

5. T. Đ. P. Trần et al., "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và mô bệnh học ở bệnh nhân ung thư đại trực tràng tại khoa Ngoại tiêu hóa-Bệnh viện Chợ Rẫy," (in vi), 2025.
6. N. H. Nhung, V. C. Danh, V. T. Hân, M. V. Nguyễn, and N. T. Mến, "Khảo sát một số yếu tố nguy cơ ung thư đại - trực tràng ở bệnh nhân nội soi đại tràng toàn bộ tại Hải Dương năm 2024," (in vi), Tạp chí Y học Việt Nam, vol. 549, no. 2, pp. 131-133, 04/28 2025.
7. J. Szostek, M. Serafin, M. Mąka, B. Jabłońska, and S. Mrowiec, "Right-Sided Versus Left-Sided Colon Cancer-A 5-Year Single-Center Observational Study," (in eng), Cancers (Basel), vol. 17, no. 3, Feb 5 2025.
8. P. H. Đ. Nghi, Đ. Đ. Minh, N. N. Bình, N. P. Duy, B. T. Nhi, and L. T. K. Thoa, "Đặc điểm lâm sàng, sự nảy chồi u và mô bệnh học của ung thư biểu mô đại-trực tràng tại bệnh viện ung bướu cần thơ và bệnh viện Đại học Y dược Cần Thơ năm 2022-2023," (in VI), J Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, no. 71, pp. 89-95, 2024.

## THỰC TRẠNG CHĂM SÓC NUÔI DƯỠNG NGƯỜI BỆNH VIÊM TỤY CẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Hoàng Nam<sup>1,2</sup>, Nguyễn Hoàng Thanh<sup>1</sup>, Ngô Đức Ngọc<sup>3</sup>,  
Nguyễn Thị Thắm<sup>2</sup>, Phạm Quang Huy<sup>2</sup>, Trần Đức Phong<sup>2</sup>,  
Phạm Xuân Ngọc<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Nga<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Thu Hương<sup>2</sup>,  
Bùi Đức Thuận<sup>2</sup>, Vũ Hồng Ngọc<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá thực trạng chăm sóc và nuôi dưỡng người bệnh viêm tụy cấp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 113 người bệnh VTC điều trị nội trú từ 8/2024–7/2025. **Kết quả:** Nam giới chiếm 78,8%, tuổi trung bình  $49,9 \pm 13,2$  tuổi, nguyên nhân VTC do tăng triglycerid (54,9%). Người bệnh có nguy cơ SDD theo mNUTRIC 15,9%, theo BMI 8,9%. Phần lớn người bệnh được bắt đầu nuôi dưỡng  $\leq 48$  giờ kể từ khi nhập viện (83,2%), trong đó 41,6% dưới 24h. Nhóm được nuôi dưỡng trở lại sớm qua đường tiêu hóa ( $<3$  ngày) có thời gian nằm viện ngắn hơn đáng kể so với nhóm nuôi dưỡng muộn ( $7,9 \pm 3,2$  so với  $12,7 \pm 4,8$  ngày;  $p < 0,05$ ). Năng lượng thực tế 10 ngày đầu thấp hơn khuyến cáo. **Kết luận:** Nguy cơ suy dinh dưỡng ở người bệnh VTC cao. Nuôi dưỡng sớm qua đường tiêu hóa giúp rút ngắn thời gian nằm viện. Tổng mức cung cấp năng lượng-đạm chưa đạt yêu cầu, cần sàng lọc và can thiệp dinh dưỡng sớm, phù hợp. **Từ khóa:** Suy dinh dưỡng; Viêm tụy cấp; Thang điểm mNUTRIC; Dinh dưỡng

### SUMMARY

#### CURRENT STATUS OF NUTRITIONAL CARE FOR PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

**Objective:** To evaluate the current status of care

and nutrition for patients with acute pancreatitis at Hanoi Medical University Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 113 inpatients with AP from August 2024 to July 2025. **Results:** Male patients accounted for 78.8% of cases, with a mean age of  $49.9 \pm 13.2$  years. Hypertriglyceridaemia was the most common aetiology (54.9%). Malnutrition risk was identified in 15.9% of patients by the mNUTRIC score and in 8.9% by BMI. Nutritional support was initiated within 48 hours of admission in 83.2% of patients, including 41.6% who received it within the first 24 hours. Early resumption of enteral feeding ( $<3$  days) was associated with a significantly shorter hospital stay compared with delayed feeding ( $7.9 \pm 3.2$  days vs  $12.7 \pm 4.8$  days;  $p < 0.05$ ). Actual caloric delivery during the first 10 days was below guideline-recommended targets. **Conclusions:** Patients with acute pancreatitis are at a high risk of malnutrition. Early enteral nutrition shortens hospital length of stay. Total energy and protein delivery remains below recommended targets. Timely, appropriate nutritional screening and intervention are therefore essential. **Keywords:** Malnutrition; Acute pancreatitis; mNUTRIC; Nutrition

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp (VTC) là một bệnh lý có diễn biến phức tạp, dễ tái phát, có thể có những biến chứng nặng nề ảnh hưởng lớn tới sức khỏe thậm chí tử vong [1]. Ở những ca VTC trung bình hoặc nặng việc điều trị, chăm sóc người bệnh VTC đòi hỏi sự kết hợp chặt chẽ giữa phương pháp điều trị nội, ngoại khoa, giảm đau, can thiệp dinh dưỡng. Việc chăm sóc, nuôi dưỡng và theo dõi trong quá trình điều trị là một công việc vô cùng quan trọng của điều dưỡng góp phần nâng cao hiệu quả điều trị, giảm bớt biến chứng, rút ngắn thời gian nằm viện, giảm chi phí điều trị đem lại sự hài lòng của người bệnh VTC. Can thiệp dinh

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Nam

Email: hoangnamhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.8.2025

Ngày duyệt bài: 2.10.2025

dưỡng sớm giúp làm giảm thiểu thời gian nằm viện cũng như chi phí điều trị của người bệnh. Hiện nay các quan điểm đồng thuận của chuyên ngành cho rằng nên cho ăn sớm sau 24 giờ kể từ khi nhập viện ở những ca VTC nặng [2], [3]. Dinh dưỡng đường ruột được ưu tiên hơn đường tĩnh mạch do ít biến chứng hơn và dinh dưỡng sớm đường ruột cho thấy giảm tỷ lệ tử vong tại bệnh viện đối với các trường hợp nhẹ và nặng [4].

Tại Việt Nam, nghiên cứu của Nguyễn Thu Minh thực hiện tại Khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Bạch Mai cho thấy phương pháp nuôi dưỡng thời điểm đó chưa cung cấp đủ năng lượng theo khuyến cáo của ESPEN [5]. Theo nghiên cứu của Trần Minh Anh tại Khoa Cấp cứu Hồi sức chống độc Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn, trong khoảng 3 ngày đầu sau nhập viện, người bệnh VTC chủ yếu được nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch, sau đó kết hợp nuôi dưỡng đường tiêu hóa (<72h); phác đồ này có kết quả cho thấy giảm thời gian nằm viện của người bệnh [6]. Bệnh viện Đại học Y Hà Nội là bệnh viện đa chuyên khoa, nơi tiếp nhận rất nhiều người bệnh VTC vào điều trị với các mức độ nặng nhẹ khác nhau. Các nghiên cứu tại bệnh viện về VTC chủ yếu về lâm sàng, đặc điểm cận lâm sàng hoặc nguyên nhân dẫn đến VTC chưa có nghiên cứu nào đánh giá về hoạt động chăm sóc, nuôi dưỡng trên người bệnh VTC. Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "*Thực trạng chăm sóc nuôi dưỡng người bệnh viêm tụy cấp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội*".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Có 113 người bệnh được chẩn đoán VTC điều trị nội trú tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 08/2024 đến tháng 07/2025.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Người bệnh trên 18 tuổi được chẩn đoán VTC theo Atlanta 2012 [7]. Có đầy đủ thông tin trên hồ sơ bệnh án (Thông tin hành chính của người bệnh, thông tin đánh giá tình trạng dinh dưỡng, chế độ nuôi dưỡng...). Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Ung thư tụy. Phụ nữ có thai và cho con bú. Đối tượng gù vẹo cột sống do chỉ số chiều cao và BMI sẽ không chính

xác. VTC sau phẫu thuật. Đối tượng không tình tảo không thu thập được số liệu.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

**Địa điểm và thời gian:** Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, từ tháng 08/2024 đến tháng 07/2025.

**Cỡ mẫu và cách chọn mẫu:** Cỡ mẫu chọn toàn bộ (tất cả các người bệnh đủ tiêu chuẩn được lựa chọn trong thời gian nghiên cứu). Cách chọn mẫu: Áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện theo trình tự thời gian, không phân biệt giới tính.

**Chỉ số nghiên cứu:** Đặc điểm chung: Tuổi, giới, nguyên nhân VTC, Phân độ VTC theo Atlanta. Tình trạng dinh dưỡng: Phân loại nguy cơ dinh dưỡng theo BMI và mNUTRIC. Trong đó nguy cơ dinh dưỡng cao gồm mNUTRIC ≥ 5 điểm và BMI < 18. Tình trạng nuôi dưỡng: Thời điểm bắt đầu nuôi dưỡng; Đường nuôi dưỡng. Đánh giá khẩu phần ăn: Năng lượng cung cấp từ protein, lipid, glucid theo khẩu phần 24h trong 10 ngày nằm viện.

**Phân tích số liệu:** Số liệu được làm sạch và nhập liệu bằng Kobotoolbox và phân tích số liệu bằng phần mềm Stata 16.0. Thống kê mô tả: biến định lượng trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn (TB ± ĐLC), biến định tính được trình bày dưới dạng số người bệnh và tỷ lệ phần trăm. Sử dụng các test kiểm định với  $p < 0,05$  có ý nghĩa thống kê.

**Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được Hội đồng đề cương Trường Đại học Y Hà Nội thông qua và sự đồng ý của lãnh đạo Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Điều tra đối tượng trên tinh thần tự nguyện đồng ý tham gia, không ép buộc và trên tinh thần tôn trọng. Mọi thông tin của người bệnh đều được bảo mật chỉ phục vụ cho mục tiêu nghiên cứu.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 08/2024 đến 07/2025 có 113 người bệnh được chọn vào nghiên cứu, trong đó nam giới chiếm 78,8%, tỷ lệ nam:nữ ≈ 1,37:1. Tuổi trung bình là  $49,9 \pm 13,2$  tuổi, lớn nhất là 18 tuổi, nhỏ nhất là 88 tuổi.

**Bảng 1. Nguyên nhân viêm tụy cấp và bệnh lý đi kèm**

| Đặc điểm    |                  | Nam (n=89) |      | Nữ (n=24) |      | Tổng |      | p       |
|-------------|------------------|------------|------|-----------|------|------|------|---------|
|             |                  | n          | %    | n         | %    | n    | %    |         |
| Nguyên nhân | Tăng Triglycerid | 54         | 87,1 | 8         | 12,9 | 62   | 54,9 | 0,017*  |
|             | Rượu             | 4          | 4,5  | 0         | 0,0  | 4    | 3,5  | 0,577** |
|             | Sỏi mật          | 10         | 11,2 | 6         | 25,0 | 16   | 14,2 | 0,103** |
|             | Khác             | 23         | 25,8 | 9         | 37,5 | 32   | 28,3 | 0,261*  |

|                |                    |    |      |   |      |    |      |         |
|----------------|--------------------|----|------|---|------|----|------|---------|
| <b>Bệnh lý</b> | Đái tháo đường     | 21 | 23,6 | 5 | 20,8 | 26 | 23,0 | 0,775*  |
|                | Rối loạn lipid máu | 43 | 89,6 | 5 | 10,4 | 48 | 42,5 | 0,016*  |
|                | Tăng huyết áp      | 21 | 23,6 | 3 | 12,5 | 24 | 21,2 | 0,275** |
|                | Bệnh lý khác       | 13 | 14,6 | 2 | 8,3  | 15 | 13,3 | 0,735** |

\*Giá trị p của kiểm định  $\chi^2$  Test; \*\*Giá trị p của kiểm định Fisher's Exact Test

Tăng triglycerid là nguyên nhân hay gặp của VTC (54,9%), gặp nhiều ở nam giới (87,1%) ( $p<0,05$ ). VTC do sỏi mật thường gặp ở nữ giới, trong khi nguyên nhân do rượu gặp nhiều ở nam giới ( $p>0,05$ ). Phần lớn người bệnh mắc rối loạn lipid máu (42,5%) và thường gặp ở nam giới (89,6%) ( $p<0,05$ ).

**Bảng 2. Phân loại nguy cơ dinh dưỡng theo thang điểm**

| Tình trạng dinh dưỡng | Có nguy cơ SDD |      | Không nguy cơ SDD |      |
|-----------------------|----------------|------|-------------------|------|
|                       | n              | %    | n                 | %    |
| BMI                   | 10             | 8,9  | 103               | 91,2 |
| mNUTRIC               | 18             | 15,9 | 95                | 84,1 |

Tỷ lệ người bệnh có nguy cơ SDD theo mNUTRIC chiếm 15,9%, theo BMI chiếm 8,9%.

**Bảng 3. Thời điểm bắt đầu nuôi dưỡng và đường nuôi dưỡng**

| Thời điểm | n  | %    | Đường nuôi dưỡng       | $X \pm SD$      | Min - Max |
|-----------|----|------|------------------------|-----------------|-----------|
| <24h      | 47 | 41,6 | Nhịn ăn                | $1,95 \pm 1,08$ | 1 - 6     |
| 24h-48h   | 47 | 41,6 | Nuôi dưỡng đường miệng | $6,32 \pm 2,95$ | 2 - 18    |
| 48h-72h   | 12 | 10,6 | Nuôi dưỡng tĩnh mạch   | $6,35 \pm 2,40$ | 1 - 15    |
| >72h      | 7  | 6,2  |                        |                 |           |

Thời điểm bắt đầu nuôi dưỡng chủ yếu  $\leq 48h$  (83,2%), trong đó nuôi dưỡng <24h và 24-48h đều chiếm 41,6%. Thời gian nhịn ăn trung bình là  $1,95 \pm 1,08$  ngày. Người bệnh thường được nhịn ăn trong khoảng 2 ngày và bắt đầu nuôi dưỡng trở lại sau 6 ngày thông qua cả đường miệng và đường tĩnh mạch.

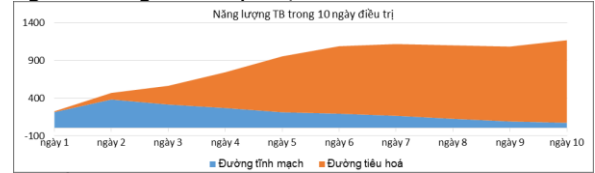
**Bảng 4. Mối liên quan giữa thời điểm nuôi dưỡng với số ngày nằm viện**

| Phân loại                                           | Số ngày nằm viện (ngày) | p      |
|-----------------------------------------------------|-------------------------|--------|
| Nuôi dưỡng đường tiêu hoá sớm - trước ngày 2 (n=94) | $7,45 \pm 2,51$         | 0,0000 |
| Nuôi dưỡng đường tiêu hoá muộn - từ ngày 2 (n=19)   | $12,11 \pm 4,74$        |        |

\*Giá trị p của kiểm định Mann-Whitney Test

Nhóm nuôi ăn trở lại sớm qua đường tiêu hoá (trước ngày thứ 2) có thời gian nằm viện ngắn hơn so với nhóm còn lại ( $7,45 \pm 2,51$  ngày so với  $12,11 \pm 4,74$  ngày), sự khác biệt có ý

nghĩa thống kê với  $p<0,05$ .



**Biểu đồ 1. Năng lượng trung bình trong 10 ngày điều trị đầu tiên**

Trong 3 ngày đầu, năng lượng chủ yếu đến từ nuôi dưỡng qua tĩnh mạch, đến ngày thứ 4, bắt đầu nuôi dưỡng qua tiêu hóa. Từ ngày thứ 6, nuôi dưỡng qua tiêu hóa chủ yếu, trong khi nuôi dưỡng qua tĩnh mạch bổ trợ thêm. Năng lượng trung bình cung cấp chỉ đạt  $13,03 \pm 4,15$  kcal/kg/ngày.



**Biểu đồ 2. Số gram/ngày các chất sinh năng lượng 10 ngày đầu điều trị**

Trong 10 ngày đầu điều trị VTC, glucid là nguồn năng lượng chính. Protid và lipid được bổ sung ít trong những ngày đầu, rồi tăng dần từ ngày thứ 4. Về protein đạt  $0,41 \pm 0,21$  g/kg/ngày. Trung bình glucid cung cấp đạt  $2,03 \pm 0,73$  g/kg/ngày. Mức lipid trung bình  $0,18$  g/kg/ngày.

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi trên 113 người bệnh VTC cho thấy đa số người bệnh là nam giới (78,8%), với tỷ lệ nam/nữ khoảng 3,7/1. Tỷ lệ nam giới trong nghiên cứu tương đồng với kết quả của Lê Hữu Á (73,5%) [8] thấp hơn so với Nguyễn Thu Minh (81,8%), Lê Thị Thương (81,3%) [5], [9]. Điều này phù hợp với thực tế rằng các yếu tố nguy cơ thường gặp của VTC như lạm dụng rượu, tăng triglycerid máu gặp nhiều ở nam giới, trong khi viêm tụy do sỏi mật lại gặp ở nữ giới lớn tuổi. Tuổi trung bình của người bệnh là  $49,9 \pm 13,2$  tuổi, thuộc nhóm tuổi trung niên, kết quả tương đương với Lê Thị Thương ( $49,8 \pm 13,3$  tuổi) [9]; cao hơn Lê Hữu Á ( $45 \pm 13,9$  tuổi) [8], Nguyễn Thu Minh ( $45,5 \pm 9,2$  tuổi) [5]. Nguyên nhân VTC chủ yếu do tăng triglycerid máu (54,9%). Tương đồng với nghiên cứu của Lê Hữu Á (51,96%) [8]. Tăng triglycerid

máu được ghi nhận là yếu tố nguy cơ quan trọng ở người bệnh VTC [6]. VTC do tăng triglycerid máu thường có xu hướng diễn tiến nặng và nghiêm trọng hơn so với các nguyên nhân khác. Ngoài ra, nếu không được kiểm soát, tăng triglycerid máu có thể dẫn đến tái phát VTC nhiều lần và tiến triển thành viêm tụy mạn.

**Tình trạng dinh dưỡng:** Trên lâm sàng, có nhiều cách đánh giá tình trạng dinh dưỡng, trong đó hai phương pháp đơn giản được sử dụng là tính BMI (chỉ số khối cơ thể) và mNUTRIC (nguy cơ suy dinh dưỡng). Kết quả thấy rằng tỷ lệ người bệnh có nguy cơ SDD theo mNUTRIC 15,9%, theo BMI 8,9%. Kết quả này cao hơn Lê Hữu Á với tỷ lệ SDD theo BMI 5,2% và theo mNUTRIC 4,9% [8]; Thấp hơn Lê Thị Thương (BMI 12,5% và mNUTRIC 18,7%) [9]. Có sự khác biệt rõ rệt giữa các nghiên cứu trong việc đánh giá nguy cơ SDD ở người bệnh. Đồng thời, người bệnh khi được đánh giá có nguy cơ dinh dưỡng nên được ưu tiên nuôi dưỡng sớm hơn [10]. Việc đánh giá và theo dõi tình trạng dinh dưỡng liên tục rất quan trọng. Khi xác định người bệnh có nguy cơ cao hoặc suy dinh dưỡng nên hội chẩn với khoa Dinh dưỡng để lập kế hoạch nuôi dưỡng tích cực. Mục tiêu ngắn ngừa vòng xoắn suy dinh dưỡng, suy giảm miễn dịch, nhiễm trùng ở người bệnh VTC nặng [10].

**Tình trạng nuôi dưỡng:** Trước đây, quan niệm nhìn ăn tuyệt đối để tụy nghỉ ngơi thường được áp dụng cho người bệnh VTC nặng [7]. Các bằng chứng trong thập kỷ qua đã làm thay đổi đáng kể chiến lược nuôi dưỡng. Khuyến cáo hiện nay nhấn mạnh việc nuôi dưỡng sớm qua đường tiêu hóa ngay khi có thể, mang lại nhiều lợi ích cho người bệnh. Thời gian nhìn ăn trung bình khoảng  $1,95 \pm 1,08$  ngày (khoảng 2 ngày). Hầu hết người bệnh được bắt đầu nuôi dưỡng sớm, có 83,2% trong vòng 48 giờ đầu nhập viện, trong đó nuôi dưỡng <24 giờ chiếm 41,6%. Về đường nuôi dưỡng, tất cả người bệnh đều được hỗ trợ dinh dưỡng qua đường tiêu hóa, đường tĩnh mạch hoặc kết hợp cả hai. Điều này cho thấy bác sĩ điều trị đã cập nhật và áp dụng việc nuôi ăn sớm tại khoa. Theo hướng dẫn của ESPEN (2020), với VTC thể nhẹ cần cho ăn lại qua đường miệng ngay khi hết đau, không cần chờ amylase/lipase về bình thường [10]. Đối với trường hợp nặng, nếu không tự ăn được nên nuôi qua đường tiêu hóa (đặt ống sonde) trong vòng 24-48 giờ đầu thay vì kéo dài thời gian nhìn đói [10].

Kết quả thấy rằng nhóm người bệnh được cho ăn sớm lại bằng đường ruột (trước ngày thứ 2) có thời gian điều trị trung bình 8 ngày, ngắn hơn đáng kể so với nhóm bắt đầu nuôi dưỡng

muộn hơn (trên 2 ngày, thời gian nằm viện 12 ngày,  $p < 0,05$ ). Như vậy, nuôi dưỡng sớm qua đường tiêu hóa giúp rút ngắn thời gian hồi phục, giảm gánh nặng điều trị. Ngoài ra, thay vì chờ người bệnh đủ khả năng ăn qua miệng, có thể đặt sonde dạ dày để nuôi ăn sớm ngay khi người bệnh chưa tự ăn được, trừ khi có chống chỉ định (tắc ruột, liệt ruột...). Nghiên cứu của Xanh Pôn (2023), người bệnh tại khoa Hồi sức tích cực được đặt sonde dinh dưỡng từ sớm (trung bình sau 3 ngày bắt đầu nuôi qua đường tiêu hóa) và kết quả cho thấy nhóm nuôi dưỡng sớm qua đường tiêu hóa (<72 giờ) có thời gian nằm viện ngắn hơn rõ rệt so với nhóm nuôi dưỡng muộn ( $7,8 \pm 3,2$  ngày so với  $12,8 \pm 8,3$  ngày) [6]. Vì vậy, cần cố gắng nuôi dưỡng cho người bệnh VTC sớm trong 48–72 giờ đầu, ưu tiên đường tiêu hóa (ăn qua miệng hoặc qua sonde) để cải thiện kết cục điều trị.

**Đánh giá khẩu phần ăn** trong quá trình nằm viện: Chế độ nuôi dưỡng của người bệnh VTC tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội được tiến hành theo nguyên tắc tăng dần dần khẩu phần tùy theo mức độ dung nạp. Trong 3 ngày đầu của đợt điều trị, năng lượng qua đường ruột tăng từ 250 kcal/ngày (ngày 3) lên 950 kcal (ngày 7), trong khi năng lượng từ dịch truyền giảm từ 380 kcal (ngày 2) xuống 166 kcal (ngày 7). Đến ngày thứ 10, khẩu phần đường tiêu hóa trung bình đạt 1100 kcal, gần như thay thế hoàn toàn nuôi dưỡng tĩnh mạch. Phác đồ dinh dưỡng đang tuân theo nguyên tắc nuôi dưỡng sớm: khởi đầu bằng truyền dịch có đường, sau 48–72 giờ thì cho ăn qua đường ruột với lượng nhỏ rồi tăng dần, tránh tăng đột ngột có thể gây quá tải cho tụy và ruột [10]. Mặc dù chiến lược hợp lý tuy nhiên lượng dinh dưỡng thực tế người bệnh nhận được còn thấp so với nhu cầu khuyến cáo.

Khẩu phần của người bệnh chúng tôi hiện thiếu hụt lipid so với chuẩn dinh dưỡng thông thường, nhưng về mặt quản lý bệnh lại phù hợp với mục tiêu điều trị căn nguyên. Sau khi tình trạng viêm và Triglycerid máu cải thiện, chế độ ăn sẽ được tăng dần chất béo về mức bình thường. Như vậy, kết quả đã làm rõ khoảng cách giữa khẩu phần thực tế và nhu cầu dinh dưỡng khuyến cáo ở người bệnh VTC. Lakananurak N. thấy rằng người bệnh nặng trong ICU thường chỉ nhận được 50–70% nhu cầu năng lượng - đạm trong tuần đầu điều trị, do hạn chế về dung nạp và nguy cơ biến chứng khi nuôi dưỡng quá tích cực sớm.

Khẩu phần ăn thực tế cho người bệnh VTC trong 10 ngày đầu điều trị thấp hơn nhiều so với nhu cầu khuyến cáo, đặc biệt về năng lượng và

protein. Nguyên nhân có thể do bác sĩ điều trị muốn tăng dần theo dung nạp của người bệnh, đồng thời kiêng mỡ để kiểm soát bệnh [10]. Mặc dù tránh được các biến chứng nuôi ăn, nhưng lại tiềm ẩn nguy cơ suy dinh dưỡng nếu thời gian điều trị kéo dài. Vì vậy, sau khi ra viện người bệnh cần được tư vấn chế độ ăn giàu năng lượng, giàu đạm (tăng dần chất béo theo khả năng) và có thể bổ sung thêm sữa dinh dưỡng tại nhà để phục hồi thể trạng. Đồng thời, quản lý chế độ ăn lâu dài để phòng ngừa viêm tụy tái phát, như ăn ít chất béo, kiêng rượu bia tuyệt đối và chế độ ăn cân đối, giảm đường bột để tránh tăng triglycerid.

## V. KẾT LUẬN

Nguy cơ suy dinh dưỡng ở người bệnh VTC cao. Nuôi dưỡng sớm qua đường tiêu hóa giúp rút ngắn thời gian nằm viện. Cần tiến hành can thiệp dinh dưỡng, cung cấp đủ năng lượng khẩu phần, các chất dinh dưỡng kịp thời, nhằm cải thiện tình trạng dinh dưỡng, giảm biến chứng và tử vong cho người bệnh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nesvaderani M., Eslick G.D., Vagg D., et al.** (2015). Epidemiology, aetiology and outcomes of acute pancreatitis: A retrospective cohort study. *Int J Surg*, 23, 68–74.
2. **Meyers C., Rigassio Radler D., Zelig R.S.** (2023). Impact of solid food provision within 24

- hours of hospital admission on clinical outcomes for adult patients with acute pancreatitis: A literature review. *Nutr Clin Pract*, 38(5), 976–986.
3. **De Lucia S.S., Candelli M., Polito G., et al.** (2023). Nutrition in Acute Pancreatitis: From the Old Paradigm to the New Evidence. *Nutrients*, 15(8), 1939.
4. **Fostier R., Arvanitakis M., Gkolfakis P.** (2022). Nutrition in acute pancreatitis: when, what and how. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*, 25(5), 325.
5. **Nguyễn Thu Minh, Vũ Trường Khanh, Nguyễn Hoàng Anh** (2014). Khảo sát thực trạng nuôi dưỡng nhân tạo trên bệnh nhân viêm tụy cấp tại Khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Bạch Mai. *Tạp Chí Y Dược Học*, 54(10), 7–12.
6. **Trần Minh Anh, Nguyễn Đăng Hưng, Nguyễn Bá Thắng và cộng sự.** (2023). Thực trạng nuôi dưỡng người bệnh viêm tụy cấp điều trị tại khoa Hồi sức tích cực - Chống độc, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn năm 2022. *Tạp Chí Y Học Việt Nam*, 527(1), 161–165.
7. **Banks P.A., Bollen T.L., Dervenis C., et al.** (2013). Classification of acute pancreatitis--2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut*, 62(1), 102–111.
8. **Lê Hữu A** (2022). Khảo sát nguy cơ dinh dưỡng ở bệnh nhân viêm tụy cấp và mối liên quan với kết quả điều trị. Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
9. **Lê Thị Thương** (2021). Đánh giá tình trạng và nhu cầu dinh dưỡng khi vào viện của bệnh nhân viêm tụy nặng thở máy. Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
10. **Arvanitakis M., Ockenga J., Bezmarevic M., et al.** (2020). ESPEN guideline on clinical nutrition in acute and chronic pancreatitis. *Clin Nutr*, 39(3), 612–631.

# NGHIÊN CỨU SỰ BIẾN ĐỔI HÌNH THÁI VÀ CHỨC NĂNG NHĨ TRÁI BẰNG SIÊU ÂM TIM Ở BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN TÍNH GIAI ĐOẠN CUỐI CÓ CHỈ ĐỊNH GHEP THẬN

Phạm Vũ Thu Hà<sup>1</sup>, Trần Tuấn Anh<sup>2</sup>, Trần Đức Hùng<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát sự biến đổi hình thái và chức năng nhĩ trái bằng siêu âm tim ở bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối có chỉ định ghép thận. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang gồm 63 BN được chẩn đoán bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối có chỉ định ghép thận tại bệnh viện Quân y 103 từ tháng 10/2024 đến tháng 4/2025. **Kết quả:** Đường kính nhĩ trái (LAD)  $35,11 \pm 6,72$  mm, chỉ số thể tích nhĩ trái (LAVi)  $29,09 \pm 13,12$  ml/m<sup>2</sup>, tăng nhẹ so với giá trị tham chiếu. Sức căng nhĩ trái dẫn

máu (LASr 2B:  $34,40 \pm 9,73\%$ , 4B  $33,59 \pm 10,71\%$ ), sức căng dẫn máu (LAScd - 2B:  $17,99 \pm 7,71\%$ , 4B -  $18,49 \pm 8,53\%$ ) và sức căng tổng máu (LASct- 2B: -  $16,40 \pm 7,75\%$ , và 4B:  $-15,10 \pm 7,0\%$ ) đều thấp hơn so với quần thể người bình thường. LASct có mối tương quan nghịch mức độ vừa với tuổi ( $p < 0,01$ ) nhưng chưa thấy sự khác biệt giữa 2 giới. LAD và LAVi ở nhóm điều trị bảo tồn thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm lọc máu chu kỳ (LAD:  $42,1 \pm 3,3$  và  $35,81 \pm 5,98$  mm,  $p < 0,01$ ) (LAVi:  $23,3 \pm 6,2$  và  $26,3 \pm 5,0$  ml/m<sup>2</sup>). Sức căng trữ máu, tổng máu và dẫn máu trên mặt cắt 2 buồng và 4 buồng ở nhóm điều trị bảo tồn thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm lọc máu chu kỳ ( $p < 0,01$ ). Đường kính (LAD) và thể tích nhĩ trái (LAVi) ở nhóm điều trị lọc máu chu kỳ dưới 12 tháng và trên 12 tháng không có sự khác biệt. Sức căng trữ máu (LASr) mặt cắt 2 buồng và 4 buồng ở nhóm lọc máu chu kỳ dưới 12 tháng (4B:  $35,60 \pm 9,23\%$ , 2B:  $30,91 \pm 7,45\%$ ) tăng cao có ý nghĩa so với nhóm lọc máu chu kỳ

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân y 103

<sup>2</sup>Bệnh viện Quân y 354

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đức Hùng

Email: tranduchung2104@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2025

Ngày duyệt bài: 01.10.2025