

- Güven D, Kabukcuoglu F.** Clinical and pathological diagnosis and comparison of benign and malignant eyelid tumors. *Journal Français d'Ophtalmologie.* 2021;44(4):537-543.S
- 2. Yaszai AQK, Goodbee M, Ahweyevu J, et al.** Sebaceous carcinoma of the eyelid: demographical analysis and role of surgery in the management. *Eur J Plast Surg.* 2023;46(6):1011-1018.
  - 3. Dasgupta T, Wilson LD, Yu JB.** A retrospective review of 1349 cases of sebaceous carcinoma. *Cancer.* 2009;115(1):158-165.
  - 4. A retrospective study of 2228 cases with eyelid tumors.** *Int J Ophthalmol.* Published online November 18, 2018.
  - 5. Ul Kadir SM, Rani Mitra M, Rashid R, et al.** Clinicopathological Analysis and Surgical Outcome of Eyelid Malignancies: A Study of 332 Cases. Kimyai Asadi A, ed. *Journal of Skin Cancer.* 2022;2022:1-9.
  - 6. Kaliki S, Bothra N, Bejjanki KM, et al.** Malignant Eyelid Tumors in India: A Study of 536 Asian Indian Patients. *Ocul Oncol Pathol.* 2019;5(3):210-219.
  - 7. Hoàng Anh Tuấn.** Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và hóa mô miễn dịch ung thư biểu mô tế bào đáy và tuyến bã ở mi mắt. năm 2012.
  - 8. Kaliki S, Ayyar A, Nair AG, Mishra DK, Reddy VAP, Naik MN.** Neoadjuvant Systemic Chemotherapy in the Management of Extensive Eyelid Sebaceous Gland Carcinoma: A study of 10 Cases. *Ophthalmic Plastic & Reconstructive Surgery.* 2016;32(1):35-39.
  - 9. Cicinelli MV, Kaliki S.** Ocular sebaceous gland carcinoma: an update of the literature. *Int Ophthalmol.* 2019;39(5):1187-1197.
  - 10. Owen JL, Kibbi N, Worley B, et al.** Sebaceous carcinoma: evidence-based clinical practice guidelines. *The Lancet Oncology.* 2019;20(12):e699-e714.

## TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ KHẨU PHẦN NUÔI DƯỠNG CỦA NGƯỜI BỆNH CAO TUỔI TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC VÀ CHỐNG ĐỘC, BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ NĂM 2024 - 2025

Nguyễn Thị Vân<sup>1</sup>, Chu Thị Tuyết<sup>1</sup>,  
Phạm Văn Phú<sup>2</sup>, Đỗ Thùy Dương<sup>2</sup>

### INTENSIVE CARE AND TOXICOLOGY DEPARTMENT, FRIENDSHIP HOSPITAL IN 2024 - 2025

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần nuôi dưỡng của người bệnh cao tuổi tại khoa Hồi sức tích cực và Chống độc, bệnh viện Hữu Nghị. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả tình trạng dinh dưỡng và chế độ nuôi dưỡng trên 88 người bệnh từ 65 tuổi trở lên nằm điều trị tối thiểu 7 ngày tại khoa Hồi sức tích cực và Chống độc, bệnh viện Hữu Nghị từ 8/2024 đến 8/2025. **Kết quả:** Theo bộ công cụ GLIM, tỷ lệ suy dinh dưỡng ở người bệnh cao tuổi tại khoa Hồi sức tích cực là 76,8%, tỷ lệ người bệnh có tình trạng giảm khối cơ là 78,4%. Mức năng lượng trung bình cung cấp cho người bệnh tăng dần trong 7 ngày nằm viện từ 1046 kcal (ngày 1) lên 1599 kcal (ngày 7). **Kết luận:** Người bệnh cao tuổi tại khoa Hồi sức tích cực có tỷ lệ suy dinh dưỡng cao. Giá trị năng lượng và các chất sinh năng lượng cung cấp cho người bệnh có sự tăng dần trong 7 ngày đầu điều trị. **Từ khóa:** Dinh dưỡng, người cao tuổi, hồi sức tích cực

#### SUMMARY

### NUTRITIONAL STATUS AND DIETARY INTAKE OF ELDERLY PATIENTS IN THE

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu Nghị

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Phú

Email: phamvanphudohp@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2025

Ngày duyệt bài: 12.12.2025

**Objective:** Nutritional status and dietary intake assessment of elderly patients in the Intensive Care and Toxicology Department, Friendship Hospital. **Subjects and methods:** A cross-sectional study was conducted to describe the nutritional status and dietary intake of 88 patients aged 65 years and older who were hospitalized for at least seven days in the Intensive Care and Toxicology Department of Friendship Hospital from August 2024 to August 2025. **Results:** According to the GLIM criteria, 76.8% of elderly patients in the Intensive Care Unit were malnourished, and 78.4% had muscle loss. The average energy level provided to patients increased gradually during the first 7 days of hospitalization from 1046 kcal (day 1) to 1599 kcal (day 7). **Conclusion:** Elderly patients in the Intensive Care Department had a high rate of malnutrition. The energy value and macronutrients provided to patients increased progressively during the first 7 days of treatment. **Keywords:** Nutrition, elderly patients, intensive care

#### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Người bệnh tại khoa Hồi sức tích cực (HSTC) phải đối mặt với nhiều vấn đề sức khỏe nghiêm trọng như tình trạng bệnh nặng cấp tính, nhiễm khuẩn nặng, sốc nhiễm khuẩn, phẫu thuật chấn thương, bệnh mạn tính... trong đó dinh dưỡng đóng vai trò quan trọng, ảnh hưởng trực tiếp đến tiến triển bệnh. Cơ thể đối phó với tình trạng

bệnh nặng bằng việc tăng phản ứng dị hoá, do đó khi người bệnh không được cung cấp dinh dưỡng phù hợp có thể dẫn đến suy dinh dưỡng (SDD) và hậu quả là hiệu quả điều trị thấp<sup>1</sup>.

Nghiên cứu tổng quan hệ thống cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng ở khoa Hồi sức tích cực dao động từ 38% đến 78% và có liên quan độc lập tới kết quả điều trị<sup>2</sup>. Người bệnh điều trị tại khoa Hồi sức tích cực cần được theo dõi và chăm sóc y tế một cách liên tục, chuyên sâu. Can thiệp dinh dưỡng, theo khuyến cáo của ESPEN được coi là một chiến lược ít rủi ro và tiết kiệm chi phí, góp phần cải thiện chất lượng chăm sóc, nhưng đòi hỏi sự phối hợp chặt chẽ của nhóm đa chuyên khoa<sup>3</sup>. Tại khoa Hồi sức tích cực - Chống độc Bệnh viện Hữu Nghị, đa số người bệnh là người cao tuổi thường mắc các bệnh mạn tính kèm theo. Các yếu tố về mặt tuổi tác, bệnh nền và suy giảm khối cơ cũng làm gia tăng nguy cơ suy dinh dưỡng của các người bệnh<sup>4</sup>. Do đó để có thể cải thiện tình trạng suy dinh dưỡng và giúp nâng cao hiệu quả điều trị, đề tài: "Tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần nuôi dưỡng của người bệnh cao tuổi tại khoa Hồi sức tích cực và Chống độc, bệnh viện Hữu Nghị năm 2024 - 2025" được tiến hành với hai mục tiêu đánh giá tình trạng dinh dưỡng và mô tả khẩu phần nuôi dưỡng của người bệnh cao tuổi tại khoa Hồi sức tích cực và Chống độc, bệnh viện Hữu Nghị năm 2024-2025.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

#### - Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Người bệnh từ 65 tuổi trở lên nằm điều trị tại khoa Hồi sức tích cực và Chống độc, bệnh viện Hữu Nghị. Thời gian điều trị tối thiểu 7 ngày, người bệnh không phù, huyết động ổn định.

#### - Đánh giá theo tiêu chuẩn GLIM<sup>7</sup>:

<b>Tiêu chí kiểu hình</b>	Giảm cân không chủ ý	>5% trong vòng 6 tháng gần đây hoặc >10% trên 6 tháng gần đây
	BMI thấp	BMI <18,5 nếu <70 tuổi hoặc BMI < 20 nếu >70 tuổi
<b>Tiêu chí nguyên nhân</b>	Khối cơ	Giảm (khám dấu hiệu mất khối cơ ngoại vi <sup>6</sup> : vị trí cơ thái dương, cơ gian mu tay, cơ delta, cơ tứ đầu đùi...)
	Giảm lượng ăn vào hoặc giảm đồng hóa	Trên 1 tuần gần đây, có giảm ≤50% nhu cầu năng lượng ăn vào, hoặc trên 2 tuần gần đây có giảm lượng ăn vào, hoặc tình trạng bệnh đường ruột mạn tính gây ảnh hưởng đến sự tiêu hóa và hấp thu các chất dinh dưỡng
	Tình trạng viêm hoặc gánh nặng bệnh tật	Bệnh lý cấp tính/chấn thương, hoặc các bệnh mạn tính, hoặc có đáp ứng viêm

Người bệnh được chẩn đoán SDD khi có ít nhất một tiêu chí kiểu hình và một tiêu chí nguyên nhân. Mức độ SDD: SDD vừa: giảm cân 5-10% trong 6 tháng hoặc 10-20% trên 6 tháng gần đây, hoặc BMI thấp (<20 nếu <70 tuổi, <22

+ Người bệnh/người nhà hợp tác tham gia nghiên cứu và trả lời phỏng vấn.

#### - Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Người bệnh có tiên lượng nặng, đang trong tình trạng nguy kịch.

+ Người bệnh có phù, có dị tật ảnh hưởng đến chỉ số nhân trắc.

+ Hồ sơ bệnh án không đầy đủ theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- **Cỡ mẫu và chọn mẫu:** Chọn mẫu toàn bộ. Chọn toàn bộ người bệnh vào khoa đáp ứng đủ tiêu chuẩn nghiên cứu và không trùng lặp người bệnh nhập khoa từ 8/2024 đến 8/2025, thu thập được 88 người bệnh.

- **Địa điểm nghiên cứu:** Khoa Hồi sức tích cực - Chống độc, bệnh viện Hữu Nghị.

### 2.3. Kỹ thuật thu thập số liệu:

- **Thông tin chung:** Tuổi, giới, số bệnh mắc kèm thu thập từ hồ sơ bệnh án kết hợp với quan sát và phỏng vấn người bệnh/người nhà.

- **Chiều cao:** nếu người bệnh không đứng được sử dụng công thức ước tính chiều<sup>5</sup>: Nam: Chiều cao = 2,12 x chiều dài cẳng chân + 59,06; Nữ: Chiều cao = 2,08 x chiều dài cẳng chân + 57,73.

- **Cân nặng:** sử dụng cân Tanita có độ chính xác 0,1kg, số đo cân nặng tính bằng kg với 1 số lẻ.

- **Chỉ số khối cơ thể (BMI):** nếu người bệnh không cân được sử dụng số đo chu vi vòng cánh tay (MUAC) để tính BMI<sup>6</sup>: Nam: BMI (kg/m<sup>2</sup>) = 1,01 x MUAC (cm) - 4,7; Nữ: BMI (kg/m<sup>2</sup>) = 1,1 x MUAC (cm) - 6,7. Tính ra cân nặng ước tính = BMI x (Chiều cao)<sup>2</sup>

nếu ≥70 tuổi), hoặc giảm khối cơ nhẹ đến vừa); SDD nặng: giảm cân >10% trong 6 tháng hoặc >20% trên 6 tháng gần đây, hoặc BMI thấp (<18,5 nếu <70 tuổi, <20 nếu ≥70 tuổi), hoặc giảm khối cơ nặng.

- **Chế độ nuôi dưỡng:** nuôi dưỡng trong 07 ngày đầu tại khoa Hồi sức tích cực. Nuôi dưỡng đường tiêu hóa được phỏng vấn theo kỹ thuật hỏi ghi khẩu phần 24h (lượng nuôi dưỡng qua đường tiêu hóa, đậm độ năng lượng, các chất sinh nhiệt của dịch nuôi dưỡng) và lượng dịch nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch (chứa carbohydrate, lipid, protein) theo chỉ định và kết quả thực hiện y lệnh được ghi chép trên hồ sơ bệnh án

**2.4. Xử lý và phân tích số liệu.** Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1, số liệu nhập và kiểm tra hai lần để kiểm soát sai số. Sau đó, số liệu được làm sạch và phân tích bằng phần mềm STATA 14.

**2.5. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu được tiến hành sau khi được Hội đồng thẩm định đề cương, Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng Trường Đại học Y Hà Nội thông qua, cùng với sự đồng ý của Ban lãnh đạo tại khoa Hồi sức tích cực và Chống độc, bệnh viện Hữu Nghị. 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 của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm (N=88)		n	%
Nhóm tuổi	65-84 tuổi	37	42
	≥85 tuổi	51	58
	Tuổi (Min-Max)	(70-100)	
Giới	Nam	69	78,4
	Nữ	19	21,6
Số bệnh mắc kèm	1 bệnh	0	0
	2 bệnh	5	5,7
	3 bệnh	18	20,5
	> 3 bệnh	65	73,9

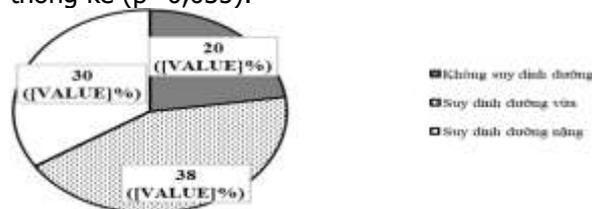
**Nhận xét:** Đa số người bệnh trong nghiên cứu có độ tuổi từ 85 tuổi trở lên, chiếm 58%. Về giới tính, nam giới chiếm tỷ lệ đa số (78,4%) so với nữ giới (21,6%). Đánh giá bệnh lý mắc kèm, phần lớn người bệnh mắc trên 3 bệnh nền (73,9%), chỉ có 5,7% người bệnh mắc 2 bệnh nền và không có người bệnh nào chỉ mắc một bệnh duy nhất.

**Bảng 2. Tình trạng giảm khối cơ**

Đặc điểm	Khối cơ giảm		p	
	Có (n=69)	Không (n=19)		
Giới tính	Nam	55 (79,7%)	14 (20,3%)	0,545
	Nữ	14 (73,7%)	5 (26,3%)	
Nhóm tuổi	<85	25 (67,6%)	12 (32,4%)	0,035
	≥85	44 (86,3%)	7 (13,7%)	

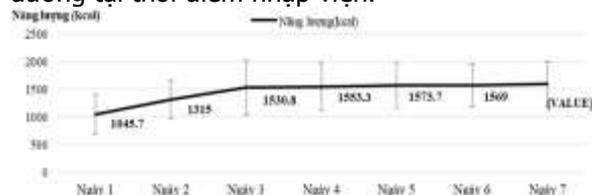
**Nhận xét:** Tỷ lệ người bệnh có giảm khối cơ là 69/88 người bệnh, chiếm 78,4%, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa giảm khối cơ

với giới tính. Theo nhóm tuổi, tỷ lệ người bệnh có giảm khối cơ ở nhóm tuổi từ 85 trở lên cao hơn nhóm dưới 85 tuổi với khác biệt có ý nghĩa thống kê (p=0,035).



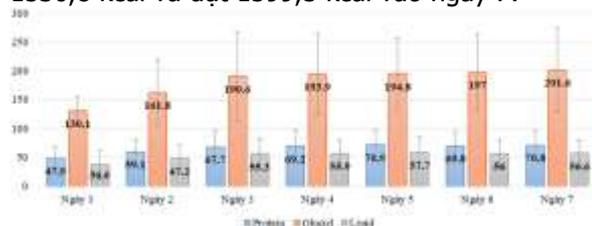
**Hình 1: Mức độ suy dinh dưỡng theo tiêu chuẩn GLIM tại thời điểm nhập viện**

**Nhận xét:** Dựa trên tiêu chuẩn GLIM, có 77,3% (68/88) người bệnh bị suy dinh dưỡng ở các mức độ khác nhau, suy dinh dưỡng mức độ vừa chiếm tỷ lệ cao nhất với 43,2% (38/88), mức độ nặng chiếm 34,1% (30/88). Chỉ có 22,7% (20/88) người bệnh không có suy dinh dưỡng tại thời điểm nhập viện.



**Hình 2: Trung bình năng lượng qua các ngày theo dõi**

**Nhận xét:** Biểu đồ cho thấy có sự gia tăng mức năng lượng trung bình cung cấp cho người bệnh trong tuần điều trị đầu tiên. Trong ba ngày đầu, mức năng lượng tăng nhanh, đặc biệt từ ngày 1 đến ngày 3 đã tăng gần 1,5 lần (từ 1045,7 kcal lên 1530,8 kcal). Từ ngày 3 đến ngày 7, năng lượng trung bình tiếp tục tăng nhưng tốc độ chậm lại dao động trong khoảng 1530,8 kcal và đạt 1599,5 kcal vào ngày 7.



**Hình 3: Trung bình các chất sinh năng lượng qua các ngày theo dõi (g/ngày)**

**Nhận xét:** Giá trị trung bình các chất dinh dưỡng sinh năng lượng glucid, lipid, protein cung cấp cho người bệnh tăng dần trong 7 ngày theo dõi. Từ ngày 1 đến ngày 3 cả ba thành phần đều tăng rõ rệt, từ ngày 3 cả ba thành phần có xu hướng ổn định cụ thể: lượng protein tăng từ 47,9 ± 20,6g ngày 1 lên 67,7 ± 28,8g ngày 3 và tăng dần lên 70,8 ± 24,8g ngày 7; lượng glucid

tăng từ 130,1g ngày 1 lên 190,6g ngày 3 và tăng dần lên 201,6g vào ngày 7; lượng lipid tăng từ 36,6g ở ngày 1 lên 55,3g vào ngày 3 và ổn định quanh 55-56g đến ngày thứ 7.

#### IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm người bệnh từ 85 tuổi trở lên chiếm đa số (58%) cao hơn đáng kể so với nghiên cứu của Phùng Thị Hậu trên nhóm người bệnh điều trị khoa Hồi sức cấp cứu bệnh viện Đa khoa Sơn Tây (2022) là 33,4% người bệnh  $\geq 75$  tuổi<sup>8</sup>. Giải thích cho vấn đề này là do đặc thù của bệnh viện Hữu Nghị là nơi tiếp nhận và điều trị chủ yếu cho người bệnh cao tuổi, là nhóm tuổi đặc biệt dễ bị SDD do những thay đổi sinh lý liên quan đến tuổi tác, gánh nặng bệnh mạn tính và giảm khả năng ăn uống hoặc hấp thu. Bên cạnh đó, hiện tượng sarcopenia và tình trạng viêm mạn tính làm gia tăng nguy cơ mất cân bằng dinh dưỡng đòi hỏi cần có sự quan tâm chăm sóc sức khỏe của y tế và gia đình<sup>4</sup>, trong khi các nghiên cứu khác tiêu chuẩn lựa chọn là người bệnh từ 18 tuổi trở lên và thực hiện tại các bệnh viện có mô hình đa dạng về độ tuổi. Về giới tính, nam giới trong nghiên cứu chiếm ưu thế với tỷ lệ 78,4% và có sự tương đồng với kết quả nghiên cứu của Phùng Thị Hậu tại bệnh viện Sơn Tây<sup>8</sup> và Đỗ Tất Thành tại bệnh viện Việt Đức (tỷ lệ nam cao trong nhóm ICU)<sup>9</sup>.

Đánh giá bệnh lý mắc kèm, nghiên cứu chỉ ra có tới 73,9% số người bệnh mắc trên 3 bệnh lý nền, cao hơn rõ rệt so với kết quả nghiên cứu của Đỗ Tất Thành tại bệnh viện Việt Đức, nơi tỷ lệ người bệnh có từ 2 bệnh mắc kèm trở lên chiếm khoảng 56%<sup>9</sup>. Điều này đã phản ánh một phần đặc điểm mô hình bệnh tật của xã hội ngày nay, tăng tỷ lệ người cao tuổi mắc các bệnh lý mạn tính. Việc mắc nhiều bệnh lý đi kèm làm tăng gánh nặng lên sức khỏe, tăng nguy cơ tình trạng bệnh nặng cũng như nguy cơ mắc phải các biến chứng của bệnh, dẫn tới kết cục khó cai thở máy, suy đa tạng và tử vong. Tình trạng đa bệnh lý dẫn đến nhu cầu dinh dưỡng phức tạp, đòi hỏi sự cá thể hóa trong tính toán khẩu phần.

Đánh giá tình trạng giảm khối cơ, tỷ lệ người bệnh có giảm khối cơ trong nghiên cứu là 78,4%, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa giảm khối cơ và giới tính. Theo nhóm tuổi, tỷ lệ người bệnh có giảm khối cơ ở nhóm tuổi từ 85 trở lên cao hơn nhóm dưới 85 tuổi với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p=0,035$ ). Theo tiêu chuẩn đánh giá tình trạng dinh dưỡng GLIM, kết quả cho thấy có tới 77,3% người bệnh bị SDD, trong đó mức độ vừa chiếm 43,2% và

mức độ nặng chiếm 34,1%. Việc phân loại mức độ SDD giúp định hướng xây dựng chiến lược can thiệp dinh dưỡng cá thể hóa, phù hợp với mức độ và tình trạng bệnh lý kèm theo. Tại bệnh viện Hữu Nghị, người bệnh cao tuổi nhập viện điều trị tại khoa Hồi sức tích cực phải đối mặt với nhiều gánh nặng bệnh tật, bao gồm bệnh chính là nguyên nhân khiến người bệnh phải nhập viện điều trị và các biến chứng của bệnh lý mạn tính. Bên cạnh đó, tình trạng giảm khẩu phần ăn, sụt cân trước khi nhập viện cũng như việc nuôi dưỡng không đủ cũng làm tăng nguy cơ suy dinh dưỡng và giảm khả năng đáp ứng điều trị. Thực tế này cũng lý giải vì sao tỷ lệ suy dinh dưỡng và giảm khối cơ trong nghiên cứu hiện tại ở mức cao. Qua đây có thể thấy rằng suy dinh dưỡng và suy giảm khối cơ là một vấn đề thường gặp tại khoa Hồi sức tích cực, phù hợp với các nghiên cứu trước đó nhấn mạnh sarcopenia là yếu tố tiên lượng xấu trong hồi sức tích cực<sup>4</sup>.

Về chế độ dinh dưỡng, mức năng lượng trung bình tăng rõ rệt ở 3 ngày đầu từ 1046 kcal ở ngày 1 lên 1531 kcal vào ngày thứ 3 và tiếp tục tăng với tốc độ chậm đạt 1599 kcal ở ngày thứ 7, cao hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Đỗ Tất Thành tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức với mức năng lượng trung bình cung cấp cho người bệnh tăng từ 919 kcal ở ngày 1 lên 1383 kcal ở ngày 7<sup>9</sup>. Đánh giá cụ thể về mức cung cấp ba chất sinh năng lượng, lượng protein, glucid và lipid cung cấp cho người bệnh tăng dần trong 7 ngày theo dõi: lượng protein tăng từ 47,9g ngày 1 lên 70,8g vào ngày 7; lượng glucid tăng từ 130,1g ngày 1 lên 201,6g vào ngày 7; lượng lipid tăng từ 36,6g ngày 1 lên 56,6g vào ngày 7. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt so với nghiên cứu của tác giả Đỗ Tất Thành, trung bình 3 chất sinh năng lượng trong khẩu phần người bệnh thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi; mặc dù có sự tăng dần về lượng cung cấp từ ngày đầu nhập khoa Hồi sức đến ngày thứ 5 trong quá trình điều trị, tuy nhiên sau đó các chất sinh năng lượng lại có xu hướng giảm dần trong ngày 6, ngày 7 của quá trình điều trị. Theo Hướng dẫn của Hiệp hội Dinh dưỡng lâm sàng châu Âu (ESPEN)<sup>3</sup>, mặc dù phản ứng tăng cường trao đổi chất là một đặc điểm điển hình trong quá trình dị hóa của người bệnh nằm tại khoa HSTC, tuy nhiên có sự tiêu hao năng lượng ở các mức độ khác nhau theo giai đoạn bệnh và các nguyên nhân gây bệnh. Nhìn chung tại Việt Nam, can thiệp dinh dưỡng cho người bệnh nặng đã được chú trọng trong những năm gần đây, tuân theo các hướng dẫn dinh dưỡng lâm sàng trong nước và trên thế giới.

Như vậy, từ đặc điểm đối tượng nghiên cứu là người bệnh cao tuổi, đa bệnh lý, kết hợp với tỷ lệ suy dinh dưỡng và tình trạng giảm khối cơ cao, có thể thấy nhu cầu can thiệp dinh dưỡng cho nhóm người bệnh này rất lớn. Việc nhận biết sớm tình trạng suy dinh dưỡng và xây dựng chiến lược chăm sóc hợp lý với sự phối hợp của nhân viên y tế và gia đình sẽ góp phần giảm biến chứng, rút ngắn thời gian nằm viện, hạn chế tái nhập viện và giảm chi phí chăm sóc tổng thể.

## V. KẾT LUẬN

Người bệnh cao tuổi tại khoa Hồi sức tích cực bị suy dinh dưỡng theo tiêu chuẩn GLIM chiếm tỷ lệ cao và phần lớn có giảm khối cơ. Năng lượng và protein cung cấp có sự tăng dần trong tuần đầu nhập viện. Những phát hiện này nhấn mạnh sự cần thiết của sàng lọc dinh dưỡng sớm và can thiệp kịp thời để cải thiện kết quả điều trị và tiên lượng cho người bệnh cao tuổi tại khoa Hồi sức tích cực.

## VI. KHUYẾN NGHỊ

Tình trạng suy dinh dưỡng của người bệnh nằm điều trị tại khoa Hồi sức tích cực chiếm tỷ lệ cao. Sử dụng bộ công cụ GLIM phối hợp các phương pháp khác như chỉ số nhân trắc, khẩu phần ăn, xét nghiệm cận lâm sàng giúp đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh một cách toàn diện, kịp thời phát hiện người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng để can thiệp. Ngoài ra, cần xây dựng các chiến lược chăm sóc và điều trị dinh

dưỡng hợp lý cho người bệnh với sự phối hợp của cả nhân viên y tế và người nhà bệnh nhân.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sharma K, Mogensen KM, Robinson MK. Pathophysiology of critical illness and role of nutrition. *Nutr Clin Pract*. 2019;34(1):12-22.
2. Lew CCH, Yandell R, Fraser RJL, Chua AP, Chong MFF, Miller M. Association Between Malnutrition and Clinical Outcomes in the Intensive Care Unit: A Systematic Review. *JPEN J Parenter Enter Nutr*. 2017;41(5):744-758.
3. Singer P, Blaser AR, Berger MM, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. *Clin Nutr*. 2019;38(1):48-79
4. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing*. 2019;48(1): 16-31.
5. Tu Huu Nguyen, Yen Ngoc Ma, Linh Thuy Nguyen. A knee height equation for estimating height of Vietnamese adult. *Nutrition Today*. 2021;56(6):306-310.
6. Lê Thị Hương và cs. Dinh dưỡng trong điều trị nội khoa. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội; 2022.
7. Cederholm T, Jensen G, Correia M, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition – a consensus report from the global clinical nutrition community. *Clin Nutr*. 2019;38(1):207-217.
8. Phùng Thị Hậu, Nguyễn Quang Dũng. Tình trạng dinh dưỡng và thực trạng nuôi dưỡng người bệnh tại khoa Hồi sức cấp cứu Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023; 533(12):276-280.
9. Đỗ Tất Thành, Nguyễn Xuân Phong, Trần Thị Bích Hạnh. Thực trạng nuôi dưỡng người bệnh khoa Hồi sức tích cực tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2024. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2025;2:45-53.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT SỬA SẸO BỌNG TRÊN BỆNH NHÂN GLÔCÔM ĐÃ CẮT BÈ THẤT BẠI

Nguyễn Thị Hà Trang<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Hà Thanh<sup>2</sup>, Nguyễn Đỗ Thị Ngọc Hiền<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục đích:** Tìm hiểu nguyên nhân thất bại của phẫu thuật cắt bè và đánh giá kết quả sửa sẹo bong trên bệnh nhân glôcôm nguyên phát đã cắt bè lần một thất bại. **Đối tượng:** 10 mắt glôcôm nguyên phát bao gồm 7 mắt glôcôm góc đóng và 3 mắt glôcôm góc mở đã mổ cắt bè lần 1 thất bại. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu. **Kết quả:** Sau 3 tháng nhãn áp

trung bình giảm từ  $28,5 \pm 5,9$  mmHg xuống  $14,6 \pm 2,1$  mmHg với phần trăm hạ nhãn áp trung bình ổn định ở mức > 40%. Sau phẫu thuật không có bệnh nhân nào phải dùng thuốc hạ nhãn áp. Hình thái sẹo bong cải thiện ở tất cả các trường hợp. Trong 10 mắt nghiên cứu của chúng tôi đều không gặp các biến chứng sau phẫu thuật.

**Từ khóa:** Nguyên nhân thất bại của phẫu thuật cắt bè, sửa sẹo bong bằng phẫu thuật.

### SUMMARY

#### EVALUATION OF OUTCOMES OF BLEB REVISION SURGERY IN PATIENTS WITH FAILED TRABECULECTOMY FOR GLAUCOMA

**Purpose:** To investigate the causes of trabeculectomy failure and evaluate the clinical outcomes of surgical bleb revision in patients with primary glaucoma following a failed initial

<sup>1</sup>Bệnh viện Mắt Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Mắt Trung ương

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hà Trang

Email: hatrang12593@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2025

Ngày duyệt bài: 11.12.2025