

Varsha Mokhasi (2019), "Anatomy of the maxillary sinus ostium: a cadaveric study", Int J Anat Res. 7(4.2), tr. 7097-7100.

8. WAN Hongyan, YANG Yu và WANG

Zhenchang (2013), "Imaging anatomical study of uncinate process and its neighboring structure in adult OMC", CHIN ARCH OTOLARYNGOL HEAD NECK SURG. 20(7), tr. 363-366.

HIỆU QUẢ CAN THIỆP DINH DƯỠNG TRÊN NGƯỜI BỆNH NUÔI DƯỠNG QUẢ ỐNG THÔNG TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC – CHỐNG ĐỘC, BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN

Nguyễn Thị Hiền¹, Nguyễn Thị Hương Lan^{1,2}, Trần Minh Anh¹,
Nguyễn Thành Tiến¹, Lê Thị Hương^{2,3}, Nguyễn Thị Bảo Liên¹,
Nguyễn Bá Thắng¹, Đặng Kim Anh² Phan Thị Bích Hạnh⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả can thiệp dinh dưỡng và khả năng dung nạp dinh dưỡng của người bệnh nuôi dưỡng qua ống thông điều trị tại khoa Hồi sức tích cực – chống độc Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp ngẫu nhiên có đối chứng tiến hành trên 36 người bệnh nuôi dưỡng qua ống thông điều trị tại khoa Hồi sức tích cực – chống độc, đánh giá tình trạng dinh dưỡng, khẩu phần ăn và các biến cố bất lợi có liên quan đến tiêu hóa của người bệnh. **Kết quả:** Sau can thiệp dinh dưỡng, có sự cải thiện về năng lượng và protein trong khẩu phần của người bệnh (protein tăng từ $0,7 \pm 0,2\text{g/kg/ngày}$ lên $1,3 \pm 0,1\text{g/kg/ngày}$). Biến cố bất lợi độ 2 có liên quan đến tiêu hóa khi người bệnh khi sử dụng công thức peptide là táo bón, tiêu chảy và trào ngược dạ dày thực quản với tỷ lệ thấp (5,6%). **Kết luận:** Việc sử dụng các công thức dinh dưỡng có chứa peptide có thể có tác động tích cực đến tình trạng dinh dưỡng của người bệnh.

Từ khóa: can thiệp, nuôi dưỡng qua ống thông, khoa hồi sức tích cực, Xanh Pôn

SUMMARY

EFFECTS OF NUTRITIONAL INTERVENTIONS ON TUBE-FEEDING PATIENTS AT DEPARTMENT OF INTENSIVE CARE – POISON CONTROL SAINT PAUL HOSPITAL

Objective: The study aimed to evaluate the effectiveness of nutrition intervention and tolerance statement of patients receiving tube feeding treated at the Department of Intensive Care – Poison Control, Saint Paul Hospital. **Subjects and Methods:** A

randomized controlled trial study was conducted on 36 patients receiving tube feeding treated in the Department of Intensive Care – Poison Control. Assessments of the patient's nutritional status, dietary intake, and adverse events impacting the patient's digestion were made. **Results:** After the nutritional intervention, there was an improvement in energy and protein in the patient's diet (protein increased from $0,7 \pm 0,2\text{g/kg/day}$ to $1,3 \pm 0,1\text{g/kg/day}$). Grade 2 adverse events related to digestion when patients utilizing peptide formulations were constipation, diarrhea, and gastroesophageal reflux at a low rate (5.6%). **Conclusion:** The use of nutritional formulas containing peptides can have a positive impact on the nutritional status of patients.

Keywords: intervention, tube-feeding, intensive care unit, Saint Paul

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dinh dưỡng trong điều trị bệnh nhân nặng có vai trò quan trọng vì không chỉ cung cấp năng lượng, các chất duy trì sự sống, mà còn giúp người bệnh tăng cường chức năng miễn dịch, ngăn ngừa diễn biến suy dinh dưỡng, tăng khả năng hồi phục. Nghiên cứu của Verghese P.P. và cộng sự trên 200 bệnh nhân ICU người lớn được nuôi dưỡng qua ống thông cho thấy phần lớn bệnh nhân nhập ICU có nguy cơ suy dinh dưỡng mức độ trung bình chiếm 48,5% và tỉ lệ tử vong cao ở nhóm có nguy cơ dinh dưỡng nặng¹. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thư và cộng sự tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2017 trên 42 bệnh nhân nặng phải ăn qua sonde cho thấy có 47,6% bệnh nhân ăn qua sonde có trào ngược và 14,3% bệnh nhân bị tiêu chảy. Sau 1 tuần điều trị tình trạng dinh dưỡng của các bệnh nhân nặng ngày càng xấu đi, tỷ lệ người bệnh suy dinh dưỡng theo thang điểm SGA tăng từ 35,7% lên 78,6% ($\text{OR}=2,03, p<0,05$)². Tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn trong vài năm trở lại đây việc đánh giá tình trạng dinh dưỡng của các bệnh nhân nhập viện đã được tiến hành thường xuyên nhằm sàng lọc người bệnh có nguy cơ suy

¹Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

²Đại học Y Hà Nội

³Đại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

⁴Đại Trường Đại Y Dược – Đại học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hương Lan

Email: huonglandd@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.7.2023

Ngày duyệt bài: 11.8.2023

dinh dưỡng để tiến hành can thiệp sớm nhằm nâng cao hiệu quả điều trị và chất lượng phục vụ người bệnh. Tuy nhiên cho đến nay vẫn chưa có báo cáo số liệu cụ thể cho nhóm người bệnh ăn qua ống thông điều trị tại đơn vị hồi sức tích cực. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả can thiệp dinh dưỡng và khả năng dung nạp dinh dưỡng của người bệnh nuôi dưỡng qua ống thông điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng. Người bệnh điều trị nội trú tại khoa Hồi sức tích cực – Chống độc, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- + Đối tượng từ 20 tuổi trở lên.
- + Được chỉ định nuôi dưỡng hoàn toàn qua ống thông (bao gồm cả ống thông mũi – dạ dày và mở thông qua da).
- + Đối tượng được giải thích đầy đủ và đồng ý tham gia vào nghiên cứu.
- + Đối tượng được dự đoán là sẽ ở lại lâu hơn 10 ngày trong ICU và nhận được thức ăn qua ống thông trong tối thiểu 10 ngày.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- + Người bệnh có bệnh thận mạn giai đoạn 3-5 chưa điều trị lọc máu.
- + Người bệnh đang mang thai hoặc cho con bú.
- + Người bệnh bị dị ứng hoặc không dung nạp với bất kỳ thành phần nào trong công thức dinh dưỡng đường ruột được sử dụng trong nghiên cứu.
- + Người bệnh đang mắc bệnh cấp tính về đường tiêu hóa như viêm tụy cấp, đang xuất huyết tiêu hóa, bệnh viêm ruột cấp tính, tắc ruột hoặc thiếu máu cục bộ ở ruột, viêm phúc mạc,...
- + Người bệnh đang ở trạng thái sốc nặng (≥ 2 thuốc vận mạch).
- + Người bệnh không có hội chứng nuôi ăn lại.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 10 năm 2022 đến tháng 4 năm 2023

Địa điểm: Khoa Hồi sức tích cực – chống độc, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu chủ đích tất cả người bệnh đủ tiêu chuẩn lựa chọn cho đến khi được 36 người bệnh ở mỗi nhóm thì dừng. Phân bổ các bệnh nhân vào hai nhóm nghiên cứu dựa theo tiêu chí tương đồng về tuổi, giới và tình trạng bệnh. Nhóm can thiệp: 36 người bệnh (tư

vấn dinh dưỡng, can thiệp chế độ ăn :sử dụng sản phẩm dinh dưỡng peptide). Nhóm đối chứng (tư vấn dinh dưỡng, không can thiệp chế độ ăn): 36 người bệnh.

Nội dung/ chỉ số nghiên cứu: Sự thay đổi một số chỉ số dinh dưỡng, đặc điểm về khẩu phần của người bệnh tại 2 thời điểm về năng lượng, protein, số bữa ăn, lượng thức ăn, một số đặc điểm nuôi dưỡng người bệnh, đánh giá các tác dụng không mong muốn của sản phẩm dinh dưỡng theo Tiêu chí Thuật ngữ Chung của Viện Y tế Quốc gia cho Biện cố bất lợi (CTCAE) bản 5.0 (bao gồm tiêu chảy, táo bón, kém hấp thu, chướng bụng, trào ngược,...) với độ 1 là các triệu chứng nhẹ, không có chỉ định can thiệp; độ 2 là các triệu chứng rõ ràng và có chỉ định can thiệp y tế; từ độ 3 trở lên là các triệu chứng nặng, cần can thiệp cấp hoặc chỉ định nhập viện điều trị.

Đánh giá tại 2 thời điểm: T0 là thời điểm 24-48h đầu nhập viện, T1 là thời điểm 24-48h trước khi ra viện hoặc ngày thứ 10 nuôi dưỡng qua ống thông.

Quy trình can thiệp: + Nhóm chứng: tư vấn dinh dưỡng, chế độ ăn bệnh viện theo bác sĩ chỉ định hoặc gia đình tự chuẩn bị theo hướng dẫn của khoa Dinh dưỡng. + Nhóm can thiệp: Tư vấn dinh dưỡng, cung cấp chế độ ăn với sản phẩm dinh dưỡng có chứa peptide (sản phẩm Fomeal Peptides cung cấp 250ml = 250kcal trong đó Protein 12,5g; Lipid 7,8g; Carbohydrate 32,5g) với mức năng lượng khuyến nghị của Hội Dinh dưỡng lâm sàng và chuyển hoá Châu Âu (ESPEN) là: + Năng lượng: 20-30kcal/kg/ngày (Trong giai đoạn cấp (1-3 ngày đầu): <20kcal/kg cân nặng/ngày; Trong giai đoạn mạn/hồi phục: Tăng dần đạt >80% năng lượng đích trong tuần đầu). + Protein: từ 1,2-1,5g/kg cân nặng/ngày (giảm trong trường hợp tổn thương thận cấp chưa lọc máu, suy gan cấp nặng hoặc hôn mê gan)³.

2.3. Xử lý số liệu. Xử lý và làm sạch số liệu bằng phần mềm Excel 2010. Các phép phân tích số liệu được thực hiện bằng phần mềm Stata 14.0

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Bệnh nhân được cung cấp thông tin đầy đủ về lợi ích, rủi ro khi tham gia nghiên cứu và kí cam kết tình nguyện tham gia, trong quá trình nghiên cứu đối tượng có quyền bỏ cuộc nếu không muốn tham gia tiếp.

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức của Viện Nghiên cứu Y học Đinh Tiên Hoàng phê duyệt ngày 15/10/2022, mã số IRB-2205.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Sự thay đổi một số chỉ số

dinh dưỡng trước và sau can thiệp của người bệnh

Chỉ số	Thời điểm	Nhóm can thiệp (n=36) $\bar{X} \pm SD$	Nhóm chứng (n=36) $\bar{X} \pm SD$
Cân nặng (kg)	T0	53,7 \pm 6,2	56,1 \pm 7,1
	T1	51,0 \pm 6,5	52,5 \pm 7,5
	p	0,00^a	0,00^b
Chu vi vòng cánh tay (cm)	T0	20,9 \pm 0,5	20,8 \pm 0,6
	T1	20,4 \pm 0,7	19,7 \pm 1,1
	p	0,00^b	0,01^b
Prealbumin (mg/dl)	T0	17,3 \pm 4,7	17,0 \pm 4,2
	T1	20,2 \pm 5,5	19,3 \pm 4,8
	p	0,00^a	0,00^a
Albumin (g/l)	T0	31,4 \pm 3,4	32,7 \pm 3,0
	T1	32,2 \pm 3,7	32,8 \pm 3,2
	p	0,00^a	0,32^b
Protein toàn phần (g/l)	T0	54,3 \pm 7,0	53,4 \pm 4,8
	T1	55,9 \pm 6,8	54,8 \pm 5,2
	p	0,00^b	0,01^b

^a: Paired-Samples T test; ^b: Wilcoxon test

Cân nặng và chu vi vòng cánh tay của người bệnh ở cả hai nhóm đều giảm sau 10 ngày can thiệp. Chỉ số prealbumin và protein toàn phần có xu hướng tăng sau can thiệp ở cả hai nhóm ($p < 0,01$).

Bảng 3.2. Đặc điểm về năng lượng và protein trong khẩu phần của người bệnh

Đặc điểm	Thời điểm	Nhóm can thiệp (n=36) $\bar{X} \pm SD$	Nhóm chứng (n=36) $\bar{X} \pm SD$
Năng lượng (kcal/kg/ngày)	T0	24,3 \pm 2,3	24,8 \pm 2,6
	T1	27,9 \pm 2,5	27,7 \pm 3,0
Protein (g/kg/ngày)	T0	0,7 \pm 0,2	0,7 \pm 0,2
	T1	1,3 \pm 0,1	1,0 \pm 0,2

Năng lượng trong khẩu phần của cả hai nhóm đều tăng sau thời gian nghiên cứu. Protein trong khẩu phần của nhóm can thiệp tăng cao hơn so với nhóm chứng (tại thời điểm T0 trung bình protein là 0,7 \pm 0,2g/kg/ngày và T1 là 1,3 \pm 0,1g/kg/ngày).

Bảng 3.3. Đặc điểm nuôi dưỡng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Nhóm can thiệp (n=36) $\bar{X} \pm SD$	Nhóm chứng (n=36) $\bar{X} \pm SD$
Số bữa ăn trung bình/ngày (bữa/ngày)		5,6 \pm 1,0	5,1 \pm 1,4
Lượng thức ăn trung bình/bữa (ml)		262,5 \pm 36,6	250,8 \pm 32,9
Đặc điểm		Nhóm can thiệp (n=36) (n,%)	Nhóm chứng (n=36) (n,%)
Đường nuôi dưỡng	Ống thông mũi dạ dày	30 (83,3)	33 (91,7)
	Mở thông hông tràng	6 (16,7)	3 (8,3)
Nguồn thức ăn của người bệnh	Nhóm nghiên cứu cung cấp	36 (100)	0 (0)
	Chế độ ăn BV	0 (0)	17 (47,2)
	Gia đình tự cung cấp	0 (0)	19 (52,8)
Có tình trạng trào ngược qua ống thông		4 (11,1)	5 (13,9)
Có tình trạng tiêu chảy		5 (13,9)	7 (19,4)

Người bệnh chủ yếu được nuôi dưỡng qua ống thông mũi dạ dày. Số bữa ăn trung bình của nhóm can thiệp là 5,6 \pm 1,0 bữa/ngày và của nhóm chứng là 5,1 \pm 1,4 bữa/ngày. Tỷ lệ gia đình cung cấp thức ăn cho người bệnh ở nhóm chứng là 52,8%. Tỷ lệ người bệnh có tiêu chảy ở nhóm chứng cao hơn so với nhóm can thiệp (19,4% so với 13,9%).

Bảng 3.4. Các rối loạn có liên quan đến tiêu hoá đánh giá theo tiêu chí thuật ngữ chung cho biến cố bất lợi khi sử dụng công thức peptide

Các triệu chứng	Độ 1 n (%)	Độ 2 n (%)	Độ 3 n (%)
Chướng bụng	3 (8,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
Táo bón	4 (11,1)	2 (5,6)	0 (0,0)
Tiêu chảy	3 (8,3)	2 (5,6)	0 (0,0)

Kém hấp thu	2 (5,6)	0 (0,0)	0 (0,0)
Trào ngược dạ dày thực quản	2 (5,6)	2 (5,6)	0 (0,0)
Xuất huyết tiêu hoá	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

Biến cố bất lợi độ 2 có liên quan đến tiêu hoá khi người bệnh khi sử dụng công thức peptide là táo bón, tiêu chảy và trào ngược dạ dày thực quản với tỷ lệ thấp (5,6%).

IV. BÀN LUẬN

Nuôi dưỡng qua ống thông là một con đường nuôi dưỡng hiệu quả trên người bệnh nặng không thể nuôi dưỡng được bằng đường miệng hoặc người bệnh có rối loạn nuốt, có nguy cơ hít sặc cao. Chỉ định ống thông mũi được sử dụng rộng rãi hơn trên lâm sàng do thao tác đơn giản và thuận tiện. Tuy nhiên những bệnh nhân nuôi

dưỡng qua ống thông thường có rối loạn nhu động ruột, ứ đọng dịch đường tiêu hoá, nguy cơ trào ngược và hít sặc,... dẫn đến hiệu quả nuôi dưỡng qua đường tiêu hoá không đạt yêu cầu. Mặc dù vậy không thể phủ nhận lợi ích của việc nuôi dưỡng qua ống thông đem lại cho người bệnh. Nghiên cứu của Zhang L. đã chỉ ra rằng việc nuôi dưỡng qua ống thông ở người bệnh nặng có thể cải thiện các chỉ số dinh dưỡng như prealbumin, transferrin và albumin huyết thanh, giảm sự xuất hiện các biến chứng và cải thiện điểm Glasgow⁴. Điều này khá tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi khi thấy rằng prealbumin, protein toàn phần có xu hướng tăng sau can thiệp ở cả hai nhóm, tuy nhiên ở nhóm can thiệp có xu hướng tăng cao hơn với chỉ số Prealbumin tăng trung bình ở hai nhóm lần lượt là 2,9mg/dl và 2,4mg/dl, Chỉ số protein toàn phần tăng trung bình ở 2 nhóm lần lượt là 1,7g/l và 1,4g/l. Tuy nhiên, sự khác biệt về albumin trước và sau điều trị chỉ có ý nghĩa thống kê ở nhóm can thiệp với nồng độ tăng trung bình là 0,8g/l.

Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy rằng có sự tăng năng lượng và protein trong khẩu phần ở cả hai nhóm với mức tăng cao hơn ở nhóm can thiệp (từ $0,7 \pm 0,2\text{g/kg/ngày}$ lên $1,3 \pm 0,1\text{g/kg/ngày}$). Sản phẩm thương mại với hàm lượng protein là 5g/100ml, cao hơn so với một số sản phẩm hiện có trên thị trường với công thức tương tự. Hiện nay còn khá nhiều tranh cãi giữa việc sử dụng sản phẩm thương mại có công thức chuẩn so với sử dụng các sản phẩm súp tự nấu từ gạo, thịt, khoai củ do người nhà tự chế biến. Các nghiên cứu cho thấy thức ăn tự nấu có thể không đạt tiêu chuẩn vì có nguy cơ nhiễm vi sinh vật và tính không ổn định về thành phần các chất dinh dưỡng của sản phẩm, ngoài ra còn có thể tồn nhiều thời gian và tồn kém hơn trong quá trình chuẩn bị nguyên liệu⁵. Việc sử dụng súp tự nấu không xác định rõ thành phần dinh dưỡng vẫn chiếm một tỷ lệ khá lớn ở nhóm chúng trong nghiên cứu của chúng tôi (52,8%), do bệnh viện chúng tôi là một bệnh viện nằm ở ngay trung tâm thành phố, bệnh nhân chủ yếu là điều trị theo tuyến bảo hiểm, khoảng cách từ nhà tới viện khá gần, quan niệm của người nhà là tự nấu sẽ đảm bảo hơn mua sẵn. Vì vậy, cần có các chương trình tư vấn dinh dưỡng chuyên sâu hơn nữa để thay đổi kiến thức, thái độ, thực hành của người nhà và người bệnh về việc sử dụng các sản phẩm thương mại hoặc được cung cấp công thức nấu chuẩn để người bệnh nuôi dưỡng qua ống thông được cung cấp đủ năng lượng và các chất dinh dưỡng.

Số bữa ăn trung bình của nhóm can thiệp là $5,6 \pm 1,0$ bữa/ngày và của nhóm chứng là $5,1 \pm 1,4$ bữa/ngày. Số lượng bữa ăn cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thuỳ Linh và cộng sự trên nhóm người bệnh COVID-19 nuôi dưỡng qua ống thông ($4,5 \pm 0,8$ bữa/ngày)⁶. Điều này vẫn đảm bảo theo khuyến nghị khi người bệnh ICU được khuyến cáo chia nhỏ bữa ăn từ 4-6 bữa/ngày.

Các công thức đường ruột có chứa peptide thường được sử dụng để thúc đẩy khả năng dung nạp đường tiêu hoá ở người bệnh nặng nhưng còn thiếu khá nhiều các nghiên cứu so sánh với công thức tiêu chuẩn. Thử nghiệm của Seres D.S. khi sử dụng công thức peptide thấy rằng các biến cố bất lợi ở đường tiêu hoá không có khác biệt giữa các nhóm và số ngày xảy ra biến cố ít hơn đáng kể⁷. Trong nghiên cứu này chúng tôi cũng theo dõi các chỉ số tác dụng không mong muốn của sản phẩm dinh dưỡng ở nhóm can thiệp theo tiêu chuẩn CTCAE 5.0 (độc tính liên quan đến tiêu hoá như tiêu chảy, táo bón, chướng bụng, xuất huyết tiêu hoá, dịch tồn dư nhiều). Có thể thấy tỉ lệ bệnh nhân trong nhóm can thiệp gặp phải các vấn đề liên quan đến tiêu hóa không cao, điều đó góp phần giảm gián đoạn việc cung cấp chế độ ăn cho người bệnh. Vì vậy, các công thức peptide sử dụng cho dinh dưỡng đường ruột cần được phát triển với mục đích điều trị cho những bệnh nhân điều trị tại đơn vị chăm sóc đặc biệt (ICU). Một số hạn chế trong nghiên cứu của chúng tôi là cỡ mẫu nhỏ, còn gặp sai số khi phỏng vấn cũng như theo dõi chế độ ăn của người bệnh.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Can thiệp dinh dưỡng sớm ở người bệnh nuôi dưỡng qua ống thông là cần thiết ở người bệnh điều trị tại các đơn vị hồi sức tích cực. Nghiên cứu này gợi ý về việc sử dụng các công thức có chứa peptide có thể có tác động tích cực đến tình trạng dinh dưỡng của người bệnh.

VI. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn đến ban lãnh đạo cùng các khoa phòng Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn đã giúp đỡ trong quá trình thu thập số liệu. Xin cảm ơn Công ty TNHH Khoa học Dinh dưỡng ORGALIFE đã tài trợ sản phẩm dinh dưỡng cho người bệnh trong nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vergheze PP, Mathai AS, Abraham V, Kaur P.** Assessment of malnutrition and enteral feeding practices in the critically ill: A single-centre

- observational study. Indian J Anaesth. 2018;62(1):29-35. doi:10.4103/ija.IJA_513_17
2. **Nguyễn TT, Nguyễn TTH, Trương VD, Nguyễn ĐP.** Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân nặng tại Khoa hồi sức truyền nhiễm Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Tạp chí Khoa học Điều dưỡng. 2018;1(4):14-20. Accessed June 13, 2022. <https://jns.vn/index.php/journal/article/view/115>
 3. **Singer P, Blaser AR, Berger MM, et al.** ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. Clinical Nutrition. 2019;38(1):48-79. doi:10.1016/j.clnu.2018.08.037
 4. **Zhang L, Zhu X, He Y, Zhang G.** Study on the value of nasogastric tube nutrition nursing in critical patients with indwelling nasogastric tube. Am J Transl Res. 2021;13(8):9694-9700. Accessed May 29, 2023. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8430057/>
 5. **Vieira MMC, Santos VFN, Bottoni A, Morais TB.** Nutritional and microbiological quality of commercial and homemade blenderized whole food enteral diets for home-based enteral nutritional therapy in adults. Clin Nutr. 2018; 37(1):177-181. doi:10.1016/j.clnu.2016.11.020
 6. **Nguyễn Thùy Linh, Hoàng Thị Hằng, Ma Ngọc Yến, et al.** Tình trạng dinh dưỡng và đặc điểm nuôi dưỡng qua ống thông dạ dày ở người bệnh hồi sức tích cực tại Bệnh viện Điều trị người bệnh COVID-19. TCNCYH. 2022;157(9):44-54. doi:10.52852/tcncyh.v157i9.969
 7. **Seres DS, Ippolito PR.** Pilot study evaluating the efficacy, tolerance and safety of a peptide-based enteral formula versus a high protein enteral formula in multiple ICU settings (medical, surgical, cardiothoracic). Clin Nutr. 2017; 36(3):706-709. doi:10.1016/j.clnu.2016.04.016

MỐI LIÊN QUAN GIỮA KHÁNG THỂ KHÁNG U1-RNP VÀ TỔN THƯƠNG MỘT SỐ CƠ QUAN TRONG BỆNH LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG

Vũ Xuân Hương¹, Lê Hữu Doanh^{1,2}, Hoàng Thị Phụng²,
Đỗ Thị Thu Hiền^{1,2}, Vũ Huy Lượng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: đánh giá mối liên quan giữa kháng thể kháng U1-RNP và tổn thương một số cơ quan trong bệnh lupus ban đỏ hệ thống. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, cắt ngang trên 48 bệnh nhân được chẩn đoán xác định bệnh lupus ban đỏ hệ thống theo tiêu chuẩn của hiệp hội các nhà lâm sàng thế giới về Lupus năm 2012 (SLICC 2012) tại bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 9/2021 đến tháng 9/2022 và được làm xét nghiệm phát hiện kháng thể kháng U1-RNP trong máu bằng bộ xét nghiệm ANA 23 profile. **Kết quả:** Trong 48 bệnh nhân tham gia nghiên cứu của chúng tôi có tới 97.9% bệnh nhân là nữ giới. Tuổi khởi phát bệnh trung bình là 31.6 ± 14.3 tuổi. Tỷ lệ dương tính với kháng thể kháng U1-RNP là 39.6% và chủ yếu dương tính mức độ mạnh 3+ (47.4%). Tỷ lệ bệnh phổi kẽ phát hiện bằng chụp cắt lớp vi tính độ phân giải cao là 39.5%, trong đó nhóm dương tính anti U1-RNP cao hơn nhóm âm tính ($p=0.028$). Tỷ lệ tăng men cơ (CK > 190 U/l) là 47.9%, trong đó nhóm dương tính (68.4%) cũng cao hơn nhóm âm tính (34.5%) ($p=0.038$). Tỷ lệ xuất hiện biểu hiện Raynaud ở nhóm dương tính anti U1-RNP (63.2%) cao hơn nhóm âm tính (17.2%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với

$p=0.001$. **Kết luận:** Bệnh nhân mắc bệnh lupus ban đỏ hệ thống dương tính với anti U1-RNP có nguy cơ xuất hiện tổn thương phổi, tổn thương cơ và mạch máu ngoại vi cao hơn nhóm âm tính.

Từ khóa: Lupus ban đỏ hệ thống, anti U1-RNP, tổn thương phổi, tổn thương cơ, tổn thương mạch máu ngoại vi

SUMMARY

THE ASSOCIATION BETWEEN ANTI-U1-RNP ANTIBODY AND MULTIORGAN DAMAGE IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Objective: To evaluate the association between anti U1-RNP antibody and some organ's damage in systemic lupus erythematosus. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 48 systemic lupus erythematosus patients diagnosed according to the criteria of the Systemic Lupus. International Collaborating Clinics 2012 (SLICC 2012) at the National Hospital of Dermatology and Venereology from September 2021 to September 2022 and was tested to detect anti-U1-RNP antibodies in the blood using the ANA 23 profile test kit. **Result:** Among 48 patients participating in our study, up to 97.9% female patients. The mean age of onset was 31.6 ± 14.3 years old. The positive rate of anti U1-RNP antibody was 39.6% and mainly positive at strong level 3+ (47.4%). The rate of interstitial lung disease detected by high-resolution computed tomography was 39.5%, in which the anti-U1-RNP positive group was higher than the negative group ($p=0.028$). The rate of increase in muscle enzymes (CK > 190 U/l) was 47.9%, in which the positive anti U1-RNP group (68.4%) was higher than

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Da liễu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Xuân Hương

Email: vuxuanhuong45@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.7.2023

Ngày duyệt bài: 8.8.2023