

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

Nguyễn Thị Thu¹, Nguyễn Thị Thu Hiền¹, Trương Việt Dũng², Nguyễn Đình Phú¹
¹ Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, ² Trường Đại học Thăng Long

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan trên các bệnh nhân nặng trước và sau một tuần điều trị. **Đối tượng và phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 42 bệnh nhân nặng phải ăn qua sonde tại Khoa Hồi sức Truyền nhiễm Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong thời gian từ 7/2017 đến 10/2017. **Kết quả:** tỷ lệ suy dinh dưỡng lúc nhập viện theo BMI là 16,7%; theo SGA là 35,7%; theo protein máu là 31,0% và theo albumin là 73,8%; có 47,6% bệnh nhân ăn sonde có trào ngược, 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 % bị suy dinh dưỡng theo thang SGA (>11 điểm) sau 1 tuần điều trị tăng từ 35,7% lên 78,6%, OR =2,03; p< 0,05; hàm lượng protein, albumin máu và số lượng hồng cầu, huyết sắc

tố đều giảm rõ rệt: mức giảm tương đối (RRR) từ 6,9% đến 10,3% (p<0,05). Một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng (SDD và giảm một số chỉ số sinh hóa huyết học) phải kể đến hàng đầu là tình trạng trào ngược dạ dày có hoặc không kèm tiêu chảy làm tăng tỷ lệ SDD (OR=5,2; p<0,05), ảnh hưởng đến số hồng cầu và protein huyết tương (OR 1,5 và 1,6; p >0,05). Tỷ lệ người giảm hồng cầu dưới $3 \times 10^{12}/l$: 72,9% ở nhóm có nhiễm trùng so với nhóm không nhiễm trùng là 20% (OR =10,8, p<0,05), xu hướng tăng nguy cơ SDD (OR = 2,3; p >0,05). **Kết luận:** tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân xấu đi trong quá trình điều trị; yếu tố liên quan gồm: tình trạng trào ngược hoặc/và tiêu chảy; tình trạng nhiễm khuẩn trong quá trình điều trị.

Từ khóa: Tình trạng dinh dưỡng trên bệnh nhân nặng

ASSESSMENT OF NUTRITIONAL STATUS AND RELATED FACTORS IN PATIENTS WITH SEVERE INFECTIOUS DISEASES AT THE DEPARTMENT OF INTENSIVE CARE IN 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

ABSTRACT

Objective: Assessment of nutritional status and related factors in severe infection cases feeding with sonde before and after one week of treatment. **Subject and method:** A cross-sectional study was performed on 42 severe patients at the Department

of Infectious disease and Intensive care in 108 Military Central Hospital from 7/2017 to 10/2017. **Results:** according to BMI, the rate of malnutrition at hospital admission was 16.7%; SGA was 35.7%; Protein was 31.0% and Albumin was 73.8%; 47.6% of patients had reflux of the stomach, 14.3% had diarrhea. After 1 week at ICU, the prevalence of malnutrition (by SGA scale) increased from 35.7% to 78.6%, OR =2.03, p<0.05, serum protein, albumin, RBC, Hb were reduced (RRR ranged 6.9% to 10.3%; p <0.05). The influenced status of reflux of

Người chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Thu
 Email: nguyenthithu247@gmail.com
 Ngày phản biện: 26/8/2018
 Ngày duyệt bài: 12/10/2018
 Ngày xuất bản: 22/10/2018

the stomach and / or diarrhea on nutritional status - SGA score (OR = 5.2, $p < 0.05$) and on RBC and serum protein (OR ranged 1.5 – 1.6, $p > 0.05$). Infection status influenced on prevalence of anemia 72.9% compare to 20% in group without infection (OR=10.8, $p < 0.05$). A tendency of increased percentage of malnutrition in infectious cases was

*founded (OR=2.3, $p > 0.05$). **Conclusion:** The nutrition status of severe infectious diseases gets worst during 1 week of treatment at the ICU; the influencing factors accounted for status of reflux of the stomach and /or diarrhea, infection during the stay.*

Keywords: malnutrition in severe patients

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình trạng dinh dưỡng và bệnh tật có mối quan hệ mật thiết tác động qua lại lẫn nhau. Bệnh tật là một trong những nguyên nhân trực tiếp gây suy dinh dưỡng và ngược lại tình trạng suy dinh dưỡng lại làm tăng tỷ lệ mắc bệnh, kéo dài ngày điều trị, tăng tỷ lệ biến chứng và tử vong[3]. Theo nhiều nghiên cứu, bệnh nhân nằm viện có vấn đề về dinh dưỡng bao gồm: nghi ngờ suy dinh dưỡng hoặc suy dinh dưỡng chiếm tỷ lệ từ 20 – 50% [7]. Có nhiều phương pháp để đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân nhập viện nhưng mỗi phương pháp đều có những ưu nhược điểm riêng. Tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 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 các bệnh nhân có suy dinh dưỡng để tiến hành can thiệp nhằm nâng cao hiệu quả điều trị và chất lượng phục vụ bệnh nhân. Tuy nhiên, cho đến nay vẫn chưa có báo cáo cụ thể nào về thực trạng dinh dưỡng và các yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của các bệnh nhân nặng nhập viện và theo dõi tình trạng dinh dưỡng trong quá trình điều trị, đặc biệt là các bệnh nhân nặng phải ăn sonde. Xuất phát từ các vấn đề trên chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: 1) *Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân nặng phải ăn sonde trước và sau một tuần điều trị tại Khoa Hồi sức Truyền nhiễm Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*; 2) *Phân tích một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của đối tượng trên.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Gồm tất cả các bệnh nhân nặng nhập viện vào Khoa Hồi sức Truyền nhiễm Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 7 năm 2017 đến tháng 10 năm 2017. Các bệnh nhân này được nuôi ăn theo chế độ ăn thường quy của Bệnh viện là ăn đường sonde (thức ăn do Bệnh viện chế biến) phối hợp với dịch truyền qua đường tĩnh mạch.

2.2. Phương pháp

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Mục tiêu 1 sử dụng nghiên cứu mô tả cắt ngang, mục tiêu 2 sử dụng thiết kế can thiệp 1 nhóm không đối sánh đánh giá kết quả sau 1 tuần điều trị.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: chọn mẫu thuận tiện, lựa chọn tất cả bệnh nhân nặng phải ăn sonde cho đến hết thời gian nghiên cứu, tổng số 42 bệnh nhân được thu nhận.

2.2.3. Phương tiện, vật liệu nghiên cứu

Hồ sơ bệnh án, các bảng đánh giá tình trạng bệnh nhân; Cân và thước đo chiều cao; Bệnh án nghiên cứu với các dữ liệu lâm sàng, cận lâm sàng.

2.2.4. Nội dung nghiên cứu

Đánh giá TTDD của tất cả các bệnh nhân ăn sonde thông qua các chỉ số nhân trắc như: bảng điểm SGA, BMI; chỉ số xét nghiệm như: protein, albumin, hồng cầu, huyết sắc tố. Phân tích một số yếu tố liên quan đến TTDD chung và với sự thay đổi TTDD của đối tượng nghiên cứu sau 1 tuần.

2.2.5. Các bước tiến hành

- Tiến hành đánh giá các đặc điểm chung, đánh giá TTDD vào thời điểm nhập viện (48 giờ đầu) và sau một tuần nằm viện của tất cả các bệnh nhân ăn sonde.

- Tình chỉ số khối cơ thể (BMI): BMI = Cân nặng (kg)/ Chiều cao (m)² (theo phân loại khuyến cáo của WHO). BMI < 18,5 được tính là SDD.

- Tính điểm SGA dựa trên các số liệu đã thu nhận được, bệnh nhân được xác định SDD khi số điểm SGA > 11 điểm.

- Thu nhận, đánh giá và phân loại các chỉ số các xét nghiệm như: protein, albumin, hồng cầu, huyết sắc tố, pro – calcitonin máu đối chiếu với các giá trị bình thường và bất thường. Người bệnh được đánh giá là SDD khi protein máu < 60 g/l, albumin < 28 g/l, thiếu máu khi hồng cầu < 4,2 x 10¹²/l đối với nam và < 3,8 x 10¹² đối với nữ, hematocrit < 130 g/l, pro-calcitonin tăng khi > 0,05 ng/ml.

Dựa vào số liệu xác định có hay không tình trạng SDD, tính tỷ lệ % và tìm hiểu một

số yếu tố liên quan đến tình trạng SDD với các đặc điểm về tuổi, giới tính, tình trạng bệnh chính lúc vào viện, các bệnh phối hợp...Phân tích mối liên quan với TTDD của các bệnh nhân nặng phải ăn sonde.

2.2.6. Xử lý số liệu: xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Ý nghĩa thống kê được chấp nhận ở mức p < 0,05.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung đối tượng

Đa số đối tượng có tuổi đời lớn 60 tuổi (61,9%) với tuổi trung bình là 66,7 ± 15,3 tuổi. Nam giới chiếm tỷ lệ 66,7%. Bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết chiếm tỷ lệ cao nhất (35,7%) sau đó là nhóm viêm não – màng não (26,2%), viêm phổi (16,7%), các bệnh lý khác (21,4%). Bệnh nhân nặng có bệnh kèm theo chiếm tỷ lệ 78,6%. Trong đó, có 1 bệnh kèm theo là 59,5%, trên 1 bệnh kèm theo là 19,1%. Tăng huyết áp là hay gặp nhất (23,8%), đái tháo đường (11,9%), suy tim và bệnh lý gan mật đều là 9,5%, xuất huyết tiêu hóa 7,1%.

3.2. Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu lúc nhập viện

Bảng 3.1. Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu lúc nhập viện

Biến số		Bình thường		Suy dinh dưỡng	
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Đánh giá theo chỉ số nhân trắc	BMI (kg/m ²)	35*	83,3*	7	16,7
		17,7 ± 0,6 (kg/m ²)			
	21,6 ± 2,7 (kg/m ²)				
	SGA (điểm)	27	64,3	15	35,7
14,3 ± 2,2 (điểm)					
10,9 ± 3,0 (điểm)					
Xét nghiệm máu		Bình thường		Thấp hơn bình thường	
Đánh giá cận lâm sàng	Protein máu (g/l)	29	69,0	13	31,0
		70,2 ± 8,3 (g/l)		54,2 ± 4,5 (g/l)	
		65,2 ± 10,5(g/l)			
	Albumin máu (g/l)	11	26,2	31	73,8
38,2 ± 1,8 (g/l)		28,5 ± 4,2 (g/l)			
31,0 ± 5,6 (g/l)					
* Bao gồm cả các bệnh nhân thừa cân					

Bảng 3.2. Tình trạng nuôi dưỡng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm nuôi dưỡng	Tình trạng nuôi dưỡng			
	Có		Không	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Số bữa ăn trung bình/ ngày	4,48 ± 1,95			
Lượng thức ăn trung bình/ bữa (gam)	213,1 ± 103,0			
Nuôi dưỡng đường tĩnh mạch	42	100	0	0
Tình trạng trào ngược	20	47,6	22	52,4
Tiêu chảy	6	14,3	36	85,7

3.3. Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng sau 1 tuần điều trị và yếu tố liên quan

Bảng 3.3. Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu sau 1 tuần điều trị

Biến số		Tình trạng dinh dưỡng		p	Mức giảm tương đối
		Lúc nhập viện	Sau 1 tuần		
Điểm SGA		10,9 ± 3,0	14,1 ± 3,3	< 0,05	- 29,3%
Xét nghiệm	Protein máu (g/l)	65,2 ± 10,5	60,7 ± 9,0	< 0,05	- 6,9%
	Albumin máu (g/l)	31,0 ± 5,6	28,5 ± 5,0	< 0,05	- 8,0%
	Hồng cầu (T/l)	4,1 ± 0,7	3,7 ± 0,7	< 0,05	- 9,7%
	Huyết sắc tố (g/l)	126,2 ± 18,2	113,2 ± 16,3	< 0,05	- 10,3%
	Canxi (mmol/l)	2,1 ± 0,2	2,1 ± 0,1	> 0,05	0%
Phân loại SDD theo điểm SGA (số lượng, %)	11 < SGA ≤ 16	11 (26,2%)	21 (50,0%)	< 0,05	
	> 16 điểm	4 (9,5%)	12 (28,6%)		
	>11 điểm (SDD)	15 (35,7)	33(78,6%)	OR=2,03; p <0,05	
	≤ 11 điểm	27 (64,3%)	9 (21,4%)		

Bảng 3.4. Liên quan giữa trình trạng trào ngược hoặc/ và tiêu chảy với tình trạng dinh dưỡng sau 1 tuần

		Biến số	Có (SL,%)	Không (SL,%)	OR; p
Điểm SGA sau 1 tuần điều trị	>11 điểm (SDD)		21 (85,7%)	12 (66,7%)	OR=5,2 < 0,05
	<11 điểm (không SDD)		3 (14,3%)	6 (33,3%)	
Xét nghiệm máu sau 1 tuần điều trị	Protein máu (g/l)	Giảm	12 (50,0%)	7 (38,9%)	OR=1,6 > 0,05
		Bình thường	12 (50,0%)	11 (61,1%)	
	Albumin máu (g/l)	Giảm	19 (79,2%)	15 (83,3%)	OR=0,76 > 0,05
		Bình thường	5 (20,8%)	3 (16,7%)	
	Hồng cầu (T/l)	Giảm	17 (70,8%)	11 (61,1%)	OR=1,5 > 0,05
		Bình thường	7 (29,2%)	7 (38,9%)	
Huyết sắc tố (g/l)	Giảm	24 (100%)	16 (88,9%)	> 0,05	
	Bình thường	0	2 (11,1%)		

Bảng 3.5. Liên quan giữa tình trạng nhiễm trùng trên tình trạng dinh dưỡng sau 1 tuần điều trị

		Tình trạng nhiễm trùng		OR; p
		Có (số lượng,%)	Không (số lượng,%)	
Điểm SGA sau 1 tuần điều trị				
>11 điểm (SDD)		23 (85,2%)	10 (71,4%)	OR=2,3 > 0,05
< 11 điểm (Không SDD)		4 (14,8%)	4 (28,6%)	
Xét nghiệm máu sau 1 tuần điều trị				
Protein máu (g/l)	Giảm	19 (51,4%)	2 (40,0%)	OR=1,6 > 0,05
	Bình thường	18 (48,6%)	3 (60,0%)	
Albumin máu (g/l)	Giảm	17 (44,7%)	1 (25,0%)	OR=2,4 > 0,05
	Bình thường	21 (55,3%)	3 (75,0%)	
Hồng cầu (T/l)	Giảm	27 (72,9%)	1 (20,0%)	OR=10,8 < 0,05
	Bình thường	10 (27,1%)	4 (80,0%)	
Huyết sắc tố (g/l)	Giảm	34 (91,9%)	4 (80,0%)	OR=2,8 > 0,05
	Bình thường	3 (8,1%)	1 (20,0%)	

Khi có nhiễm trùng, tỷ lệ SDD sau 1 tuần cao hơn nhóm không có nhiễm trùng (OR=2,3; p>0,05). Liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng nhiễm trùng với số lượng hồng cầu sau điều trị 1 tuần, OR= 10,8; p < 0,05. Tác động lên các chỉ số khác (OR từ 1,6 đến 2,8) nhưng chưa có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

4. BÀN LUẬN

4.1. Tình trạng nuôi dưỡng và dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu lúc nhập viện

Về tình trạng nuôi dưỡng, nghiên cứu này chưa tính mức Calo được cung cấp bởi khẩu phần ăn qua sonde cũng như dịch truyền qua đường tĩnh mạch. Tuy nhiên đây lại là chế độ dinh dưỡng điều trị thường quy của Bệnh viện hiện nay. Nên kết quả đánh giá về tình trạng SDD tăng lên trong quá trình 1 tuần nằm viện (từ 35,7% lên 78,6%) lại cho thấy chế độ dinh dưỡng hiện nay là chưa phù hợp. Nếu nghiên cứu tiếp sau đây phân tích được khẩu phần, việc lý giải tình trạng SDD sẽ thuyết phục hơn. Đây cũng là hạn chế của nghiên cứu này.

Cho đến nay SGA là phương pháp được lựa chọn để đánh giá nhanh TTDD của các bệnh nhân nhập viện [6]. Đây là phương pháp đã được chứng minh có độ nhạy, độ đặc hiệu cao. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này chúng tôi cũng sử dụng một số chỉ số khác để đánh giá TTDD của các bệnh nhân lúc nhập viện như: hàm lượng protein và albumin trong huyết tương cũng như số hồng cầu, Hb. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: tỷ lệ % bệnh nhân bị SDD lúc nhập viện theo BMI là 16,7%; theo SGA là 35,7%; Kết quả xét nghiệm cận lâm sàng, dựa trên tỷ lệ % bệnh nhân bị suy dinh dưỡng đánh giá ở mức thấp hơn cận dưới của giá trị bình thường, với protein máu là 31,0%, và albumin là 73,8%. Trong nghiên

cứu này do số đối tượng giới hạn nên không đi vào đánh giá chi tiết mức độ của TTDD như: nặng, nhẹ hay phân loại SGA-A, SGA-B, SGA-C.

Kết quả cho thấy chưa phát hiện được mối liên quan giữa TTDD theo SGA với độ tuổi và giới tính của các bệnh nhân trong nghiên cứu. Điều này khác với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thùy An (2010) [1], các tác giả nhận thấy rằng các bệnh nhân càng lớn tuổi thì TTDD càng xấu đi. Còn về bệnh lý kèm theo và bệnh lý chính của các bệnh nhân nặng tại khoa Hồi sức truyền nhiễm, mặc dù tỷ lệ bệnh nhân SDD có bệnh lý kèm theo chiếm tỷ lệ cao hơn so với các bệnh nhân không SDD. Tuy nhiên, sự khác biệt là chưa có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$.

4.2. Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu thay đổi sau 1 tuần điều trị:

Sau 1 tuần điều trị, kết quả trong bảng 3.3 nhận thấy: Tỷ lệ % bị suy dinh dưỡng theo thang SGA (>11 điểm) sau 1 tuần điều trị tăng từ 35,7% lên 78,6%, OR =2,0; $p < 0,05$ trùng với điểm SGA trung bình tăng từ 10,9 lên 14,1; hàm lượng protein, albumin máu và số lượng hồng cầu, huyết sắc tố đều giảm rõ rệt: mức giảm tương đối (RRR) từ 6,9% đến 10,3% và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Điều này cho thấy sau 1 tuần điều trị bệnh chính, với các biện pháp chăm sóc nuôi dưỡng thường quy của Bệnh viện nhưng TTDD của bệnh nhân vẫn xấu đi. Hejazi (2016) trên các bệnh nhân bệnh nhân nặng cho thấy hầu hết các chỉ số đánh giá TTDD như: cân nặng, chu vi vòng cánh tay, độ dày lớp mỡ dưới da lúc ra viện đều giảm so với lúc nhập viện. Đối với chỉ số SGA, tỷ lệ % số bệnh nhân có SGA-A giảm đi trong khi tỷ lệ SGA-B và đặc biệt là SGA-C tăng lên (từ 26,4% lên 39,1% với SGA-B và từ 2,4% lên 19,5% với SGA-C), $p < 0,01$, tức là tỷ lệ các bệnh nhân nặng nằm tại ICU bị SDD tăng

từ 28,8% lúc nhập viện lên đến 58,6% lúc ra viện [4]. Trong khi Hosseini báo cáo về tỷ lệ SDD lúc ra viện là 12,3% so sánh với 6,3% lúc nhập viện. Các chỉ số về cận lâm sàng cũng giảm đi nhưng chưa có ý nghĩa thống kê. Như vậy, tình trạng tăng tỷ lệ SDD cũng như giảm các chỉ số sinh hóa, huyết học trong số đối tượng của chúng tôi là nặng nề hơn nhiều. Có thể do thời gian theo dõi còn ngắn chỉ 1 tuần, chưa hồi phục để ra viện và cũng có thể chế độ dinh dưỡng chưa cung cấp đủ năng lượng: trung bình 213g thức ăn lỏng và lượng dịch glucose rất hạn chế. Với lượng ăn qua sonde như hiện nay cần nghiên cứu bổ sung dịch truyền có năng lượng cao trong nghiên cứu can thiệp sau nghiên cứu này.

4.3. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của đối tượng.

Kết quả trong bảng 3.2 cho thấy trong quá trình điều trị nếu người bệnh có tiêu chảy hoặc đi kèm với tình trạng trào ngược (nghiên cứu này tỷ lệ có trào ngược rất cao: 47,6%) đã làm tăng tỷ lệ SDD theo SGA lên rất rõ rệt (OR=5,2; $p < 0,05$), đồng thời cũng ảnh hưởng đến các chỉ số xét nghiệm nhưng chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả của chúng tôi cũng gần với nhận định của Bandlish (2014) cho thấy có liên quan giữa SGA (SDD nặng), albumin máu ($< 3,5$ mg/dl) và transferrin máu (< 150 mg/dl) với tử vong ($p < 0,001$) và mối liên quan này là mạnh nhất với tình trạng SDD nặng theo SGA (OR: 12,5) khi so sánh với hàm lượng Albumin và transferrin (OR tương ứng là 6,95 và 4,37).

Nhiễm trùng vừa là nguyên nhân dẫn đến SDD, vừa là hậu quả của tình trạng kém dinh dưỡng trong quá trình điều trị. Nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.5) nhận thấy sau 1 tuần điều trị, 85,2% số người có nhiễm trùng bị SDD so với tỷ lệ 71,4% ở nhóm không bị nhiễm trùng (OR= 2,3, $p > 0,05$) cho dù sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê nhưng xu hướng là rõ rệt. Về ảnh hưởng

của nhiễm trùng, chúng tôi phát hiện được tình trạng giảm hồng cầu rất rõ rệt ở nhóm có nhiễm trùng (72,9%) so với nhóm không nhiễm trùng (20%) trong 1 tuần điều trị (OR=10,8, $p<0,05$). Tình trạng nhiễm trùng cũng ảnh hưởng trên các chỉ số xét nghiệm sinh hóa, huyết học khác (với OR từ 1,58 đến 2,8; $p>0,05$). Kết quả nghiên cứu này cho thấy các phương pháp điều trị dự phòng cũng như chăm sóc trong điều dưỡng cần chú ý tránh để xảy ra nhiễm trùng, cần cắt đứt vòng xoắn giữa nhiễm trùng và SDD cũng như ảnh hưởng đến các hệ thống sinh hóa huyết học khác.

5. KẾT LUẬN

Trên 42 bệnh nhân nặng phải ăn sonde chúng tôi nhận thấy:

Tuổi trung bình là $66,7 \pm 15,3$ tuổi; bệnh lý chính hay gặp nhất là nhiễm khuẩn huyết (35,7%), viêm não – màng não (26,2%), viêm phổi (16,7%); tỷ lệ SDD lúc nhập viện theo BMI là 16,7%; theo SGA là 35,7%; theo protein máu là 31,0% và theo albumin là 73,8%; có 47,6% bệnh nhân ăn sonde có trào ngược, 14,3% bệnh nhân bị tiêu chảy.

Tỷ lệ % bị suy dinh dưỡng theo thang SGA (>11 điểm) sau 1 tuần điều trị tăng từ 35,7% lên 78,6%, OR =2,0; $p< 0,05$ trùng với điểm SGA trung bình tăng từ 10,9 lên 14,1; hàm lượng protein, albumin máu và số lượng hồng cầu, huyết sắc tố đều giảm rõ rệt: mức giảm tương đối (RRR) từ 6,9% đến 10,3% và có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

Một số yếu tố liên quan đến TTDD (SDD và giảm một số chỉ số sinh hóa huyết học) phải kể đến hàng đầu là tình trạng trào ngược dạ dày có hoặc không kèm tiêu chảy làm tăng tỷ lệ SDD (OR=5,2; $p<0,05$), ảnh hưởng đến số hồng cầu và protein huyết tương (OR 1,5 và 1,6; $p>0,05$).

Tình trạng nhiễm trùng làm tăng tỷ lệ số bệnh nhân giảm số lượng hồng cầu dưới 3T/l là 72,9% so với nhóm không nhiễm trùng là 20% (OR =10,8, $p<0,05$), xu hướng tăng nguy cơ SDD (OR = 2,3; $p>0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thùy An (2010), *Tình trạng dinh dưỡng và biến chứng nhiễm trùng sau phẫu thuật trong bệnh lý gan mật tụy*, Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ điều dưỡng, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
2. Nguyễn Đình Khái, Nguyễn Đình Phú, Hương Nguyễn Thị (2011). Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân mới nhập viện tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Tạp chí Y Dược lâm sàng 108. Số đặc biệt tháng 3(6): 539-545.
3. Lưu Ngân Tâm, Nguyễn Thị Quỳnh Hoa (2010). *Những vấn đề cơ bản trong dinh dưỡng lâm sàng*, Nhà xuất bản y học, Thành phố Hồ Chí Minh.
4. Hejazi N., Mazloom Z., Zand F., et al (2016). *Nutritional Assessment in Critically Ill Patients*. Iran J Med Sci. 41(3): 171-9.
5. Higgins P. A., Daly B. J., Lipson A. R., et al (2006). *Assessing nutritional status in chronically critically ill adult patients*. Am J Crit Care. 15(2): 166-76; quiz 177.
6. Shirodkar M., Mohandas K. M. (2005). *Subjective global assessment: a simple and reliable screening tool for malnutrition among Indians*. Indian J Gastroenterol. 24(6): 246-50
7. Wyszynski D. F., Perman M., Crivelli A. (2003). *Prevalence of hospital malnutrition in Argentina: preliminary results of a population-based study*. Nutrition. 19(2): 115-9.