

Bệnh cán bộ cao cấp, sau khi khảo sát tuân thủ điều trị theo thang điểm GMAS, là thang điểm có độ tin cậy cao, đã được dịch thuật qua nhiều thứ tiếng, chúng tôi nhận được kết quả khá cao GMAS=32,12 ± 1,45. Đây là số điểm mà rất nhiều trung tâm tim mạch trong nước và quốc tế muốn hướng đến, có thể do đối tượng điều trị tại khoa là cán bộ và được sự tư vấn rất nhiệt tình của đội ngũ nhân viên y tế tại đây. Vì vậy những kiến thức như khi gặp tác dụng phụ, nhớ uống thuốc, mang theo thuốc khi đi công tác... thường được bệnh nhân tuân thủ rất cao. Tuy nhiên một số vấn đề vẫn gặp phải ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị như gặp khó khăn vì thuốc đắt tiền 2,19 ± 0,89, quên uống thuốc vì gặp bệnh nặng hơn 2,29 ± 0,28.

Theo khuyến cáo của hội tim mạch Châu Âu năm 2021 thì NT- ProBNP được coi là một tiêu chí để chẩn đoán và theo dõi tiến triển của suy tim. Sự tuân thủ điều trị cao sẽ làm tiến triển của bệnh tốt hơn hoặc ổn định hơn, điều đó thể hiện qua mối tương quan giữa chỉ số NT- Pro BNP. Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận được kết quả bệnh nhân càng tuân thủ điều trị thì NT- ProBNP càng thấp, với mối tương quan mức độ vừa, r: -0,45, p<0,05.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân tuân thủ điều trị sẽ làm tình trạng suy tim mạn tính ổn định và tiến triển tốt hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2023), "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị suy tim mạn tính".
2. **Nguyễn Hữu Duy** (2019), Phân tích thực trạng sử dụng thuốc, kiến thức và hành vi tự chăm sóc của bệnh nhân suy tim tâm thu trong chương trình quản lý suy tim ngoại trú tại Bệnh viện Tim Hà Nội, Đại học Dược Hà Nội.
3. **Nguyễn Ngọc Huyền** (2011), Factors related to self-care behaviors among older adults with heart failure in Thai Nguyen General Hospital, Vietnam, M.N.S. (Nursing Science), Burapha University
4. **ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2016**, European Heart Journal (2016) 37, 2129–2200
5. **Son Youn-Jung, Won Mi Hwa** (2018), "Psychometric Validation of the Korean Version of the 9-Item European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale", Evaluation & the Health Professions, 0(0), pp. 0163278718817946
6. **Vellone E., Jaarsma T., et al.** (2014), "The European Heart Failure Self-care Behaviour Scale: new insights into factorial structure, reliability, precision and scoring procedure", Patient Educ Couns, 94(1), pp. 97-102
7. **Koberich S., Glattacker M., et al.** (2013), "Validity and reliability of the German version of the 9-item European Heart Failure Self-care Behaviour Scale", Eur J Cardiovasc Nurs, 12(2), pp. 150-8

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG TRƯỚC VÀ SAU PHẪU THUẬT CỦA NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC NĂM 2023

Chu Thị Trang¹, Đỗ Tất Thành¹,
Trịnh Thị Thanh Bình¹, Nguyễn Trần Thị Linh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân trước và sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng điều trị tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 86 bệnh nhân ung thư đại trực tràng tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 5/2023-3/2024. **Kết quả:** Tỷ lệ SDD bệnh nhân trước và sau phẫu thuật theo BMI lần lượt là 24.42% và 37.21% sự khác biệt biệt có ý nghĩa thống kê p<0.05, nguy cơ SDD theo PG-SGA trước và sau phẫu thuật lần là 73.26% và 83.72% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê

p<0.05. Tỷ lệ sụt cân <10% chiếm tỷ lệ 45.35%, sụt cân ≥10% 3.49%. **Kết luận:** Đánh giá TTDD là bắt buộc trước khi đưa ra chế độ can thiệp dinh dưỡng.

Từ khóa: suy dinh dưỡng, ung thư đại trực tràng, PG-SGA, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

SUMMARY

NUTRITIONAL STATUS BEFORE AND POST-SURGERY OF PATIENTS SURGED FOR COLECTAL CANCER AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL IN 2023

Objective: Assess the nutritional status of patients before and after colorectal cancer surgery treated at Viet Duc Friendship Hospital. **Methods:** Cross-sectional descriptive study was conducted on 86 colorectal cancer patients at Viet Duc Friendship Hospital from May 2023 to March 2024. **Results:** The rate of malnutrition in patients before surgery according to BMI was 24.42% after surgery. The difference was statistically significant p<0.05, the risk

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Chu Thị Trang

Email: chutranghmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2024

Ngày duyệt bài: 25.6.2024

of malnutrition according to PG-SGA before surgery was 73.26% after surgery. is 83.72% statistically significant difference $p < 0.05$. The rate of weight loss $< 10\%$ accounts for 45.35%, weight loss $\geq 10\%$ accounts for 3.49%. **Conclusion:** Evaluating nutritional status is mandatory before introducing a nutritional intervention regimen.

Keywords: Malnutrition, colorectal cancer, PG SGA, Viet Duc University Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là một trong những bệnh ung thư phổ biến trên thế giới. Theo Tổ chức nghiên cứu ung thư GLOBOCAL năm 2018, trong 5 loại ung thư phổ biến nhất trên thế giới có ung thư đại tràng (UTĐT) đứng thứ ba chiếm 1,8 triệu trường hợp (10,2%) với tỷ lệ tử vong đứng thứ 2 (9,2%), trong tất cả các loại ung thư[1]. Còn tại Việt Nam, theo số liệu WHO 2018, ung thư đại trực tràng là ung thư phổ biến hàng thứ 5 sau ung thư gan, phổi, dạ dày, vú. Các nghiên cứu cho thấy tình trạng suy dinh dưỡng (SDD) ở bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa chiếm tỷ cao 33.87%[2]. Do đó chúng tôi làm nghiên cứu đánh giá tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân phẫu thuật ung thư đại trực tràng trước và sau phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Đối tượng nghiên cứu tuổi từ 18 tuổi trở lên.

Tất cả đối tượng nghiên cứu phẫu thuật ung thư đại trực tràng (UTĐT) có chuẩn bị.

Kết quả giải phẫu bệnh chẩn đoán ung thư đại trực tràng (UTĐTT)

Đối tượng nghiên cứu có hồ sơ bệnh án lưu trữ đầy đủ tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.

Đối tượng nghiên cứu được giải thích đầy đủ và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ 05/2023-03/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

Biến số nghiên cứu và chỉ tiêu đánh giá:

Chỉ số khối cơ thể BMI (Body Mass Index- Chỉ số khối cơ thể).

(Cách tính BMI=Cân nặng (kg): (Chiều cao x Chiều cao (m))

Ngưỡng đánh giá BMI dựa theo phân loại của WHO [3]

Phân loại	BMI (kg/m ²)
<18,5	Thiếu năng lượng trường diễn
18,5 – 24,9	Bình thường
$\geq 25,0$	Thừa cân/Béo phì

Đánh giá nguy cơ SDD bằng bộ công cụ PG-SGA

PG- SGA A: Không có nguy cơ SDD.

PG- SGA B: SDD nhẹ hoặc có nguy cơ SDD vừa

PG- SGA C: SDD nặng hoặc nguy cơ SDD nặng.

Quản lý và phân tích số liệu: Nhập số liệu trên EPIDATA; phân tích số liệu bằng phần mềm STATA 13.0.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành sau khi được Hội đồng thẩm định nghiên cứu khoa học của bệnh viện thông qua. Các số liệu nghiên cứu được bảo quản chặt chẽ, chỉ phục vụ cho công tác nghiên cứu khoa học, viết báo cáo.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thông tin chung trước phẫu thuật về đối tượng

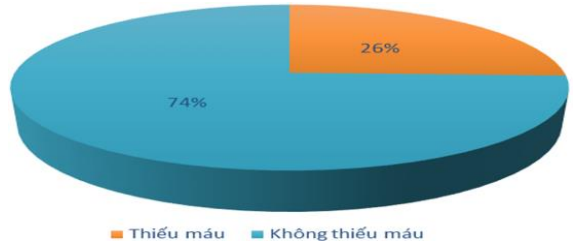
STT	Biến số	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
1	Giới	Nam	40	46.51
		Nữ	46	53.49
2	Tuổi	18-39 tuổi	1	1.16
		40-59 tuổi	25	29.07
		≥ 60 tuổi	60	69.77
		Trung bình	64.14 \pm 9.08	

Nhận xét: Nghiên cứu được tiến hành trên 86 bệnh nhân: 40 nam và 46 nữ. Tuổi trung bình là 64,1 \pm 9,08 tuổi. Nhóm tuổi trên 60 tuổi chiếm đa số 69.7%.

Bảng 2 Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

	Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Vị trí ung thư	UTĐT	57	66.28
	UTTT	29	33.72
Giai đoạn ung thư	Giai đoạn I	27	31.40
	Giai đoạn II	30	34.88
	Giai đoạn III	20	23.26
	Giai đoạn IV	9	10.47

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân UTĐT trong nghiên cứu cao nhất là 66.28%, tiếp đến là ung thư trực tràng (UTTT) với 33.72%, Đa phần bệnh nhân được phát hiện ở giai đoạn II và III chiếm 34.88% và 23.26%.



Hình 1. Tình trạng thiếu máu trước sau phẫu thuật của bệnh nhân theo nồng độ hemoglobin

Nhận xét: Tình trạng thiếu máu trước phẫu thuật là 26% sau phẫu thuật là 74%.

Bảng 3. Tình trạng sụt cân của bệnh nhân trước phẫu thuật so với cân nặng trước đó 6 tháng

% sụt cân	n(%)
Không giảm	44(51.16%)
<10%	39(45.35%)
≥10%	3(3.49%)

Nhận xét: Trước phẫu thuật 6 tháng có 48.84% bệnh nhân sụt cân trong đó: 45.35% bệnh nhân có sụt <10% cân nặng, 3.49% bệnh nhân có sụt ≥10% cân nặng. Có 51.6% bệnh nhân không sụt cân.

Bảng 3. Tình trạng dinh dưỡng trước và sau phẫu thuật

Tình trạng dinh dưỡng		Trước phẫu thuật (%)	Sau phẫu thuật (%)	P
PG SGA	PG SGA A	23(26.74)	14(16.28)	0.000
	PG SGA B	43(60.47)	52(60.47)	
	PG SGA C	11(12.79)	20(23.25)	
BMI (kg/m ²)	BMI < 18.5	21(24.42)	32(37.21)	0.001
	18.5 ≤ BMI < 25	61(70.93)	54(62.79)	
	BMI ≥ 25	4(4.65)	0	

Nhận xét: Tỷ lệ PG-SGA A trước phẫu thuật (26.74%) sau phẫu thuật, tỉ lệ này giảm 16.28%. Tỷ lệ nguy cơ SDD PG-SGA B và C mức độ trung bình và nặng trước phẫu thuật là 73.26%, sau phẫu thuật tỉ lệ này tăng lên chiếm 83.72% có ý nghĩa thống kê p<0.05.

BMI <18.5 trước phẫu thuật chiếm tỷ lệ 24.42% và sau phẫu thuật tăng lên 37.21% có ý nghĩa thống kê p<0.05.

Bảng 4. Một số chỉ số nhân trắc trước và sau phẫu thuật 7 ngày

Các chỉ số	Trước Phẫu Thuật	Sau Phẫu Thuật	P
Cân nặng	53.95	49.67	0.0004
BMI (kg/m ²)	21.21	19.58	0.0004

Nhận xét: Xét một số chỉ số nhân trắc trước và sau phẫu thuật ta thấy, cân nặng và BMI trước phẫu thuật đều cao hơn so với sau phẫu thuật. Cân nặng trung bình của bệnh nhân trước phẫu thuật và sau phẫu thuật tương ứng là 53.95 kg và 49,67 kg. BMI trung bình của bệnh nhân sau phẫu thuật cũng giảm đi so với trước phẫu thuật, lần lượt là 21.21 kg/m² và 19.58 kg/m². Sự khác biệt trung bình của các chỉ số trước và sau phẫu thuật là có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho kết quả tỉ lệ nữ giới cao hơn

53.49% so với nam giới là 46.51% tương tự nghiên cứu của Brown và CS trên những bệnh nhân UTĐTT trước mổ có tỉ lệ nam giới thấp hơn nữ giới (47,3% so với 52,7%) [4]. Về độ tuổi: kết quả nghiên cứu cho thấy độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 64.14±9.08 trong đó bệnh nhân có độ tuổi ≥60 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là 69.77%.

Về vị trí, UTĐT chiếm 66.82%, UTTT chiếm tỷ lệ 33.72%. Kết quả này tương tự so với nghiên cứu của Barbosa và Cs, tỉ lệ bệnh nhân UTTT, chiếm 33,3%[5]. Đa phần bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn III, IV. Điều này có thể lý giải do ung thư là một bệnh tiến triển âm thầm, các triệu chứng thường không điển hình và rất mờ nhạt nên khi bệnh nhân đi khám thì các triệu chứng đã nặng gây khó chịu nên bệnh thường ở giai đoạn muộn.

Tỉ lệ bệnh nhân thiếu máu trước phẫu thuật là 25.58%. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Ngô Thị Linh 27.2%[6]. Mặc dù tỉ lệ thiếu máu có sự khác nhau giữa các nghiên cứu nhưng nhìn chung ở hầu hết các nghiên cứu thì người bệnh ung thư bị thiếu máu là khá cao.

Phần trăm sụt cân trước phẫu thuật được coi là chỉ số tiên lượng tỉ lệ tử vong, biến chứng sau phẫu thuật cũng như chi phí và thời gian nằm viện. Tỉ lệ sụt cân chiếm tới 48.84%, trong đó sụt cân ≥10% chiếm 3.49%. So sánh với nghiên cứu của Lương Đức Dũng trên những bệnh nhân phẫu thuật tiêu hóa tại bệnh viện Bạch Mai, tỉ lệ sụt cân thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi. Tỉ lệ sụt cân chung cỡ những bệnh nhân tiêu hóa là 37,5%. Trong đó tình trạng sụt cân >10% chiếm lần lượt là 8,9% [7]. Kết quả này được lý giải là do đối tượng của chúng tôi là bệnh nhân ung thư nên tỉ lệ sụt cân cao hơn đối với nghiên cứu của Lương Đức Dũng trên những bệnh nhân mổ tiêu hóa nói chung

Theo đánh giá TTDD PG SGA, trước phẫu thuật tỉ lệ bệnh nhân nguy cơ SDD mức độ vừa và nặng là 62.79%, sau phẫu thuật nguy cơ SDD tăng lên là 83.73%. Kết quả của chúng tôi tương tự với nghiên cứu Ngô Thị Linh tỉ lệ bệnh nhân có nguy cơ SDD trước phẫu thuật là 56,8%, nguy cơ SDD theo PG-SGA sau phẫu thuật là 85,6% [6]. Như vậy tỉ lệ nguy cơ SDD ở bệnh nhân sau mổ UTĐTT tăng lên nhiều so với trước phẫu thuật. Bệnh nhân có tình trạng giảm cân sau phẫu thuật, khẩu phần ăn sau phẫu thuật giảm đi nhiều so với trước phẫu thuật, bệnh nhân bị giới hạn hoặc giảm hoạt động chức năng, tăng mức chuyển hóa. Đó là những yếu tố ảnh hưởng nhiều đến đánh giá PG- SGA của bệnh nhân sau phẫu thuật, dẫn đến tỉ lệ bệnh nhân có nguy cơ

SDD theo đánh giá PG-SGA (PG-SGA B, PG-SGAC) tăng cao sau phẫu thuật. Tỷ lệ bệnh nhân suy dinh dưỡng có BMI dưới 18,5 trước phẫu thuật chiếm tỷ lệ 24% sau phẫu thuật là 37.21%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với kết quả điều tra về tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân nằm viện tại khoa Ngoại của bệnh viện Bạch Mai năm 2013 của Chu Thị Tuyết (39,2% so với 33,9%)[2]. Sự chênh lệch này có thể giải thích được là do đối tượng nghiên cứu là tất cả các bệnh nhân phẫu thuật ống tiêu hóa, các bệnh lý dạ dày, thực quản, ruột non, nên tỷ lệ SDD sẽ cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, cân nặng trung bình của bệnh nhân trước phẫu thuật là 53.95kg, sau phẫu thuật 7 ngày cân nặng của bệnh nhân giảm xuống còn 49.67kg. Trung bình cân nặng giảm đi 4.28 kg sau 7 ngày phẫu thuật. Sụt cân sau phẫu thuật có thể do lượng dịch, máu mất trong quá trình phẫu thuật, nuôi dưỡng sau phẫu thuật chưa đủ NCKN. Beattie và CS nghiên cứu trên những bệnh nhân phẫu thuật (chủ yếu là phẫu thuật đường tiêu hóa) cho thấy, sau 2 tuần phẫu thuật cân nặng của bệnh nhân giảm 4,21kg[8]. Sụt cân sau phẫu thuật tiếp diễn với sụt cân đã xảy ra trước phẫu thuật sẽ càng làm tăng mức độ sụt cân của bệnh nhân, gây ra những ảnh hưởng bất lợi cho bệnh nhân. Hơn nữa phẫu thuật là một stress gây nên hàng loạt các phản ứng tăng dị hóa chất béo, glucogen, protein để đáp ứng nhu cầu cơ thể khi bệnh nhân suy dinh dưỡng bị nhịn đói sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Đánh giá TTDD là bắt buộc trước khi đưa ra

chế độ can thiệp dinh dưỡng. Việc chỉ định chế độ dinh dưỡng vào hồ sơ bệnh án nên được coi trọng như chỉ định thuốc để thấy được tầm quan trọng và để bệnh nhân tuân thủ chế độ ăn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A.** Global cancer statistics 2018:GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(6):394-424. doi:10.3322/caac.21492
2. **Chu Thị Tuyết ĐTKL.** Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân trước phẫu thuật ổ bụng - tiêu hoá tại Khoa ngoại Bệnh viện Bạch Mai năm 2013. *Tạp Chí Học Dự Phòng.* Tập XXIV(số 8 (157) 2014):52
3. **World Health Organization** (2000). *Obesity: Preventing and managing the Global epidemic: report on a WHO Consultation.* Geneva.
4. **Brown S.C., Abraham J.S., Walsh S., et al.** (1991). Risk factors an operative mortality in surgery for colorectal cancer. *Ann R Coll Surg Engl,* 73(5), 269–272.
5. **Barbosa L.R.L.S., Lacerda-Filho A., and Barbosa L.C.L.S.** (2014). Immediate preoperative nutritional status of patients with colorectal cancer: a warning. *Arq Gastroenterol,* 51(4), 331–336.
6. **Ngô Thị Linh.** Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân phẫu thuật đường tiêu hóa tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức năm 2019, Luận văn thạc sỹ học, Trường Đại Học Y Hà Nội.
7. **Lương Đức Dũng.** Thực trạng dinh dưỡng của bệnh nhân phẫu thuật ổ bụng đường tiêu hóa tại khoa ngoại bệnh viện Bạch Mai 6 tháng đầu năm 2013, Luận văn thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
8. **Beattie A.H., Prach A.T., Baxter J.P., et al.** (2000). A randomised controlled trial evaluating the use of enteral nutritional supplements postoperatively in malnourished surgical patients. *Gut,* 46(6), 813–818.

THỰC TRẠNG STRESS CỦA ĐIỀU DƯỠNG VIÊN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HẢI DƯƠNG NĂM 2022

Nguyễn Thị Thu Hương¹, Hoàng Thị Vinh²

Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương trong khoảng thời gian từ 16/5/2022 – 16/6/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ stress chung của của điều dưỡng viên là 74,3 %. Nhóm tác nhân có tỷ lệ stress cao nhất là tác nhân liên quan đến yếu tố chứng kiến cơn đau, sự phản kháng của người bệnh khi thực hiện thủ thuật, yếu tố gây áp lực cao nhất trong nhóm này là việc thực hiện thủ thuật xâm lấn gây đau cho người bệnh. Nhóm tác nhân gây tỷ lệ stress thấp nhất là tác nhân liên quan đến yếu tố hỗ trợ từ lãnh đạo và đồng nghiệp. **Kết luận:** Tỷ lệ stress của điều dưỡng viên ở mức độ khá

Từ khóa: Stress, điều dưỡng viên

SUMMARY

THE STATUS OF STRESS OF NURSING AT

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng stress ở điều dưỡng viên tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 140 điều dưỡng viên đang làm việc tại

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hương

Email: nguyenthuongdd73@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 13.5.2024

Ngày duyệt bài: 24.6.2024