

và giám sát hiệu quả từ phía gia đình và nhân viên y tế trong việc thực hành vệ sinh giấc ngủ của các sản phụ. Bên cạnh đó, lĩnh vực “Thói quen ăn uống kém trước khi ngủ” được thực hành tốt nhất liên quan đến thói quen ăn uống lành mạnh sau sinh của các sản phụ. Tuy nhiên, lĩnh vực “Lịch trình và thời gian ngủ” còn nhiều hạn chế trong thực hành liên quan đến việc ngủ trưa hoặc nghỉ ngơi trên giường hơn một giờ vào ban ngày do giờ ngủ gắn liền với các hoạt động và giờ ngủ của con. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy không có yếu tố nhân khẩu học nào liên quan đến thực hành vệ sinh giấc ngủ trên nhóm đối tượng nghiên cứu. Do đó, cần có những can thiệp về giáo dục và hỗ trợ thực hành vệ sinh giấc ngủ phù hợp nhằm nâng cao hơn thực hành vệ sinh giấc ngủ và cải thiện sức khỏe toàn diện ở nhóm sản phụ sau mổ lấy thai, chương trình có thể thiết kế và sử dụng cho chung các nhóm đối tượng có sự khác biệt về đặc điểm nhân khẩu học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alanazi, E. M., Alanazi, A. M. M., Albuhairey, A. H., & Alanazi, A. A. Sleep Hygiene Practices and Its Impact on Mental Health and Functional Performance Among Adults in Tabuk City: A Cross-Sectional Study. *Cureus*, 2023, 15(3). <https://doi.org/10.7759/cureus.36221>
2. Baumgartel, K., & Facco, F. An Integrative Review of the Sleep Experiences of Mothers of Hospitalized Preterm Infants. *Nursing for*

- Women's Health, 2018, 310–326. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2018.05.003>
3. Dhaliwal, S., Gehrman, P., Le, H.-N., Keller, J. M., & Sharkey, K. M. Sleep when the baby sleeps? The effect of daytime nap behaviors on postpartum depression severity: a stress buffering hypothesis. *Sleep Research Society*, 2023, A274–A275. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsad077.0625>
4. Doering, J. J. The physical and social environment of sleep in socioeconomically disadvantaged postpartum women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN*, 2013, E33–43. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01421.x>
5. Hunter, L. P., Rychnovsky, J. D., & Yount, S. M. A Selective Review of Maternal Sleep Characteristics in the Postpartum Period. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 2009, 60–68. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2008.00309.x>
6. Tsai, S.-Y., Lee, C.-N., Wu, W.-W., & Landis, C. A. Sleep Hygiene and Sleep Quality of Third-Trimester Pregnant Women. *Research in Nursing & Health*, 2015, 57–65. <https://doi.org/10.1002/nur.21705>
7. Tzeng, Y.-L., Chen, S.-L., Chen, C.-F., Wang, F.-C., & Kuo, S.-Y. Sleep Trajectories of Women Undergoing Elective Cesarean Section: Effects on Body Weight and Psychological Well-Being. *PLOS ONE*, 2015, 10(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0129094>
8. Yang, C.-M., Lin, S.-C., Hsu, S.-C., & Cheng, C.-P. Maladaptive Sleep Hygiene Practices in Good Sleepers and Patients with Insomnia. *Journal of Health Psychology*, 2010, 147–155. <https://doi.org/10.1177/1359105309346342>

TÌNH TRẠNG SUY DINH DƯỠNG VÀ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN BỆNH NHÂN SUY TIM MẠN TÍNH TẠI VIỆN TIM MẠCH QUỐC GIA VIỆT NAM

Trần Tuấn Việt^{1,2}, Bùi Văn Nhơn^{1,3}, Đỗ Thu Quyên¹,
Dương Thị Kim Luyến^{1,2}, Phan Đình Phong^{1,2}

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện nhằm mục đích đánh giá tình trạng và các yếu tố liên quan đến suy dinh dưỡng trên nhóm bệnh nhân suy tim mạn tính được điều trị tại Viện tim mạch quốc gia Việt Nam, từ đó tối ưu hoá chiến lược điều trị. **Kết quả:** Trong 108 bệnh nhân (Nam: 60.2%, Nữ: 39.8%) có độ tuổi trung bình là 62.06 ± 14.73, bệnh nhân đến từ thành thị với trình độ học vấn ở mức trung học cơ sở trở xuống chiếm

72.2%. Phần lớn đối tượng mắc bệnh từ 1 đến 3 năm chiếm 63.0%; trong đó, đối tượng có phân độ khó thở độ II theo NYHA chiếm tỷ lệ cao nhất (78.7%), phân độ tổng máu bão tồn (HFpEF ≥ 50%) chiếm đa số (75.9%). Tỷ lệ bệnh nhân không sử dụng thuốc điều trị suy tim chiếm tới 64.8%. Tăng huyết áp là bệnh lý đồng mắc chiếm tỷ lệ cao nhất (34.3%). Số bệnh nhân được chẩn đoán tình trạng suy dinh dưỡng được xác định bằng thang điểm Mini Nutritional Assessment (MNA) là 78,7%. Hơn một nửa số bệnh nhân không hoạt động thể chất (51.9%). **Kết luận:** Độ tuổi, giới tính, thời gian phát hiện bệnh, hoạt động thể chất và chỉ số phần suất tổng máu liên quan đến khả năng xuất hiện tình trạng suy dinh dưỡng trên bệnh nhân suy tim mạn tính ($p < 0.05$). Trong chiến lược điều trị cần có biện pháp can thiệp nhằm dự phòng tình trạng suy dinh dưỡng giúp giảm tiên lượng, giảm tỷ lệ tử vong và cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân suy tim mạn tính.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phan Đình Phong

Email: phong.vtm@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2024

Ngày duyệt bài: 11.9.2024

Từ khóa: Suy tim mạn tính, Suy dinh dưỡng, Thang điểm MNA.

SUMMARY

MALNUTRITION AND RELATED FACTORS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE AT VIETNAM NATIONAL HEART INSTITUTE

The study was conducted to evaluate the condition and factors related to malnutrition in a group of chronic heart failure patients treated at the Vietnam National Heart Institute, therefore the treatment strategy can be optimized. **Results:** Among 108 patients (Male: 60.2%, Female: 39.8%) the average age was 62.06 ± 14.73 years. Patients from urban areas with an education level of secondary school or less account for 72.2%. The majority of subjects had the disease for 1 to 3 years, accounting for 63.0%; Among them, subjects with difficulty breathing level II according to NYHA accounted for the highest proportion with 78.7%, with preserved ejection fraction (HFpEF $\geq 50\%$) accounting for the majority (75.9%). The proportion of subjects not using drugs to treat heart failure is up to 64.8%. Hypertension is the comorbidity with the highest rate (34.3%). Malnutrition was determined by the Mini Nutritional Assessment (MNA) score of 78.7%. Additionally, 51.8% of patients were physically inactive (51.9%). **Conclusion:** Age, gender, time of disease detection, physical activity and ejection fraction index are related to the possibility of malnutrition in chronic heart failure patients ($p < 0.05$). In the treatment strategy, it is necessary to have interventions to prevent malnutrition to help reduce prognosis, reduce mortality and improve quality of life of patients with chronic heart failure. **Keywords:** Chronic heart failure, Malnutrition, MNA scale.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là một bệnh lý phổ biến có tỷ lệ tử vong hàng đầu trong nhóm các bệnh lý tim mạch. Do vấn đề chưa tối ưu hoá điều trị, số người bệnh suy tim tiến triển thành suy tim mạn tính ngày càng tăng (khoảng 23 triệu bệnh nhân trên toàn thế giới).[1] Tại Việt Nam, hiện chưa có nghiên cứu chính thức nào được đưa ra chính xác về tỷ lệ người bệnh suy tim mạn tính nhưng khi nhưng xét theo tỷ lệ mắc bệnh trên thế giới và dân số Việt Nam, ước tính có khoảng 320.000 đến 1.6 triệu bệnh nhân được chẩn đoán suy tim mạn tính.[2] Việc tối ưu hoá điều trị trên bệnh nhân suy tim mạn tính phụ thuộc vào nhiều yếu tố, một trong những vấn đề cần phải chú ý là tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân.[10] Theo kết quả nghiên cứu A.Wawrzencyk và cộng sự, tỷ lệ suy dinh dưỡng (SDD) trên nhóm bệnh nhân suy tim mạn tính tương đối cao bao gồm suy dinh dưỡng mức độ nặng: 7.5%. và suy dinh dưỡng mức độ trung bình: 57.0%. Ngoài ra, nghiên cứu cũng đưa ra mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng và tiên lượng của suy tim mạn

tính tỷ lệ tử vong trên nhóm bệnh nhân suy tim mạn tính có suy dinh dưỡng gấp 2 – 10 lần nhóm suy tim mạn tính không có tình trạng này.[3] Theo các nghiên cứu từ 2010 đến 2015 tại các bệnh viện tuyến tỉnh và một số bệnh viện tuyến Trung ương như Bạch Mai, Chợ Rẫy, bệnh viện nhi Trung ương, tỷ lệ SDD của người bệnh nằm viện khoảng 40% - 50% theo thang đánh giá SGA. Một số trường hợp bệnh lý nặng như người bệnh phẫu thuật gan mật tụy, người bệnh ăn qua sonde dạ dày, tỷ lệ suy dinh dưỡng có thể chiếm tới 70%.[7] Do đó, chất lượng dinh dưỡng được coi là một trong những yếu tố đóng vai trò quan trọng trong việc ngăn ngừa và làm chậm tiến triển của các bệnh suy tim mạn tính. Tại Việt Nam, vấn đề tối ưu hoá điều trị suy tim mạn tính nói chung và tình trạng dinh dưỡng nói riêng chưa được chú trọng. Hiện tại, số lượng nghiên cứu liên quan đến tình trạng dinh dưỡng trên nhóm đối tượng này chưa nhiều. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Tình trạng suy dinh dưỡng và yếu tố liên quan trên bệnh nhân suy tim mạn tính tại viện tim mạch Quốc gia Việt Nam" với hai mục tiêu:

1. *Mô tả tình trạng suy dinh dưỡng trên nhóm bệnh nhân suy tim mạn tính.*
2. *Phân tích một số yếu tố liên quan đến tình trạng suy dinh dưỡng trên nhóm suy tim mạn tính trong quá trình điều trị.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh được chuẩn đoán suy tim mạn tính đang điều trị tại viện Tim Mạch - bệnh viện Bạch Mai đồng ý tham gia nghiên cứu, không có dị tật ảnh hưởng đến hình dáng cơ thể.

* **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được chẩn đoán suy tim mạn tính theo tiêu chuẩn chẩn đoán suy tim Framingham đang điều trị tại viện Tim mạch - Bệnh viện Bạch Mai, đồng ý tham gia nghiên cứu.

* **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, tình trạng tinh thần không ổn định, có các bệnh lý đồng mắc khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang.

* **Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** Viện tim mạch quốc gia Việt Nam - bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 05/2023 - 08/2023.

* **Cỡ mẫu nghiên cứu:** Áp dụng công thức tính mẫu ước lượng tỷ lệ quần thể với độ chính xác tuyệt đối để tính cỡ mẫu như sau:

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{p(1-p)}{e^2} = 107$$

Trong đó: n: là cỡ mẫu nghiên cứu.
 • $Z(1-\alpha/2) = 1,96$ là giá trị của hệ số giới hạn tin cậy ứng với $\alpha = 0,05$

- $e = 0.05$ độ chính xác tuyệt đối
- p là ước tính tỷ lệ hiện mắc (50% hoặc 0,5)

* **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện.

* **Thu thập số liệu:** Phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu, kết hợp đo đạc các thông số về nhân trắc học theo bộ công cụ đã xây dựng sẵn. Trên thực tế, sau khi phỏng vấn và làm sạch dữ liệu, chúng tôi thu được 108 người bệnh tham gia nghiên cứu.

* **Phương pháp đo lường đánh giá:** Tình trạng suy dinh dưỡng được đánh giá bằng thang đo đánh giá dinh dưỡng Mini - Nutritional Assessment (MNA) được phát triển bởi Nestle và cộng sự, với Cronbach's Alpha là 0.85.[4]

Các câu trả lời cho các câu hỏi tương ứng trong thang đo sẽ được điểm tương ứng với đáp án.

Tổng đánh giá (tối đa 30 điểm) = Đánh giá

(tối đa 16 điểm) + Điểm sàng lọc (tối đa 14 điểm)

• 24 đến 30 điểm: Tình trạng dinh dưỡng bình thường

- 17 đến 23.5 điểm: Có nguy cơ suy dinh dưỡng
- 0 đến 17 điểm: Suy dinh dưỡng

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20. Thống kê đơn biến sử dụng thống kê mô tả, tần suất, tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn. Do các biến liên tục đều phân bố chuẩn, để xác định mối liên quan giữa biến liên tục và biến phân loại, phương pháp thống kê sử dụng gồm có kiểm định Crosstab và hồi quy logistic. Các giả định của các phép kiểm này được kiểm tra nghiêm ngặt trước khi phân tích. Độ tin cậy các test sử dụng là 95%.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu được giải thích rõ ràng về mục đích, ý nghĩa của việc nghiên cứu và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu. Các thông tin thu thập được từ đối tượng nghiên cứu được giữ kín và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, cải thiện chất lượng điều trị.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		N	Tỉ lệ (%)
Giới	Nam	65	60.2
	Nữ	43	39.8
Tuổi (M ± SD)	62.06 ± 14.73		
Trình độ học vấn	Không biết chữ	11	10.2
	Tiểu học - THCS	67	62.0
	THPT	20	18.5
	Cao đẳng/ Đại học	10	9.3
Khu vực sinh sống	Thành thị	58	53.7
	Nông thôn	50	46.3
Hiện tại, đang sống với ai?	Sống một mình	0	0
	Sống với gia đình	108	100
Thời gian mắc bệnh	< 1 năm	28	25.9
	1 – 3 năm	68	63.0
	> 3 năm	12	11.1
Phân độ mức độ khó thở (NYHA)	Độ I	3	2.8
	Độ II	85	78.7
	Độ III	17	15.7
	Độ IV	3	2.8
Thuốc suy tim đang sử dụng	0 loại	70	64.8
	1 loại	9	8.3
	2 loại	16	14.8
	≥ 3 loại	13	12.0
Phân suất tổng máu (EF)	HFrEF (< 50%)	26	24.1
	HFpEF (≥ 50%)	82	75.9

Nghiên cứu trên 108 đối tượng cho thấy: Đa phần các bệnh nhân là nam giới chiếm 60.2% với độ tuổi trung bình là 62.06 ± 14.73. Hơn một nửa (53.7%) các đối tượng đến từ thành thị với

trình độ học vấn ở mức THCS trở xuống chiếm 72.2%. Phần lớn đối tượng mắc bệnh từ 1 đến 3 năm chiếm 63.0%; trong đó, đối tượng có phân độ khó thở độ II theo NYHA chiếm tỷ lệ cao nhất

với 78.7%, phân độ tổng máu bảo tồn (HFpEF ≥ 50%) chiếm phần lớn (75.9%). Tỷ lệ các đối tượng không sử dụng thuốc điều trị suy tim chiếm tới 64.8%.

Tăng huyết áp là bệnh lý đồng mắc chiếm tỷ lệ cao nhất (34.3%). Đái tháo đường, bệnh thận mạn tính và bệnh tim thiếu máu cục bộ cũng chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 21.3%, 17.6% và 19.4%. Trong đó, tỷ lệ bệnh lý đồng mắc thấp nhất là bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và đột quy với tỷ lệ lần lượt là 7.4% và 3.7%. Đặc điểm lối sống của đối tượng nghiên cứu: tỷ lệ bệnh nhân được chẩn đoán suy tim mạn tính đang sử dụng rượu/ bia là 50.0%. Hơn một nửa đối tượng không hoạt động thể chất (51.9%). Nhóm đối tượng trong nghiên cứu hút thuốc lá chiếm tỷ lệ 37%.

3.2. Tình trạng suy dinh dưỡng trên bệnh nhân suy tim mạn tính

Bảng 2. Tình trạng suy dinh dưỡng trên bệnh nhân suy tim mạn tính

Tình trạng dinh dưỡng	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Suy dinh dưỡng	85	78.7
Nguy cơ suy dinh dưỡng	23	21.3
Dinh dưỡng bình thường	0	0.0

Từ kết quả bảng 2 cho thấy, trong 108 bệnh nhân tham gia nghiên cứu có 85 đối tượng bị suy dinh dưỡng (78.7%), 23 đối tượng có nguy cơ suy dinh dưỡng (21.3%).

3.3. Yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của người bệnh suy tim mạn

Bảng 3. Yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của người bệnh suy tim mạn

Đặc điểm		Suy dinh dưỡng		Không suy dinh dưỡng		P	OR (CI 95%)
		N	%	N	%		
Giới tính	Nam	54	83.1	11	16.9	< 0.05	OR=1.9 1.15-3.21
	Nữ	31	72.1	12	27.9		
Tuổi (năm)	< 60	43	81.1	10	18.9	< 0.05	OR=1.3 1.53-3.07
	≥ 60	42	76.4	13	23.6		
Trình độ học vấn	Không biết chữ	11	100	0	0	> 0.05	OR=1.66 0.72-3.83
	Tiểu học - THCS	56	83.6	11	16.4		
	THPT	15	75	5	25		
	Cao đẳng/ Đại học	3	30	7	70		
Khu vực sinh sống	Thành thị	44	75.9	14	24.1	> 0.05	OR=0.69 0.27-1.77
	Nông thôn	41	82.0	9	18.0		
Thời gian mắc bệnh	1 năm	26	92.9	2	7.1	< 0.05	OR=9.29 1.47-58.5
	1-3 năm	52	76.5	16	23.5		
	>3 năm	7	58.3	5	41.7		
Bệnh lý đi kèm	0 bệnh lý	33	78.6	9	21.4	> 0.05	OR=1.54 0.51-4.67
	1 bệnh lý	19	70.4	8	29.6		
	2 bệnh lý	22	84.6	4	15.4		
	> 3 bệnh lý	11	84.6	2	15.4		
Uống rượu/ bia	Có	49	90.7	5	9.3	> 0.05	OR=0.2 0.07-0.61
	Không	36	66.7	18	33.3		
Hút thuốc	Có	37	92.5	3	7.5	> 0.05	OR=1.9 0.05-0.7
	Không	48	70.6	20	29.4		
Tập thể dục	Có	38	73.1	14	26.9	< 0.05	OR=1.92 1.03-3.17
	Không	47	83.9	9	16.1		
Phân độ mức độ khó thở (NYHA)	Độ I	2	66.7	1	33.3	> 0.05	OR=0.57 0.05-6.69
	Độ II	66	77.6	19	22.4		
	Độ III	14	82.4	3	17.6		
	Độ IV	3	100	0	0		
Thuốc suy tim đang sử dụng	0 loại	51	72.9	19	27.1	> 0.05	OR=0.38 0.08-1.84
	1 loại	7	77.8	2	22.		
	2 loại	14	87.5	2	12.5		
	≥ 3 loại	13	100	0	0		
Phân suất tổng máu (EF)	HFrEF (< 50%)	19	82.6	63	74.1	< 0.05	OR=2.1 1.51-3.24
	HFpEF (≥ 50%)	4	17.4	17	25.9		

Bảng 03 cho thấy sự khác biệt về tỷ lệ suy dinh dưỡng giữa các nhóm bệnh nhân suy tim mạn tính chia theo giới tính, nhóm tuổi, thời gian mắc bệnh, lối sống và phân suất tổng máu có sự

khác biệt mang ý nghĩa thống kê (p < 0.05). Không tìm thấy sự khác biệt về tỷ lệ suy dinh dưỡng giữa các nhóm bệnh nhân suy tim mạn tính chia theo trình độ học vấn, nơi

sống, bệnh lý đi kèm, mức độ NYHA và các thuốc điều trị ($p > 0.05$).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, đối tượng chủ yếu trong nghiên cứu là nam giới (60.2%); độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 62.06 ± 14.73 . Hầu hết đối tượng này đến từ thành thị (53.7%) và đa số đối tượng chỉ tốt nghiệp THCS trở xuống chiếm 72.2%. Trong nghiên cứu có 26 bệnh nhân được chẩn đoán suy tim phân tống máu giảm (24.1%). Khi so sánh với nghiên cứu của A Weidenhammer cho kết quả tương tự với tỷ lệ bệnh nhân suy tim mạn tính có phân suất tống máu giảm là 18.9%. [5] Lý giải cho điều này là do trong giai đoạn suy tim phân suất tống máu bảo tồn, bệnh nhân có triệu chứng của hội chứng suy tim khá đặc thù ví dụ như khó thở, giảm khả năng gắng sức. Nếu được phát hiện sớm và điều trị ở giai đoạn này tiên lượng bệnh và chất lượng cuộc sống bệnh nhân sẽ được cải thiện rõ rệt. Mặt khác, nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra tỷ lệ người bệnh bị suy dinh dưỡng chiếm 78.7% và 21.3% người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng. Tuy nhiên theo nghiên cứu do Đỗ Thị Hiền cho kết quả thấp hơn với tỷ lệ này là 56.3%. [6] Kết quả này cũng tương tự với một số nghiên cứu từ năm 2010 đến 2015 tại các bệnh viện tuyến tỉnh và một số bệnh viện trung ương như Chợ Rẫy, bệnh viện tim Hà Nội với tỷ lệ suy dinh dưỡng ở người bệnh suy tim mạn khoảng 40% - 50% (theo thang đánh giá dinh dưỡng SGA). [7] Từ đó cho thấy xu hướng tỷ lệ bệnh nhân suy tim mạn tính được chẩn đoán suy dinh dưỡng ngày càng gia tăng, điều này đặt ra vấn đề cần có những giải pháp hỗ trợ và can thiệp về dinh dưỡng kịp thời.

Khi đánh giá yếu tố liên quan đến tình trạng suy dinh dưỡng ở người bệnh suy tim mạn tính, chúng tôi nhận thấy tình trạng suy dinh dưỡng ở người bệnh suy tim mạn tính có sự khác biệt giữa hai nhóm nam và nữ ($p < 0.05$). Trong đó, nam giới có tỷ lệ suy dinh dưỡng cao hơn (83.1%) nhóm nữ (72.1%), với $p < 0.05$; $OR=1.9$ (CI 1.15 - 3.21). Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu được thực hiện bởi Barbosa và cộng sự (2022) cũng cho thấy sự khác biệt đáng kể về tình trạng dinh dưỡng giữa nam và nữ trong nhóm suy tim mạn tính với $p < 0.001$. [8] Điều này có thể giải thích rằng người bệnh nam thường có lối sống không lành mạnh ví dụ như sử dụng thực phẩm không tốt cho sức khỏe. Do đó, nhóm này có thể phải đối mặt với nguy cơ suy dinh dưỡng cao hơn so với nhóm bệnh nhân nữ. Thêm vào đó, với độ tuổi < 60

bệnh nhân có tỷ lệ suy dinh dưỡng cao hơn nhóm ≥ 60 , với $p < 0.05$, $OR=1.3$ (CI 1.53 - 3.07). Các nghiên cứu trước đây chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tuổi tác và tình trạng dinh dưỡng ở người bệnh suy tim mạn tính. Theo tìm hiểu của chúng tôi, nguyên nhân cho sự khác biệt này có thể là do người < 60 tuổi có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến dinh dưỡng (lối sống, công việc, rượu bia, hút thuốc) hơn người lớn tuổi (≥ 60 tuổi). Vì vậy, người dưới 60 tuổi sẽ có nguy cơ suy dinh dưỡng cao hơn người trên 60 tuổi.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, mối liên quan giữa thời gian phát hiện suy tim mạn tính và tỷ lệ bệnh nhân suy dinh dưỡng ($p < 0.05$). Phân tích hồi quy Logistic cho thấy, nhóm mắc bệnh < 1 năm có tỷ lệ suy dinh dưỡng là 92.9%, cao hơn nhóm mắc bệnh 1-3 năm và > 3 năm với tỷ lệ lần lượt là 76.5% và 58.3%. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hiền cho kết quả cao hơn với tỷ lệ nguy cơ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân suy tim từ 1 - 5 năm là 88.8%, cao hơn nhiều so với nhóm người bệnh bị suy tim từ 5 - 10 năm (4.4%) và bệnh nhân suy tim > 10 tuổi (6.8%). [6] Điều này có thể giải thích là do người bệnh mới mắc chưa có sự điều chỉnh chế độ ăn hợp lý nên dễ bị suy dinh dưỡng hơn so với người bệnh mắc bệnh lâu năm. Tuy nhiên, cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi tại viện tim mạch quốc gia cũng như bệnh viện 108 của tác giả Nguyễn Thị Hiền đều tương đối nhỏ. Vì vậy, cần có nghiên cứu quy mô lớn và đa trung tâm để kiểm định ảnh hưởng của thời gian mắc bệnh với tình trạng suy dinh dưỡng trên nhóm bệnh nhân suy tim mạn tính.

Trong nghiên cứu, nhóm đối tượng tham gia hoạt động thể chất có tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp hơn nhóm không hoạt động thể chất với tỷ lệ lần lượt là 73.1% và 83.9% ($p < 0.05$). Các nghiên cứu trước đây chưa đề cập tới sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa việc tập luyện và tình trạng suy dinh dưỡng ở người bệnh suy tim mạn tính. Thêm vào đó, nghiên cứu không tìm thấy mối liên quan giữa hút thuốc/rượu và tỷ lệ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân suy tim mạn tính. Có mối liên quan giữa phân loại suy tim theo phân tống máu và tình trạng suy dinh dưỡng ở người bệnh suy tim mạn tính ($p < 0.05$). Trong đó, tỷ lệ suy dinh dưỡng ở người bệnh suy tim phân suất tống máu giảm (82.6%) cao hơn so với bệnh nhân suy tim phân suất tống máu bảo tồn (74.1%). Điều này rất có ý nghĩa bởi vì nghiên cứu của Ziling được thực hiện trên hơn 4000 người bệnh (2021), cho thấy người bệnh có chức năng tâm

thu thất trái < 40% có nguy cơ tử vong liên quan đến suy dinh dưỡng cao hơn so với những người bệnh có chức năng tâm thu thất trái \geq 40%.[9] Do đó, bệnh nhân suy tim mạn tính được chẩn đoán với HFrEF có nguy cơ suy dinh dưỡng cao hơn so với bệnh nhân khác.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, người bệnh suy tim mạn tính có tỷ lệ suy dinh dưỡng tương đối cao (78.7%). Có mối liên quan giữa giới tính, tuổi tác, thời gian phát hiện bệnh, hoạt động thể chất và phân suất tổng máu với tình trạng suy dinh dưỡng. Do đó, cần tập trung hỗ trợ và can thiệp kịp thời nhằm dự phòng xu hướng suy dinh dưỡng, cải thiện tình trạng dinh dưỡng giúp nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh, đặc biệt là nhóm người bệnh suy tim mạn tính đang ở giai đoạn bệnh sớm hoặc được chẩn đoán với HFrEF.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **McCullough PA, Philbin EF, Spertus JA, et al.** Confirmation of a heart failure epidemic: findings from the Resource Utilization Among Congestive Heart Failure (REACH) study. *J Am Coll Cardiol.* 2002;39(1): 60-69. doi: 10.1016/s0735-1097(01)01700-4
2. **Phạm Nguyễn Vinh và các cộng sự** (2008). Khuyến cáo 2008 về các bệnh lý tim mạch và chuyển hóa, Khuyến cáo 2008 của Hội tim mạch học Việt Nam về chẩn đoán, điều trị suy tim, Nhà xuất bản y học, thành phố Hồ Chí Minh, tr.438-450.
3. **Wawrzęczyk A, Anaszewicz M, Wawrzęczyk A, Budzyński J.** Clinical significance of nutritional status in patients with chronic heart failure-a systematic review. *Heart*

- Fail Rev. 2019;24(5):671-700. doi:10.1007/s10741-019-09793-2
4. **Volkert D, Saeglit C, Gueldenzoph H, Sieber CC, Stehle P.** Undiagnosed malnutrition and nutrition-related problems in geriatric patients. *J Nutr Health Aging.* 2010;14(5):387-392. doi:10.1007/s12603-010-0085-y
 5. **A Wooden Hammer, S Plus Mueller, G Spinka, G Goliash, H Arfsten, N Pavo, M Huelsmann, P Bartko,** Malnutrition in patients with chronic heart failure, *European Heart Journal, Volume 43, Issue Supplement_2, October 2022, ehac544.1056, https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac544.1056*
 6. **Nguyen Thi Hien, et al.** (2022). Tình trạng bệnh nhân suy tim điều trị nội trú tại khoa Tim mạch, Bệnh viện quân đội 108 năm 2022. *Tạp chí Y dược lâm sàng* 108, 15, tr 22-27
 7. **Phạm Thu Hương, Nguyễn Thị Lam, Nguyễn Thị Bích Ngọc, et al.** (2006), Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh nhập viện khoa tiêu hóa và nội tiết Bệnh viện Bạch Mai, *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm số 3+4* (2006), 85-91.
 8. **Barbosa JS, Souza MFC, Costa JO, et al.** Assessment of Malnutrition in Heart Failure and Its Relationship with Clinical Problems in Brazilian Health Services. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(16):10090. Published 2022 Aug 15. doi:10.3390/ijerph191610090
 9. **Mai Z, Huang Z, Lai W, Li H, Wang B, Huang S, Shi Y, Yu S, Hu Q, Liu J, Zhang L, Liu Y, Chen J, Liang Y, Zhong S and Chen S** (2021). Association of Malnutrition, Left Ventricular Ejection Fraction Category, and Mortality in Patients Undergoing Coronary Angiography: A Cohort With 45,826 Patients. *Front. Nutr.* 8:740746. doi: 10.3389/fnut.2021.740746
 10. **Esteban-Fernández A, Villar-Taibo R, Alejo M, et al.** Diagnosis and Management of Malnutrition in Patients with Heart Failure. *J Clin Med.* 2023;12(9):3320. Published 2023 May 6. doi:10.3390/jcm12093320

SO SÁNH KẾT QUẢ CỦA PHƯƠNG PHÁP THỰC HIỆN MIỆNG NỔ TRONG VÀ NGOÀI KHOANG BỤNG TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG

Ung Văn Việt¹, Lê Minh Triết¹, Trần Thanh Sang¹, Trần Đức Huy¹,
Lê Trung Kiên¹, Lê Trịnh Ngọc An¹, Phạm Ngọc Trường Vinh¹

TÓM TẮT

Tổng quan: Nghiên cứu này được thực hiện để so sánh kết quả sớm (thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, số hạch nạo vét được, tỉ lệ tai biến, biến chứng,

phục hồi sau phẫu thuật...) và kết quả lâu dài (tỉ lệ tái phát, di căn xa...) giữa hai kỹ thuật thực hiện miệng nổ đại tràng trong và ngoài khoang bụng trong phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại tràng. **Phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu. Có 94 trường hợp phẫu thuật cắt đại tràng triệt căn điều trị ung thư từ 01/2021 đến 08/2022, chia làm hai nhóm: thực hiện miệng nổ trong khoang bụng (n=45) và thực hiện miệng nổ ngoài khoang bụng (n=49). Kết quả sớm về thời gian phẫu thuật, thời gian thực hiện miệng nổ, lượng máu mất, số hạch nạo vét được, tỉ lệ tai biến, biến chứng, thời gian nằm viện, thời gian phục hồi nhu động ruột, kết quả lâu dài về mặt ung thư được

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Ung Văn Việt

Email: viet.uv@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 27.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.8.2024

Ngày duyệt bài: 6.9.2024