

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ THỰC TRẠNG NUÔI DƯỠNG NGƯỜI BỆNH TẠI KHOA HỒI SỨC CẤP CỨU BỆNH VIỆN ĐA KHOA SƠN TÂY

Phùng Thị Hậu¹, Nguyễn Quang Dũng¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang được tiến hành trên 60 người bệnh điều trị tại khoa hồi sức cấp cứu – bệnh viện đa khoa Sơn Tây năm 2022 với mục tiêu mô tả tình trạng dinh dưỡng và thực trạng nuôi dưỡng người bệnh. Sử dụng điểm Nutric hiệu chỉnh, NRS 2002, chỉ số khối cơ thể BMI và các chỉ tiêu cận lâm sàng để đánh giá nguy cơ suy dinh dưỡng. Kết quả cho thấy tỷ lệ nguy cơ dinh dưỡng theo thang điểm NRS 2002 là 88,4%; theo BMI có 33,3% người bệnh suy dinh dưỡng và 6,7% thừa cân; theo điểm Nutric hiệu chỉnh thì tỷ lệ nguy cơ suy dinh dưỡng cao là 26,7%. Người bệnh được nuôi dưỡng chủ yếu kết hợp giữa ăn qua ống thông và truyền tĩnh mạch chiếm 38,3%. Tỷ lệ người bệnh được nuôi ăn đường tiêu hóa trong vòng 48 giờ đầu sau nhập viện chiếm 71,7%. Người bệnh điều trị tại khoa ICU có nguy cơ suy dinh dưỡng cao, vì vậy cần sàng lọc, đánh giá và can thiệp dinh dưỡng kịp thời. **Từ khóa:** tình trạng dinh dưỡng, hồi sức cấp cứu, bệnh viện đa khoa Sơn Tây

SUMMARY

NUTRITIONAL STATUS AND FEEDING PRACTICE FOR PATIENTS AT THE EMERGENCY DEPARTMENT, SON TAY GENERAL HOSPITAL

A cross-sectional study was conducted on 60 patients treated at the emergency department - Son Tay general hospital in 2022 with the aim of describing the nutritional status and feeding practice of patients. Using adjusted Nutric score, NRS-2002, BMI and subclinical indicators to evaluate the risk of malnutrition. The results show that the prevalence of malnutrition risk according to the NRS-2002 scale was 88.4%; According to BMI, 33.3% of patients was malnourished and 6.7% were overweight and obese; According to the adjusted Nutric score, the prevalence of malnutrition risk was 26.7%. Patients were fed mainly with a combination of tube feeding and intravenous infusion, accounting for 38.3%. The prevalence of patients receiving enteral nutrition within the first 48 hours after admission was 71.7%. Patients treated at the emergency department are at high risk of malnutrition, so timely screening, assessment and nutritional intervention are needed.

Keywords: nutritional status, emergency resuscitation, Son Tay general hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy dinh dưỡng (SDD) ảnh hưởng tới tình

trạng bệnh, tăng nguy cơ nhiễm khuẩn, tăng thời gian nằm viện, tăng tỉ lệ tái nhập khoa hồi sức tích cực (ICU), làm tăng nguy cơ tử vong. Do đó, đánh giá tình trạng dinh dưỡng (TTDD) người bệnh tại các khoa hồi sức tích cực giúp cho việc đánh giá diễn biến điều trị, tiên lượng bệnh cũng như đưa ra kế hoạch can thiệp dinh dưỡng kịp thời. Tại Việt Nam, các nghiên cứu về dinh dưỡng lâm sàng và đặc biệt dinh dưỡng trên đối tượng người bệnh nặng nằm điều trị hồi sức tích cực còn rất hạn chế, trong đó tại khoa Hồi sức truyền nhiễm Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 theo SGA tỉ lệ SDD là 35,7%, BMI là 16,7%, theo albumin máu là 73,8%¹. Năm 2018, một nghiên cứu tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Lão khoa Trung Ương cho thấy tỉ lệ người bệnh SDD có thở máy có nguy cơ SDD theo Nutric Score cao gấp 6,2 lần người bệnh không có thở máy².

Bệnh viện đa khoa Sơn Tây là bệnh viện hạng II trực thuộc Sở Y tế Hà Nội. Khoa hồi sức cấp cứu bệnh viện đa khoa Sơn Tây hàng ngày có trung bình 20-25 người bệnh điều trị. Bệnh viện đã có khoa dinh dưỡng, tuy nhiên nhân viên y tế chưa thực sự quan tâm đánh giá TTDD để phát hiện sớm nguy cơ SDD của người bệnh ngay từ những ngày đầu nhập viện. Với mong muốn có một sự mô tả chính xác TTDD của người bệnh nằm điều trị tại khoa hồi sức cấp cứu, góp phần cải thiện TTDD, nâng cao hiệu quả điều trị cho người bệnh, nghiên cứu này được tiến hành nhằm đánh giá TTDD và mô tả thực trạng nuôi dưỡng người bệnh tại khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh trên 18 tuổi nằm điều trị tại khoa hồi sức cấp cứu ít nhất 7 ngày, không bị phù. Người bệnh hoặc người nhà bệnh nhân hợp tác và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Tháng 7/2022 tới tháng 7 năm 2023, khoa Hồi sức cấp cứu- Bệnh viện đa khoa Sơn Tây

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện: chọn tất cả người bệnh nằm điều trị tại khoa Hồi sức cấp cứu bệnh viện đa khoa Sơn Tây phù hợp với tiêu chuẩn lựa

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Dũng

Email: nguyenguangdung@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 8.11.2023

Ngày duyệt bài: 20.11.2023

chọn của nghiên cứu trong thời gian thu thập số liệu, tối thiểu thu thập 60 đối tượng.

2.3. Kỹ thuật và công cụ thu thập thông tin

Phương pháp nhân trắc: Các chỉ số nhân trắc bao gồm cân nặng, chiều cao hoặc vòng cánh tay, chiều cao đầu gối

- **Cân nặng:** Đo trọng lượng cơ thể cho người bệnh bằng cân thước đo cơ học tz-120d horsehead brand độ chính xác 0,1kg, số đo cân nặng được tính bằng kg và một số lẻ.

- **Chiều cao:** Nếu người bệnh đứng được, tiến hành đo chiều cao đứng. Đo chiều cao đầu gối với người bệnh không đứng được, sau đó hiệu chỉnh từ chiều cao đầu gối sang chiều cao đứng theo công thức³: Chiều cao nam (cm) = $85,1 + [1,73 \times \text{cao đầu gối (cm)}] - (0,11 \times \text{tuổi})$; Chiều cao nữ (cm) = $91,45 + [1,53 \times \text{cao đầu gối (cm)}] - (0,16 \times \text{tuổi})$. Chiều cao được tính bằng cm với một số lẻ.

- **Chỉ số khối cơ thể (BMI):** Tính theo công thức: cân nặng (kg) chia cho bình phương chiều cao (tính bằng m). Với những người bệnh không cân được cân nặng, sử dụng đo vòng cánh tay (MUAC) để quy đổi sang chỉ số BMI theo công thức⁴: $BMI = 0,873 \times MUAC - 0,042$. Từ đó tính ra cân nặng ước tính = BMI ước tính x (chiều cao)²

Phương pháp NRS 2002 bao gồm: phần hỏi cân nặng sụt giảm trong một, hai, ba tháng gần đây, BMI, khẩu phần ăn trong tuần vừa qua, bệnh lý hiện mắc và mức độ nặng của bệnh. Phân loại: Điểm NRS ≥ 3 : Người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng. Điểm < 3 : người bệnh cần được đánh giá dinh dưỡng mỗi tuần.

Đánh giá dinh dưỡng bằng NUTRIC Score bao gồm: Đánh giá nguy cơ suy dinh dưỡng dựa trên điểm Nutric hiệu chỉnh (Modified Nutric Score- MNS) là tổng điểm của các 5 thông số, bao gồm tuổi người bệnh, điểm APACHE II, điểm suy tạng SOFA, số bệnh đồng mắc, số ngày nằm viện trước khi nhập khoa ICU. Điểm ứng với độ tuổi người bệnh: < 50 tuổi: 0 điểm, $50 - 75$ tuổi: 1 điểm, ≥ 75 tuổi: 2 điểm. Điểm APACHE II: < 15 : 0 điểm; $15 - 20$: 1 điểm, $20 - 28$: 2 điểm, ≥ 28 : 3 điểm. Điểm suy tạng SOFA: < 6 : 0 điểm, $6-10$: 1 điểm, ≥ 10 : 2 điểm. Số bệnh đồng mắc: 0-1 bệnh: 0 điểm, ≥ 2 bệnh: 1 điểm. Số ngày nằm viện trước khi nhập ICU: < 1 ngày: 0 điểm, ≥ 1 ngày: 1 điểm. Tổng điểm MNS < 4 điểm: nguy cơ suy dinh dưỡng thấp; ≥ 5 điểm: nguy cơ suy dinh dưỡng cao.

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng chỉ số albumin huyết thanh: albumin huyết thanh từ 28-35 g/L: SDD mức nhẹ, từ 21-28 g/L:

SDD mức vừa, < 21 g/L: SDD mức nặng.

Thực trạng nuôi dưỡng: khai thác khẩu phần 24h, dịch truyền theo y lệnh trong hồ sơ bệnh án.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu sau khi được thu thập sẽ được làm sạch, nhập vào máy tính bằng phần mềm epidata 3.1, phân tích bằng phần mềm STATA 12.0.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành khi đề cương được hội đồng khoa học, đạo đức của trường đại học y Hà Nội thông qua, được sự đồng ý cho phép tiến hành của lãnh đạo Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây. Đối tượng nghiên cứu và người nhà được giải thích rõ về mục đích, nội dung thực hiện và đồng ý tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Biến số	Giá trị (n= 60)
Tỷ lệ nam/nữ (%)	73,3/26,7
Tuổi (năm)	63,9 ± 17,9
Phân bố tuổi	
<50 tuổi	23,3
Từ 50 tuổi – 74 tuổi	43,3
≥ 75 tuổi	33,4
Số bệnh đồng mắc	2,4 ± 0,8
Tỉ lệ thở máy (%)	45
Điểm APACHE II	11 ± 5,4
Điểm SOFA	4,2 ± 2,5

Tổng số có 60 người bệnh, tỷ lệ nam:nữ là 73,3%:26,7%. Tuổi trung bình là $63,9 \pm 17,9$ (năm); tuổi thấp nhất là 28 tuổi và cao nhất là 92 tuổi. Tỷ lệ người bệnh từ 50-74 tuổi là 43,3%. Số bệnh đồng mắc là $2,4 \pm 0,8$ bệnh. Tỷ lệ thở máy là 45%. Điểm APACHE II trung bình là $11 \pm 5,4$; Điểm SOFA trung bình là $4,2 \pm 2,5$.

Bảng 2. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh khi nhập viện

Công cụ đánh giá	Ngưỡng đánh giá	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
BMI	BMI < 18,5	20	33,3
	BMI từ 18,5 đến < 25	36	60
	BMI ≥ 25 đến < 30	4	6,7
NRS-2002	Không có nguy cơ	53	11,6
	Có nguy cơ	7	88,4
Điểm Nutric hiệu chỉnh	Nguy cơ dinh dưỡng cao	16	26,7
	Nguy cơ dinh dưỡng thấp	44	73,3
Albumin	Không SDD	13	21,7
	SDD nhẹ	13	21,7
	SDD vừa	4	6,7

	SDD nặng	2	3,3
	Không làm xét nghiệm	28	46,6

Bảng 2 cho thấy vào thời điểm nhập viện tại khoa ICU có 33,3% người bệnh bị thiếu năng lượng trường diễn (BMI < 18,5), người bệnh có TTDD bình thường (BMI từ 18,5 đến < 25) chiếm đa số 60%, người bệnh thừa cân (BMI ≥ 25 đến < 30) chiếm tỷ lệ 6,7%. Theo thang điểm NRS 2002, tỷ lệ người bệnh có nguy cơ SDD chiếm tỷ lệ là 88,4%; người bệnh không có nguy cơ dinh dưỡng chiếm 11,6%. Theo điểm Nutric hiệu chỉnh, người bệnh có nguy cơ dinh dưỡng cao (điểm NUTRIC ≥ 5) chiếm 26,7%, còn lại người bệnh có nguy cơ dinh dưỡng thấp (điểm NUTRIC < 5) chiếm 73,3%. Phân loại TTDD người bệnh theo chỉ số Albumin huyết thanh cho thấy tỷ lệ người bệnh không SDD và SDD nhẹ chiếm tỷ lệ bằng nhau là 21,7%; tỷ lệ người bệnh SDD vừa và nặng lần lượt chiếm 6,7% và 3,3%. Có 46,6% người bệnh không được làm xét nghiệm albumin huyết thanh trong quá trình điều trị.

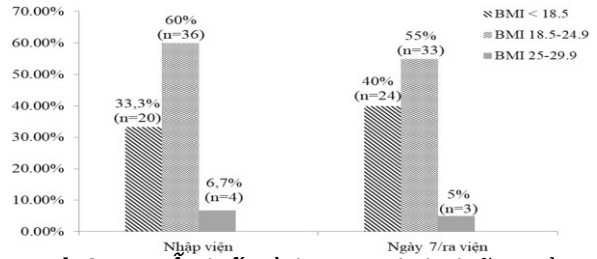
Bảng 3. Cân nặng, BMI, nồng độ albumin huyết thanh trung bình của đối tượng nghiên cứu

	Nam (n=44)	Nữ (n=16)
Cân nặng (kg)		
Ngày thứ 1	49,6 ± 10,7	44,6 ± 7,5
Ngày thứ 7	48,3 ± 10,7	43,6 ± 7,4
Giá trị p	p = 0,56	p = 0,71
BMI		
Ngày thứ 1	18,9 ± 3,3	20,1 ± 2,8
Ngày thứ 7	18,5 ± 3,3	19,6 ± 2,8
Giá trị p	p = 0,47	p = 1,0
Albumin huyết thanh (g/l)	33,5 ± 8,2	33,8 ± 4,3

Bảng 3 cho thấy, cân nặng trung bình của nam ngày 1 là 49,6 ± 10,7 kg, ngày 7 là 48,3 ± 10,7 kg (p = 0,56); cân nặng trung bình của nữ ngày 1 là 44,6 ± 7,5 kg, và ngày 7 là 43,6 ± 7,4 kg (p = 0,71). BMI trung bình của nam ngày 1 là 18,9 ± 3,3, ngày 7 là 18,5 ± 3,3 (p = 0,47); BMI trung bình của nữ ngày 1 là 20 ± 2, ngày 7 là 19,6 ± 2,8 (p = 1,0). Nồng độ Albumin huyết thanh trung bình của người bệnh nam giới là 33,5 ± 8,2 và nữ giới là 33,8 ± 4,3.

Bảng 5. Giá trị dinh dưỡng khẩu phần ăn trung bình/ngày của người bệnh

Thành phần dinh dưỡng	Ngày 1	Ngày 2	Ngày 3	Ngày 4	Ngày 5	Ngày 6	Ngày 7
NL (Kcal)	562±146,3	629±145,4	758±141,8	786±133,6	776±131,8	854±142,7	863±146,8
Protein (g)	22±8,2	27±9,1	32±8,8	35±8,4	35±8,3	38±8,4	39±8,5
Lipit (g)	16±6,4	18±6,7	23±6,8	24±6,7	24±6,3	27±6,3	27±6,4
Glucid (g)	83±31,1	90±32,2	106±32,6	107±30,4	104±28,7	115±32	117±33,1
Tổng số người được nuôi dưỡng	52	59	60	60	60	60	60



Hình 1. Diễn biến tình trạng dinh dưỡng của người bệnh trong quá trình nằm viện theo BMI

Tỷ lệ người bệnh thiếu năng lượng trường diễn lúc nhập viện là 33,3% và vào ngày 7 lúc ra viện là 40%, tuy nhiên không có khác biệt YNTK (p = 0,7).

Bảng 4. Các đường nuôi dưỡng và thời điểm nuôi dưỡng người bệnh qua đường tiêu hóa

	Đường nuôi dưỡng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đường nuôi dưỡng	Đường miệng	4	6,7
	Nuôi qua ống thông	19	31,6
	Phối hợp nuôi đường miệng và nuôi tĩnh mạch	13	21,7
	Phối hợp nuôi qua ống thông và nuôi tĩnh mạch	23	38,3
	Nuôi tĩnh mạch hoàn toàn	1	1,7
Thời điểm nuôi dưỡng đường tiêu hóa	Trong vòng 48h vào viện	43	71,7
	Sau 48h hoặc không nuôi ăn	17	28,3
Tổng số		60	100

Nhận xét: Trong các đường nuôi ăn người bệnh thì nuôi ăn kết hợp ống thông với tĩnh mạch là phổ biến nhất, chiếm 38,3%. Tỷ lệ người bệnh được nuôi ăn qua ống thông là 31,6%, nuôi ăn đường miệng kết hợp tĩnh mạch là 21,7%. Tỷ lệ người bệnh chỉ ăn đường miệng là 6,7% hoặc chỉ nuôi tĩnh mạch hoàn toàn là 1,7%. Tỷ lệ người bệnh được nuôi ăn đường tiêu hóa trong vòng 48 giờ đầu sau nhập viện chiếm 71,7%; còn lại 28,3% người bệnh được nuôi đường ruột sau 48 giờ hoặc không nuôi ăn được ruột.

Nhận xét: Năng lượng trung bình khẩu phần ở ngày 1 là $562 \pm 146,3$ Kcal, ngày 7 là $863 \pm 146,8$ Kcal. Lượng Protein trung bình khẩu phần ở ngày 1 là $22 \pm 8,2$ g, ngày 7 là $39 \pm 8,5$ g. Lượng Lipid trung bình khẩu phần ở ngày 1 là $16 \pm 6,4$ g, ngày 7 là $27 \pm 6,4$ g. Lượng Glucid trung bình khẩu phần ở ngày 1 là $83 \pm 31,1$ g, ngày 7 là $117 \pm 33,1$ g.

IV. BÀN LUẬN

Tổng số có 60 người bệnh được chọn vào nghiên cứu, tuổi trung bình là $63,9 \pm 17,9$. Độ tuổi người cao tuổi (≥ 75 tuổi) chiếm 33,4% cao hơn so với một số nghiên cứu khác như nghiên cứu của Nguyễn Hữu Hoan⁵ về TTDD của người bệnh khoa ICU Bệnh viện Bạch Mai, lứa tuổi trên 75 tuổi chỉ chiếm 27% và nghiên cứu của Lê Thị Phương Thúy⁶ tại bệnh viện Đống Đa năm 2019 tỉ lệ người bệnh trên 75 tuổi là 27,5%. Tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 73,3% cao hơn nữ chiếm tỷ lệ 26,7%.

Điểm APACHE II trung bình ở nghiên cứu của chúng tôi là $11 \pm 5,4$, điểm SOFA trung bình là $4,2 \pm 2,5$ (kết quả của chúng tôi thấp hơn kết quả nghiên cứu của Lê Thị Phương Thúy và cộng sự⁶, điểm APACHE II trung bình là $18,3 \pm 5,4$, điểm SOFA trung bình là $5,8 \pm 3,1$). Sự khác biệt này do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi và Lê Thị Phương Thúy khác nhau, tuy cùng làm trên đối tượng người bệnh nhập khoa ICU nhưng đối tượng nghiên cứu của chúng tôi bao gồm tất cả người bệnh nằm điều trị ICU còn nghiên cứu ở bệnh viện Đống Đa chỉ bao gồm người bệnh có chỉ định thở máy xâm nhập và không xâm nhập, ở những đối tượng này do tình trạng suy hô hấp nên điểm số SOFA, APACHE II thường cao hơn những đối tượng khác.

Kết quả nghiên cứu chỉ ra tình trạng SDD ở bệnh nhân nặng tại thời điểm nhập viện vào khoa ICU là phổ biến. Tỷ lệ SDD được đánh giá bằng chỉ số BMI cho thấy vào thời điểm nhập viện vào khoa ICU có 33,3% bệnh nhân SDD (chỉ số BMI $< 18,5$), kết quả này cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Hữu Hoan và cộng sự tại bệnh viện Bạch Mai năm 2015 là 18,7%⁵.

Đánh giá TTDD theo NUTRIC score cho người bệnh tại thời điểm ngày đầu tiên nhập khoa ICU cho thấy 26,7% người bệnh có nguy cơ dinh dưỡng cao (điểm NUTRIC ≥ 5); 73,3% người bệnh có nguy cơ dinh dưỡng thấp (điểm NUTRIC < 5). Kết quả đánh giá TTDD bằng Nutric score cũng cho kết quả tương tự với nghiên cứu tại bệnh viện Bạch Mai năm 2015 của Nguyễn Hữu Hoan (27% người bệnh có nguy cơ

dinh dưỡng cao)⁵.

Kết quả nghiên cứu chỉ ra có tới 88,4% người bệnh tại thời điểm ngày đầu tiên nhập khoa ICU có nguy cơ dinh dưỡng (điểm NRS ≥ 3). Tỷ lệ nguy cơ dinh dưỡng theo NRS-2002 cho kết quả tương tự các nghiên cứu của Nguyễn Thị Trang (87% người bệnh có nguy cơ dinh dưỡng)².

Ở nghiên cứu của chúng tôi, quan sát chỉ số albumin huyết thanh để đánh giá TTDD cho kết quả có 21,7% người bệnh không bị SDD và suy dinh dưỡng mức độ nhẹ. Có tới 46,6% người bệnh không được làm xét nghiệm albumin máu trong quá trình điều trị, điều này có thể lý giải do bác sĩ cho rằng xét nghiệm albumin huyết thanh không còn giá trị trong việc đánh giá TTDD bởi nó bị ảnh hưởng của các phản ứng viêm cấp tính, mạn tính, stress, bệnh lý về gan...

Cân nặng trung bình của nam ngày 1 là $49,6 \pm 10,7$ kg, ngày 7 là $48,3 \pm 10,7$ kg ($p = 0,56$); cân nặng trung bình của nữ ngày 1 là $44,6 \pm 7,5$ kg, và ngày 7 là $43,6 \pm 7,4$ kg ($p = 0,71$). BMI trung bình của nam ngày 1 là $18,9 \pm 3,3$, ngày 7 là $18,5 \pm 3,3$ ($p = 0,47$); BMI trung bình của nữ ngày 1 là 20 ± 2 , ngày 7 là $19,6 \pm 2,8$ ($p = 1,0$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với các nghiên cứu của Nguyễn Hữu Hoan⁵ tại bệnh viện Bạch Mai; Lê Thị Thanh Thúy⁶ tại bệnh viện Đống Đa và Nguyễn Thị Trang² tại bệnh viện Lão khoa Trung Ương đều cho thấy sự khác biệt cân nặng trung bình ngày thứ 7 so với cân nặng ngày nhập viện không có ý nghĩa thống kê. Nồng độ Albumin trung bình ngày 1 là $33,6 \pm 7,1$ g/l, kết quả tương tự nghiên cứu của Phùng Nam Lâm năm 2011 với nồng độ trung bình là $32,9 \pm 6,79$ g/l⁷.

Kết quả nghiên cứu cho thấy 71,7% người bệnh được nuôi ăn đường tiêu hóa sớm trong vòng 48h đầu, kết quả cho thấy tỉ lệ này thấp hơn so với 2 nghiên cứu của bệnh viện tuyến trung ương: Nghiên cứu của Nguyễn Hữu Hoan tại khoa ICU bệnh viện Bạch Mai là 88,3%⁶ và nghiên cứu của Nguyễn Thị Trang tại bệnh viện Lão khoa Trung ương là 89,9%⁸. Như vậy việc thực hiện nuôi dưỡng theo hướng dẫn của Hội Hồi sức tích cực Mỹ tại bệnh viện đã khá tốt nhưng vẫn chưa đạt tỉ lệ cao so với các bệnh viện tuyến trung ương.

Trong nghiên cứu này mức năng lượng trung bình cung cấp thấp nhất ở ngày 1 là $562 \pm 146,3$ Kcal; cao nhất ở ngày 7 là $863 \pm 146,8$ Kcal. Lượng Protein trung bình thấp nhất ở ngày 1 là $22 \pm 8,2$ g, cao nhất ở ngày 7 là $39 \pm 8,5$ g. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Trang tại bệnh viện Lão khoa Trung ương với năng lượng trung bình ngày thứ 7 là $1327 \pm 207,8$ và

protein trung bình ngày thứ 5 là $52,8 \pm 24,2^2$.

V. KẾT LUẬN

Người bệnh điều trị tại khoa hồi sức cấp cứu có nguy cơ cao suy dinh dưỡng, và có xu hướng tăng lên theo thời gian điều trị. Người bệnh được nuôi dưỡng chủ yếu qua ống thông dạ dày kết hợp với truyền tĩnh mạch bổ sung. Cần tiến hành can thiệp dinh dưỡng, cung cấp đủ năng lượng khẩu phần, các chất dinh dưỡng kịp thời, nhằm cải thiện tình trạng dinh dưỡng, giảm biến chứng và tử vong cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Thư, Nguyễn Thị Thu Hiền, Trương Việt Dũng, Nguyễn Đình Phú.** 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 Y dược lâm sàng 108, 13(2):140-149.
2. **Nguyễn Thị Trang.** Tình trạng dinh dưỡng và thực trạng nuôi dưỡng người bệnh tại khoa hồi sức tích

3. **Cheng HS, See LC, Shieh YH.** Estimating stature from knee height for adults in Taiwan. Chang Gung Med J. 2001;24(9):547-556.
4. **Benítez Brito N, Suárez Llanos JP, Fuentes Ferrer M, et al.** Relationship between Mid-Upper Arm Circumference and Body Mass Index in Inpatients. PLoS ONE. 2016;11(8).
5. **Nguyễn Hữu Hoan.** Tình trạng dinh dưỡng và thực trạng nuôi dưỡng người bệnh tại khoa hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai năm 2015. Luận Văn Thạc Sĩ Trường Đại Học Hà Nội. 2016.
6. **Lê Thị Phương Thuý, Nguyễn Phương Thảo, Đinh Trọng Hiếu, Phạm Việt Tuấn, Nguyễn Quang Dũng.** Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh thở máy tại Khoa hồi sức tích cực - chống độc, Bệnh viện Đa khoa Đống Đa năm 2019. Tạp Chí Nghiên Cứu Y Học. 2021;146(10):55-63.
7. **Phùng Nam Lâm.** Nghiên cứu hiệu quả của thông khí nhân tạo không xâm nhập trong điều trị suy hô hấp tại Khoa cấp cứu năm 2011. Luận văn trường Đại Học Hà Nội. 2011.

SARCOPENIA VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG

Dương Thị Giang¹, Phạm Hoài Thu^{1,2}

TÓM TẮT

Sarcopenia là tình trạng đặc trưng bởi sự mất dần khối lượng và chức năng cơ, gây ra nhiều bất lợi về sức khỏe, giảm khả năng hoạt động hàng ngày, tăng tỉ lệ nhập viện và tử vong ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm Sarcopenia và nhận xét một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống tại Bệnh viện E và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang trên 36 bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống (SLE – Systemic Lupus erythematosus) điều trị tại Bệnh viện E và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 8 năm 2023. Chẩn đoán Sarcopenia dựa vào tiêu chuẩn của Hiệp hội Sarcopenia Châu Á 2019 (AWGS 2019). **Kết quả:** Tỷ lệ Sarcopenia ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống là 19,44%, trong đó Sarcopenia thể nặng chiếm 5,55 % số bệnh nhân SLE. Tỷ lệ Sarcopenia ở nhóm SLE có mức độ hoạt động bệnh mạnh chiếm tỷ lệ cao nhất 42,9% ($p = 0,026$). Kết quả nghiên cứu cũng ghi nhận tỷ lệ Sarcopenia có liên quan đến các yếu tố như chỉ số BMI, tình trạng dinh dưỡng, mức độ hoạt động thể lực, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. **Kết luận:** Tỷ lệ Sarcopenia ở

bệnh nhân SLE điều trị tại Bệnh viện E và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội là đáng kể, đặc biệt ở những bệnh nhân có mức độ hoạt động bệnh mạnh, thể trạng gầy, có tình trạng suy dinh dưỡng và giảm hoạt động thể lực. Bởi vậy vấn đề sàng lọc sớm và thường quy Sarcopenia trên bệnh nhân SLE là rất cần thiết, sẽ giúp cho việc đạt được hiệu quả điều trị một cách toàn diện. **Từ khóa:** Sarcopenia, lupus ban đỏ hệ thống.

SUMMARY

SARCOPENIA AND SOME RELATED FACTORS IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Patients with systemic lupus erythematosus (SLE) who have Sarcopenia, a disorder which is defined by a progressive loss of muscle mass and strength, are at risk of a wide range of detrimental health issues, including a diminished ability to do daily tasks and an elevated risk of mortality. **Objectives:** To describe the characteristics of Sarcopenia and discuss some related factors in SLE patients at E Hospital and Hanoi Medical University Hospital. **Subjects and methods:** 36 SLE patients with Sarcopenia treated at E Hospital and Hanoi Medical University Hospital from January 2023 to August 2023 underwent a descriptive cross-sectional study. The Asian Working Group on Sarcopenia's 2019 criteria are used to make the diagnosis of sarcopenia. **Results:** Sarcopenia affected 19.44% of SLE patients, of which 5.55% had severe cases. The subgroup with high disease activity had the largest percentage of sarcopenia (42.9%) ($p = 0.026$). The study's findings also revealed a statistically

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hoài Thu

Email: phamhoaitu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 8.11.2023

Ngày duyệt bài: 20.11.2023