

Theo kinh nghiệm của chúng tôi và tác giả khác [6] cho thấy PTNS hỗ trợ đưa tạng bị tổn thương ra ngoài ổ bụng để sửa chữa qua đường mở rộng vết mổ ở rốn là khả thi, an toàn và hiệu quả. Chúng tôi đã phẫu thuật gần 5000 trường hợp TVB, bao gồm cả TVBN, kết quả thẩm mỹ sau mổ là rất tốt, hầu như không có sẹo mổ nhìn thấy được. Tuy nhiên kết quả thẩm mỹ chủ yếu phụ thuộc vào ý kiến chủ quan của phẫu thuật viên và cha mẹ bệnh nhân, do đó cần có các phương pháp đánh giá khách quan hơn trong các nghiên cứu về sau.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này cho thấy PTNSMVMQR điều trị thoát vị bẹn nghẹt ở trẻ em là khả thi, an toàn, tỷ lệ tái phát thấp và có thẩm mỹ sau mổ rất tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Glick LP, Boulanger CS.** Inguinal hernias and hydroceles In: Coran AG, Caldamone A, Adzick NS, Krumme MT, Laberge J and Shamberger R (eds). Pediatric Surgery, 7th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier, 2012, pp.985–1001.
2. **Abdulhai, SA, Glenn, IC, Ponsky, TA.** Incarcerated pediatric hernias. Surgical Clinics of North America 2017; 97(1):129–145.
3. **Balogh B, Hajnal D, Kovács T, Saxena AK.** Outcomes of laparoscopic incarcerated inguinal hernia repair in children. J Minim Access Surg. 2020;16(1):1-4.
4. **Lee SR.** Efficacy of laparoscopic herniorrhaphy for treating incarcerated pediatric inguinal hernia. Hernia. 2018;22(4):671-679.
5. **Nah SA, Giacomello L, Eaton S, et al.** Surgical repair of incarcerated inguinal hernia in children: laparoscopic or open? Eur J Pediatr Surg. 2011;21(1):8-11.
6. **Ngoc Son T, Van Bao H.** Single Incision Laparoscopic Percutaneous Extraperitoneal Closure of Internal Ring for Incarcerated Inguinal Hernia in Children: A Single Center Experience with 104 Cases. J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2021;31(12):1449-54.
7. **He M, Xiong J, Cai J, Yan X.** Single-Incision Laparoscopic Percutaneous Extraperitoneal Surgery for the Treatment of Incarcerated Indirect Inguinal Hernia in Children. J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2024;34(1):88-91.
8. **Wang K, Tan SS, Xiao Y, et al.** Characteristics and treatments for pediatric ordinary and incarcerated inguinal hernia based on gender: 12-year experiences from a single center. BMC Surg. 2021; 21(1):67.
9. **Takehara H, Yakabe S, Kameoka K.** Laparoscopic percutaneous extraperitoneal closure for inguinal hernia in children: clinical outcome of 972 repairs done in 3 pediatric surgical institutions. J Pediatr Surg. 2006;41(12): 1999-2003
10. **Chen Y, Wang F, Zhong H et al.** A systematic review and meta-analysis concerning single-site laparoscopic percutaneous extraperitoneal closure for pediatric inguinal hernia and hydrocele. Surg Endosc. 2017;31(12):4888-4901.

THỰC TRẠNG CHỈ ĐỊNH NUÔI ĂN VÀ TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC & CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN ĐA KHOA VŨNG TÀU NĂM 2025

Vũ Đức Thuận¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Thực trạng chỉ định nuôi ăn của bác sĩ và tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân đang điều trị hồi sức tại khoa Hồi sức tích cực & chống độc tại Bệnh viện Đa khoa Vũng Tàu năm 2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Sử dụng phương pháp cắt ngang mô tả, đánh giá tình trạng dinh dưỡng và các chỉ định của bác sĩ theo từng ngày điều trị của bệnh nhân hồi sức tích cực đang điều trị tại Bệnh viện Vũng Tàu theo tiêu chuẩn nhóm nghiên cứu. **Kết quả:** Ghi nhận 30 bệnh nhân hồi sức tích cực thỏa điều kiện và thu thập được 346 ngày điều trị chỉ định dinh dưỡng với tỉ lệ nam/nữ: 0,76 độ tuổi trung bình:

72,5 ± 16,3; tỉ lệ suy dinh dưỡng chiếm 83,4%, Nuôi ăn qua sonde chiếm 81,2% trên tổng số ngày điều trị, mức năng lượng trung bình trong đợt điều trị 1.662 ± 432 kcal/ngày, năng lượng đến từ dịch truyền nuôi ăn qua đường tĩnh mạch: 403 ± 280 kcal/ngày, năng lượng đến từ các sản phẩm bổ sung khác 506 ± 4,7 kcal/ngày. **Kết luận:** Qua việc đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân và chỉ định nuôi ăn có thể đánh giá sơ bộ tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân trong khoa Hồi sức tích cực và sự can thiệp dinh dưỡng của bác sĩ hồi sức từ đó có các phương án nâng cao năng lực chuyên môn về dinh dưỡng hỗ trợ cho bệnh nhân đáp ứng điều trị tốt hơn, nâng cao chất lượng điều trị. **Từ khóa:** Dinh dưỡng bệnh nhân hồi sức, Bệnh viện Đa khoa Vũng Tàu

SUMMARY

CURRENT STATUS OF FEEDING PRESCRIPTIONS AND NUTRITIONAL STATUS OF PATIENTS TREATED AT THE INTENSIVE CARE UNIT & ANTI-

¹Bệnh viện Đa khoa Vũng Tàu
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Đức Thuận
Email: vdthuan2312@gmail.com
Ngày nhận bài: 7.10.2025
Ngày phản biện khoa học: 21.11.2025
Ngày duyệt bài: 10.12.2025

POISONING DEPARTMENT, VUNG TAU GENERAL HOSPITAL IN 2025

Objective: To evaluate the current practice of physician's feeding prescriptions and the nutritional status of critically ill patients undergoing treatment at the Intensive Care Unit (ICU) and Anti-poisoning Department, Vung Tau General Hospital in 2025. **Subjects and research methods:** A descriptive cross-sectional study was utilized. Nutritional status and physicians' daily feeding orders were assessed for ICU patients at Vung Tau Hospital, following the research group's established criteria. **Results:** Data was collected from 30 ICU patients, total of 346 patient-days of nutritional support data. The male/female ratio was 0,76; the mean age was $72,5 \pm 16,3$ years. The rate of malnutrition accounted for 83,4%. Tube feeding accounted for 81,2% of the total treatment days. Energy Provision: The mean total energy intake during the treatment course was 1.662 ± 432 kcal/day. Energy derived from intravenous fluids was 403 ± 280 kcal/day. Energy derived from other nutritional supplements was $506 \pm 4,7$ kcal/day. **Conclusion:** The assessment of patients' nutritional status and feeding prescriptions provides a preliminary evaluation of the nutritional condition of patients in the ICU and the level of nutritional intervention by intensivist physicians. These findings suggest the need for strategies to enhance professional capacity in nutritional support for ICU patients, thereby improving treatment response and elevating the overall quality of care. **Keywords:** Critical care patient nutrition, ICU nutrition, Vung Tau General Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dinh dưỡng là nhu cầu thiết yếu của con người để nuôi cơ thể và đảm bảo các hoạt động sống. Theo đó các chất dinh dưỡng được cung cấp thông qua ăn uống giúp con người tồn tại và phát triển.

Đối với người bệnh, dinh dưỡng là một bộ phận không thể thiếu trong điều trị và phải được coi là một yếu tố điều trị quan trọng, dinh dưỡng đúng sẽ làm tăng hiệu lực của các phương pháp điều trị khác. Dinh dưỡng cần phải được xem có vai trò ngang hàng với thuốc và các chăm sóc khác.

Đảm bảo chế độ dinh dưỡng trong điều trị phải được thực hiện phù hợp, chính xác. Khi chế độ dinh dưỡng cho người bệnh không đáp ứng đủ nhu cầu cần thiết và không phù hợp với tình trạng bệnh lý thì hậu quả làm tăng tỷ lệ suy dinh dưỡng của người bệnh nằm viện[1]. Từ việc suy dinh dưỡng sẽ làm gia tăng các biến chứng, giảm hiệu quả điều trị bệnh và nguy cơ tử vong dẫn đến kéo dài thời gian nằm viện làm tăng chi phí điều trị.[2],[3]

Bệnh viện Đa khoa Vũng Tàu là một bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh với số giường nội trú là 420 và trung bình 1 ngày có khoảng 1500 bệnh nhân đến khám ngoại trú mà chủ yếu là các bệnh mãn tính có liên quan nhiều đến chế độ ăn

uống sinh hoạt. Với mục tiêu ngày một nâng cao chất lượng điều trị, ngoài việc đẩy mạnh áp dụng các tiến bộ kỹ thuật khám, chẩn đoán và điều trị, công tác dinh dưỡng đã được quan tâm và từng bước triển khai. Để việc triển khai được hiệu quả, cần có những đánh giá khái quát về thực trạng công tác dinh dưỡng trong bệnh viện.

Các công cụ tầm soát và đánh giá tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân được sử dụng hiện nay như: công cụ đánh giá tổng thể chủ quan SGA (Subjective Global Assessment), công cụ tầm soát suy dinh dưỡng (MST), chỉ số nguy cơ dinh dưỡng (NRS-2002), chu vi vòng cánh tay (MUAC), chỉ số khối cơ thể (BMI),... Trong đó, công cụ đánh giá tổng thể chủ quan SGA là công cụ được nhiều nhà nghiên cứu sử dụng để đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối đang lọc máu bởi vì công cụ có thể đánh giá mức độ suy dinh dưỡng khác nhau, ngoài ra cũng mang tính đặc hiệu cao, đơn giản và ít tốn kém.

Tại bệnh viện Đa khoa Vũng Tàu chưa có nhiều nghiên cứu quan tâm đến việc đánh giá tình trạng dinh dưỡng cho bệnh nhân hồi sức và sự quan tâm của bác sĩ điều trị đối với dinh dưỡng, do đó, chúng tôi thực hiện đề tài "*Thực trạng chỉ định nuôi ăn và tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân điều trị tại khoa Hồi sức tích cực & Chống độc bệnh viện Đa khoa Vũng Tàu năm 2025*" với mục tiêu cụ thể như sau:

- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân khi nhập viện điều trị tại khoa Hồi sức tích cực & Chống độc – Bệnh viện Đa khoa Vũng Tàu
- Đánh giá đặc điểm nuôi ăn của các bác sĩ điều trị tại Khoa Hồi sức tích cực & chống độc - Bệnh viện Đa khoa Vũng Tàu năm 2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm nghiên cứu: Khoa Hồi sức tích cực & Chống độc, Bệnh viện Đa khoa Vũng Tàu

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh hiện đang điều trị hồi sức tích cực tại Bệnh viện Đa khoa Vũng Tàu

2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên vào nhập viện điều trị tại khoa Hồi sức tích cực & Chống độc trong thời gian nghiên cứu.

- Bệnh nhân được cho chỉ định nuôi dưỡng đường tiêu hóa.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có tình trạng nhiễm khuẩn nặng, rối loạn tâm thần và ý thức

- Bệnh nhân nhập viện vào khoa Hồi sức tích cực & Chống độc điều trị trong thời gian ngắn (dưới 7 ngày)

- Bệnh nhân chuyển viện, xin về, tử vong trong quá trình điều trị.

- Bệnh nhân đang nuôi đường tiêu hóa trong quá trình điều trị phải tạm ngưng do các chống chỉ định nuôi ăn đường tiêu hóa.

2.3. Thời gian nghiên cứu: Từ 01/03/2025 đến 01/10/2025

2.4. Thiết kế nghiên cứu: Sử dụng phương pháp nghiên cứu cắt ngang.

2.5. Mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu: Chọn mẫu toàn bộ

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu theo tiêu chuẩn

2.6. Công cụ thu thập số liệu: Xem hồ sơ bệnh án và ghi nhận các ngày điều trị

2.7. Phương pháp phân tích số liệu

- Sau thu thập số liệu theo tiêu chuẩn chọn mẫu

- Số liệu được làm sạch sau đó được nhập và phân tích

- Sử dụng phần mềm excel để nhập dữ liệu, qua đó phân tích các số liệu liên quan

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu (n=30)

Đặc điểm chung	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính		
Nam	13	43,3

Bảng 2. Phân bố tình trạng đánh giá sàng lọc dinh dưỡng (SGA) theo nhóm tuổi (n=30)

Nhóm tuổi SGA	Dưới 50 tuổi		Từ 50 – 74 tuổi		Từ 75 tuổi	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
SGA-A	1	33,3	4	30,8	0	0
SGA-B	0	0	5	38,5	3	21,4
SGA-C	2	66,7	4	30,7	11	78,6
Tổng	3	100	13	100	14	100

Đối với nhóm tuổi từ 75 trở lên và dưới 50 tuổi, suy dinh dưỡng nặng SGA-C chiếm tỷ lệ cao nhất với tỷ lệ lần lượt là 78,6% và 66,7%. Suy dinh dưỡng nhẹ/vừa hoặc nghi ngờ có suy dinh dưỡng

Nữ	17	56,7
Nhóm tuổi		
Dưới 50 tuổi	3	10
Từ 50 – 74 tuổi	13	43,3
Từ 75 tuổi	14	46,7
BMI đo lúc nhập viện (phân loại nhóm theo IDI & WPRO)		
<18,5	14	46,7
18,5-22,9	11	36,7
≥23	5	16,6
Đánh giá sàng lọc dinh dưỡng SGA (Subjective Global Assessment)		
Tình trạng dinh dưỡng bình thường SGA-A	5	16,6
Suy dinh dưỡng nhẹ/vừa hoặc nghi ngờ có suy dinh dưỡng SGA-B	8	26,7
Suy dinh dưỡng nặng SGA-C	17	56,7

Trong 30 trường hợp được đưa vào nghiên cứu, nam và nữ tương đồng với tỷ lệ lần lượt là 43,3%, 56,7%. Nhóm tuổi chủ yếu phân bố nhóm từ 50 tuổi trở lên với tỷ lệ 90%.

Về tình trạng dinh dưỡng theo BMI lúc nhập viện, nhóm bệnh nhân thiếu cân (BMI <18,5) chiếm ưu thế với 46,7%, tiếp đến là nhóm BMI 18,5-22,9 với 36,7%.

Đánh giá sàng lọc dinh dưỡng SGA cho thấy suy dinh dưỡng nặng (SGA-C) chiếm tỷ lệ cao nhất (56,7%), nhóm tình trạng dinh dưỡng bình thường (SGA-A) chiếm tỷ lệ thấp nhất với 16,6%.

SGA-B chiếm ưu thế đối với nhóm từ 50-74 tuổi.

3.2. Đặc điểm chỉ định, xây dựng chế độ dinh dưỡng tại Khoa Hồi sức tích cực - Chống độc

Bảng 3. Đặc điểm chỉ định, xây dựng chế độ dinh dưỡng tại Khoa Hồi sức tích cực - Chống độc

Đặc điểm	Số ngày	Tỷ lệ (%)
Đặc điểm đường nuôi ăn (n=346 ngày)		
Nuôi ăn qua đường miệng	65	18,8
Nuôi ăn qua sonde dạ dày	281	81,2
Đặc điểm chỉ định nuôi dưỡng (n=346 ngày)		
Ngày chỉ định nuôi dưỡng cơ bản	63	18,2
Ngày chỉ định nuôi dưỡng đường tĩnh mạch bổ sung	126	36,4
Ngày chỉ định nuôi dưỡng thêm các thực phẩm bổ sung đường miệng	10	2,9
Ngày chỉ định nuôi dưỡng phối hợp thực phẩm bổ sung đường miệng và	147	42,5

tĩnh mạch hỗ trợ		
So sánh năng lượng chỉ định với nhu cầu năng lượng khuyến cáo (25-30kcal/kg/ngày) ở bệnh nhân Khoa HSTC-CD (n=346 ngày)		
Đạt mức năng lượng theo hướng dẫn	185	53,5
Dưới mức năng lượng theo hướng dẫn	161	46,5
Phân bố số ngày điều trị bệnh nhân không đạt nhu cầu năng lượng theo khuyến cáo (n=161 ngày)		
Ngày 1-5 của đợt điều trị	68	42,2
Sau ngày 5 của đợt điều trị	93	57,8
Tổng	346	100

Tổng số ngày nuôi ăn ghi nhận trong nghiên cứu là 346 ngày, trong đó nuôi ăn qua sonde dạ dày chiếm ưu thế với 281 ngày (81,2%), nuôi ăn qua đường miệng chỉ chiếm 65 ngày (18,8%).

Chỉ định nuôi dưỡng tại Khoa HSTC-CD chủ yếu là phối hợp thực phẩm bổ sung đường miệng và tĩnh mạch hỗ trợ (42,5%), tiếp đến là nuôi dưỡng đường tĩnh mạch bổ sung (36,4%),

thấp nhất là nuôi dưỡng cơ bản (18,2%).

Tỷ lệ chỉ định dinh dưỡng đạt theo hướng dẫn chiếm tỷ lệ 53,5% và không đạt chiếm 46,5%.

Trong 5 ngày đầu của đợt điều trị, tỷ lệ bệnh nhân được nuôi dưỡng không đáp ứng đủ nhu cầu năng lượng chiếm 42,2%. Ở các ngày điều trị tiếp theo sau ngày 5, tỷ lệ này chiếm 57,8%.

Bảng 4. Đặc điểm nuôi dưỡng của đối tượng nghiên cứu (n=30)

Đặc điểm	Tối thiểu	Tối đa	Trung bình ± Độ lệch chuẩn X±SD
Cân nặng trung bình (kg)	30	71	51,3 ± 11,3
Số bữa/ngày	3	4	3,45 ± 0,49
Năng lượng trung bình trong đợt điều trị (kcal)	1.000	2.626	1.662 ± 432
Năng lượng trung bình trong 3 ngày đầu (kcal)	1.000	2.500	1.454 ± 406
Năng lượng trung bình trong ngày cuối của đợt điều trị (kcal)	1.000	2.626	1.753 ± 396
Protein trung bình trong đợt điều trị (g)	56	136	86 ± 24
Protein trung bình trong 3 ngày đầu (g)	56	106	67 ± 18
Protein trung bình trong ngày cuối của đợt điều trị (g)	56	136	93 ± 23
Năng lượng trung bình đến từ tĩnh mạch bổ sung (kcal)	50	980	403 ± 280
Năng lượng trung bình đến thực phẩm bổ sung khác (kcal)	500	510	506 ± 4,7

Trong nhóm nghiên cứu, cân nặng bệnh nhân dao động từ 30-71kg với trung bình 51,3±11,3kg. Số bữa trung bình mỗi ngày là 3,45. Năng lượng trung bình trong toàn bộ đợt điều trị đạt 1.662 ± 432 kcal, trong đó, 3 ngày đầu thấp hơn (1.454 ± 406 kcal) và tăng lên vào ngày cuối (1.753 ± 396 kcal). Lượng protein trung bình đạt 86 ± 24g/ngày, trong 3 ngày đầu chỉ 67 ± 18g và tăng lên 93 ± 23g vào ngày cuối. Năng lượng bổ sung từ đường tĩnh mạch trung bình 403 ± 280 kcal, dao động khá lớn (50-980 kcal). Năng lượng đến từ thực phẩm bổ sung khác gần như ổn định (506 ± 4,7 kcal).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung nhóm đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trên 30 bệnh nhân điều trị tại Khoa Hồi sức tích cực – chống độc, Bệnh viện Đa khoa Vũng Tàu với tổng số 346 ngày nuôi ăn được ghi nhận. Kết quả cho thấy tỷ lệ nam giới và nữ giới gần tương đồng (43,3% và 56,7%), nhóm từ 50 tuổi trở lên chiếm đa số (90%).

Tỷ lệ bệnh nhân thiếu cân (BMI < 18,5) chiếm ưu thế (46,7%), nhóm thừa cân/béo phì (BMI ≥ 23) chỉ chiếm 16,7%. So với nghiên cứu của Đỗ Tất Thành (2024), tỷ lệ bệnh nhân thiếu cân trong nghiên cứu này cao hơn đáng kể (46,7% so với 12,5%).

Đánh giá bằng công cụ SGA, nhóm suy dinh dưỡng nặng (SGA-C) chiếm tỷ lệ cao nhất (56,7%), đặc biệt tập trung ở nữ giới ≥ 50 tuổi và nam giới ≥ 75 tuổi. Điều này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thuỳ An (2010) cho thấy bệnh nhân càng lớn tuổi, tình trạng dinh dưỡng càng kém. Kết hợp với đặc thù bệnh lý nặng tại ICU, bệnh nhân tại Khoa HSTC-CD có nguy cơ suy dinh dưỡng từ trung bình đến cao, luôn phải được theo dõi, đánh giá tình trạng dinh dưỡng liên tục và dễ mắc hội chứng nuôi ăn lại.

Hậu quả của suy dinh dưỡng ở bệnh nhân nặng đã được nhiều nghiên cứu ghi nhận bao gồm chậm lành vết thương, suy giảm miễn dịch, tăng chi phí và thời gian điều trị, tăng tỷ lệ tái nhập viện và tử vong. Điều này nhấn mạnh tầm

quan trọng của việc đánh giá và can thiệp dinh dưỡng sớm. Theo Quyết định số 2598/QĐ-BYT ngày 18/8/2025 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Dinh dưỡng lâm sàng", dinh dưỡng lâm sàng phải được thực hiện theo quy trình gồm sàng lọc, khám, đánh giá, chẩn đoán, chỉ định, xây dựng, can thiệp, chế biến và cung cấp chế độ dinh dưỡng bệnh lý cho từng người bệnh. Trong đó bộ công cụ SGA hiện được áp dụng rộng rãi nhờ tính nhanh, độ nhạy và độ đặc hiệu cao.

4.2. Đặc điểm chỉ định, xây dựng chế độ dinh dưỡng tại Khoa Hồi sức tích cực - Chống độc. Về đường nuôi dưỡng, nuôi ăn qua sonde dạ dày chiếm ưu thế (81,2%) phù hợp với thực trạng lâm sàng tại ICU khi đa số bệnh nhân có đặt nội khí quản và thở máy, hạn chế khả năng ăn qua đường miệng. Chỉ 18,8% số ngày nuôi ăn được thực hiện bằng đường miệng, chủ yếu ở giai đoạn đầu của đợt điều trị khi bệnh nhân còn tự ăn được.

Hình thức chỉ định dinh dưỡng cho thấy đa số bệnh nhân được phối hợp giữa nuôi ăn qua đường miệng và tĩnh mạch hỗ trợ (42,5%) hoặc nuôi dưỡng tĩnh mạch bổ sung đơn thuần (36,4%). Nuôi dưỡng cơ bản chỉ chiếm 18,2%. Điều này phản ánh tính đặc thù của ICU khi nhu cầu năng lượng cao nhưng đường tiêu hoá bị hạn chế, dẫn tới cần phối hợp nhiều phương pháp nuôi dưỡng để đạt hiệu quả.

Tuy nhiên, chỉ có 53,5% trường hợp đạt mức năng lượng theo khuyến cáo (25–30 kcal/kg/ngày), trong khi 46,5% chưa đạt. Đặc biệt, trong 5 ngày đầu điều trị, tỷ lệ bệnh nhân không đáp ứng đủ nhu cầu năng lượng chiếm 42,2%, và ở những ngày sau ngày thứ 5, tỷ lệ này còn cao hơn (57,8%). Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu cho thấy giai đoạn đầu điều trị ICU thường khó đạt đủ nhu cầu năng lượng do bệnh nhân chưa ổn định huyết động, nguy cơ nuôi ăn lại cao, dẫn đến bác sĩ thận trọng trong chỉ định dinh dưỡng.

Phân tích chi tiết về năng lượng và protein cho thấy mức cung cấp trung bình toàn đợt điều trị đạt 1.662 ± 432 kcal, tương đương 30–35 kcal/kg/ngày dựa trên cân nặng trung bình 51,3 kg. Trong 3 ngày đầu, năng lượng cung cấp thấp hơn (1.454 ± 406 kcal) nhưng tăng dần đến ngày cuối (1.753 ± 396 kcal). Tương tự, lượng protein trung bình toàn đợt là 86 ± 24 g/ngày (tương đương 1,6–1,7 g/kg/ngày), cao hơn so với khuyến cáo của ESPEN (1,3–1,5 g/kg/ngày). Điều này phản ánh xu hướng "bù nhanh" của các bác sĩ trong quá trình điều trị, mong muốn cải thiện thể trạng cho bệnh nhân ICU.

Đáng chú ý, nguồn năng lượng bổ sung từ tĩnh mạch dao động lớn (50–980 kcal/ngày, trung bình 403 ± 280 kcal), cho thấy sự cá thể hóa trong chỉ định tùy theo tình trạng bệnh nhân. Trong khi đó, năng lượng từ thực phẩm bổ sung khác ổn định hơn ($506 \pm 4,7$ kcal/ngày). Sự kết hợp linh hoạt này góp phần giúp bệnh nhân đạt mức năng lượng khuyến nghị, song cũng đặt ra thách thức về cân đối khẩu phần, nguy cơ dư thừa hoặc thiếu hụt vi chất.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân tại Khoa HSTC-CD Bệnh viện Đa khoa Vũng Tàu có đặc điểm chung là tuổi cao, tỷ lệ suy dinh dưỡng trước nhập viện lớn và nhu cầu dinh dưỡng cao trong quá trình điều trị. Dù các bác sĩ đã chú trọng đến chỉ định và tăng dần mức năng lượng, protein trong quá trình nuôi dưỡng, nhưng tỷ lệ chưa đạt nhu cầu vẫn còn khá cao, đặc biệt trong những ngày đầu. Điều này khẳng định việc cần thiết phải sàng lọc, đánh giá tình trạng dinh dưỡng ngay khi nhập viện, cá thể hóa chế độ nuôi dưỡng, đồng thời tăng cường theo dõi và điều chỉnh liên tục trong suốt thời gian điều trị. Áp dụng đồng bộ các biện pháp này sẽ góp phần cải thiện hiệu quả điều trị, rút ngắn thời gian nằm viện và nâng cao tiên lượng cho người bệnh ICU.

VI. KIẾN NGHỊ

Khoa Dinh dưỡng và Khoa Hồi sức tích cực cần có sự phối hợp với nhau, khoa Dinh dưỡng cần có các hướng dẫn cụ thể đối với các bệnh nhân hồi sức cũng như đảm bảo nguồn dinh dưỡng cung cấp cho bệnh nhân như Soup nuôi qua sonde, các sản phẩm bổ sung năng lượng.

Ban lãnh đạo cần quan tâm hơn với vấn đề dinh dưỡng của bệnh nhân từ đó có thể duyệt mua các trang thiết bị giúp đo lường tình trạng bệnh nhân từ đó giúp cho bác sĩ điều trị có thể đánh giá và điều chỉnh chỉ định dinh dưỡng hợp lý.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thùy An** (2010). Tình trạng dinh dưỡng và biến chứng nhiễm trùng sau phẫu thuật trong bệnh lý gan mật tụy. Luận văn tốt nghiệp Thạc sỹ điều dưỡng, Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh.
2. **Hướng dẫn dinh dưỡng trong điều trị bệnh nhân nặng** (NXB Y Học 2019).
3. **Lê Thị Hợp và Lê Danh Tuyên** (2012). Mấy vấn đề dinh dưỡng hiện nay và chiến lược dinh dưỡng dự phòng. Tạp chí dinh dưỡng và thực phẩm, 8(1).
4. **Đỗ Tất Thành và cộng sự** (2025). Tình trạng dinh dưỡng người bệnh khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức năm 2024.
5. **Trần Khánh Thu**. Hiệu quả can thiệp tư vấn dinh dưỡng và cung cấp chế độ ăn cho người bệnh chạy thận chu kỳ tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình. Tạp chí Y học Việt Nam. 2016;4(2):119-124.

6. Quyết định số 2598/QĐ-BYT ngày 18/8/2025 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Dinh dưỡng lâm sàng"
7. Viện Dinh Dưỡng. "Các phương pháp đánh giá

- và theo dõi tình trạng dinh dưỡng". 98-100.
8. Sioson, Marianna S. et al (2018). Nutrition therapy for critically ill patients across the Asia-Pacific and Middle East regions: A consensus statement. Clinical Nutrition ESPEN, Volume 24, 156 - 164

XÂY DỰNG CHƯƠNG TRÌNH CAN THIỆP TỰ CHĂM SÓC CHO NGƯỜI BỆNH UNG THƯ VÚ GIAI ĐOẠN SỚM SAU PHẪU THUẬT

Vương Hồng Hạnh^{1,3}, Trần Văn Thuấn², Trương Tuấn Anh³

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Xây dựng chương trình can thiệp tự chăm sóc cho người bệnh ung thư vú giai đoạn sớm sau phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp:** Tìm kiếm và phân tích hệ thống từ các cơ sở dữ liệu Pubmed, Google scholar, Science Direct, Scihub, trang web hiệp hội UT châu Âu, EORTC, NCCN, ESMO, WHO, các nghiên cứu can thiệp tự chăm sóc cho người bệnh ung thư vú giai đoạn sớm bằng tiếng Anh hoặc tiếng Việt trong 10 năm gần đây. **Kết quả:** Cho thấy hiệu quả của tự chăm sóc góp phần giảm thiểu biến chứng, nâng cao chất lượng cuộc sống đồng thời nâng cao vai trò của điều dưỡng trong việc quản lý, hướng dẫn người bệnh tự chăm sóc một cách hiệu quả. **Kết luận:** Trên cơ sở các bằng chứng khoa học, thiết thực này, nghiên cứu xây dựng chương trình can thiệp tự chăm sóc bao gồm tư vấn giáo dục sức khỏe về bệnh, hướng dẫn các bài tập tay sau phẫu thuật, đo, theo dõi BMI và chu vi cánh tay với quy trình triển khai rõ ràng và vai trò cốt lõi của điều dưỡng. **Từ khóa:** ung thư vú, UTV giai đoạn sớm, tự chăm sóc, can thiệp điều dưỡng, giáo dục sức khỏe, sau phẫu thuật.

SUMMARY

DEVELOPING A SELF-CARE INTERVENTION PROGRAM FOR EARLY-STAGE BREAST CANCER PATIENTS AFTER SURGERY

Objective: To develop a self-care intervention program for early-stage breast cancer patients after surgery. **Methods:** Search and analyze the system from the databases Pubmed, Google scholar, Science Direct, Scihub, European UT Association website, EORTC, NCCN, ESMO, WHO, self-care intervention studies for early-stage breast cancer patients in English or Vietnamese in the past 10 years. **Results:** Shows the effectiveness of self-care in reducing complications, improving quality of life and enhancing the role of nurses in managing and guiding patients to self-care effectively. **Conclusion:** Based on this

scientific and practical evidence, the study builds a self-care intervention program including health education counseling about the disease, instructions on post-operative arm exercises, measuring and monitoring BMI and arm circumference with a clear implementation process and the core role of nurses.

Keywords: breast cancer, early stage breast cancer, self-care, health education, nursing intervention, after surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mặc dù vai trò của tự chăm sóc là không thể phủ nhận, thực tế cho thấy nhiều người bệnh ung thư vú giai đoạn sớm tại các cơ sở y tế vẫn còn gặp khó khăn trong việc thực hiện các hoạt động tự chăm sóc hiệu quả sau khi xuất viện. Họ thiếu kiến thức, kỹ năng cần thiết để kiểm soát các triệu chứng, đối phó với tác dụng không mong muốn của điều trị và phòng ngừa biến chứng.

Người bệnh UTV nếu tự chăm sóc kém, có thể gặp nhiều hậu quả nghiêm trọng như tăng nguy cơ tái phát, không tuân thủ đúng theo kế hoạch điều trị có thể dẫn đến ung thư tái phát hoặc phát triển nhanh hơn. Tác động tâm lý như sự tự chăm sóc kém có thể dẫn đến căng thẳng, trầm cảm và lo âu, ảnh hưởng tiêu cực đến tinh thần và sức khỏe tổng thể. Khoảng trống này không chỉ ảnh hưởng đến chất lượng sống của người bệnh mà còn làm tăng gánh nặng cho hệ thống y tế khi phải xử lý các biến chứng có thể phòng ngừa được.

Do đó, việc xây dựng và triển khai can thiệp tự chăm sóc khoa học, dựa trên bằng chứng và phù hợp với điều kiện thực tiễn cho người bệnh ung thư vú giai đoạn sớm sau phẫu thuật là vô cùng cần thiết.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Nghiên cứu có chủ đề liên quan đến can thiệp tự chăm sóc hoặc các chương trình hỗ trợ tự chăm sóc cho người bệnh UTV. Nghiên cứu được công bố trên các tạp chí khoa học có bình duyệt (peer-reviewed journals) hoặc báo cáo từ các tổ chức y tế uy tín. Ngôn ngữ công bố: Tiếng Việt hoặc Tiếng Anh. Loại

¹Bệnh viện K

²Bộ Y tế

³Đại học Điều Dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Vương Hồng Hạnh

Email: vuonghanhbvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.11.2025

Ngày duyệt bài: 9.12.2025