

4. **Zhang C, Wang JL, Xiao J, Zhu LH, Liang YT, Cui ZZ.** (1996). The research of NiTi-patellar concentrator (NT-PC) and biomemory mechanical characteristics for treatment of every type of patellar fracture. *J Bone Joint Injury*, 1(2), 78-81.
5. **Beijing Zhongtaihua.** (2024). Patella claw SML patella bone fracture solutions. Truy cập ngày 17/9/2024 tại: <https://www.bjzorthortho.com/patella-claw-s-m-l-patella-bone-fracture-solutions-product/>
6. **Fourati MK, Essaddam H, Sine HB.** (1987). Résultats lointains du traitement des fractures de la rotule. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot*, 73, 361-364.
7. **Böstman O.** (1990). Long-term outcome after surgical treatment of patellar fractures: a clinical and radiological study. *Arch Orthop Trauma Surg*, 109(5), 281-288.
8. **Zhang Y, Wang P, Xia Y, et al.** (2017). Application of a shape-memory alloy concentrator in displaced patella fractures: technique and long-term results. *J Knee Surg*, 30(2), 166-173. doi:10.1055/s-0036-1584187
9. **Hao W, Zhou L, Sun Y, Shi P, Liu H, Wang X.** (2015). Treatment of patella fracture by claw-like shape memory alloy. *Arch Orthop Trauma Surg*, 135(7), 943-951. doi:10.1007/s00402-015-2241-7
10. **Zhao QM, Yang HL, Wang L, Liu ZT, Gu XF.** (2016). Treatment of comminuted patellar fracture with the nitinol patellar concentrator. *Minim Invasive Ther Allied Technol*, 25(3), 171-175. doi:10.3109/13645706.2015.1134577

## ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA BỆNH NHÂN VIÊM TỤY CẤP TRONG TUẦN ĐẦU TIÊN NHẬP VIỆN TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Kiều Cao Lợi<sup>1,2</sup>, Trần Ngọc Ánh<sup>1,2</sup>, Nguyễn Quang Dũng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Tỷ lệ viêm tụy cấp nặng là 20% và tỷ lệ tử vong là 30%<sup>1,2</sup>, trong đó suy dinh dưỡng được xem là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến tiên lượng và kết cục điều trị. Đã có nhiều khuyến nghị nên cho ăn sớm qua đường miệng đối với bệnh nhân mắc viêm tụy cấp nhẹ<sup>2</sup>, và dinh dưỡng sớm qua đường ruột ở bệnh nhân viêm tụy cấp trung bình, nặng<sup>3</sup>. Tuy nhiên, việc đánh giá dinh dưỡng hiện nay vẫn chưa được chuẩn hóa, với nhiều công cụ khác nhau như Subjective Global Assessment (SGA) và Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM 2018). Các công cụ này đã cho thấy giá trị trong tiên lượng, song dữ liệu về bệnh nhân viêm tụy cấp tại Việt Nam còn hạn chế. **Mục tiêu:** Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân viêm tụy cấp tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 75 bệnh nhân viêm tụy cấp ở bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là: 46,54 ± 13,429. Bệnh nhân nhiều hơn ở nam giới, chiếm 88%. Tỷ lệ bệnh nhân không có nguy cơ suy dinh dưỡng chiếm tỷ lệ cao nhất là 88%, nguy cơ SDD thấp là 9.3 %, còn nguy cơ suy dinh dưỡng cao là 2.7% (Theo SGA). Trong nhóm nghiên cứu nguyên nhân viêm tụy cấp, do rượu chiếm cao nhất 46.7%, sau đó đến triglycerit 37.3% và sỏi 5.3%. Bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng càng cao (đánh giá theo công cụ SGA, Glim 2018) thì thời gian nằm viện càng lâu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với P=0.017 và 0.045 <0.05. Bệnh nhân ăn lại càng sớm thì thời gian

nằm viện càng ngắn với P=0.00 <0.05. **Kết luận:** Bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng càng cao thì thời gian nằm viện càng kéo dài. Áp dụng các công cụ như SGA và GLIM 2018 trong lâm sàng có ý nghĩa quan trọng, vừa để tiên lượng thời gian nằm viện, vừa định hướng can thiệp dinh dưỡng sớm nhằm cải thiện kết cục điều trị. **Từ khóa:** Dinh dưỡng, viêm tụy cấp

### SUMMARY

#### NUTRITIONAL STATUS ASSESSMENT OF PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS DURING THE FIRST WEEK OF HOSPITALIZATION AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

**Introduction:** The proportion of severe acute pancreatitis is 20% with a mortality rate of 30%<sup>1,2</sup>, in which malnutrition is considered an important factor influencing prognosis and treatment outcomes. Several recommendations suggest early oral feeding in patients with mild acute pancreatitis<sup>2</sup>, and early enteral nutrition in those with moderate to severe disease<sup>3</sup>. However, nutritional assessment has not yet been standardized, with various tools such as the Subjective Global Assessment (SGA) and the Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM 2018). These tools have demonstrated prognostic value, though data on patients with acute pancreatitis in Vietnam remain limited. **Objective:** To assess the nutritional status of patients with acute pancreatitis at Hanoi Medical University Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 75 patients with acute pancreatitis at Hanoi Medical University Hospital. **Results:** The mean age of the study population was 46.54 ± 13.429 years. Male patients predominated, accounting for 88%. Regarding etiologies, alcohol was the most common cause (46.7%), followed by hypertriglyceridemia (37.3%) and gallstones (5.3%). Patients with a higher risk of malnutrition (assessed using SGA and GLIM 2018) had significantly longer hospital stays, with p-

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

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

Chịu trách nhiệm chính: Kiều Cao Lợi

Email: kieucaoloi@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.11.2025

Ngày duyệt bài: 11.12.2025

values of 0.017 and 0.045 ( $<0.05$ ), respectively. Early refeeding was associated with shorter hospital stays ( $p = 0.00 < 0.05$ ). **Conclusion:** The higher the risk of malnutrition, the longer the hospital stay in patients with acute pancreatitis. The application of tools such as SGA and GLIM 2018 in clinical practice is of great importance, both in predicting the length of hospitalization and guiding early nutritional interventions to improve treatment outcomes.

**Keywords:** Nutrition, acute pancreatitis.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp là bệnh có diễn biến trên lâm sàng rất đa dạng, với tỉ lệ viêm tụy cấp nặng là 20%, tỉ lệ tử vong là 30%, vậy nên tiên lượng là một vấn đề quan trọng trong quản lý viêm tụy cấp để quyết định nhập viện, chuyển tuyến hoặc chuyển các đơn vị hồi sức (ICU) <sup>1,2,4</sup>.

Việc can thiệp bằng các liệu pháp dinh dưỡng có thể điều chỉnh sự mất cân bằng của các gốc oxy hóa, duy trì chức năng đường tiêu hóa, bảo tồn các cấu trúc tuyến tiêu hóa, giảm quá trình dị hóa, ngăn ngừa suy dinh dưỡng và tình trạng nặng lên của bệnh <sup>5-7</sup>.

Trước đây, điều trị viêm tụy cấp thường cho "ruột nghỉ ngơi" vì lo ngại thức ăn kích thích enzyme tụy và gây tổn thương<sup>8</sup>. Tuy nhiên, hiện chưa có cơ sở khoa học ủng hộ giả thuyết này; nhiều nghiên cứu cho thấy ăn sớm (24–48 giờ sau khởi phát bệnh) cải thiện dị hóa protein, giảm nhiễm trùng, tử vong và thời gian nằm viện, trong khi kích thích tuyến tụy là tối thiểu. Do đó, nhiều hướng dẫn lâm sàng khuyến nghị cho ăn sớm qua đường miệng ở bệnh nhân viêm tụy cấp nhẹ<sup>1,3</sup>.

Ngoài ra, có một nhóm nhỏ bệnh nhân (viêm tụy cấp trung bình hoặc nặng) phát triển tình trạng tăng chuyển hóa và phản ứng viêm, dẫn

đến tăng nhu cầu protein, calo và suy giảm dinh dưỡng nhanh chóng. Dinh dưỡng sớm qua đường ruột sẽ cải thiện tiến triển của bệnh và tình trạng dinh dưỡng<sup>3,7</sup>.

Mặc dù có nhiều khuyến cáo trên thế giới điều về việc quản lý viêm tụy cấp<sup>9</sup>, nhưng đặc điểm của phương pháp điều trị dinh dưỡng hiện đang được áp dụng ở Việt Nam vẫn chưa được biết rõ. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân viêm tụy cấp trong tuần đầu tiên nhập viện tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Từ tháng 10/2024 đến tháng 8/2025 chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 75 bệnh nhân viêm tụy cấp tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

**Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:** Bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán viêm tụy cấp theo Atlanta 2012 gồm 2 trong 3 tiêu chuẩn trong đó tiêu chuẩn bắt buộc là cơn đau bụng:

- Cơn đau bụng cấp.
- Amylase máu tăng tối thiểu 3 lần giới hạn trên của mức bình thường.
- Siêu âm bụng hoặc CLVT bụng hoặc MRI bụng có hình ảnh viêm tụy cấp.

**Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân:** Bệnh nhân mắc các bệnh lý cấp cứu của ổ bụng hoặc các nhiễm trùng khác, hoặc các bệnh lý nội khoa nặng về hô hấp, tim mạch như: COPD, hen phế quản, suy tim, tâm phế mạn.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang phân tích

**Các bảng điểm và tiêu chuẩn đánh giá:**

**- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng công cụ đánh giá tình trạng dinh dưỡng chủ quan toàn diện (Subject Global Assessment):**

| Câu hỏi                                                                                             | Nhóm A         | Nhóm B                                     | Nhóm c                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Phần 1: Hỏi bệnh sử</b>                                                                          |                |                                            |                                     |
| 1. Sụt cân trong 6 tháng qua<br>CN thường có:...kg<br>CN hiện tại:.....kg                           | ↓0-5% CN       | ↓5-10% CN                                  | ↓>10% CN                            |
| 2. Sụt cân trong 2 tuần qua                                                                         | Tăng cân       | Không thay đổi                             | Giảm cân                            |
| 3. Khẩu phần ăn                                                                                     | Không thay đổi | Thay đổi ít và vừa                         | Thay đổi nhiều                      |
| 4. Triệu chứng đường tiêu hóa >2 tuần<br>- Không<br>- Buồn nôn<br>- Nôn<br>- Tiêu chảy<br>- Chán ăn | Không thay đổi | Thay đổi ít và vừa                         | Thay đổi nhiều                      |
| 5. Giảm chức năng<br>- Do dinh dưỡng<br>- Do bệnh lý                                                | Không thay đổi | Thay đổi ít và vừa<br>(di chuyển khó khăn) | Thay đổi nhiều<br>(nằm liệt giường) |

|                                                            |       |                                       |                                                     |
|------------------------------------------------------------|-------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 6. Nhu cầu về chuyển hóa<br>Chẩn đoán:.....                | Thấp  | Vừa (suy tim, có<br>thai, hóa trị...) | Nặng (chấn thương lớn,<br>đại phẫu, suy đa tạng...) |
| <b>Phần 2: Khám lâm sàng</b>                               |       |                                       |                                                     |
| 1. Mất lớp mỡ dưới da                                      | Không | Nhẹ đến vừa                           | Nặng                                                |
| 2. Teo cơ                                                  | Không | Nhẹ đến vừa                           | Nặng                                                |
| 3. Phù                                                     | Không | Nhẹ đến vừa                           | Nặng                                                |
| 4. Báng bụng                                               | Không | Nhẹ đến vừa                           | Nặng                                                |
| <b>Tổng điểm SGA</b>                                       |       |                                       |                                                     |
| A: Không có nguy cơ; B: Nguy cơ mức độ nhẹ; C: Nguy cơ cao |       |                                       |                                                     |

**- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng bộ công cụ GLIM 2018:**

Bộ công cụ GLIM gồm 2 tiêu chí

**A. Tiêu chí điển hình**

1. Giảm cân không chủ ý  
>5% trong vòng 6 tháng gần đây  
>10% trên 6 tháng gần đây

2. BMI thấp (tiêu chuẩn châu Á)  
BMI <18,5 nếu < 70 tuổi  
BMI <20 nếu >70 tuổi

3. Giảm khối cơ

Có giảm khối cơ

Không giảm khối cơ

**B. Tiêu chí nguyên nhân**

1. Giảm lượng ăn vào hoặc giảm đồng hóa  
Trên 1 tuần gần đây, có giảm < 50% nhu

cầu năng lượng ăn vào

Trên 2 tuần gần đây, có giảm lượng ăn vào  
Tình trạng bệnh đường ruột mạn tính gây ảnh hưởng đến sự tiêu hóa và hấp thu chất dinh dưỡng

2. Tình trạng viêm hoặc gánh nặng bệnh tật (có 1 trong các tiêu chí bên dưới)

Bệnh cấp tính/ chấn thương (Nhiễm trùng nặng, bỏng, chấn thương lớn....)

Bệnh mạn tính (Ung thư, COPD, suy tim, bệnh thận mạn, viêm khớp ...)

Có đáp ứng viêm (Sốt, tăng CRP, tăng tiêu hao năng lượng lúc nghỉ ...)

**C. Chẩn đoán suy dinh dưỡng** (Yêu cầu có 1 tiêu chí điển hình và 1 tiêu chí nguyên nhân)

Có suy dinh dưỡng; Không suy dinh dưỡng

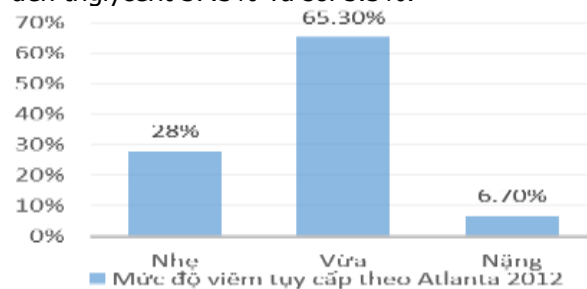
**D. Chẩn đoán mức độ suy dinh dưỡng**  
SDD mức độ vừa; SDD mức độ nặng

| Mức độ suy dinh dưỡng                            | % giảm cân                                 | BMI thấp                               | Giảm khối cơ       |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------|
| SDD mức độ vừa (Yêu cầu 1 trong các tiêu chuẩn)  | 5-10% trong 6 tháng<br>10-20% trên 6 tháng | <20 nếu <70 tuổi<br><22 nếu >70 tuổi   | Mức độ nhẹ đến vừa |
| SDD mức độ nặng (Yêu cầu 1 trong các tiêu chuẩn) | >10% trong 6 tháng<br>>20% trên 6 tháng    | <18.5 nếu <70 tuổi<br><20 nếu >70 tuổi | Mức độ nặng        |

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

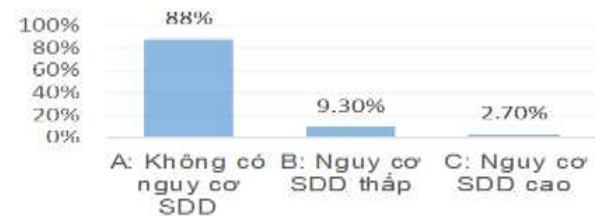
**Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu.** Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là: 46,54 ± 13,429. Bệnh nhiều hơn ở nam giới, chiếm 88%. Tỷ lệ nam/nữ là: 7.3/1.

Trong nhóm nghiên cứu nguyên nhân viêm tụy cấp, do rượu chiếm cao nhất 46.7%, sau đó đến triglycerit 37.3% và sỏi 5.3%.



**Biểu đồ 1: Phân loại viêm tụy cấp theo mức độ nhẹ vừa nặng**

**Nhận xét:** Trong nhóm nghiên cứu bệnh nhân viêm tụy cấp vừa là nhiều nhất chiếm 65,3%, nhẹ 28% và nặng: 6.7%.



**Biểu đồ 2: Tình trạng dinh dưỡng lúc vào viện ở bệnh nhân viêm tụy cấp theo SGA**

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân không có nguy cơ suy dinh dưỡng chiếm tỷ lệ cao nhất là 88%, nguy cơ SDD thấp là 9.3 %, còn nguy cơ suy dinh dưỡng cao là 2.7%



**Biểu đồ 3: Tình trạng dinh dưỡng lúc vào viện ở**

*bệnh nhân viêm tụy cấp theo Glim 2018*

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân không có suy dinh dưỡng chiếm tỉ lệ cao nhất là 82.7%, SDD vừa là 9.3%, còn SDD nặng là 8.0%

**Bảng 1: Thời gian nằm viện trung bình của 3 nhóm bệnh nhân SDD theo công cụ SGA**

| Nhóm                      | Thời gian nằm viện trung bình | P                  |
|---------------------------|-------------------------------|--------------------|
| A: Không có nguy cơ SDD   | 6.62 ± 3.11                   | P = 0.017<br><0.05 |
| B: Nguy cơ SDD mức độ nhẹ | 8.57 ± 5.59                   |                    |
| C: Nguy cơ SDD mức độ cao | 13.5 ± 10.6                   |                    |

**Nhận xét:** Bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng càng cao (đánh giá theo công cụ SGA) thì thời gian nằm viện càng lâu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với P=0.017 <0.05.

**Bảng 2: Thời gian nằm viện trung bình của 3 nhóm bệnh nhân SDD theo công cụ Glim**

| Nhóm            | Thời gian nằm viện trung bình | P                  |
|-----------------|-------------------------------|--------------------|
| Không có SDD    | 6.54 ± 3.14                   | P = 0.045<br><0.05 |
| SDD mức độ vừa  | 8.0 ± 2.64                    |                    |
| SDD mức độ nặng | 10.33 ± 7.92                  |                    |

**Nhận xét:** Bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng càng cao (đánh giá theo công cụ Glim) thì thời gian nằm viện càng lâu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với P=0.045 <0.05.

**Bảng 3: Cân nặng giảm trung bình trong 1 tuần đầu nằm viện ở các nhóm viêm tụy cấp**

| Mức độ nặng theo Atlanta | Cân nặng giảm (Kg) | P                  |
|--------------------------|--------------------|--------------------|
| Nhẹ                      | 0.78 ± 0.88        | P = 0.018<br><0.05 |
| Vừa                      | 1.48 ± 1.07        |                    |
| Nặng                     | 1.84 ± 0.8         |                    |

**Nhận xét:** mức độ viêm tụy cấp càng nặng thì cân nặng giảm trong 1 tuần đầu nằm viện càng nhiều, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với P=0.018 <0.05

**Bảng 4: Thời gian nằm viện trung bình ở 2 nhóm ăn lại sớm, muộn**

| Thời gian ăn trở lại                  | Thời gian nằm viện | P                 |
|---------------------------------------|--------------------|-------------------|
| Sớm (<48 giờ sau khi khởi phát bệnh)  | 5.19 ± 1.65        | P = 0.00<br><0.05 |
| Muộn (>48 giờ sau khi khởi phát bệnh) | 8.64 ± 4.36        |                   |

**Nhận xét:** Bệnh nhân ăn lại càng sớm thì thời gian nằm viện càng ngắn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với P=0.00 <0.05

**Bảng 5: Cân nặng giảm trung bình trong 1 tuần đầu nằm viện ở 2 nhóm ăn lại sớm, muộn**

| Thời gian ăn trở lại                  | Cân nặng giảm (Kg) | P                 |
|---------------------------------------|--------------------|-------------------|
| Sớm (<48 giờ sau khi khởi phát bệnh)  | 0.46 ± 0.42        | P = 0.00<br><0.05 |
| Muộn (>48 giờ sau khi khởi phát bệnh) | 2.08 ± 0.83        |                   |

**Nhận xét:** Bệnh nhân ăn lại càng sớm thì cân nặng giảm trong 1 tuần đầu càng ít, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với P=0.00 <0.05

**Bảng 6: Kích thước vòng cánh tay giảm trung bình trong 1 tuần đầu nằm viện ở 2 nhóm ăn lại sớm, muộn**

| Thời gian ăn trở lại                  | Kích thước vòng cánh tay giảm (cm) | P                 |
|---------------------------------------|------------------------------------|-------------------|
| Sớm (<48 giờ sau khi khởi phát bệnh)  | 0.47 ± 0.51                        | P = 0.00<br><0.05 |
| Muộn (>48 giờ sau khi khởi phát bệnh) | 1.26 ± 0.89                        |                   |

**Nhận xét:** Bệnh nhân ăn lại càng sớm thì kích thước vòng cánh tay giảm trong 1 tuần đầu nằm viện càng ít, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với P=0.00 <0.05

#### IV. BÀN LUẬN

Các chất dinh dưỡng qua đường tiêu hóa có thể kích thích tụy tiết enzyme, theo quan điểm truyền thống sẽ làm nặng thêm viêm tụy cấp. Từ thập niên 1970, khái niệm "tụy nghỉ ngơi" được đề xuất, chỉ cho phép nuôi dưỡng qua đường tiêu hóa (EN) khi hết đau bụng và men tụy bình thường. Tuy nhiên, giả thuyết này thiếu bằng chứng vững chắc và có thể gây bất lợi như làm tăng suy dinh dưỡng và kết cục xấu.

Trong thực hành, nhịn ăn kết hợp EN hoặc PN (dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch) thường được áp dụng, nhưng làm tăng nguy cơ suy dinh dưỡng, đặc biệt ở Việt Nam. Do đó, cần các công cụ đánh giá dinh dưỡng chính xác để phát hiện sớm bệnh nhân nguy cơ, từ đó can thiệp kịp thời, cải thiện tiên lượng và giảm biến chứng. Nhiều nghiên cứu cho thấy suy dinh dưỡng liên quan chặt chẽ với tiên lượng kém, dù cơ chế miễn dịch chưa rõ ràng.

Hiện việc đánh giá dinh dưỡng còn thiếu thống nhất, sử dụng nhiều công cụ khác nhau và bằng chứng hạn chế. Xuất phát từ nhu cầu chuẩn hóa và cảnh báo sớm cho lâm sàng, nghiên cứu của chúng tôi khảo sát tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân viêm tụy cấp tại khoa Nội Tiêu hóa. Kết quả cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng và suy dinh dưỡng nặng đều thấp. Theo y

vấn, 75–85% viêm tụy cấp là thể nhẹ, tiến triển thoáng qua nên thường không cần hỗ trợ dinh dưỡng chuyên biệt; bệnh nhân có thể ăn lại khi giảm đau, buồn nôn và nôn. Trong nghiên cứu, viêm tụy cấp nặng chỉ chiếm 6,7%, phù hợp với tỷ lệ suy dinh dưỡng nặng thấp.

Một nghiên cứu tại Ấn Độ cho thấy suy dinh dưỡng phổ biến ở bệnh nhân viêm tụy, đặc biệt khi ăn lỏng ít calo hoặc nhịn ăn >48 giờ, gây sụt cân và kéo dài thời gian nằm viện. Nghiên cứu này sử dụng lực nắm tay và thang điểm PG-SGA để đánh giá sức cơ và mức độ suy dinh dưỡng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nguyên nhân chính vẫn là rượu và sỏi mật, tương tự Ấn Độ; bệnh nhân nam giới thường uống rượu từ rất sớm (16–18 tuổi), trong khi nữ giới thường gặp nguyên nhân sỏi mật hoặc vô căn. Do phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu còn trẻ, tỷ lệ bệnh kèm như đái tháo đường hay tăng huyết áp thấp. Tuổi trung bình là  $46,54 \pm 13,429$ ; nam giới chiếm 88%. Tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của Khanna (nam 51,4%)<sup>10</sup>, có thể do thói quen ăn uống và tỷ lệ viêm tụy cấp do rượu ở Việt Nam còn cao.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, theo phân loại Atlanta 2012: viêm tụy cấp nhẹ 28%, vừa 65,3%, nặng 6,7%. Mức độ bệnh càng nặng thì sụt cân trong tuần đầu càng lớn, từ  $0,78 \pm 0,88$  kg ở nhóm nhẹ đến  $1,84 \pm 0,8$  kg ở nhóm nặng, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $P=0,018 < 0,05$ ).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, cả công cụ SGA và GLIM 2018 đều có giá trị dự báo thời gian nằm viện ở bệnh nhân viêm tụy cấp. Bệnh nhân không suy dinh dưỡng nằm viện ngắn hơn ( $6,62 \pm 3,11$  ngày theo SGA;  $6,54 \pm 3,14$  ngày theo GLIM) so với nhóm nguy cơ cao ( $13,5 \pm 10,6$  ngày theo SGA) hoặc suy dinh dưỡng nặng ( $10,33 \pm 7,92$  ngày theo GLIM), cho thấy mối liên quan chặt chẽ giữa tình trạng dinh dưỡng và tiên lượng bệnh. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu quốc tế: Wakahara và cs. (2007) trên 262 bệnh nhân tiêu hóa cho thấy SGA dự báo thời gian nằm viện tốt hơn so với albumin hay chu vi cơ tay<sup>11</sup>. Tương tự, Hao Fu và cs. (2024, Trung Quốc) phân tích 269 bệnh nhân viêm tụy cấp và nhận thấy nhóm suy dinh dưỡng theo GLIM có thời gian nằm viện dài hơn, chi phí điều trị cao hơn và biến chứng tại chỗ nhiều hơn<sup>12</sup>.

Bên cạnh đó, GLIM 2018 được xem là bước tiến trong chuẩn hóa chẩn đoán suy dinh dưỡng toàn cầu và đã chứng minh giá trị tiên lượng ở nhiều bệnh lý, kể cả viêm tụy cấp. SGA vẫn là “tiêu chuẩn vàng” nhờ tính đơn giản và độ tin cậy. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi bổ sung bằng chứng rằng nguy cơ suy dinh dưỡng càng cao thì

thời gian nằm viện càng dài, cho thấy việc áp dụng SGA và GLIM 2018 có ý nghĩa trong tiên lượng và định hướng can thiệp dinh dưỡng sớm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân viêm tụy cấp được ăn lại sớm ( $\leq 48$  giờ) giảm mất cân nặng, vòng cánh tay và có thời gian nằm viện ngắn hơn so với ăn muộn. Kết quả này phù hợp với Xi-Ying Liang và cs. (trên 2.168 bệnh nhân), cho thấy ăn sớm rút ngắn trung bình 2,35 ngày nằm viện (95% CI:  $-2,89$  đến  $-1,80$ ;  $p < 0,0001$ ), bất kể mức độ bệnh<sup>12</sup>. Tuy nhiên, do tỉ lệ viêm tụy cấp nặng trong nghiên cứu chỉ 6,7% và phần lớn bệnh nhân được thu thập tại khoa Tiêu hóa (ít ca hồi sức tích cực), nên việc đánh giá tử vong và biến chứng còn hạn chế; cần nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và nhiều bệnh nhân nặng hơn để khẳng định giá trị tiên lượng.

## V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng càng cao thì thời gian nằm viện càng kéo dài. Áp dụng các công cụ như SGA và GLIM 2018 trong lâm sàng có ý nghĩa quan trọng, vừa để tiên lượng thời gian nằm viện, vừa định hướng can thiệp dinh dưỡng sớm nhằm cải thiện kết cục điều trị.

## VI. LỜI CẢM ƠN

Để hoàn thành nghiên cứu này chúng tôi xin chân thành cảm ơn Ban lãnh đạo bệnh viện Đại học Y Hà Nội, khoa Nội tiêu hóa bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Chúng tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng chúng tôi. Các số liệu, kết quả trong nghiên cứu là hoàn toàn trung thực.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Arvanitakis M, Ockenga J, Bezmarevic M, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in acute and chronic pancreatitis. *Clinical Nutrition*. 2020; 39(3): 612-631. doi:10.1016/j.clnu.2020.01.004
2. Crockett SD, Wani S, Gardner TB, et al. American Gastroenterological Association Institute Guideline on Initial Management of Acute Pancreatitis. *Gastroenterology*. 2018;154(4):1096-1101. doi:10.1053/j.gastro.2018.01.032
3. Machicado JD, Wani S, Quingalahua E, et al. Practice patterns and adherence to nutrition guidelines in acute pancreatitis: An international physician survey. *Pancreatology*. 2021;21(3):642-648. doi:10.1016/j.pan.2021.01.001
4. Guidi M, Curvale C, Pasqua A, et al. Actualización en el manejo inicial de la pancreatitis aguda.
5. Mederos MA, Reber HA, Girgis MD. Acute Pancreatitis: A Review. *JAMA*. 2021;325(4):382. doi:10.1001/jama.2020.20317
6. Gliem N, Ammer-Herrmenau C, Ellenrieder V, Neesse A. Management of Severe Acute Pancreatitis: An Update. *Digestion*. 2021;102(4):

- 503-507. doi:10.1159/000506830
7. **Kanthasamy KA, Akshintala VS, Singh VK.** Nutritional Management of Acute Pancreatitis. *Gastroenterology Clinics of North America*. 2021; 50(1): 141-150. doi:10.1016/j.gtc.2020. 10.014
  8. **Mayerle J, Sendler M, Hegyi E, Beyer G, Lerch MM, Sahin-Tóth M.** Genetics, Cell Biology, and Pathophysiology of Pancreatitis. *Gastroenterology*. 2019;156(7):1951-1968.e1. doi:10.1053/j.gastro.2018.11.081
  9. **Ocampo C, Kohan G, Leiro F, et al.** Diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda en la Argentina. Resultados de un estudio prospectivo en 23 centros.
  10. **Khanna AK, Meher S, Prakash S, et al.** Comparison of Ranson, Glasgow, MOSS, SIRS, BISAP, APACHE-II, CTSI Scores, IL-6, CRP, and Procalcitonin in Predicting Severity, Organ Failure, Pancreatic Necrosis, and Mortality in Acute Pancreatitis. *HPB Surgery*. 2013;2013:1-10. doi:10.1155/2013/367581

## MỐI LIÊN QUAN CỦA KHOẢNG TRỐNG ANION ƯỚC TÍNH VỚI TỈ LỆ TỬ VONG Ở BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN NẶNG (SEPSIS) TẠI TRUNG TÂM CẤP CỨU A9 – BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Thanh Tùng<sup>2</sup>, Trần Hữu Thông<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm và đánh giá mối liên quan của khoảng trống anion ước tính (AG) và tỉ lệ tử vong trong vòng 30 ngày ở bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng (sepsis) tại Trung tâm Cấp cứu A9 – Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu 206 bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng từ tháng 10/2024 đến tháng 3/2025. Tiêu chí lựa chọn gồm: Bệnh nhân  $\geq 16$  tuổi, được chuẩn đoán nhiễm khuẩn nặng theo tiêu chuẩn Sepsis 3- 2016 của Surviving Sepsis Campaign. **Kết quả:** Trong số 206 bệnh nhân, nam giới chiếm 64,1%, tuổi trung bình  $64,1 \pm 15,8$ . Có 97 trường hợp sốc nhiễm khuẩn, chiếm 47,0%. Giá trị AG trung bình tại thời điểm nhập viện là  $18,1 \pm 7,0$ . Ở nhóm sống trong 30 ngày, AG trung bình là  $15,6 \pm 0,5$ , trong khi ở nhóm tử vong là  $21,8 \pm 0,8$ , sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Đường cong ROC của AG ước tính có giá trị tiên lượng tử vong trong vòng 30 ngày với AUC = 0,75 tại điểm cut-off 17,85 với độ nhạy 76,2%, độ đặc hiệu 67,2%. **Kết luận:** Có thể dùng AG ước tính như một tham số thay thế để dự đoán nguy cơ tử vong trong nhiễm khuẩn nặng (Sepsis) khi các biến số khác không có sẵn ngay lập tức.

### SUMMARY

#### THE RELATIONSHIP BETWEEN ESTIMATED ANION GAP AND MORTALITY RATE IN PATIENTS WITH SEPSIS AT A9 EMERGENCY CENTER - BACH MAI HOSPITAL

**Objectives:** To describe the characteristics and evaluate the relationship between estimated anion gap (AG) and 30-day mortality rate in patients with sepsis at A9 Emergency Center - Bach Mai Hospital.

**Methods:** A prospective descriptive study of 206 patients with sepsis from October 2024 to March 2025. Selection criteria included: Patients  $\geq 16$  years old, diagnosed with sepsis according to the Sepsis-3 2016 criteria of the Surviving Sepsis Campaign. **Results:** Males accounted for 64.1%, with a mean age of  $64.1 \pm 15.83$  years. Among the 206 patients, 97 cases were diagnosed with septic shock, representing 47%. The estimated AG value at hospital admission was  $18.1 \pm 7.0$ , with the 30-day survivor group showing  $15.56 \pm 0.5$ , and the mortality group showing  $21.78 \pm 0.8$ ; the difference was statistically significant with  $p < 0.05$ . The ROC curve of estimated AG showed value in predicting 30-day mortality with AUC: 0.75, cutoff point 17.85, sensitivity 76.2%, and specificity 67.2%. **Conclusions:** Estimated AG can be used as a surrogate parameter to predict mortality risk in severe sepsis when other variables are not immediately available.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn nặng (sepsis) là một hội chứng liên quan với nhiễm khuẩn do hậu quả của tình trạng đáp ứng viêm hệ thống gây biến chứng rối loạn chức năng đối với ít nhất một hệ thống cơ quan.<sup>1</sup>

Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới, trên toàn cầu có khoảng 49 triệu trường hợp mắc và 11 triệu bệnh nhân tử vong liên quan đến nhiễm khuẩn nặng, chiếm gần 20% số trường hợp tử vong vào năm 2017.<sup>2</sup>

Một loạt các thang điểm, hệ thống, chẳng hạn như điểm đánh giá suy tạng (SOFA), quick SOFA (qSOFA), bảng điểm đánh giá tình trạng sức khỏe dài hạn và các thông số sinh lý trong giai đoạn cấp (APACHE II) và hội chứng đáp ứng viêm hệ thống (SIRS), đã được phát triển để sàng lọc công cụ dành cho bệnh nhân nghi ngờ nhiễm khuẩn.<sup>3</sup> Tuy nhiên, SIRS, qSOFA hoạt động kém hiệu quả như các công cụ lâm sàng cho việc phát hiện sớm và nhanh chóng bệnh

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hữu Thông

Email: thongccbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.11.2025

Ngày duyệt bài: 11.12.2025