

## THỰC TRẠNG NUÔI DƯỠNG NGƯỜI BỆNH VIÊM TUY CẤP ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC – CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN NĂM 2022

Trần Minh Anh<sup>1</sup>, Nguyễn Đăng Hưng<sup>2</sup>, Nguyễn Bá Thắng<sup>1</sup>,  
Lê Hoài Thương<sup>1</sup>, Nguyễn Thành Tiến<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng nuôi dưỡng của người bệnh viêm tụy cấp điều trị tại khoa Hồi sức tích cực-Chống độc, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 89 người bệnh viêm tụy cấp từ 18 tuổi trở lên được khảo sát và đánh giá khẩu phần ăn trong quá trình nằm viện. **Kết quả:** Thời gian nhịn ăn trung bình là 3 ngày. Trong 3 ngày đầu người bệnh chủ yếu được nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch, từ ngày 3 bệnh nhân bắt đầu nuôi dưỡng đường tiêu hoá và tăng dần năng lượng theo từng ngày điều trị. Nhóm nuôi ăn trở lại sớm qua đường tiêu hoá (<72h) có thời gian nằm viện ngắn hơn so với nhóm còn lại (7,8 ± 3,2 ngày so với 12,8 ± 8,3 ngày). **Kết luận:** Trong 3 ngày đầu nhập viện người bệnh chủ yếu được nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch, sau khi chuyển qua nuôi dưỡng đường tiêu hoá khẩu phần ăn tăng dần theo khả năng dung nạp của người bệnh. Nuôi dưỡng sớm qua đường tiêu hoá (<72h) ở người bệnh viêm tụy cấp có khả năng rút ngắn thời gian nằm viện.

**Từ khoá:** Viêm tụy cấp, nuôi dưỡng, Xanh Pôn.

### SUMMARY

#### CURRENT SITUATION OF FEEDING PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS AT INTENSIVE CARE UNIT – POISON CONTROL, SAINT PAUL HOSPITAL IN 2022

**Objective:** Describe the feeding status of patients with acute pancreatitis being treated at Saint Paul Hospital's Intensive Care Unit – Poison Control. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study on 89 patients with acute pancreatitis aged 18 years and older were interviewed and assessed dietary intake during the hospital stay. **Results:** Three days is the typical length of fasting. The patient receives most of their nutrition intravenously for the initial three days. On the third day, gastrointestinal feeding is introduced, and the patient gradually increases energy as each day of treatment passes. The early enteral feeding group (<72h) experienced a shorter hospital stay (7.8 ± 3.2 days as opposed to 12.8 ± 8.3 days). **Summary:** The patient was primarily fed intravenously for the first three days following admission. After switching to enteral nutrition, the diet

was gradually raised in accord with the patient's tolerance. Early enteral feeding (<72h) may reduce hospital stay in patients with acute pancreatitis.

**Keywords:** Acute pancreatitis, feeding, Saint Paul.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp (VTC) là một bệnh đường tiêu hoá cấp tính thường gặp ở Việt Nam cũng như trên thế giới. Tại Hoa Kỳ nó gây ra khoảng 275.000 ca nhập viện và 2,5 tỷ đô la chi phí chăm sóc sức khỏe mỗi năm. Tỷ lệ tử vong chung của bệnh từ 10-15% và đối với người bệnh VTC nặng tỷ lệ này có thể đạt 30-40% [1]. Trong các biện pháp điều trị triệu chứng và biến chứng của VTC, can thiệp dinh dưỡng cũng được xem là một yếu tố góp phần quyết định đến hiệu quả cũng như kết quả của điều trị. Từ thời điểm cho ăn, chế độ dinh dưỡng đặc biệt cần được xây dựng một cách chi tiết và đầy đủ, đồng thời thực hiện chính xác nguyên tắc cá thể hóa.

Mari Rivalsrud và cộng sự tiến hành điều tra trên gần 300 người bệnh nhập viện vì bệnh tụy cho thấy việc can thiệp dinh dưỡng sớm có thể làm giảm tỷ lệ tử vong. Ngoài ra còn có 4 thử nghiệm lâm sàng khác cũng chỉ ra rằng người bệnh VTC nhẹ và trung bình được cho ăn sớm qua đường miệng trước 72 giờ sẽ rút ngắn thời gian nằm viện và việc bắt đầu cho ăn không phụ thuộc vào nồng độ lipase huyết thanh [2], [3]. Tuy nhiên trên thực tế, theo khảo sát của Nguyễn Thu Minh tiến hành tại Khoa Tiêu hoá, Bệnh viện Bạch Mai nhận thấy tổng năng lượng khi nuôi dưỡng người bệnh VTC chưa đạt theo khuyến cáo của ESPEN (Hội dinh dưỡng lâm sàng và chuyển hoá Châu Âu), năng lượng cung cấp từ protein và lipid còn thấp so với khuyến cáo [4].

Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn là một những đơn vị tiếp nhận và điều trị một số lượng lớn các bệnh nhân VTC của Thành phố Hà Nội. Các quy trình can thiệp dinh dưỡng hiện nay tại bệnh viện đã được thực hiện một cách bài bản và quy củ giúp cho một bộ phận lớn những bệnh nhân nhập viện trong tình trạng nặng và nguy kịch được cứu sống. Nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc điều trị, hạn chế biến chứng, giảm chi phí y tế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Mô tả thực trạng nuôi dưỡng người bệnh viêm

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Minh Anh

Email: tranminhanh2412@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 24.5.2023

tụy cấp điều trị tại khoa Hồi sức tích cực – Chống độc, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Người bệnh được chẩn đoán xác định viêm tụy cấp đang điều trị tại khoa Hồi sức tích cực – Chống độc, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn trong thời điểm tiến hành nghiên cứu.

**\*Tiêu chuẩn lựa chọn:** - Đối tượng được chẩn đoán xác định viêm tụy cấp theo tiêu chuẩn của hội nghị chuyên đề Atlanta với 2 trong 3 tiêu chuẩn sau: Đau bụng thượng vị đột ngột, dữ dội đau xuyên ra sau lưng; Amylase và Lipase tăng gấp 3 lần giá trị bình thường; Có tổn thương viêm tụy cấp trên CT-Scanner.

- Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên; có hồ sơ lưu trữ đầy đủ tại Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

**\*Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Đối tượng đang mang thai và cho con bú.  
- Đối tượng bị gù vẹo cột sống do chỉ số chiều cao và BMI sẽ không chính xác.  
- Đối tượng không tỉnh táo, không thu thập được số liệu.

**2.2. Thời gian và địa điểm.** Từ tháng 01/2022 đến tháng 10/2022 tại Khoa Hồi sức tích cực – Chống độc, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

**2.3. Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

**2.4. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân nằm điều trị nội trú tại bệnh viện trong thời gian tiến hành nghiên cứu và thoả mãn tiêu chuẩn lựa chọn nêu trên đều được chọn vào nghiên cứu. Sau thời gian nghiên cứu chúng tôi lựa chọn được 89 người bệnh.

**2.5. Các biến số, chỉ số đánh giá.** Các chỉ số đánh giá tình trạng dinh dưỡng (TTDD) người bệnh: cân nặng, chiều cao, BMI, vòng eo/vòng mông (VE/VM)...

Đánh giá khẩu phần ăn 24h (tổng năng lượng, tỷ lệ Protid: Lipid:Glucid).

Nhân trắc. Cân nặng (khi vào viện, định kỳ 3 ngày/lần và khi ra viện): Sử dụng cân năm Scale Tronix: Chỉnh giường đầu bằng, lót dưới bệnh nhân tấm bạt của bộ cân để chuẩn bị cân, BN nằm vững ở chính giữa tấm bạt. Móc 4 móc của cân vào đúng vị trí trên tấm bạt. Bơm thủy lực nâng tấm bạt lên hoàn toàn với mặt giường và không bị vướng vào vật gì. Ấn nút "ON" trên cân và đọc thông số cân nặng của bệnh nhân. Hạ thấp tấm bạt, tháo móc và lấy lại tấm bạt, chỉnh giường về vị trí như cũ. Bệnh nhân đứng được

thì đo bằng cân di động của khoa.

Đo chiều cao (khi vào viện): Đo bằng thước chuyên dụng cho bệnh nhân không đứng được. Bệnh nhân nằm thẳng đầu bằng trên giường. Chỉnh thước song song với bệnh nhân, đặt vị trí 0 cm ở gan chân bệnh nhân. Đọc thông số chiều cao bệnh nhân ngang mức đỉnh đầu giống sang.

Đánh giá khẩu phần ăn hằng ngày:

- Lượng Kcalo/ngày và lượng Kcalo/ngày ước tính;  
- Các thành phần dinh dưỡng: protein, lipid,

glucid;

- Số bữa nhịn ăn/ngày;

- Thời gian bắt đầu nuôi ăn kể từ lúc nhập viện;

Khẩu phần ăn được điều tra bằng phương pháp hỏi ghi khẩu phần ăn 24 giờ qua. Điều tra viên hỏi ghi tất cả những thực phẩm (kể cả đồ uống) được đối tượng ăn uống trong giai đoạn 24 giờ kể từ lúc điều tra viên bắt đầu phỏng vấn đối tượng trở về trước. Khẩu phần ăn được hỏi ghi theo mẫu phiếu hỏi ghi khẩu phần 24 giờ.

**2.6. Xử lý và phân tích số liệu.** Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Tính tỉ lệ phần trăm cho các biến định tính, các biến định lượng biểu thị bằng giá trị trung bình, độ lệch chuẩn hoặc trung vị, giá trị nhỏ nhất, lớn nhất, so sánh trung bình bằng T test, so sánh tỷ lệ % bằng  $\chi^2$  (hoặc Fisher exact test).

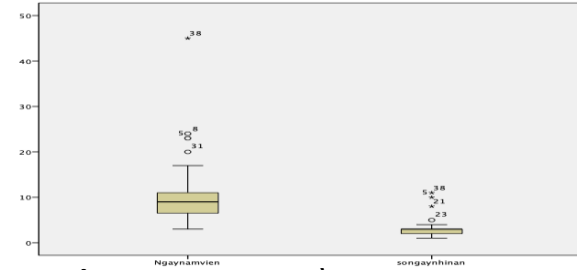
**2.7. Đạo đức nghiên cứu.** Đối tượng nghiên cứu được giải thích rõ ràng về mục đích, ý nghĩa của việc nghiên cứu và hoàn toàn tự nguyện tham gia vào nghiên cứu. Trong quá trình thu thập thông tin, đối tượng có thể từ chối không tham gia vào nghiên cứu bất cứ lúc nào. Các thông tin thu thập được từ đối tượng nghiên cứu chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, không sử dụng cho bất kỳ mục đích nào khác và hoàn toàn được giữ bí mật. Nghiên cứu được tiến hành sau khi được Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn thông qua.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Đặc điểm chung của người bệnh theo nhóm tuổi, giới, bệnh đồng mắc**

	Đặc điểm	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 50 tuổi	54	60,7
	≥ 50 tuổi	35	39,3
Giới tính	Nam	61	68,5
	Nữ	28	31,5
Bệnh đồng mắc	Đái tháo đường	52	58,4
	Rối loạn lipid máu	36	40,4
	Tăng huyết áp – Suy tim	15	16,9
	Bệnh lý khác (hô hấp, thận...)	9	10,1

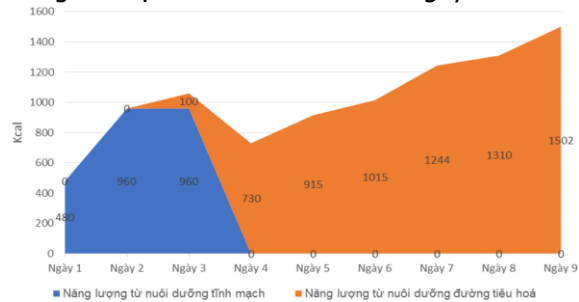
**Nhận xét:** Người bệnh có độ tuổi <50 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 60,7%. Tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới. Đái tháo đường là bệnh lý đi kèm thường gặp nhất với tỷ lệ 58,4%, sau đó là rối loạn lipid máu và tăng huyết áp-suy tim.



**Biểu đồ 1. Số ngày nằm viện và số ngày nhịn ăn của người bệnh**

**Nhận xét:** Thời gian nằm viện trung bình là 9 ngày, nhiều nhất là 45 ngày và ít nhất là 3 ngày điều trị. Thời gian nhịn ăn trung bình là 3

ngày, thời gian nhịn ăn ngắn nhất là 1 ngày và thời gian nhịn ăn nhiều nhất là 11 ngày.



**Biểu đồ 2. Năng lượng trung bình trong 9 ngày điều trị**

**Nhận xét:** Trong 3 ngày đầu người bệnh chủ yếu được nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch. Từ ngày 3 bệnh nhân bắt đầu nuôi dưỡng đường tiêu hoá và tăng dần năng lượng theo từng ngày điều trị theo khả năng dung nạp của người bệnh.

**Bảng 2. Giá trị trong khẩu phần ăn 9 ngày điều trị đầu tiên**

Ngày điều trị	Năng lượng (Kcal/kg cân nặng/ngày)	Protein (g/kg cân nặng/ngày)	Lipid (% tổng năng lượng)	Glucid (% tổng năng lượng)
Ngày 1	9,6 ± 5,1	0,8 ± 0,3	0	66,7 ± 4,5
Ngày 2	19,7 ± 6,3	1,3 ± 0,5	0	66,7 ± 13,4
Ngày 3	20,3 ± 4,7	1,6 ± 0,6	3,1 ± 1,7	65,9 ± 20,3
Ngày 4	13,9 ± 5,2	0,9 ± 0,4	12,4 ± 3,7	62,6 ± 15,9
Ngày 5	19,7 ± 6,8	1,2 ± 0,7	14,3 ± 3,1	63,2 ± 12,5
Ngày 6	24,5 ± 5,8	1,4 ± 0,5	15,8 ± 5,7	58,1 ± 17,7
Ngày 7	25,3 ± 9,6	1,5 ± 0,1	13,6 ± 7,3	57,6 ± 13,8
Ngày 8	26,2 ± 5,1	1,4 ± 0,7	20,6 ± 8,1	59,5 ± 18,2
Ngày 9	25,1 ± 10,4	1,3 ± 0,8	24,2 ± 5,9	55,8 ± 16,4

**Nhận xét:** Năng lượng trong khẩu phần của người bệnh thấp nhất vào ngày điều trị đầu tiên và tăng dần qua từng ngày điều trị tới ngày thứ 9 đạt 25,1±10,4kcal/kg cân nặng/ngày. Protein cao nhất ở ngày 3 đạt 1,6 ± 0,6g/ kg cân nặng/ngày. 2 ngày đầu tiên người bệnh không được sử dụng lipid trong chế độ nuôi dưỡng.

**Bảng 3. Số ngày nằm viện trung bình theo phân loại nuôi dưỡng**

Phân loại	Số ngày nằm viện TB (ngày)	p
Nuôi dưỡng đường tiêu hoá muộn-từ ngày 3 (n= 53)	12,8 ± 8,3	p<0,05*
Nuôi dưỡng đường tiêu hoá sớm-trước ngày 3 (n=36)	7,8 ± 3,2	

\*Test Mann Whitney

**Nhận xét:** Nhóm nuôi ăn trở lại sớm qua đường tiêu hoá (trước ngày thứ 3) có thời gian nằm viện ngắn hơn so với nhóm còn lại (7,8±3,2

ngày so với 12,8±8,3 ngày), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong 89 bệnh nhân nghiên cứu (NC) của chúng tôi có 68,5% người bệnh là nam giới và 31,5% người bệnh là nữ giới. Tỷ lệ người bệnh là nữ của chúng tôi cao hơn so với NC của Nguyễn Thanh Liêm (22,5%) tiến hành năm 2014 tại Bệnh viện Chợ Rẫy [5]. Nhóm người bệnh < 50 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 60,7%. Điều này có thể giải thích bởi nhóm dưới 50 tuổi là nhóm tuổi lao động, ăn nhậu và uống rượu nhiều hơn. Bờ rượu là một nguyên nhân khá thường gặp trên lâm sàng và có thể gây viêm tụy cấp tái lại nhiều lần.

Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh lý đi kèm thường gặp nhất trong NC của chúng tôi, sau đó là rối loạn lipid máu và tăng huyết áp. Kết quả này ngược lại so với NC của Võ Thị Lương Trân, bệnh đồng mắc thường gặp nhất là tăng huyết áp, sau đó là ĐTĐ và bệnh tim thiếu máu cục bộ

[6]. Nhiều NC trước đây cũng đã nhận thấy ĐTĐ là một vấn đề nghiêm trọng đối với bệnh nhân VTC và có sự khác biệt lớn về tỷ lệ mắc đái tháo đường giữa các quần thể khác nhau. Cơ chế của bệnh ĐTĐ thứ phát sau VTC có thể do tình trạng kém tiêu hoá chất dinh dưỡng do suy giảm chức năng tụy ngoại tiết gây ra sự bài tiết incretin bất thường và giảm giải phóng insulin từ tế bào  $\beta$  hoặc do cơ chế tăng kháng insulin dẫn tới sự chuyển hoá bất thường carbohydrate.

Trong NC của chúng tôi, người bệnh chủ yếu ra viện sau 9 ngày điều trị và thông thường vào khoảng 3 ngày sau khi điều trị, người bệnh có giảm đau trên lâm sàng, cải thiện chỉ số cận lâm sàng về gần tiệm cận với giá trị bình thường, người bệnh sẽ được tập ăn trở lại bắt đầu bằng nước cháo loãng. Sau đó tăng dần về số lượng ăn vào và đậm độ năng lượng. Điều này khá tương đồng với khuyến cáo của ESPEN về VTC, tức là cho ăn sớm qua đường tiêu hoá trong vòng 24-72h sau khi nhập viện [3]. Chúng tôi cũng nhận thấy, khi người bệnh được cho ăn sớm qua đường miệng (trước 72h) thì thời gian nằm viện của người bệnh được rút ngắn lại so với nhóm nuôi dưỡng qua đường miệng sau 72h ( $7,8 \pm 3,2$  ngày so với  $12,8 \pm 8,3$  ngày nằm viện ở nhóm nuôi dưỡng sau 72h, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ ). McClave S.A. và cs đã chứng minh rằng nuôi dưỡng qua đường tiêu hoá ở bệnh nhân VTC nặng làm giảm tỷ lệ tử vong và biến chứng nhiễm trùng, giảm suy tạng và có xu hướng giảm thời gian nằm viện, an toàn và hiệu quả hơn so với dinh dưỡng tĩnh mạch [7]. Nhưng nên thận trọng khi sử dụng dinh dưỡng đường ruột khi áp lực ổ bụng từ 15mmHg trở lên do lo ngại dinh dưỡng đường ruột có thể làm tăng áp lực trong lòng mạch. Giảm tốc độ nuôi dưỡng đường ruột xuống 20ml/giờ được xem xét khi áp lực ổ bụng từ 15-20mmHg. Ở những bệnh nhân có áp lực ổ bụng trên 20mmHg hoặc có hội chứng chèn ép khoang bụng nên tạm thời ngừng nuôi dưỡng đường ruột [8].

Tuy nhiên hiện nay vẫn còn khá nhiều tranh cãi về việc có nên nuôi dưỡng qua đường tiêu hoá ngay khi người còn đang ở trong giai đoạn cấp tính hay không. Bởi trong giai đoạn đầu của VTC nặng, tính thấm của ruột tăng lên đáng kể, dẫn đến sự dịch chuyển của các chất trung gian gây viêm và các sản phẩm độc hại. Hơn nữa, hệ vi sinh vật đường ruột có cơ hội lưu thông thông qua hệ thống các tế bào biểu mô ruột bị tổn thương. Hậu quả là nhiễm trùng huyết hoặc hoại tử tuyến tụy xảy ra trong giai đoạn đầu của VTC. Vì vậy, việc duy trì chức năng hàng rào ruột

trong giai đoạn đầu là rất quan trọng đối với tỷ lệ tử vong và tiên lượng bệnh.

Nhu cầu năng lượng nên được ước tính với nhiệt lượng gián tiếp (Indirect calorimetry) hoặc 25-30kcal/ kg cân nặng/ngày có thể được sử dụng làm mục tiêu năng lượng. Nhu cầu protein ước tính cao hơn so với người bình thường (1,2-1,5 g/kg cân nặng/ngày) [9]. Chúng tôi nhận thấy năng lượng trong khẩu phần của người bệnh thấp nhất vào ngày điều trị đầu tiên và tăng dần qua từng ngày điều trị khi ngày thứ 9 đạt  $25,1 \pm 10,4$ kcal/kg cân nặng/ngày. Protein thấp nhất ở ngày 1 đạt  $0,8 \pm 0,3$ g/kg/ngày, cao nhất ở ngày 3 đạt  $1,6 \pm 0,6$ g/ kg cân nặng/ngày. Kết quả này cao hơn so với NC của Nguyễn Thu Minh khi trung bình Protein trong khẩu phần của người bệnh VTC điều trị nội trú là  $0,86 \pm 0,22$ g/kg/ngày. Tuy nhiên trong NC của chúng tôi và các NC khác đều cho thấy % Glucid trên tổng năng lượng khá cao ( $>60\%$ ) và hầu hết bệnh nhân không được nuôi dưỡng bằng Lipid trong 3 ngày đầu. Glucid vẫn là chất sinh năng lượng lớn nhất trong khẩu phần ăn của người bệnh VTC ( $>55\%$ ). Kết quả này tương đồng với NC của Nguyễn Thu Minh và cộng sự [4]. Đường huyết cần được theo dõi và kiểm soát tốt, đặc biệt ở những trường hợp đái tháo đường đi kèm. Một trong những hạn chế trong nghiên cứu của chúng tôi là cỡ mẫu còn nhỏ, thời gian nghiên cứu ngắn và vì là nghiên cứu cắt ngang nên khó xác lập mối quan hệ nhân – quả. Chúng tôi mong rằng các kết quả trong nghiên cứu này sẽ làm tiền đề gợi mở cho các nghiên cứu can thiệp sau này đi sâu hơn nữa về vấn đề dinh dưỡng của bệnh nhân VTC.

## V. KẾT LUẬN

Trong 3 ngày đầu nhập viện người bệnh chủ yếu được nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch, sau khi chuyển qua nuôi dưỡng đường tiêu hoá khẩu phần ăn tăng dần theo khả năng dung nạp của người bệnh. Nuôi dưỡng sớm qua đường tiêu hoá (trong vòng 24-48h) ở người bệnh viêm tụy cấp có khả năng rút ngắn thời gian nằm viện.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Công Long and Đặng Kiều Oanh (2022). Một số yếu tố nguy cơ và các dấu hiệu cảnh báo bệnh nhân viêm tụy cấp tại Bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí Y học Việt Nam, 514(Số 1 2022), 142–145.
2. Rivelrud M., Paur I., Sygnestveit K., et al. (2021). Nutritional treatment is associated with longer survival in patients with pancreatic disease and concomitant risk of malnutrition. Clinical Nutrition, 40(4), 2128–2137.

3. **Arvanitakis M., Ockenga J., Bezmarevic M., et al.** (2020). ESPEN guideline on clinical nutrition in acute and chronic pancreatitis. *Clinical Nutrition*, 39(3), 612–631.
4. **Nguyễn Thu Minh, Vũ Trường Khanh, and Nguyễn Hoàng Anh** (2014). Khảo sát thực trạng nuôi dưỡng nhân tạo trên bệnh nhân viêm tụy cấp tại Khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Dược học*, 462(10/2014), 7–14.
5. **Nguyễn Thanh Liêm and Lê Thành Lý** (2014). Liên quan giữa tăng Triglycerid máu và độ nặng viêm tụy cấp theo lâm sàng và theo tiêu chuẩn RANSON. *Tạp chí Y học thực hành*, 903(Số 1/2014), 11–14.
6. **Võ Thị Lương Trân** (2018). So sánh đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của Viêm tụy cấp do tăng Triglyceride máu với viêm tụy cấp do các nguyên nhân khác. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 22(2), 8.
7. **McClave S.A., Taylor B.E., Martindale R.G., et al.** (2016). Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.). *JPEN J Parenter Enteral Nutr*, 40(2), 159–211.
8. **Reintam Blaser A., Starkopf J., Alhazzani W., et al.** (2017). Early enteral nutrition in critically ill patients: ESICM clinical practice guidelines. *Intensive Care Med*, 43(3), 380–398.
9. **Lakananurak N. and Gramlich L.** (2020). Nutrition management in acute pancreatitis: Clinical practice consideration. *World J Clin Cases*, 8(9), 1561–1573.

## TƯƠNG QUAN GIỮA KÍCH THƯỚC THẤT TRÁI VỚI CÁC YẾU TỐ CỦA HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2

Vũ Thanh Bình<sup>1</sup>, Bùi Hồng Nam<sup>1</sup>, Trần Xuân Thủy<sup>1</sup>,  
Vũ Thị Thu Hương<sup>1</sup>, Vũ Thị Ngọc Hà<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định mối tương quan giữa kích thước thất trái với các yếu tố của hội chứng chuyển hóa (HCCH) ở bệnh nhân đái tháo đường (ĐTĐ) type 2. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành với 183 bệnh nhân ĐTĐ type 2 có HCCH và 75 bệnh nhân ĐTĐ type 2 không có HCCH tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình từ tháng 2 đến hết tháng 8/2022. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $68,3 \pm 8,7$ , trong đó nhóm tuổi từ 60 – 69 ở nhóm có hội chứng chuyển hóa chiếm tỷ lệ cao nhất (74%). Tỷ lệ nữ/nam nhóm có HCCH là 2/1. Nhóm bệnh nhân ĐTĐ type 2 có HCCH, có tình trạng thừa cân và chu vi vòng bụng lớn cao hơn so với nhóm bệnh nhân không có HCCH (tương ứng tỷ lệ 2,5/1, 8/1;  $p < 0,05$ ). Có mối tương quan thuận mức độ yếu giữa bề dày thành sau thất trái, chỉ số khối cơ thất trái với huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương (tương ứng với  $r = 0,20$ ,  $p < 0,001$ ;  $r = 0,23$ ,  $p < 0,005$ ). Khối lượng cơ thất trái tương quan thuận mức độ trung bình với huyết áp tâm thu,  $r = 0,3$ ,  $p < 0,001$ . Có mối tương quan thuận giữa bề dày thành sau thất trái, khối lượng cơ thất trái với chu vi vòng bụng và chỉ số BMI. Phân tích hồi quy tuyến tính đa biến cho thấy đường kính thất trái cuối thời kỳ tâm trương, chỉ số khối cơ thất trái tỷ lệ thuận với chỉ số BMI và huyết áp tâm thu. Không thấy sự tương quan giữa chỉ số Glucose máu lúc đói, nồng độ HbA1c, nồng độ lipid máu với kích thước thất trái,

$p > 0,05$ . **Kết luận:** Các yếu tố của hội chứng chuyển hóa có ảnh hưởng đến kích thước thất trái ở bệnh nhân đái tháo đường type 2.

**Từ khóa:** Đái tháo đường type 2 (ĐTĐ), hội chứng chuyển hóa (HCCH), kích thước thất trái.

**Viết tắt:** ĐTĐ: Đái tháo đường, BMI: Body Mass Index (Chỉ số khối cơ thể), HCCH: Hội chứng chuyển hóa, TSTT: Thành sau thất trái, HATT: Huyết áp tâm thu, HATTtr: Huyết áp tâm trương

### SUMMARY

#### “CORRELATION OF LEFT VENTRICULAR DIAMETERS WITH ELEMENTS OF METABOLIC SYNDROME IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS”

**Objective:** To determine the correlation between left ventricular diameters and elements of metabolic syndrome (MS) in patients with type 2 diabetes mellitus (DM). **Subjects and research methods:** The cross-sectional descriptive study was conducted with 183 patients with type 2 diabetes with MS and 75 patients with type 2 diabetes without MS at Thai Binh Medical University Hospital from February to the end of August 2022. **Results:** The average age of the study subjects was  $68.3 \pm 8.7$ , the age from 60 to 69 years in the group with metabolic syndrome accounted for the highest proportion (74%). The ratio of women to men with MS is 2/1. Type 2 diabetes patients with MS, with overweight and large waist circumference were higher than patients without MS (2.5/1, 8/1, respectively),  $p < 0.05$ . There was a proportional correlation of weakness between left posterior ventricular wall thickness, left ventricular muscle mass index with systolic and diastolic blood pressure (corresponding to  $r = 0.20$ ,  $p < 0.001$ ;  $r = 0.23$ ,  $p < 0.005$ ). Left ventricular muscle mass is correlated with average systolic blood pressure,  $r = 0.3$ ,  $p < 0.001$ . There is a

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Bình  
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thanh Bình  
Email: binhvt@tbump.edu.vn  
Ngày nhận bài: 16.3.2023  
Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023  
Ngày duyệt bài: 26.5.2023