần 4 lần ở nữ giới (21,05%). E. meningoseptica phân lập được nhiều nhất ở bệnh phẩm hô hấp (55,26%) và tại trung tâm Hồi sức cấp cứu (chiếm 73,68%), không có chủng nào phân lập được ở các khoa ngoại. E. meningoseptica có tỉ lệ kháng rất cao (96,3%-100,0%) với các kháng sinh phổ rộng như ceftazidime, cefepime, imipenem, meropenem. E. meningoseptica nhạy cảm với trimethoprim/ sulfamethoxazole (53,33%), fluoroquinolones (ciprofloxacin: 32,26%, levofloxacin: 37,93%). **Kết luận:** E. meningosepticum kháng cao với hầu hết các kháng sinh được thử nghiệm, chỉ còn một số chủng nhạy cảm với một số kháng sinh. Điều này cho thấy cần phải thực hiện các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn để giảm tỉ lệ kháng kháng sinh của E. meningosepticum góp phần nhằm nâng cao hiệu quả điều trị cho người bệnh.

Từ khóa: Elizabethkingia meningoseptica; kháng kháng sinh, Bệnh viện Quân y 103

SUMMARY

DISTRIBUTION AND ANTIBIOTIC RESISTANCE CHARACTERISTICS OF ELIZABETHKINGIA MENINGOSEPTICA ISOLATED AT MILITARY HOSPITAL 103 FROM 2014 TO 2022

Objectives: determine distribution and antibiotic resistance characteristics of Elizabethkingia meningoseptica isolated at Military Hospital 103 from 2014 to 2022. **Subjects and methods:** This was a cross-sectional study. The subjects of the study were E. meningoseptica strains isolated at Military Hospital 103 from 2014 to 2022. **Results:** There were 38 E. meningoseptica strains isolated during the study period. Of which, 60.53% of all strains isolated were in the age group 60 years and older, the highest among other age groups. The rate of E. meningoseptica strains isolated in males (78.95%) was approximately four times higher than that in females (21.05%). E. meningoseptica was most commonly isolated in respiratory specimens (55.26%) and at the ICU (73.68%), no strains were isolated from surgical departments. E. meningoseptica strains were highly resistant (96.3%-100,0%) to most broad-spectrum antibiotics such as ceftazidime, cefepime, imipenem, and meropenem. E. meningoseptica was most susceptible to trimethoprim/ sulfamethoxazole (53.33%), and fluoroquinolones (ciprofloxacin: 32.26%, levofloxacin: 37.93%). **Conclusion:** E. meningoseptica was highly resistant to most tested antibiotics. This study suggested the need for implementing infection control measures to reduce the antibiotic resistance rate of E. meningoseptica to improving the effectiveness of

¹Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Xuân Quảng
Email: hoangquang1011@gmail.com
Ngày nhận bài: 11.4.2024
Ngày phản biện khoa học: 15.5.2024
Ngày duyệt bài: 27.6.2024