

3. **Morley E, Johnson W, Leibner E, Shahid J.** Emergency department evaluation and management of blunt chest and lung trauma (Trauma CME). *Emerg Med Pract.* 2016; 18(6):1-20.
4. **Vafaei A, Hatamabadi HR, Heidary K, Alimohammadi H, Tarbiyat M.** Diagnostic Accuracy of Ultrasonography and Radiography in Initial Evaluation of Chest Trauma Patients. *Emergency* (2016); 4 (1):29-33
5. **Watson TS.** The benefits and limitations of ultrasound in the diagnosis of rib fractures from the emergency department to the sports field: A narrative review. *BCMJ*, vol. 63, No.2, March 2021: 75-78.
6. **Hwang EG, Lee YJ.** Simple X-ray versus ultrasonography examination in blunt chest trauma: effective tools of accurate diagnosis and considerations for rib fractures. *Journal of Exercise Rehabilitation* 2016;12(6):637-641.
7. **Zhou QQ, Wang JW, Tang W, Hu ZC, Xia ZY, Li XS, Zhang R, Yin X, Zhang B, Zhang H.** Automatic Detection and Classification of Rib Fractures on Thoracic CT Using Convolutional Neural Network: Accuracy and Feasibility. *Korean J Radiol.* 2020 Jul;21(7):869-879.
8. **Turk F, Kurt AB, Saglam S.** Evaluation by ultrasound of traumatic rib fractures missed by radiography. *Emerg Radiol* 2010;17:473-477.

## ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ DINH DƯỠNG VÀ THỰC TRẠNG NUÔI DƯỠNG NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT BỤNG TẠI ĐƠN VỊ HỒI SỨC TÍCH CỰC NGOẠI KHOA

Nguyễn Toàn Thắng<sup>1,2</sup>, Dương Thị Dung<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhằm đánh giá nguy cơ dinh dưỡng và thực trạng nuôi dưỡng người bệnh sau phẫu thuật bụng tại đơn vị hồi sức ngoại khoa. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 60 người bệnh sau phẫu thuật ổ bụng được điều trị tại đơn vị hồi sức ngoại Bệnh viện Bạch Mai, từ tháng 1 đến tháng 4/2022. Thang điểm mNUTRIC được dùng để đánh giá nguy cơ dinh dưỡng, thành phần và lượng kcal nuôi dưỡng trong 24 giờ đầu được ghi nhận. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 67,4 ± 14,5 năm. Điểm SOFA, APACHE II và mNUTRIC trung bình lần lượt là: 5,0 ± 2,3; 13,9 ± 4,4 và 3,4 ± 1,5. Tỷ lệ người bệnh có nguy cơ dinh dưỡng cao (điểm mNUTRIC ≥ 5) là 31,7%. Trong 24 giờ đầu, 100% người bệnh được nuôi dưỡng tĩnh mạch và có tới 80% được truyền cả 3 thành phần (glucose, protein, lipid). Năng lượng nuôi dưỡng trung bình trong 24 giờ đầu là 980,9 ± 250,4 kcal, lượng protein đạt 1,0 ± 0,7 g/kg/ngày. **Kết luận:** Tại đơn vị hồi sức ngoại khoa có 31,7% người bệnh sau phẫu thuật bụng có nguy cơ dinh dưỡng cao. Trong 24 giờ đầu các bệnh nhân đều được nuôi dưỡng tĩnh mạch với mức năng lượng trung bình là 980,9 ± 250,4 kcal.

**Từ khóa:** nguy cơ dinh dưỡng, thang điểm mNUTRIC, phẫu thuật ổ bụng, hồi sức tích cực ngoại khoa.

### SUMMARY

#### THE NUTRITIONAL RISK ASSESSMENT AND

### NOURISHMENT REALITY OF PATIENTS AFTER ABDOMINAL SURGERY IN SURGICAL ICU

**Aims:** This study was carried out to assess the nutritional risk and nourishment reality in patients after abdominal surgery in surgical intensive care unit (ICU). **Patients and methods:** A prospective observational study on 60 patients undergoing abdominal surgeries in surgical ICU, Bachmai Hospital, from January to April in 2022. Patients characteristics, variables required to calculate mNUTRIC score and nourishment in first 24 hours were recorded. Patients with mNUTRIC score ≥ 5 are considered as high nutritional risk. **Results:** Mean age of the patients was 67.4 ± 14.5 years. The average scores of SOFA, APACHE II and mNUTRIC were 5.0 ± 2.3; 13.9 ± 4.4 and 3.4 ± 1.5, respectively. About 31.7 % patients were at high nutritional risk (mNUTRIC score ≥ 5). Regarding the nourishment, 100% of patients received intravenous nutrition and up to 80% of patients received all 3 thermogenic substances (glucose, protein, lipid) in first 24 hours in surgical ICU. The mean dietary energy was 980.9 ± 250.4 kcal/day. Protein intake reached 1.0 ± 0.7 g/kg/day. **Conclusions:** In surgical ICU, 31.7% of patients after abdominal surgery were at high nutritional risk. In the first 24 hours, all patients received intravenous nutrition and the average calories of nourishment was 980.9 ± 250.4 kcal.

**Keywords:** nutritional risk, mNUTRIC score, abdominal surgery, surgical ICU.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh là một trong những yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến thành công của cuộc phẫu thuật. Tương tự như một chấn thương, quá trình phẫu thuật gây ra một loạt các phản ứng bao gồm: giải phóng các hormon gây stress chuyển hóa, các chất trung gian gây viêm [3,4]. Hội chứng đáp ứng

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Toàn Thắng

Email: nguyentoanthang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 26.5.2023

viêm toàn thân gây dị hóa glycogen, chất béo và protein từ đó tạo ra glucose, acid béo và acid amin vào máu để duy trì protein ngoại vi và đáp ứng miễn dịch [4]. Suy dinh dưỡng làm mất cân bằng quá trình này, gây tăng tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ, chậm lành vết thương, làm tăng thời gian nằm viện và các chi phí điều trị. Người bệnh phẫu thuật bụng thường có các thay đổi tại hàng rào cấu trúc của hệ tiêu hóa hoặc khả năng hấp thụ chất dinh dưỡng. Bên cạnh quan tâm của phẫu thuật viên về sự chắc chắn của các miệng nối có thể hạn chế thiết lập nuôi dưỡng sớm qua đường tiêu hóa. Do đó sau phẫu thuật bụng người bệnh càng có thể mắc suy dinh dưỡng. Chính vì vậy việc xác định các trường hợp nặng có nguy cơ suy dinh dưỡng sau phẫu thuật bụng và hỗ trợ dinh dưỡng đủ có vai trò quan trọng trong điều trị người bệnh. Hướng dẫn lâm sàng của Hội nuôi dưỡng đường tĩnh mạch và đường tiêu hóa Hoa Kỳ (ASPEN), Hội hồi sức tích cực (SCCM) và Hội Dinh dưỡng lâm sàng và Chuyển hóa Châu Âu (ESPEN) gợi ý can thiệp dinh dưỡng sớm cho những người bệnh đến đơn vị hồi sức tích cực ngoại khoa [3,5,7].

Việc đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở người bệnh nằm điều trị tại các đơn vị hồi sức tích cực thường gặp khó khăn do ảnh hưởng của nhiều yếu tố trong đó có tình trạng bệnh kèm theo. Người bệnh thường nằm bất động với các thiết bị theo dõi hỗ trợ bên cạnh nên việc đo chiều cao cân nặng dựa vào các phương trình sẽ có những sai số nhất định. Cân nặng còn bị ảnh hưởng bởi các yếu tố truyền dịch và phù. Các chỉ số hóa sinh đánh giá tình trạng dinh dưỡng thông thường như albumin, prealbumin đều là các protein phản ứng ở pha cấp tính, bị giảm khi có viêm. Bảng điểm đánh giá nguy cơ dinh dưỡng ở bệnh nhân nặng (The Nutrition Risk in the Critically ill (NUTRIC) score) là một trong những công cụ sàng lọc được sử dụng để đánh giá dinh dưỡng của người bệnh tại các đơn vị hồi sức tích cực [1]. Sau đó thang điểm NUTRIC sửa đổi ra đời với sự loại bỏ biến số interleukin-6 (thang điểm mNUTRIC) để tiện lợi cho việc áp dụng rộng rãi hơn trên thực tế [2]. Một số nghiên cứu gần đây cho thấy thang điểm mNUTRIC là một công cụ có khả năng đánh giá kết cục điều trị người bệnh tại đơn vị hồi sức tích cực [8,9]. Các nghiên cứu cũng nhận thấy người bệnh có nguy cơ dinh dưỡng cao theo đánh giá bằng thang điểm mNUTRIC  $\geq 5$  có nhiều khả năng được hưởng lợi từ nuôi dưỡng đường tiêu hóa tích cực và sớm với những lợi ích trên lâm sàng như giảm nhiễm trùng bệnh viện, giảm biến chứng và tử

vong [6,9].

Để góp phần cải thiện tình trạng dinh dưỡng toàn diện cho người bệnh phẫu thuật đường tiêu hóa và nâng cao chất lượng điều trị chung, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá nguy cơ dinh dưỡng sử dụng thang điểm mNUTRIC và xem xét thực trạng nuôi dưỡng của người bệnh sau phẫu thuật ổ bụng trong 24 giờ đầu tại đơn vị hồi sức tích cực ngoại khoa, Bệnh viện Bạch Mai.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Bao gồm người bệnh sau phẫu thuật được điều trị tại đơn vị hồi sức tích cực ngoại khoa đáp ứng được các tiêu chí sau; tuổi từ 18 trở lên, được phẫu thuật tại hệ thống tiêu hóa, gan mật (cụ thể là các phẫu thuật tại dạ dày, gan mật, ruột non, đại tràng, trực tràng...), người bệnh hoặc người nhà (nếu người bệnh không tỉnh táo) đồng ý hợp tác, tham gia nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ là các trường hợp không thể thu thập được đầy đủ các thông tin, số liệu theo bệnh án nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu được tiến hành từ tháng 1/2022 đến tháng 4/2022

Cỡ mẫu: được tính theo công thức ước tính theo một tỷ lệ trong quần thể:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{d^2}$$

*Trong đó:* n là cỡ mẫu, Z là giá trị phân phối tương ứng với độ tin cậy lựa chọn (với độ tin cậy 95% thì giá trị Z là 1,96), p = 0,36 là tỷ lệ người bệnh có suy dinh dưỡng sau phẫu thuật bằng thang điểm mNUTRIC theo nghiên cứu của Im KM, Kim EY [4], d là sai số cho phép (chọn d = 12,5%). Từ đó tính được n = 57. Thực tế, số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu là 60 bệnh nhân.

### Chọn mẫu thuận tiện.

**Các bước tiến hành:** Người bệnh nặng sau phẫu thuật tại hệ tiêu hóa, gan mật được chuyển đến đơn vị hồi sức ngoại khoa đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn được đưa vào nghiên cứu. Ngay cơ dinh dưỡng và thực trạng nuôi dưỡng của bệnh nhân được đánh giá trong vòng 24 giờ sau khi đến đơn vị hồi sức. Thang điểm mNUTRIC được tính toán dựa trên các biến số: tuổi, điểm số APACHE II, SOFA, số bệnh lý đồng mắc, số ngày nằm viện trước khi vào khoa/phòng hồi sức. Người bệnh được đánh giá là; nguy cơ dinh dưỡng cao khi có điểm mNUTRIC từ 5 đến 9 ( $\geq 5$ ), nguy cơ dinh dưỡng thấp khi điểm mNUTRIC từ 0 đến 4. Đánh giá thực trạng nuôi

đường bao gồm; đường nuôi dưỡng, chế phẩm nuôi dưỡng, lượng kcal cung cấp trong 24 giờ đầu đến đơn vị hồi sức tích cực (được tính toán dựa trên y lệnh trong hồ sơ bệnh án và kiểm tra phù hợp với thực tế sử dụng).

Thông số và biến số đánh giá gồm: đặc điểm chung bệnh nhân và phẫu thuật, các biến số dùng để tính mNUTRIC, tỉ lệ nguy cơ dinh dưỡng cao, lượng kcal cung cấp.

**Xử lý số liệu:** Số liệu được nhập bằng phần mềm epidata 3.1. Số liệu được làm sạch và phân tích bằng phần mềm Stata 14.0. Biến định tính được trình bày dưới dạng n và %, biến định lượng trình bày dưới dạng  $X \pm SD$ .

**Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được sự chấp thuận của Bệnh viện Bạch Mai. Người bệnh hoặc gia đình được giải thích rõ ràng về mục đích, ý nghĩa của việc nghiên cứu, được thông báo và quyết định tự nguyện tham gia, được tư vấn và hỗ trợ khi cần. Thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, không sử dụng cho mục đích khác và hoàn toàn được giữ bí mật.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 60 sau phẫu thuật bụng được chuyển đến điều trị tại đơn vị hồi sức tích cực ngoại khoa từ tháng 1-4/2022, chúng tôi thu được kết quả sau;

#### 3.1. Đặc điểm bệnh nhân và phẫu thuật

Tuổi trung bình là  $67,4 \pm 14,5$  tuổi. Tỉ lệ nam và nữ tương ứng là 61,7% và 38,3%

**Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=60)**

Tiêu chí đánh giá		n	%
Đặc điểm lâm sàng	Nhiễm trùng	14	23,3
	Rối loạn huyết động	33	55
	Thở máy	32	53,3
	Loét tỷ đè	2	3,3
Triệu chứng đường tiêu hóa	Nôn/Trào ngược	12	20
	Giảm nhu động ruột	29	48,3
	Chướng bụng	13	21,7
Vị trí phẫu thuật	Dạ dày	9	15
	Ruột non	13	21,7
	Trực tràng	5	8,3
	Đại tràng	13	21,7
	Gan mật	10	16,7
	Khác	10	16,7
	0	42	70
Bệnh lý kèm theo	1	11	18,3
	2	5	8,3
	≥3	2	3,4
Số ngày nằm	$X \pm SD$ (min-max)	$2,8 \pm 3,6$	

viện trước khi vào đơn vị hồi sức ngoại		(0-18)
---	--	--------

**Nhận xét:** Tỉ lệ người bệnh có rối loạn huyết động và phải thở máy tương ứng là 55% và 53,3%. Triệu chứng tiêu hóa gặp nhiều nhất sau phẫu thuật là giảm nhu động ruột (chiếm 48,3%). Loại phẫu thuật nhiều nhất là ruột non và đại tràng (đều là 21,7%). Có 30% người bệnh có ít nhất một bệnh lý đồng mắc. Thời gian nằm viện trung bình trước khi vào đơn vị hồi sức tích cực ngoại là  $2,8 \pm 3,6$  ngày.

#### 3.2. Nguy cơ dinh dưỡng và tình trạng nuôi dưỡng

**Bảng 2. Nguy cơ dinh dưỡng theo thang điểm mNUTRIC**

Chỉ số	$X \pm SD$ (min-max)	
SOFA	$5,0 \pm 2,3$ (0 - 9)	
APACHE II	$13,9 \pm 4,4$ (6 - 21)	
mNUTRIC	$3,4 \pm 1,5$ (1 - 6)	
Phân loại nguy cơ dinh dưỡng	n	%
Thấp (mNUTRIC <5)	41	68,3
Cao (mNUTRIC ≥5)	19	<b>31,7</b>

**Nhận xét:** Điểm SOFA, APACHE II, mNUTRIC trung bình lần lượt là  $5,0 \pm 2,3$ ;  $13,9 \pm 4,4$ ;  $3,4 \pm 1,5$ . Tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ dinh dưỡng cao theo mNUTRIC là 31,7%.

Trong 24 giờ đầu tiên tại đơn vị hồi sức ngoại 100% người bệnh được nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch. Trong đó 80% (n=40) được truyền cả ba thành phần và 18,3% (n=11) được truyền hai thành phần.

**Bảng 3. Đặc điểm chế độ dinh dưỡng của người bệnh trong 24 giờ đầu**

Chỉ số dinh dưỡng	$X \pm SD$	Min	Max
Tổng kcal/24 giờ đầu (kcal/ kg/ ngày)	$980,9 \pm 250,4$ ( $17,4 \pm 4,9$ )	300	1550
Glucid (g)	$104,7 \pm 45,6$	0	250
Protein (g)	$53,9 \pm 34,6$	0	89
Lipid (g)	$35,4 \pm 21,5$	0	100
% năng lượng từ glucose	$45,3 \pm 18,4$	0	100
% năng lượng từ protein	$23,0 \pm 14,2$	0	66,7
% năng lượng từ lipid	$31,7 \pm 16,1$	0	64,3
Protein (g/kg/ngày)	$1,0 \pm 0,7$	0	2,5

**Nhận xét:** Giá trị năng lượng trung bình trong 24 giờ đầu tại hồi sức là 980,9 kcal. Số kcal/kg/ngày trung bình là  $17,4 \pm 4,9$  kcal/kg/ngày. Hàm lượng glucid, protein, lipid trung bình lần lượt là 104,7g; 53,9g và 35,4g. Tỷ lệ % năng lượng đóng góp của các thành phần nuôi dưỡng glucose/protein/lipid là 45,3/23,0/31,7. Lượng protein trung bình là

1g/kg/ngày.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này có tới 31,7% đến đơn vị hồi sức ngoại khoa sau các phẫu thuật tại ổ bụng biểu hiện nguy cơ suy dinh dưỡng khi kết quả đánh giá bằng thang điểm mNUTRIC  $\geq 5$ . Trong 24 giờ đầu tất cả người bệnh được nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch, trong đó 80% được truyền cả ba thành phần và 18,3% được truyền hai thành phần (bao gồm protein, glucose và lipid).

Việc đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở người bệnh sau phẫu thuật nằm hồi sức tích cực thường rất khó khăn do nhiều yếu tố gây ra bởi tình trạng bệnh phẫu thuật và bệnh kèm theo. Về các bộ công cụ sàng lọc, đánh giá, cho đến nay vẫn chưa có bộ công cụ nào được coi là tiêu chuẩn vàng. Mặc dù ASPEN khuyến cáo dùng NRS 2002 và thang điểm NUTRIC vì có tiêu chí mức độ nặng của bệnh nhưng ESPEN lại lo ngại bởi NUTRIC không có chỉ số nào về dinh dưỡng. Tuy nhiên một số nghiên cứu đã cho thấy những bệnh nhân có nguy cơ dinh dưỡng cao theo NUTRIC có nhiều khả năng được hưởng lợi từ nuôi dưỡng tĩnh mạch sớm với những lợi ích trên lâm sàng như giảm nhiễm trùng bệnh viện, giảm biến chứng và tử vong [1,7]. Bên cạnh đó các thông số trong NUTRIC hoàn toàn khách quan, không dựa trên đánh giá chủ quan và có thể dễ dàng thu thập trong bệnh án. Còn NRS (Nutritional Risk Screening) 2002 dựa trên tình trạng sụt cân, chỉ số khối cơ thể (BMI), giảm khẩu phần ăn, những dữ kiện có thể khó để hỏi người bệnh tại thời điểm mới nhập viện hoặc mới đến đơn vị hồi sức. Sự ra đời của mNUTRIC tạo thuận lợi hơn cho việc sử dụng rộng rãi của thang điểm. Vì vậy mNUTRIC là một công cụ hữu ích để đánh giá nguy cơ và tình trạng dinh dưỡng ở người bệnh hồi sức trong nhiều nghiên cứu [2,6,9].

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ người bệnh có điểm mNUTRIC từ 5 trở lên là 31,7%, tỷ lệ này thấp hơn công bố của một số tác giả nước ngoài, cụ thể; 36,4% của Im, K.M và Kim, E.Y. [6], 43,4% của Lin, Yen và Lam [8] và 60,3% của Yun Tae Jung (n=277) [9]. Khi so sánh với các nghiên cứu trong nước về tình trạng dinh dưỡng ở người bệnh tại hồi sức tích cực, tỷ lệ của chúng tôi thấp hơn trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Trang (42%) [10] và tương đương nghiên cứu của Dương Thị Nga (29,37%) [11]. Sự khác biệt này có thể do người bệnh trong nghiên cứu của Lin, Yen và Yun Tae Jung đều là

những người bệnh được thông khí nhân tạo, giá trị trung bình của SOFA và APACHEII trong 2 nghiên cứu đều cao hơn của chúng tôi. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Trang là người cao tuổi nên có sự thay đổi về chỉ số khối cơ thể, tăng nguy cơ mất cơ, suy giảm chức năng các cơ quan, dễ rối loạn huyết động vậy nên điểm số mNUTRIC sẽ cao hơn. Tình trạng dinh dưỡng là một trong các yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến thành công của cuộc phẫu thuật. Tỷ lệ suy dinh dưỡng chung của bệnh nhân người lớn điều trị nội trú từ 30 - 50% tùy theo tiêu chuẩn chẩn đoán, ở nhóm người bệnh tại hồi sức tỷ lệ này lên đến 65%. Trong khi đó chỉ 50% trường hợp được cung cấp đủ lượng protein và calorie mục tiêu trong 14 ngày đầu nằm đơn vị chăm sóc tích cực [3,5,7]. Do đó cần thiết sàng lọc, đánh giá một cách hệ thống nguy cơ và tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân đến đơn vị hồi sức để có chiến lược hỗ trợ kịp thời, đặc biệt ở những người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng cao [1,2].

Trung bình năng lượng cung cấp cho người bệnh trong 24 giờ đầu tại đơn vị hồi sức là 980,9 kcal và đều được sử dụng qua đường tĩnh mạch. Mức cung cấp năng lượng tính theo cân nặng là  $17,4 \pm 4,9$  kcal/kg/ngày. Liên quan đến thành phần dung dịch nuôi dưỡng, hàm lượng glucid, protein, lipid cung cấp trong ngày trung bình lần lượt là: 104,7g; 53,9g và 35,4g. Năng lượng đóng góp của các thành phần nuôi dưỡng là: glucose/protein/lipid là 45,3%/23,0%/31,7%. Lượng protein trung bình là 1 g/kg/ngày Theo ESPEN về nuôi dưỡng trong hồi sức tích cực, trong giai đoạn sớm của bệnh, năng lượng cung cấp chỉ nên dưới 70% nhu cầu, sau 3 ngày có thể tăng lên dần để đạt 80-100% nhu cầu [5]. Như vậy, mặc dù chưa khởi động nuôi dưỡng đường tiêu hóa sớm nhưng các bác sĩ đã quan tâm hơn đến việc nuôi dưỡng sau phẫu thuật. Tuy nhiên có trường hợp được nuôi dưỡng tới 31,1 kcal/kg/ngày, cao hơn đáng kể so với nhu cầu của ngày đầu. Hơn nữa, có một số người bệnh được phẫu thuật vì ung thư và thường có nguy cơ sụt cân nhiều, giảm khẩu phần ăn, có nguy cơ hội chứng nuôi ăn lại. Nếu khởi động với mức năng lượng lớn có thể dẫn đến những rối loạn về điện giải. Nuôi dưỡng cao hơn so với nhu cầu (overfeeding) giai đoạn sớm đã cho thấy tăng tỷ lệ tử vong [5,8].

Nghiên cứu còn tồn tại một số hạn chế liên quan đến cỡ mẫu còn nhỏ, thời gian nghiên cứu giới hạn trong 24 giờ đầu. Do đó cần tiếp tục thực hiện những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, thời gian nghiên cứu dài hơn và đánh giá về các

khía cạnh tiên lượng cũng như theo dõi kết quả can thiệp dinh dưỡng, mối liên quan giữa nguy cơ dinh dưỡng và kết cục điều trị người bệnh tại các đơn vị hồi sức tích cực.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 60 người bệnh được chuyển đến đơn vị hồi sức tích cực ngoại khoa sau phẫu thuật tại ổ bụng cho thấy tỉ lệ người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng theo thang điểm mNUTRIC là 31,7%. Trong 24 giờ đầu tiên tất cả người bệnh đều được nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch với giá trị năng lượng, protein trung bình lần lượt là  $980,9 \pm 250,4$  kcal và  $1,0 \pm 0,7$  g/kg.

Chúng tôi cho rằng cần tiến hành sàng lọc, đánh giá nguy cơ và tình trạng dinh dưỡng một cách thường quy cho người bệnh mới đến đơn vị hồi sức, để từ đó có kế hoạch can thiệp dinh dưỡng kịp thời, đảm bảo nuôi dưỡng đủ năng lượng, protein ở giai đoạn hồi phục sau phẫu thuật.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Heyland D.K., Dhaliwal R., Jiang X., Day A.G. Identifying critically ill patients who benefit the most from nutrition therapy: The development and initial validation of a novel risk assessment tool. *Crit. Care.* 2011;15:R268. doi: 10.1186/cc10546.
2. Rahman A., Hasan R.M., Agarwala R., et al. Identifying critically-ill patients who will benefit most from nutritional therapy: Further validation of the "modified NUTRIC" nutritional risk assessment tool. *Clin. Nutr.* 2016;35:158-162. doi: 10.1016/j.clnu.2015.01.015.
3. Weimann A, Braga M, Carli F, et al. ESPEN guideline: Clinical nutrition in surgery. *Clin Nutr Edinb Scotl.* 2017;36(3):623-650. doi:10.1016/j.clnu.2017.02.013
4. Soeters P, Bozzetti F, Cynober L, et al. Meta-analysis is not enough: The critical role of pathophysiology in determining optimal care in clinical nutrition. *Clin Nutr Edinb Scotl.* 2016;35(3):748-757. doi:10.1016/j.clnu.2015.08.008.
5. McClave SA, Taylor BE, Martindale RG, et al. 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.* 2016;40(2):159-211. doi:10.1177/0148607115621863.
6. Im KM, Kim EY. Identification of ICU Patients with High Nutritional Risk after Abdominal Surgery Using Modified NUTRIC Score and the Association of Energy Adequacy with 90-Day Mortality. *Nutrients.* 2022;14(5):946. doi:10.3390/nu14050946.
7. Singer P, Blaser AR, Berger MM, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. *Clin Nutr Edinb Scotl.* 2019;38(1):48-79. doi:10.1016/j.clnu.2018.08.037.
8. Lin PY, Yen YT, Lam CT, Li KC, Lu MJ, Hsu HS. Use of modified-NUTRIC score to assess nutritional risk in surgical intensive care unit. *J Chin Med Assoc.* 2021;84(9):860. doi:10.1097/JCMA.0000000000000565.
9. Jung YT, Park JY, Jeon J, et al. Association of Inadequate Caloric Supplementation with 30-Day Mortality in Critically Ill Postoperative Patients with High Modified NUTRIC Score. *Nutrients.* 2018 Oct 29;10(11):1589. doi: 10.3390/nu10111589.
10. Nguyễn Thị Trang, Phạm Văn Phú, Nguyễn Nguyệt Thu. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh cao tuổi và một số yếu tố liên quan tại khoa hồi sức tích cực Bệnh viện Lão khoa năm 2017 - 2018. *Tap chí Dinh dưỡng và Thực phẩm.* 2018;14:9-15.

# KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH CỦA SINH VIÊN Y5 VỚI BỆNH VIÊM DA TIẾP XÚC KÍCH ỨNG MẠN TÍNH BÀN TAY NĂM 2022

Đào Minh Châu<sup>1</sup>, Hoàng Thị Làn<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Lệ Thủy<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Đối tượng:** Tất cả sinh viên y5 trường Đại học Y Dược Hải Phòng đã học bài viêm da tiếp xúc tham gia nghiên cứu từ tháng 2 - tháng 9 năm 2022. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu. **Kết**

**quả:** Nghiên cứu gồm 344 sinh viên có 40 sinh viên (12%) bị bệnh VDTXKÚ bàn tay, chủ yếu bị bệnh từ 2-3 năm (40%), 60% bị cả ngón và bàn tay và 75% bị 2 bên tay, 55% có triệu chứng ngứa và rát, thương tổn dát đỏ, da khô, bong vảy da, nứt nẻ, hầu hết đều do tiếp xúc xà phòng, chất tẩy rửa, 65% bệnh có liên quan đến thay đổi thời tiết và tăng lên chủ yếu vào mùa thu đông (87%). Đánh giá kiến thức theo thang Bloom đa số sinh viên đạt được ở mức áp dụng tuy nhiên có 10% sinh viên còn không nhớ được cơ chế tác động của chất tẩy rửa gây bệnh VDTXKÚ bàn tay. Hầu hết sinh viên chỉ quan tâm mức độ trung bình với bệnh VDTXKÚ bàn tay (42%), sinh viên có mức độ

<sup>1</sup>Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Lệ Thủy

Email: ldkhoivu@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2023

Ngày duyệt bài: 24.5.2023