

kế hoạch hóa gia đình, để giảm tình trạng sinh con từ 3 lần trở lên. Đồng thời cần cải thiện tình trạng dinh dưỡng cho PNMT đặc biệt cần sử dụng thường xuyên hơn các thực phẩm chứa nhiều sắt như các loại thịt, và hạn chế sử dụng các thực phẩm hạn chế sự hấp thu sắt như trà.

Bài báo có điểm mạnh là thực hiện tại bệnh viện và đã có sử dụng bộ câu hỏi FFQ đã được chuẩn hóa dành cho người lớn và áp dụng cho đối tượng PNMT, nghiên cứu thu thập bằng cách phỏng vấn trực tiếp dựa trên bộ câu hỏi soạn sẵn, vì vậy tránh gây ra sai lệch thông tin trong kết quả nghiên cứu. bên cạnh những điểm mạnh, nghiên cứu cũng có nhiều sự hạn chế như phương pháp chọn mẫu là thuận tiện nên chưa đại diện cho dân số mục tiêu, vì kinh phí hạn chế nên nghiên cứu chỉ dừng lại ở việc đánh giá tỷ lệ thiếu máu mà chưa đánh giá được nguyên nhân của thiếu máu, vì vậy cần thực hiện các nghiên cứu sâu rộng hơn để giải quyết được vấn đề thiếu máu ở bệnh viện Hùng Vương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO (2008). Worldwide prevalence of anaemia 1993–2005, pp.35-39.
2. Bondevik GT, Eskeland B, Ulvik RJ, et al (2000). Anaemia in pregnancy: possible causes and risk factors in Nepali women. *European Journal of Clinical Nutrition*, 54(1):3-8.
3. Gudeta TA, Regassa TM, Belay AS (2019). Magnitude and factors associated with anemia among pregnant women attending antenatal care in Bench Maji, Keffa and Sheka zones of public hospitals, Southwest, Ethiopia, 2018: A cross -

- sectional study. *PLoS One*, 14 (11):e0225148.
4. Trần Khánh Vân (2018). Dinh dưỡng với phát triển kinh tế xã hội và một số chỉ số về tình hình dinh dưỡng hiện nay tại Việt Nam, <http://viendinhduong.vn/vi/tin-tuc/dinh-duong-voi-phat-trien-kinh-te-xa-hoi-va-mot-so-chi-so-ve-tinh-hinh-dinh-duong-hien-nay-tai-viet-nam.html>, truy cập 20/10/2020.
5. Bệnh viện Hùng Vương. Tổng quát về bệnh viện, <https://bvhungvuong.vn/gioi-thieu/gioi-thieu-tong-quat-ve-benh-vien>, truy cập 14/10/2020.
6. Đặng Hải Đăng, Nguyễn Thanh Dân, Trần Thị Thủy An, Trần Thị Trúc Huệ (2020). Tỷ lệ thiếu máu, thiếu máu thiếu sắt và một số yếu tố liên quan của phụ nữ có thai đến khám tại Bệnh viện Đa khoa Cái Nước, tỉnh Cà Mau năm 2017 – 2018, *Tạp chí Y học dự phòng*, 30(1):102.
7. WHO (2011) Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity, pp. 3.
8. Trần Thị Minh Hạnh, Phan Nguyễn Thanh Bình, Nguyễn Nhân Thành, Lê Nguyễn Trung Đức Sơn, Trương Công Hòa, Phạm Ngọc Oanh, et al. (2008). Tình trạng thiếu máu thiếu sắt ở thai phụ Thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học TP.HCM*, 12 (04):141.
9. Lebso M, Anato A, Loha E (2017). Prevalence of anemia and associated factors among pregnant women in Southern Ethiopia: A community based cross-sectional study. *PLoS One*, 12(12): e0188783.
10. Võ Thị Thu Nguyệt, Bành Thanh Lan, Trần Thị Lợi, Phạm Quý Trọng (2008). Khảo sát tình trạng thiếu máu thiếu sắt trong 3 tháng giữa thai kỳ và các yếu tố liên quan tại Đại học Y được Thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học TP.HCM*, 12 (Phụ bản số 1):162-170.

THỰC TRẠNG ĐẢM BẢO DINH DƯỠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CHO NGƯỜI BỆNH ĐƯỢC CHĂM SÓC CẤP I TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 354

Trần Thị Phương Lan¹, Nguyễn Quang Dũng², Nguyễn Thị Hương Lan²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả thực trạng đảm bảo dinh dưỡng và một số yếu tố ảnh hưởng đến đảm bảo dinh dưỡng cho các bệnh nhân được chăm sóc cấp I tại Khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Quân Y 354. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 185 bệnh nhân được chăm sóc cấp I tại Bệnh viện Quân Y 354. **Kết quả:** Chỉ có 42,2% NB được đảm bảo đủ năng lượng, còn lại 57,8% NB

không được đảm bảo nhu cầu về năng lượng so với nhu cầu. Nhóm BN có tổn thương kết hợp chỉ có 10,2% được cung cấp đủ nhu cầu về năng lượng. Nhóm có ngày CSCI > 20 ngày có 51,6% được cung cấp đủ nhu cầu về năng lượng. NB được nuôi dưỡng bằng cả hai đường kết hợp có tỷ lệ đảm bảo đủ năng lượng là 38,8%. Giới tính, số ngày có chỉ định CSCI, tình trạng có hay không có các tổn thương kết hợp, được nuôi dưỡng kết hợp cả hai đường nuôi dưỡng TM và TH là những yếu tố có liên quan tới thực trạng đảm bảo dinh dưỡng cho người bệnh. Trong đó những bệnh nhân có tổn thương có nguy cơ bị thiếu hụt dinh dưỡng cao gấp 10,1 lần so với nhóm không bị tổn thương, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với khoảng tin cậy không chứa giá trị 1. **Kết luận:** Tỷ lệ đảm bảo đủ dinh dưỡng cho người bệnh được chăm sóc cấp I còn thấp. **Từ khóa:** Dinh dưỡng, Chăm sóc cấp I, yếu tố liên quan.

¹Bệnh viện Quân Y 354

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Phương Lan
Email: phuonglan354@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2023

Ngày duyệt bài: 19.5.2023

SUMMARY**THE SITUATION OF NUTRITIONAL ASSURANCE AND SOME RELATED FACTORS FOR LEVEL I-CURRENT PATIENTS AT MILITARY 354 HOSPITAL**

Objective: The study aims to describe the status of nutritional assurance and some factors affecting nutritional assurance for patients receiving first-level care at the Intensive Care Unit, Military Hospital 354.

Subjects and research methods: Cross-sectional description on 185 patients receiving primary care at Military Hospital 354. **Result:** Only 42.2% of patients were guaranteed enough energy, the rest 57.8% of patients, the demand for energy is not guaranteed compared to the demand. In the group of patients with combined lesions, only 10.2% were provided with sufficient energy requirements. The group with CSCI days > 20 days had 51.6% provided with sufficient energy requirements. NB fed with both sugars combined had a guaranteed energy rate of 38.8%. Sex, number of days with indication of CSCI, status with or without combined lesions, fed with a combination of both IV and TH feeding routes are factors related to the nutritional status of children. patient. In which, patients with lesions have a 10.1 times higher risk of undernutrition than those without lesions, the difference is statistically significant with the confidence interval not containing the value 1.

Conclusion: The prevalence of ensuring adequate nutrition for patients receiving primary care is still low.

Keywords: Nutrition, Level I care, related factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dinh dưỡng có vai trò rất quan trọng với sức khỏe con người và càng quan trọng hơn đối với người bệnh [1,2]. Những người bệnh cần được nuôi dưỡng, chăm sóc đặc biệt, điều trị tích cực do bệnh tật, do hệ thống tiêu hóa yếu [3]. Đa số người bệnh khi vào điều trị tại bệnh viện, thường chỉ quan tâm đến việc mình được điều trị bằng thuốc, bằng các kỹ thuật y học gì, mà ít quan tâm xem mình cần phải được nuôi dưỡng bằng một chế độ dinh dưỡng như thế nào cho phù hợp với tình trạng bệnh tật và sức khỏe của họ [4]. Trong khi đó, kiến thức của người bệnh cũng như của người nhà người bệnh về dinh dưỡng còn rất hạn chế. Phần lớn họ chưa hiểu rằng, một chế độ dinh dưỡng tốt, hợp lý cũng vô cùng quan trọng đối với kết quả điều trị của nhiều bệnh. Thiếu hoặc suy dinh dưỡng ảnh hưởng tới kết quả điều trị, làm tăng nguy cơ gây ra biến chứng, nhiễm khuẩn, cũng như làm tăng viện phí do thời gian nằm viện kéo dài.

Trong những năm qua, Bệnh viện Quân y 354 đã rất quan tâm đến dinh dưỡng lâm sàng, xây dựng 17 chế độ ăn bệnh lý, phục vụ các xuất ăn đến tận khoa người bệnh điều trị, thực hiện triển khai các nội dung của Thông tư

08/2011/TT/BYT. Bệnh viện coi việc đáp ứng nhu cầu chăm sóc dinh dưỡng cho bệnh nhân là một trong những nhiệm vụ quan trọng của nhân viên y tế, góp phần thực hiện tốt, đảm bảo an toàn trong công tác chăm sóc, điều trị toàn diện, lấy người bệnh làm trung tâm. Đặc biệt khoa Hồi sức tích cực là một khoa trọng điểm của bệnh viện, ở đây người bệnh có chế độ điều trị tích cực, chăm sóc đặc biệt 24/24h, vì vậy nên việc đảm bảo chế độ dinh dưỡng đầy đủ cho người bệnh tại đây là rất quan trọng.

Tuy nhiên, trong quá trình thực hiện vẫn còn những vấn đề cần điều chỉnh cho phù hợp với điều kiện cụ thể tại bệnh viện và nhu cầu của người bệnh. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu sâu hơn này nhằm mô tả thực trạng đảm bảo dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan cho người bệnh được chăm sóc cấp I tại Khoa hồi sức tích cực bệnh viện Quân Y 354.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 185 người bệnh đang được chăm sóc cấp I tại Khoa Hồi sức tích cực.

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

2.3. Cách tiến hành. Nghiên cứu được tiến hành gồm các bước sau:

+ Bước 1: Phòng văn thu thập thông tin của người bệnh như: tuổi, giới, nghề nghiệp, chế độ điều trị, nơi ở, trình độ văn hóa, trạng thái bệnh... bằng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn. Hỏi, ghi các chỉ số nhân trắc: chiều cao, cân nặng.

+ Bước 2: Điều tra khẩu phần dinh dưỡng qua đường tiêu hóa và đường tĩnh mạch trong ngày của người bệnh bằng nhật trình của bệnh viện. Quan sát và ghi chép theo bảng kiểm.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả nghiên cứu cho thấy trong 185 người bệnh nghiên cứu nam chiếm 54,1%, 96,8% sống tại thành thị, 83,7% có trình độ học vấn từ cấp 3 trở lên, 34,5% người bệnh có số ngày điều trị CSCI trên 20 ngày, 26,5% có các tổn thương kết hợp và 48,6% có đường nuôi kết hợp đặt sonde và đường tĩnh mạch.

Bảng 1: Thực trạng đảm bảo dinh dưỡng cho người bệnh chăm sóc cấp I

Đường nuôi	n	%
Đủ dinh dưỡng	78	42,2
Thiếu dinh dưỡng	107	57,8
Tổng	185	100

Trong 185 bệnh nhân, 42,2% bệnh nhân được đánh giá đủ dinh dưỡng và 57,8% đánh giá chưa đủ dinh dưỡng trong chăm sóc điều trị cấp I.

Bảng 2: Thực trạng đảm bảo dinh dưỡng cho người bệnh chăm sóc cấp I theo một số đặc điểm của bệnh nhân

TTĐBDD	Đủ dinh dưỡng		Thiếu dinh dưỡng	
	n	%	n	%
Giới tính				
Nam (n=100)	42	42,0	58	58,0
Nữ (n=85)	36	42,4	49	57,6
Số ngày CSCI				
≤ 20 ngày (n=121)	45	37,2	76	62,8
> 20 ngày (n=64)	33	51,6	31	48,4
Nhóm tổn thương				
Không có tổn thương (n = 136)	73	53,7	63	46,3

Nhóm có tổn thương (n = 49)	5	10,2	44	89,8
Đường nuôi				
TM hoặc TH (n=95)	43	45,3	52	54,7
Kết hợp cả 2 đường (n=90)	35	38,8	55	61,2

Bảng 2 cho thấy nam và nữ có tình trạng đủ dinh dưỡng tương đương nhau. Bệnh nhân có số ngày điều trị CSCI trên 20 ngày được đánh giá thiếu dinh dưỡng thấp hơn nhóm điều trị dưới 20 ngày (48,4% so 62,8%). Bệnh nhân có các tổn thương kết hợp có tình trạng thiếu hụt dinh dưỡng cao hơn nhóm không có tổn thương (89,8% so 46,3%) và những bệnh nhân được nuôi dung bằng kết hợp hai đường tiêu hóa và tĩnh mạch có tình trạng thiếu dinh dưỡng cao hơn (61,2% so 54,7%).

Bảng 3: Mối liên quan giữa đảm bảo dinh dưỡng cho người bệnh chăm sóc cấp I và một số đặc điểm của bệnh nhân

	TTĐBDD	Đủ năng lượng		Thiếu năng lượng		OR (95%CI)
		n	%	n	%	
Giới tính						
	Nam (n=100)	42	42,0	58	58,0	1,2 (0,6-2,2)
	Nữ (n=85)	36	42,4	49	57,6	
Số ngày CSCI						
	≤ 20 ngày (n=121)	45	37,2	76	62,8	0,5 (0,3-1,1)
	> 20 ngày (n=64)	33	51,6	31	48,4	
Nhóm tổn thương						
	Không có tổn thương (n = 136)	73	53,7	63	46,3	10,1 (3,6-34,5)
	Nhóm có tổn thương (n = 49)	5	10,2	44	89,8	
Đường nuôi						
	TM hoặc TH (n=95)	43	45,3	52	54,7	1,3 (0,6-2,4)
	Kết hợp cả 2 đường (n=90)	35	38,8	55	61,2	

Để tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tình trạng thiếu hụt dinh dưỡng cho bệnh nhân được chăm sóc cấp I tại Khoa hồi sức tích cực, chúng tôi tiến hành phân tích yếu tố nguy cơ, kết quả được thể hiện tại Bảng 3. Nữ có tình trạng thiếu hụt dinh dưỡng cao gấp 1,2 lần so với nam giới (OR=1,2; 95%CI: 0,2-2,2); những bệnh nhân có số ngày chăm sóc CSCI trên 20 ngày có nguy cơ bị thiếu hụt dinh dưỡng chỉ bằng 0,5 so với những người có số ngày điều trị CSCI dưới 20 ngày, những bệnh nhân được chăm sóc dinh dưỡng bằng cả 2 đường cũng có nguy cơ thiếu hụt dinh dưỡng cao gấp 1,3 lần so với những bệnh nhân chỉ được nuôi dưỡng bằng 1 đường (OR=1,3; 95%CI: 0,6-2,4). Những bệnh nhân có các tổn thương kết hợp có nguy cơ thiếu hụt dinh dưỡng cao gấp 10 lần so với những bệnh nhân không có các tổn thương kết hợp (OR=10,1; 95%CI: 3,6-34,5), sự khác biệt này

có ý nghĩa thống kê với khoảng tin cậy không chứa giá trị 1.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng đảm bảo dinh dưỡng cho người bệnh. Kết quả khảo sát cho thấy trung bình số năng lượng người bệnh được cung cấp theo tuổi và giới đạt cao nhất là 1450 Kcal cho nhóm nam 18 – 30 tuổi, nhóm nữ 18 – 30 tuổi đạt 1350 Kcal, nhóm nam 31 – 60 tuổi đạt 135 Kcal, nhóm nữ 31 – 60 đạt 1250 Kcal, nhóm nam trên 60 tuổi đạt 1250 Kcal và thấp nhất là nhóm nữ trên 60 tuổi chỉ đạt trung bình 1100 Kcal. Các mức tỷ lệ đáp ứng năng lượng cho người bệnh trong nghiên cứu này còn thiếu so với nhu cầu năng lượng khuyến nghị (từ 1800 – 2200 Kcal). Tổng số 185 thì có 78 NB (42,2%) được đảm bảo đủ năng lượng, tỷ lệ thiếu là 55,8%. Trong đó tỷ lệ đảm bảo đủ dinh dưỡng cho nhóm nữ cao hơn nam, nhóm trên 60 tuổi ở

nam là 42,0% và nữ là 42,4% [4, 5].

Tỷ lệ đảm bảo đủ năng lượng ở các nhóm có tổn thương kết hợp cao nhất là nhóm nhiễm trùng 53,3%, ở nhóm gãy xương mặc dù số lượng người bệnh ít nhưng chưa được quan tâm đến đảm bảo đủ dinh dưỡng tỷ lệ là 0%, nhóm đa chấn thương kết hợp với nhiễm trùng cũng đạt ở mức 50%. Nhóm hậu phẫu và nhóm viêm phúc mạc tuy số lượng NB không nhiều nhưng tỷ lệ đạt nhu cầu cũng chưa cao ở mức 33,3%. Nhóm không có tổn thương cũng có tỷ lệ đạt 53,7%. Kết quả trên cho thấy sự quan tâm đến việc tính toán nhu cầu dinh dưỡng cho các nhóm bệnh nhân là chưa đồng đều. Vì vậy cần bổ sung kiến thức về dinh dưỡng lâm sàng cho nhân viên y tế và tư vấn kiến thức về dinh dưỡng năng lượng cho người bệnh, người chăm sóc người bệnh. Từ đó đẩy mạnh việc phối hợp đáp ứng nhu cầu dinh dưỡng, làm cho công tác đảm bảo đúng, đủ nhu cầu năng lượng và duy trì một cách thường xuyên phù hợp với mọi đối tượng người bệnh để phối hợp điều trị đạt hiệu quả cao [6].

90 Người bệnh được nuôi dưỡng bằng cả hai đường kết hợp có tỷ lệ đảm bảo đủ năng lượng ưu thế hơn là 65,6% cao hơn những người bệnh được nuôi dưỡng đường riêng biệt. Đây là ưu điểm khi chúng ta trú trọng đến việc đáp ứng đủ năng lượng cho người bệnh và biết phối hợp tốt giữa hai đường nuôi, ưu tiên nuôi ăn qua ống thông tiêu hóa sớm tránh tình trạng đường tiêu hóa không được cải thiện, nhất là người bệnh sau phẫu thuật, phải nằm trên giường bất động lâu ngày... Số lượng NB nuôi dưỡng qua đường TM đảm bảo đủ năng lượng 55,6%, sự hấp thu có thể đạt tới 100% theo yêu cầu, để đưa vào cơ thể với số năng lượng lớn, tại bệnh viện quân y 354 đã sử dụng phối hợp dịch nuôi dưỡng với dịch đẳng trương rất tốt, nhưng cần phải đề phòng những tai biến do nuôi dưỡng qua đường này gây ra, nhất là những BN có bệnh lý tim mạch, tiểu đường, tăng HA... Vì vậy vẫn cần có những nghiên cứu đánh giá tình trạng dinh dưỡng, đánh giá tổn thương kết hợp để áp dụng nuôi ăn sớm nhất có thể cho người bệnh bằng đường tiêu hóa. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Baker và cộng sự cho thấy dinh dưỡng quan trọng trong hỗ trợ điều trị các bệnh lý về tim mạch [7].

4.2. Các yếu tố liên quan đến thực trạng đảm bảo dinh dưỡng cho người bệnh

Nam và nữ có thực trạng đảm bảo dinh dưỡng tương tự nhau. Điều này được tìm thấy tương đồng trong các nghiên cứu trước đây như nghiên cứu của Du YP và cộng sự, nghiên cứu

của stenvikel và cộng sự cho thấy không có sự khác biệt về dinh dưỡng trong chăm sóc cho các bệnh nhân ung thư [8].

Người bệnh có chỉ định chăm sóc cấp I trên 20 ngày có nguy cơ bị thiếu hụt dinh dưỡng thấp hơn các nhóm được chỉ định dưới 20 ngày. Điều này cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nặng cần chăm sóc toàn diện dài ngày, trong đó có chăm sóc về mặt dinh dưỡng ngày càng cao. Đòi hỏi phải duy trì một thực trạng đảm bảo dinh dưỡng đúng, đủ phù hợp với nhu cầu của người bệnh. Khi sự quan tâm đến chế độ dinh dưỡng cho người bệnh bị giảm đi thì hậu quả là gia tăng tỉ lệ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân nằm viện. Theo kết quả nghiên cứu tại TP. HCM, Hà Nội, Cần Thơ thì tỉ lệ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân nằm viện chiếm khoảng 60%. Ngay trong khi nằm viện mà vẫn suy dinh dưỡng dẫn đến người bệnh bị giảm sức đề kháng, tăng khả năng nhiễm trùng vết thương, tăng nguy cơ biến chứng sau mổ, dẫn đến tỷ lệ tử vong cao hơn. Sức khỏe kém, thời gian nằm viện dài hơn càng tạo thêm những tổn kém về chi phí điều trị, tạo sức ép về nhân lực, cơ sở vật chất cho chính ngành y tế.

So sánh giữa nhóm nuôi riêng biệt bằng một đường và nhóm kết hợp cả hai đường cho thấy sự chênh lệch. Nhóm kết hợp cả hai đường có tỷ lệ đảm bảo đủ năng lượng thấp hơn nhóm nuôi dưỡng bằng một đường riêng biệt TM hoặc TH. Đây là yếu tố cần quan tâm trong quá trình điều trị, nên lựa chọn ưu tiên việc nuôi dưỡng sớm đường tiêu hóa và phối hợp giữa hai đường nuôi để đạt được nhu cầu dinh dưỡng một cách tối đa đồng thời kích thích tiêu hóa, phát huy vai trò rất quan trọng của đường nuôi tự nhiên. Hoặc những bệnh nhân cần nuôi dưỡng bằng cả 2 đường thường nặng hơn các bệnh nhân khác do đó họ dễ có nguy cơ bị thiếu hụt dinh dưỡng.

Nhóm NB có tổn thương kèm theo được đảm bảo đủ dinh dưỡng thấp 10,2%. Họ cũng có nguy cơ thiếu hụt dinh dưỡng cao gấp hơn 10 lần so với nhóm không có các tổn thương kèm theo. Điều này cho thấy mối liên quan giữa tổn thương với tỷ lệ đảm bảo đủ dinh dưỡng là rất lớn. Vì vậy ngoài việc chú ý đến chuyển hóa cơ bản thì NVYT cần chú ý đến các tổn thương bệnh lý kèm theo mà mỗi người bệnh có những tổn thương khác nhau, suy ra nhu cầu dinh dưỡng cụ thể cũng khác nhau. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như của tác giả Du YP và cộng sự nghiên cứu tình trạng dinh dưỡng trên các bệnh nhân ung thư cho thấy những người bị ung thư kết hợp các bệnh lý khác có nguy cơ thiếu hụt dinh dưỡng cao hơn nhóm

bệnh nhân bị ung thư đơn thuần [7]

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

+ Chỉ có 42,2% NB được đảm bảo đủ năng lượng, còn lại 57,8% NB không được đảm bảo nhu cầu về năng lượng so với nhu cầu.

+ Nam và Nữ có tình trạng thiếu hụt dinh dưỡng gần như nhau

+ Những bệnh nhân có số ngày chăm sóc cấp I trên 20 ngày có nguy cơ bị thiếu hụt dinh dưỡng chỉ bằng 0,5 so với những người có số ngày điều trị chăm sóc cấp I dưới 20 ngày,

+ Những bệnh nhân được chăm sóc dinh dưỡng bằng cả 2 đường cũng có nguy cơ thiếu hụt dinh dưỡng cao hơn so với những bệnh nhân chỉ được nuôi dưỡng bằng 1 đường.

+ Những bệnh nhân có các tổn thương kết hợp có nguy cơ thiếu hụt dinh dưỡng cao gấp 10 lần so với những bệnh nhân không có các tổn thương kết hợp (OR=10,1; 95%CI: 3,6-34,5), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với khoảng tin cậy không chứa giá trị 1.

VI. KHUYẾN NGHỊ

+ Nâng cao chất lượng đảm bảo đúng, đủ có chất lượng so với nhu cầu năng lượng cụ thể cho từng đối tượng NB.

+ Cử NVYT đi học nâng cao trình độ về DD LS cho các NVYT của bệnh viện để áp dụng thực hiện đầy đủ các nội dung nhiệm vụ theo đúng yêu cầu của TT08/2011/TT-BYT.

+ Phát triển nhân rộng các nghiên cứu khoa

học về lĩnh vực DD LS từ đó làm bằng chứng cho thực hiện các nhiệm vụ đảm bảo DD cho NB một cách chất lượng nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2011). Thông tư 07/2011/TT-BYT: "Hướng dẫn công tác Điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện", Hà Nội.
2. **Bộ Y tế** (2011). Thông tư 08/2011/TT-BYT: "Hướng dẫn về công tác dinh dưỡng tiết chế trong bệnh viện".
3. **Bộ Y tế - Viện Dinh dưỡng** (2017). Bảng thành phần dinh dưỡng thực phẩm Việt Nam. Nhà xuất bản Y học Hà Nội.
4. **Hướng dẫn chế độ ăn Bệnh viện, Ban hành kèm theo Quyết định số: 2879/QĐ-BYT** ngày 10 tháng 8 năm 2006 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
5. **Lê Thị Hợp** (2015). Longitudinal observation of physical growth of Vietnamese children from birth to 10 year in Vietnam conditions, Research report master of science in nutrition- University of Indonesia- Jakarta.
6. **Phạm Duy Tường** (2016). Các bệnh thiếu dinh dưỡng có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng và các biện pháp dự phòng, Dinh dưỡng và một số vấn đề sức khỏe cộng đồng, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam.
7. **Baker D.J.P** (1994). "Maternal and Fetal origin of coronary heart disease", J . Royal. Coll. Physicans ở London, 28, 544-551.
8. **Du YP, Li LL, He Q, Li Y, Song H, Lin YJ, Peng JS** (2012). Nutritional risk screening and nutrition assessment for gastrointestinal cancer patients. Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi.;15(5):460-3.
9. **Stenvinkel P, Barany P, Chung SH et al** (2016). "A comparative analysis of nutritional parameters as predictors of outcome in male and female ESRD patients", Nephrol Dial transplant, 17, 1266- 1274.

GÁNH NẶNG CHĂM SÓC NGƯỜI MẮC BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH CỦA NGƯỜI CHĂM SÓC TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TỈNH NAM ĐỊNH

Phạm Thị Bích Ngọc¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Đánh giá gánh nặng chăm sóc người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính của người chăm sóc tại Bệnh viện Phổi Tỉnh Nam Định năm 2020. (2) Xác định một số yếu tố liên quan tới gánh nặng chăm sóc người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính của người chăm sóc tại Bệnh viện Phổi Tỉnh Nam Định. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 96 người chăm sóc chính người mắc BPTNMT đang điều trị tại

Khoa Nội hô hấp, bệnh viện Phổi tỉnh Nam Định từ tháng 09 năm 2020 đến tháng 06 năm 2021. **Kết quả:** - Gánh nặng chăm sóc của người chăm sóc tham gia nghiên cứu ở mức nghiêm trọng và rất nghiêm trọng chiếm tỷ lệ 58,3%. Mức điểm trung bình gánh nặng chăm sóc theo ZBI là $42,1 \pm 9,82$ (điểm). Có mối tương quan giữa gánh nặng chăm sóc với các yếu tố tuổi của người chăm sóc, thời gian chăm sóc người bệnh/ngày, chất lượng cuộc sống và mức độ lo âu, trầm cảm, căng thẳng của người bệnh; có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Từ khóa: BPTNMT, gánh nặng chăm sóc

SUMMARY

THE BURDEN OF CAREGIVERS FOR PATIENTS WITH COPD AT LUNG HOSPITAL OF NAM DINH PROVINCE

Objectives: (1) To assess the burden of

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Bích Ngọc

Email: phambichngoc@ndun.edu.vn

Ngày nhận bài: 14.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 19.5.2023