

THỰC TRẠNG RỐI LOẠN ĂN UỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH SA SÚT TRÍ TUỆ TẠI BỆNH VIỆN LÃO KHOA TRUNG ƯƠNG NĂM 2022

Nguyễn Thị Thu Hà¹, Vũ Thị Quý¹,
Lê Thị Hương¹, Đặng Kim Anh¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm đánh giá vấn đề rối loạn ăn uống của bệnh nhân sa sút trí tuệ tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương năm 2022. Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên bệnh nhân sa sút trí tuệ đang điều trị tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương từ tháng 4 năm 2021 đến tháng 4 năm 2022. Vấn đề rối loạn ăn uống được đánh giá bằng bộ câu hỏi chuyên biệt được thiết kế cho bệnh nhân sa sút trí tuệ. Trong số 63 bệnh nhân sa sút trí tuệ, hơn 90% bệnh nhân có vấn đề về rối loạn ăn uống. Thay đổi khẩu vị chiếm tỷ lệ cao nhất (72,6%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về rối loạn nuốt, thay đổi khẩu vị và thói quen ăn uống giữa ba nhóm tình trạng dinh dưỡng. **Từ khóa:** sa sút trí tuệ, rối loạn ăn uống, MMSE, MNA.

SUMMARY

EATING DISTURBANCE ISSUES OF PATIENTS WITH DEMENTIA AT NATIONAL GERIATRIC HOSPITAL IN 2022

This study aimed to assess the eating disturbance issues of patients with dementia at National Geriatric Hospital in 2022. The cross-sectional study was conducted on patients with dementia who were under treatment at National Geriatric Hospital from April 2021 to April 2022. Eating disturbance issues were evaluated by a specialized questionnaire designed for patients with dementia. Among 63 patients with dementia, over 90% of patients had eating disturbance issues. Appetite changes accounted for the highest percentage (72.6%). There were statistically significant differences in swallowing disturbance, appetite changes, and eating habits among three nutritional status groups. **Keywords:** dementia, eating disturbance, MMSE, MNA.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa sút trí tuệ là một bệnh thoái hóa thần kinh phổ biến ở người cao tuổi, gây ra gánh nặng sức khỏe cộng đồng trên toàn thế giới. Sa sút trí tuệ hiện là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ bảy trong số tất cả các bệnh và là một trong những nguyên nhân chính gây tàn tật và phụ thuộc ở người cao tuổi trên toàn cầu. Trên thế giới, có khoảng 55 triệu người bị sa sút trí

tuệ, với hơn 60% sống ở các nước có thu nhập thấp và trung bình [1].

Một trong những khía cạnh quan trọng của việc chăm sóc người sa sút trí tuệ là duy trì chế độ dinh dưỡng đầy đủ [2]. Dinh dưỡng kém dẫn đến thiếu hụt vi chất dinh dưỡng và axit béo thiết yếu, kích hoạt sản sinh các yếu tố như gốc tự do gây tổn thương mô, do đó làm trầm trọng thêm chứng sa sút trí tuệ. [3] Nhiều nghiên cứu khác nhau đã phát hiện ra rằng suy dinh dưỡng có thể làm tăng nguy cơ nhiễm trùng và nhập viện nhiều lần, làm trầm trọng thêm gánh nặng tài chính của căn bệnh này [4]. Các mức độ rối loạn ăn uống xảy ra cùng với sự tiến triển của chứng sa sút trí tuệ, bao gồm "rối loạn nuốt", "thay đổi cảm giác thèm ăn", "thay đổi thói quen ăn uống", "tiêu thụ những đồ vật không ăn được",... Các triệu chứng này bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố bao gồm rối loạn chức năng nhận thức, các triệu chứng tâm thần và thần kinh và sự suy giảm hoạt động hàng ngày ở những bệnh nhân sa sút trí tuệ. [5] Cho đến nay, vẫn chưa có một phương pháp phòng ngừa cũng như chữa khỏi bệnh sa sút trí tuệ hiệu quả, vì vậy việc phòng chống nhóm bệnh này ngày càng được chú trọng hơn, đặc biệt là chế độ ăn uống phù hợp trong đó rối loạn ăn uống là vấn đề vô cùng quan trọng ảnh hưởng trực tiếp đến tình trạng dinh dưỡng của người bệnh. [6] Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá vấn đề rối loạn ăn uống của bệnh nhân sa sút trí tuệ tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương năm 2022.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh sa sút trí tuệ được lựa chọn tham gia vào nghiên cứu dựa trên các tiêu chuẩn sau:

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** (1) Người bệnh được chẩn đoán là sa sút trí tuệ dựa trên các tiêu chuẩn sa sút trí tuệ được chuẩn hóa bao gồm tiêu chuẩn chẩn đoán của DSM-V (2013), tiền sử và khám thần kinh, đánh giá tâm lý thần kinh và xét nghiệm. (2) Người bệnh đang điều trị và có thông tin hồ sơ bệnh án đầy đủ tại bệnh viện. (3) Người bệnh và người nhà được giải thích đầy đủ và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** (1) Người bệnh đang trong tình trạng nhiễm trùng nặng, sốt

¹Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hà

Email: hanguyen1595@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.3.2023

Ngày duyệt bài: 28.3.2023

trong thời gian nghiên cứu. (2) Bị rối loạn tâm thần nghiêm trọng, có các rối loạn thần kinh không phải sa sút trí tuệ có ảnh hưởng đến khứu giác và vị giác hoặc những người có các bất thường về phát triển tâm thần (3) Người bệnh mắc các bệnh lý như: Ung thư, chăm sóc giai đoạn cuối hoặc bệnh cấp tính, rối loạn tiêu hóa nghiêm trọng (bệnh Crohn, viêm loét đại tràng) hoặc cần một chế độ ăn uống điều trị đặc biệt hoặc bị dị ứng thực phẩm nặng.

2. 2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu: nghiên cứu được lựa chọn theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Có 60 người bệnh sa sút trí tuệ được lựa chọn tham gia vào nghiên cứu. Thực tế chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu được trên 63 bệnh nhân.

2.2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: 4/2021- 4/2022 tại Bệnh viện Lão Khoa Trung ương, thành phố Hà Nội.

2.2.4. Phương pháp thu thập số liệu: sử dụng bộ câu hỏi thông qua phỏng vấn đối tượng nghiên cứu bao gồm: Bảng câu hỏi về hành vi rối loạn ăn uống bao gồm 37 mục chia thành 5 nhóm chính: 1) rối loạn nuốt, 2) cảm giác thèm ăn, 3) sở thích ăn uống 4) thói quen ăn uống và 5) các hành vi khác.

Thang đo đánh giá mức độ suy giảm nhận thức của người bệnh MMSE (Mini- Mental State Examination) đánh giá những chức năng như đại số, trí nhớ và định hướng. Tình trạng bệnh được đánh giá như sau: Không có suy giảm nhận thức: ≥24; Suy giảm nhận thức nhẹ: 20 – 23; Suy giảm nhận thức vừa: 14 –19; Suy giảm nhận thức nặng: 0 – 13.

Bộ công cụ đánh giá tình trạng dinh dưỡng MNA (Mini Nutrition Assessment) bao gồm 2 phần chính là Sàng lọc và đánh giá. Tổng điểm được đánh giá: < 17 điểm: Suy dinh dưỡng, từ 17-23.5 điểm: nguy cơ suy dinh dưỡng và 24-30 điểm: tình trạng dinh dưỡng bình thường.

2.3. Xử lý số liệu: các thông tin thu thập được nhập bằng phần mềm Redcap và xử lý bằng phần mềm Stata 15.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Tất cả đối tượng được mời tham gia nghiên cứu đều được giải thích rõ ràng về nội dung và mục đích của nghiên cứu và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu bằng cách ký vào mẫu đơn đồng ý. Tất cả các thông tin nghiên cứu đã được giữ bí mật.

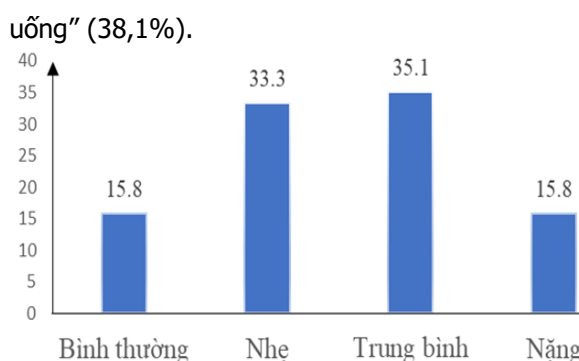
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Các vấn đề rối loạn ăn uống của

đối tượng nghiên cứu (n = 63)

Triệu chứng	Tần suất n (%)	Trung bình (SD)
Rối loạn nuốt	32(50.8)	11.9(10.6)
Khó nuốt thức ăn	13 (20.6)	2.1 (2.9)
Khó nuốt thức ăn dạng lỏng	10 (15.9)	1.9 (2.6)
Ho hoặc nghẹn khi nuốt	18 (28.6)	2.3 (2.6)
Mất nhiều thời gian để nuốt	24 (38.1)	2.7 (3.0)
Đưa thức ăn vào miệng nhưng không nhai	10 (15.9)	1.5 (1.4)
Nhai thức ăn nhưng không nuốt	6 (9.5)	1.5 (1.7)
Thay đổi cảm giác thèm ăn	48 (76.2)	17.4 (10.5)
Chán ăn	22 (34.9)	3.0 (3.3)
Tăng cảm giác thèm ăn	15 (23.8)	1.7 (1.9)
Ăn vặt giữa các bữa ăn	26 (41.3)	2.3 (2.3)
Ăn quá nhiều trong một bữa ăn	16(25.4)	1.6(1.4)
Tăng nhu cầu về số lượng thức ăn	16(25.4)	1.6 (1.4)
Người bệnh phản nản là có tình trạng đói	21(33.3)	1.9 (1.9)
Người bệnh phản nản về tình trạng ăn quá no	13 (20.6)	1.6 (1.4)
Thay đổi khác về cảm giác thèm ăn	13 (20.6)	1.7 (1.7)
Cần hạn chế thức ăn ăn vào	14 (22.2)	2.0 (2.3)
Sở thích ăn uống	32(50.8)	11.9(7.1)
Thích thực phẩm ngọt hơn trước	16 (25.4)	2.0 (2.1)
Uống nhiều đồ uống có gas hoặc đồ ngọt	8 (12.7)	1.2 (0.8)
Uống nhiều trà/cà phê hoặc nước	16 (25.4)	2.0 (2.1)
Thay đổi vị giác liên quan đến một số loại thực phẩm	4 (6.4)	1.3 (1.5)
Thêm nhiều gia vị vào thức ăn	8 (12.7)	1.6 (1.9)
Có sở thích các thực phẩm kỳ lạ	1 (1.6)	1.1 (0.6)
Tích trữ thực phẩm	7 (11.1)	1.3 (1.1)
Uống nhiều rượu	5 (7.9)	1.5 (2.1)
Thói quen ăn uống	38(60.3)	11.1 (4.9)
Muốn nấu hoặc ăn một loại thực phẩm nhất định mỗi ngày	5 (7.9)	1.2 (0.9)
Có xu hướng ăn theo thứ tự	6 (9.5)	1.2 (0.8)
Muốn ăn vào cùng một thời điểm mỗi ngày	12 (19.1)	1.5 (1.3)
Suy giảm hành vi ăn uống	10 (15.9)	1.8 (2.4)
Ăn bằng tay	3 (4.8)	1.2 (0.9)
Thay đổi khác về thói quen ăn uống	9 (14.3)	1.4 (1.2)
Mất nhiều thời gian để ăn	26 (41.3)	2.7 (3.1)
Các hành vi ăn uống khác	24(38.1)	8.9 (3.4)

Có xu hướng cho quá nhiều thức ăn vào miệng cùng một lúc	6 (9.5)	1.3 (1.1)
Nhai hoặc ngậm thức ăn mà không nuốt	8 (12.7)	1.6 (1.8)
Ăn thực phẩm không ăn được: ôi thiu, nấm mốc, hết hạn sử dụng	1 (1.6)	1.0 (0.4)
Có xu hướng lấy hoặc ăn bất kì thức ăn nào	15 (23.8)	1.7 (1.6)
Trở nên nghiện hút thuốc hoặc bắt đầu hút thuốc	1 (1.6)	1.0 (0.1)
Cổ nôn mửa	4 (6.4)	1.2 (1.4)
Dùng ngón tay móc họng gây nôn mửa	1 (1.6)	1.0 (0.1)
Rối loạn ăn uống	57(90.5)	3.6 (25.4)



Hình 1. Tỷ lệ rối loạn ăn uống theo mức độ sa sút trí tuệ (n = 63)

Hình 1 cho thấy tỷ lệ rối loạn ăn uống lần lượt là 15,8%, 33,3%, 35,1% và 15,8% ở nhóm bệnh nhân bình thường, bệnh nhân sa sút trí tuệ nhẹ, sa sút trí tuệ trung bình và sa sút trí tuệ nặng. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các vấn đề rối loạn ăn uống giữa bốn mức độ sa sút trí tuệ.

Bảng 1 cho thấy trong số năm lĩnh vực, "thay đổi cảm giác thèm ăn" có tỷ lệ mắc lớn nhất với 76,2%, tiếp theo là "thói quen ăn uống" với 60,3%, "rối loạn nuốt" và "sở thích ăn uống" có cùng tỷ lệ (50,8%), cuối cùng là "hành vi ăn

Bảng 2. Các vấn đề rối loạn ăn uống theo mức độ của chứng sa sút trí tuệ (n = 63)

Nhóm triệu chứng	Mức độ Sa sút trí tuệ				p
	Bình thường (n=12)	Nhẹ (n=21)	Trung bình (n=20)	Nặng (n=10)	
	Trung bình±SD	Trung bình±SD	Trung bình±SD	Trung bình±SD	
Rối loạn nuốt	10.3 ± 8.3	11.1 ± 10.2	12.8 ± 11.7	13.8 ± 12.3	0.80
Thay đổi cảm giác thèm ăn	15.8 ± 6.5	15.4 ± 7.4	20.5 ± 14.2	17.3 ± 10.8	0.70
Giảm cảm giác thèm ăn	2.1 ± 3.2	3.2 ± 3.6	3.6 ± 3.4	2.3 ± 2.8	0.50
Tăng cảm giác thèm ăn	1.6 ± 0.7	1.6 ± 1.5	2.2 ± 2.9	1.2 ± 0.6	0.50
Sở thích ăn uống	12.1 ± 8.6	11.0 ± 4.2	14.1 ± 9.4	9.5 ± 4.1	0.10
Thói quen ăn uống	9.1 ± 3.3	10.2 ± 4.4	12.2 ± 5.0	13.6 ± 6.1	0.10
Các hành vi ăn uống khác	7.9 ± 2.3	8.2 ± 2.5	9.3 ± 4.0	10.5 ± 4.7	0.40
Rối loạn ăn uống	55.2 ± 20.9	55.8 ± 20.4	68.9 ± 31.1	64.7 ± 26.1	0.40

Bảng 2 cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm triệu chứng và vấn đề rối loạn ăn uống. Điểm trung bình của rối loạn nuốt, thói quen ăn uống và hành vi ăn uống cao nhất ở nhóm bệnh nhân sa sút trí tuệ nặng và thấp nhất ở người bình thường. Trong khi đó, điểm số trung bình của sự thay đổi cảm giác ngon miệng (bao gồm tăng/giảm cảm giác thèm ăn), sở thích ăn uống và các vấn đề về rối loạn ăn uống cao nhất ở nhóm người mắc chứng sa sút trí tuệ mức độ trung bình.

Bảng 3. Các vấn đề rối loạn ăn uống theo tình trạng dinh dưỡng (MNA) (n=63)

Nhóm triệu chứng	Mức độ suy dinh dưỡng theo MNA			p
	Bình thường (n=16)	Nguy cơ SDD (n=37)	Suy dinh dưỡng (n=10)	
	Trung bình ± SD	Trung bình ± SD	Trung bình ± SD	
Rối loạn nuốt	6.8 ± 3.0	11.4 ± 9.4	22.1 ± 15.3	<0.05*
Thay đổi cảm giác thèm ăn	20.7 ± 16.1	15.3 ± 7.7	19.7 ± 6.4	0.2
Giảm cảm giác thèm ăn	1.1 ± 0.5	2.6 ± 2.9	7.1 ± 4.2	<0.05*
Tăng cảm giác thèm ăn	3.1 ± 3.3	1.3 ± 0.7	1 ± 0	0.06
Sở thích ăn uống	9.4 ± 3.4	11.2 ± 5.7	15.2 ± 10.4	0.13
Thói quen ăn uống	13.6 ± 5.5	11.4 ± 4.9	9.1 ± 3.5	<0.05*
Các hành vi ăn uống khác	10.8 ± 4.2	8.1 ± 2.8	9.4 ± 3.8	0.09
Rối loạn ăn uống	61.2 ± 31.0	57.4 ± 22.1	75.6 ± 24.2	0.09

* p<0.05: Kruskal-Wallis test

Bảng 3 cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tình trạng khó nuốt, chán ăn và thói quen ăn uống giữa ba nhóm tình trạng dinh dưỡng ($p < 0,05$). Điểm trung bình của rối loạn nuốt và chán ăn tăng dần tương ứng với mức độ suy dinh dưỡng nặng hơn nêu trên, trong đó, điểm tương ứng ở các lĩnh vực này theo thứ tự tình trạng dinh dưỡng nêu trên là $6,8 \pm 3,0$, $11,4 \pm 9,4$, $22,1$ lần lượt là $\pm 15,3$ và $1,5 \pm 0,5$, $2,6 \pm 2,9$, $7,1 \pm 4,2$. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thay đổi khẩu vị, tăng khẩu vị, sở thích thực phẩm, hành vi ăn uống và các vấn đề rối loạn ăn uống giữa các nhóm MNA.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ có vấn đề về rối loạn ăn uống của 63 bệnh nhân sa sút trí tuệ trong nghiên cứu rất cao (90,5%), cao hơn so với tỷ lệ trong một nghiên cứu tại Nhật Bản. Sự khác biệt này có thể là do những người tham gia nghiên cứu của chúng tôi là những bệnh nhân bị sa sút trí tuệ (bao gồm Alzheimer's và các loại sa sút trí tuệ), trong khi các đối tượng trong nghiên cứu trước chỉ là những bệnh nhân mắc Alzheimer's [5]. Những người bệnh mắc sa sút trí tuệ gặp khó khăn trong việc ăn và uống do suy giảm tinh thần và nhận thức, khuyết tật thể chất và gặp phải các lo lắng về tâm lý bao gồm trầm cảm và kích động.

Trong số 5 lĩnh vực của rối loạn ăn uống, điểm trung bình của rối loạn nuốt, thói quen ăn uống và hành vi ăn uống cao nhất ở nhóm bệnh nhân sa sút trí tuệ nặng và thấp nhất ở người bình thường. Trong khi đó, điểm trung bình về thay đổi cảm giác thèm ăn, sở thích ăn uống và các vấn đề rối loạn ăn uống nói chung cao nhất ở nhóm sa sút trí tuệ trung bình.

Kết quả của chúng tôi cũng chỉ ra rằng điểm số trung bình của rối loạn nuốt tăng lên khi mức độ sa sút trí tuệ tăng lên, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Kết quả này cũng tương tự với kết quả của Kai và cộng sự (2015) mặc dù điểm số ở mỗi cấp độ sa sút trí tuệ là khác nhau giữa hai nghiên cứu. [5] Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng các vấn đề về nuốt gây nghẹt thở có thể do nhiều lý do khác nhau. Tuy nhiên, một số bệnh nhân sa sút trí tuệ không nuốt được vì người bệnh không nhớ cách nhai, do đó họ sẽ không ăn cho đến khi nó được xay nhuyễn. Khi tình trạng bệnh tiến triển nặng hơn, một số bệnh nhân sẽ không thể nuốt ngay cả những bữa ăn và đồ uống đã xay nhuyễn [7].

Bên cạnh đó, nghiên cứu còn cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm số trung bình của rối loạn nuốt giữa ba mức độ tình trạng

dinh dưỡng phân theo MNA, với $p \leq 0,05$. Điểm trung bình của rối loạn nuốt cao nhất ở nhóm suy dinh dưỡng và thấp nhất ở nhóm có tình trạng dinh dưỡng bình thường. Theo một nghiên cứu năm 2017 cho thấy các dấu hiệu khó nuốt khiến người bệnh có nguy cơ bị suy dinh dưỡng cao gần gấp đôi so với bình thường. Hơn nữa, chứng khó nuốt và suy dinh dưỡng được phát hiện trong 29% trường hợp [8]. Khó nuốt xảy ra trong các giai đoạn sau khiến họ từ chối thức ăn, điều này cuối cùng sẽ dẫn đến chán ăn và sụt cân [4]. Phát hiện của chúng tôi đã bổ sung cho các nghiên cứu trước đó rằng rối loạn nuốt được cho là nguyên nhân dẫn đến suy dinh dưỡng, kéo theo những hệ lụy khó lường, nghiêm trọng và khó kiểm soát trong tương lai. Vì vậy, cần có các biện pháp can thiệp dinh dưỡng kịp thời nhằm khắc phục tình trạng rối loạn nuốt cho người bệnh để cải thiện tình trạng dinh dưỡng của họ.

Phát hiện của chúng tôi cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê cả về điểm trung bình của sự thay đổi cảm giác thèm ăn giữa các mức độ sa sút trí tuệ. Tuy nhiên, điểm trung bình của giảm cảm giác thèm ăn có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các mức độ suy dinh dưỡng ($p < 0,05$), trong đó cao nhất là ở nhóm suy dinh dưỡng. Chán ăn so với tăng cảm giác thèm ăn có nhiều hậu quả nghiêm trọng hơn và tác động trực tiếp đến tình trạng dinh dưỡng. Chán ăn là một yếu tố nguy cơ gây suy dinh dưỡng có liên quan đến kết quả lâm sàng kém, chất lượng cuộc sống kém hơn và cơ hội sống sót thấp hơn.

Ngoài ra, bệnh nhân sa sút trí tuệ có thói quen ăn uống bất thường có điểm số trung bình tăng lên khi mức độ nguy cơ dinh dưỡng tăng lên, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Chúng ta cần liên quan đến sa sút trí tuệ ảnh hưởng đến các vùng não liên quan đến hành vi ăn uống, dẫn đến những bất thường về nhận thức, hành vi và thói quen ăn uống. Kết quả là bệnh nhân sẽ không thể nhận thức được tình trạng dinh dưỡng hoặc nhu cầu dinh dưỡng của mình, dẫn đến trầm trọng hơn tình trạng suy dinh dưỡng. Kết quả nghiên cứu đã cung cấp bức tranh tổng thể và bằng chứng rất quan trọng về mối liên quan giữa vấn đề rối loạn ăn uống nói chung ở người cao tuổi mắc sa sút trí tuệ với tình trạng dinh dưỡng, mức độ sa sút trí tuệ của họ. Vì vậy, cần tiến hành thêm các can thiệp tập trung vào chăm sóc dinh dưỡng cho bệnh nhân sa sút trí tuệ để giải quyết mối lo ngại nghiêm trọng về sức khỏe cộng đồng đối với người cao tuổi ở Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 63 người bệnh cho thấy có tới trên 90% bệnh nhân có rối loạn ăn uống. Thay đổi khẩu vị chiếm tỷ lệ cao nhất (72,6%), tiếp đến là thói quen ăn uống (60,3%). Có mối liên quan giữa tình trạng rối loạn nuốt, thay đổi mức độ thèm ăn và thay đổi thói quen ăn uống theo mức độ nguy cơ suy dinh dưỡng. Những phát hiện từ nghiên cứu của chúng tôi rất quan trọng để cung cấp bằng chứng tiền đề về các vấn đề dinh dưỡng ở bệnh nhân sa sút trí tuệ tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **WHO (2022).** Dementia cases set to triple by 2050 but still largely ignored<<https://www.who.int/news/item/11-04-2012-dementia-cases-set-to-triple-by-2050-but-still-largely-ignored>>, accessed: 09/29/2022.
2. **Jones S. (2019).** Nutritional interventions for preventing malnutrition in people with dementia. *Nurs Older People*.
3. **Sergi G., De Rui M., Coin A., et al. (2013).** Weight loss and Alzheimer's disease: temporal and aetiological connections. *Proc Nutr Soc*, 72(1), 160–165.
4. **Paul S.S. (2020).** Strategies for home nutritional support in dementia care and its relevance in low-middle-income countries. *J Family Med Prim Care*, 9(1), 43–48.
5. **Kai K., Hashimoto M., Amano K., et al. (2015).** Relationship between Eating Disturbance and Dementia Severity in Patients with Alzheimer's Disease. *PLoS One*, 10(8), e0133666.
6. **Śliwińska S. and Jeziorek M. (2021).** The role of nutrition in Alzheimer's disease. *Rocz Panstw Zakl Hig*, 72(1), 29–39.
7. **L Volicer, B Seltzer, Y Rheaume, et al. (1989).** Eating difficulties in patients with probable dementia of the Alzheimer type. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 2(4).
8. **Namasivayam-MacDonald A.M., Morrison J.M., Steele C.M., et al. (2017).** How Swallow Pressures and Dysphagia Affect Malnutrition and Mealtime Outcomes in Long-Term Care. *Dysphagia*, 32(6), 785–796.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ TẮC RUỘT SAU MỔ

Đặng Quốc Ái^{1,2}, Đinh Văn Chiến^{3,4}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nghiên cứu nhằm mục đích đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột sau mổ tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An và Bệnh viện E. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu, các bệnh nhân được phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột sau mổ từ 2018 đến 2022. **Kết quả:** Có 35 bệnh nhân được chẩn đoán tắc ruột sau mổ và điều trị bằng phẫu thuật nội soi, tuổi trung bình là $45,36 \pm 18,63$ (16-77) tuổi, trong đó 31,4% là nam và 68,6% là nữ giới. Số lần mổ bụng trung bình trước mổ là $1,29 \pm 0,60$ lần, 80% mổ bụng 1 lần và mổ cắt ruột thừa chiếm phần lớn chiếm 74,3%. Nguyên nhân gây tắc ruột chủ yếu là do dây chằng và dính, chiếm trên 80%. Có 8,6% phẫu thuật nội soi hỗ trợ. Thời gian mổ trung bình là $89,80 \pm 24,80$ (58-138) phút. Có 5,7% trường hợp có tai biến rách thanh cơ ruột non trong mổ và không có trường hợp nào gặp biến chứng sau mổ. Thời gian trung tiện sau mổ trung bình $2,44 \pm 0,77$ ngày, thời

gian nằm viện trung bình $7,04 \pm 1,51$ ngày. **Kết luận:** Kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột sau mổ cho thấy đây là kỹ thuật an toàn và hiệu quả, đau ít, hồi phục sức khỏe sớm, thời gian nằm viện ngắn. **Từ khóa:** Phẫu thuật nội soi tắc ruột, tắc ruột sau mổ.

SUMMARY

INITIAL RESULTS OF LAPAROSCOPIC SURGERY TO TREATMENT INTESTINAL OBSTRUCTION AFTER SURGERY

Background: The study aimed to evaluate the initial results of laparoscopic surgery for intestinal obstruction after surgery at Nghe An Friendship General Hospital and E Hospital. **Materials and Methods:** Retrospective descriptive study, patients undergoing laparoscopic surgery to treated intestinal obstruction after surgery from 2018 to 2022. **Results:** There were 35 patients diagnosed with intestinal obstruction after surgery and treated by laparoscopic surgery, the mean age was 45.36 ± 18.63 (16-77) years old, there were 31.4% male and 68.6% were female. The average number of abdominal operations before surgery was 1.29 ± 0.60 times, 80% of abdominal operations were performed once and appendectomy accounted for the majority of 74.3%. The cause of intestinal obstruction is mainly due to ligaments and adhesions, accounting for over 80%. There were 8,6% Assistant-laparoscopic. The mean operative time was 89.80 ± 24.80 (58-138) minutes. There were 5.7% cases had complications of tearing

¹Trường Đại Học Y Hà Nội

²Bệnh viện E

³Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

⁴Trường Đại Học Y Khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Quốc Ái

Email: drdangquocai@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.3.2023

Ngày duyệt bài: 30.3.2023