

BÀI BÁO NGHIÊN CỨU GÓC**Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh tim mạch trước phẫu thuật tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2018**

Trịnh Thị Thanh Bình^{1*}, Nguyễn Thanh Hà², Đỗ Tất Thành¹, Ngô Thị Linh¹, Đặng Đức Huân¹, Thạch Minh Trang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh tim mạch trước phẫu thuật tại khoa phẫu thuật Tim mạch và lồng ngực bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2018. Mô tả một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của người bệnh tim mạch trước phẫu thuật tại khoa phẫu thuật Tim mạch và lồng ngực bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2018.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng phương pháp BMI (Body Mass Index - chỉ số khối cơ thể), SGA (Subjective Global Assessment - phương pháp đánh giá tổng thể chủ quan) và xét nghiệm Albumin và Prealbumin trên 110 người bệnh tim mạch trước phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật Tim mạch và lồng ngực bệnh viện Việt Đức từ tháng 3 đến tháng 7 năm 2018.

Kết quả: Tỷ lệ người bệnh suy dinh dưỡng (SDD) tăng dần theo chỉ số khối cơ thể (BMI) dưới 18,5kg/m² là 20%, SDD theo Albumin, Prealbumin lần lượt là 21,8%; 43,6%; SDD theo phương pháp đánh giá tổng thể chủ quan (SGA) là 45,5%. Người bệnh trong lứa tuổi 18-39 có nguy cơ SDD cao gấp 3,66 lần so với lứa tuổi 40-59 theo phương pháp đánh giá BMI; nam giới có nguy cơ SDD cao gấp 2,54 lần so với nữ giới theo phương pháp đánh giá SGA.

Kết luận và khuyến nghị: Người bệnh tim mạch trước phẫu thuật cần được đánh giá tình trạng dinh dưỡng một cách toàn diện kết hợp giữa các phương pháp nhân trắc, lâm sàng và sinh hóa để đưa ra chỉ định và can thiệp dinh dưỡng cho người bệnh một cách kịp thời và hiệu quả.

Từ khóa: Tình trạng dinh dưỡng, tim mạch, bệnh viện Việt Đức.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tim mạch là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới. Vào năm 2015, khoảng 17,7 triệu người đã chết vì bệnh tim mạch, chiếm 1/3 (31%) tổng số ca tử vong trên thế giới. Vào năm 2030 dự báo sẽ có 23,6 triệu người sẽ chết vì bệnh tim mạch (1). SDD ở người bệnh tim mạch xảy ra phổ biến, không được công nhận và không được điều trị tại các bệnh viện ở các nước phát triển cũng như không phát triển bất chấp sự tiến bộ trong y học (2, 3). Tỷ lệ SDD ở người bệnh tim mạch nằm viện dao động từ 34-70% (4,5,6).

Bệnh nhân được phẫu thuật tim thường dẫn tới phản ứng viêm toàn thân gây ra tổn thương nội tạng. Điều này dẫn đến rối loạn chức năng toàn bộ cơ thể gây ra các biến chứng đe dọa tính mạng của người bệnh (7). SDD có ảnh hưởng đáng kể tới quá trình rối loạn chức năng của toàn bộ cơ thể. Do đó, tình trạng dinh dưỡng kém phổ biến ở bệnh nhân tim mạch có thể ảnh hưởng đến tỷ lệ mắc bệnh và tử vong (3, 8).

Khoa phẫu thuật Tim mạch và lồng ngực bệnh viện Hữu nghị Việt Đức là đơn vị đi đầu trong phẫu thuật tim mạch tại Việt Nam với số ca phẫu



* **Địa chỉ liên hệ:** Trịnh Thị Thanh Bình

Email: thanhbinh79vn@gmail.com

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y tế công cộng

Ngày nhận bài: 03/07/2019

Ngày phản biện: 03/09/2019

Ngày đăng bài: 28/6/2020

thuật tim trung bình 500 ca mỗi năm. Người bệnh tim mạch khi vào nhập viện được điều trị nội khoa trong 1 đến tuần trước khi phẫu thuật. Tuy nhiên người bệnh chỉ được tập trung vào điều trị và chăm sóc lâm sàng mà ít được quan tâm tới vấn đề chăm sóc dinh dưỡng. Một số nghiên cứu đã ghi nhận liệu pháp dinh dưỡng đầy đủ cải thiện kết quả của người bệnh, duy trì chuyển hóa năng lượng, tính toàn vẹn của ruột và cải thiện chức năng tim mạch. Những người bệnh được nuôi dưỡng tốt trước khi trải qua cuộc phẫu thuật có tỷ lệ mắc bệnh và tử vong ít hơn những người SDD (9, 10). Vì vậy, điều quan trọng là bệnh nhân SDD hoặc có nguy cơ bị SDD được xác định ngay sau khi nhập viện để hỗ trợ dinh dưỡng và can thiệp dinh dưỡng kịp thời nhằm cải thiện kết quả điều trị bệnh nhân.

Có nhiều phương pháp xác định tình trạng dinh dưỡng do định nghĩa SDD là một thuật ngữ rộng nhưng không có phương pháp nào là hoàn hảo cả. Mỗi phương pháp đều có những ưu nhược điểm khác nhau và nó bổ sung cho nhau.

Mục đích của nghiên cứu này sử dụng 3 phương pháp BMI, SGA và một số chỉ số sinh hóa nhằm đánh giá tình trạng dinh dưỡng một cách toàn diện cho người bệnh tim mạch trước phẫu thuật, do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu **“Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh tim mạch trước phẫu thuật tại khoa phẫu thuật Tim mạch và lồng ngực bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2018 và yếu tố liên quan”** với mục tiêu: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh tim mạch trước phẫu thuật tại khoa phẫu thuật Tim mạch và lồng ngực bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2018; Mô tả một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của người bệnh tim mạch trước phẫu thuật tại khoa phẫu thuật Tim mạch và lồng ngực bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2018.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại khoa phẫu thuật Tim mạch và lồng ngực bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, thời gian thu thập thông tin từ tháng 3 năm 2018 đến hết tháng 7 năm 2019.

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chí lựa chọn: Người bệnh tim mạch từ 18-65 tuổi nhập viện trong vòng 48h đã được chẩn đoán xác định và điều trị tại khoa phẫu thuật Tim mạch và lồng ngực có khả năng tự nhận thức hành vi và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chí loại trừ: Người bệnh mắc các bệnh phối hợp: bệnh gan, thận, bông nặng, nhiễm khuẩn huyết.

Cỡ mẫu, chọn mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước tính một tỷ lệ trong quần thể

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

Trong đó N: cỡ mẫu cần thiết cho nghiên cứu; là hệ số tin cậy 95% = 1,96 (ngưỡng xác suất $\alpha = 0,05$); d: sai số cho phép, trong nghiên cứu này chúng tôi áp dụng $d = 0,1$; p tỷ lệ ước tính, trong nghiên cứu này chúng tôi chọn $p = 0,5$ chung cho tỷ lệ SDD cả 3 phương pháp để có số mẫu lớn nhất. Áp dụng vào công thức ta thu được $n = 96$, dự tính có 10 người bệnh bỏ cuộc; làm tròn tiếp, số người bệnh cần thu thập là 110 người.

Biến số nghiên cứu

Nhóm biến số về thông tin chung: tuổi, giới, trình độ học vấn, dân tộc, địa chỉ, chẩn đoán bệnh.

Nhóm biến số tình trạng dinh dưỡng của người bệnh: chiều cao, cân nặng thường có, cân nặng hiện tại, BMI, Albumin, Prealbumin, số cân nặng giảm trong thời gian gần đây, thay đổi khẩu phần thức ăn, mức độ triệu chứng tiêu hóa, giảm chức năng vận động, nhu cầu chuyển hóa, tình trạng khám lâm sàng, điểm SGA.

Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

Công cụ nghiên cứu: Công cụ thu thập số liệu là bộ công cụ theo mẫu có sẵn.

Bộ công cụ bao gồm 4 phần: Phần thông tin chung. Phiếu đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng phương pháp nhân trắc học; Phiếu đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng phương pháp SGA (Subjective Global Assessment - phương pháp đánh giá tổng thể chủ quan); Phiếu thu thập các chỉ số xét nghiệm sinh hóa từ hồ sơ bệnh án vào viện của đối tượng nghiên cứu.

Phương pháp thu thập số liệu:

Phòng vấn khai thác thông tin người bệnh theo bộ câu hỏi phần thông tin chung.

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng phương pháp nhân trắc học: đo cân nặng của đối tượng bằng cân do bệnh viện cung cấp với sai số 0,1 kg; sử dụng thước đo chiều cao cho đối tượng cung cấp với độ chính xác 0,1 cm. Người bệnh được khai thác tiền sử dinh dưỡng, khám lâm sàng và đánh giá dinh dưỡng bằng bộ công cụ SGA (Subjective Global Assessment - phương pháp đánh giá tổng thể chủ quan) theo bộ câu hỏi đã được dịch của Viện Dinh dưỡng Trung ương. Các chỉ số xét nghiệm sinh hóa được ghi chép từ hồ sơ bệnh án vào viện của người bệnh.

Người bệnh được đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo BMI dựa trên tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới (WHO): BMI $\geq 25,0$: thừa cân/ béo phì; $18,5 \leq \text{BMI} \leq 24,99$: bình thường; BMI $< 18,5$: thiếu năng lượng trường diễn. Và công cụ đánh giá tổng thể chủ quan: SGA-A: dinh dưỡng tốt; SGA-B: SDD nhẹ hoặc vừa; SGA-C: SDD nghiêm trọng. Phân loại SDD theo giá trị Albumin huyết thanh: Bình thường: albumin: 3,5- 4,8g/dL; SDD vừa: albumin: 3- 3,5 g/dL; SDD nặng: albumin < 3 g/dL. Theo giá trị Prealbumin huyết

thanh: Bình thường: Prealbumin 20- 35mg/dL; SDD vừa: Prealbumin 10-20 mg/dL; SDD nặng: Prealbumin < 10 mg/dL.

Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được làm sạch, sau đó nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và được xử lý bằng phần mềm SPSS 18.0.

Phân tích đơn biến: so sánh các tỷ lệ dùng phép kiểm (chi-square test) hoặc phép kiểm chính xác Fisher (Fisher's exact test). Kết quả đạt được có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Tỷ suất chênh OR được dùng để xác định các yếu tố liên quan tới tình trạng dinh dưỡng với mức ý nghĩa 95%.

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này được triển khai sau khi thông qua hội đồng đạo đức của trường Đại học Y tế công cộng theo quyết định số 11/2018/YTCC-HD3 về việc chấp thuận các vấn đề đạo đức do chủ tịch hội đồng đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học trường Đại học Y tế công cộng ký ngày 29 tháng 1 năm 2018. Nghiên cứu đã xin phép và thông qua ban lãnh đạo Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. Các đối tượng tham gia vào nghiên cứu đã được giải thích rõ ràng về mục đích của nghiên cứu và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Thông tin chung của người bệnh

Trong thời gian thu thập số liệu từ tháng tới hết tháng 7 năm 2018, kết quả chúng tôi thu thập được 110 đối tượng mắc bệnh tim mạch nhập viện để chuẩn bị phẫu thuật có các đặc điểm sau đây:

Bảng 1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu (n = 110)

Đặc điểm	Thông tin chung	Tần số (n)	Tỷ lệ %
Tuổi	18-39	23	20,9
	40-59	55	50,0
	≥ 60	32	29,1
Trung bình: 50,04 ± 12,08			
Giới	Nam	59	53,6
	Nữ	51	46,4
Trình độ học vấn	≤ PTTH	97	88,2
	> PTTH	13	11,8
Dân tộc	Kinh	97	88,2
	Khác	13	11,8
Vùng sinh sống	Nông thôn	71	64,5
	Thành thị	39	35,5
Bệnh	Bệnh van tim	84	76,4
	Bệnh mạch vành	5	4,5
	Tim bẩm sinh	11	10,0
	Phồng động mạch chủ ngực	6	5,5
	Các bệnh tim phối hợp	4	3,6

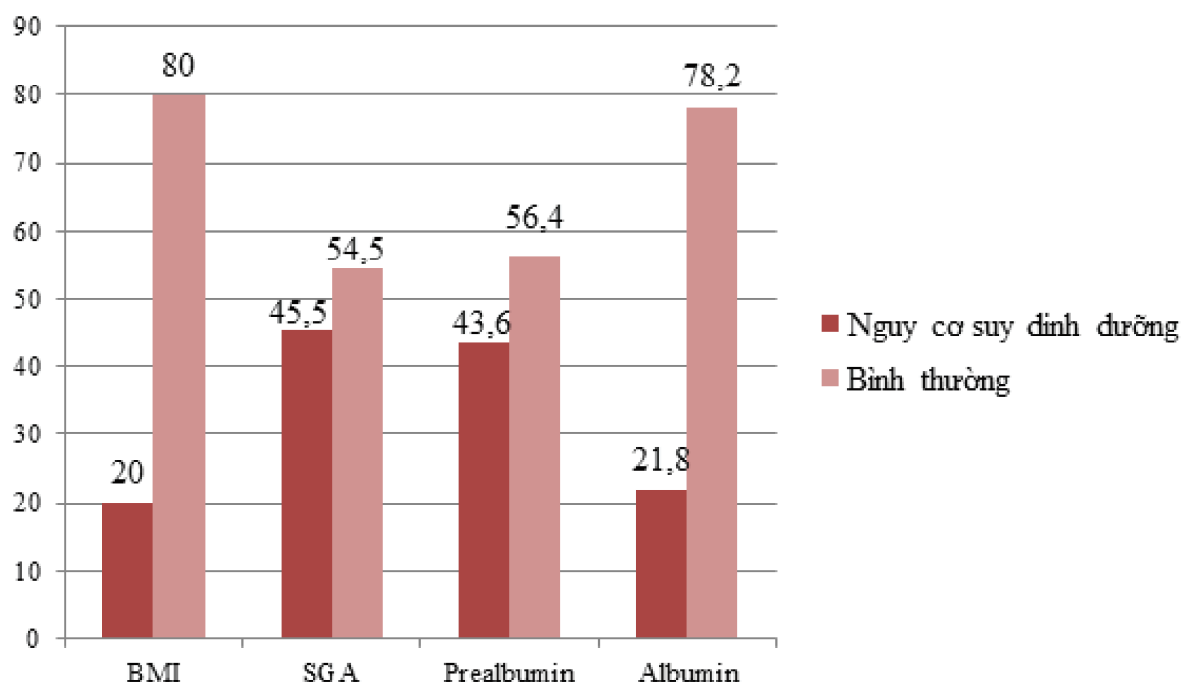
Đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 50,04 (độ lệch chuẩn 12,08). Tỷ lệ nam và nữ là tương đương nhau, có 59 nam chiếm 53,6% và 51 nữ chiếm 46,4%. Đa phần trình độ học vấn của đối tượng là chưa học hết THPT 88,2%. Các đối tượng nghiên cứu chủ yếu là dân tộc Kinh 88,2%. Về khu vực sống, đối tượng nghiên cứu đến từ nông thôn 64,5% nhiều hơn so với khu vực thành thị 35,5%.

Đối tượng nghiên cứu khi vào khoa Phẫu thuật Tim mạch và lồng ngực chủ yếu mắc các bệnh

về van tim chiếm 76,4%, tiếp theo là các bệnh tim bẩm sinh chiếm 10%, phồng động mạch chủ ngực 5,5%, các bệnh khác là các bệnh phối hợp giữa bệnh van-vành hay phồng động mạch chủ -van, tim bẩm sinh-van tim chiếm 3,6%.

Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh

Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh tim mạch được đánh giá bằng các phương pháp theo BMI, SGA và bằng các chỉ số sinh hóa, kết quả cho thấy như sau:



Biểu đồ 1. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh tim mạch (n=110)

Kết quả của biểu đồ 1 cho thấy phương pháp SGA cho tỷ lệ SDD cao nhất 45,5%, phương pháp đánh giá theo chỉ số sinh hóa Prealbumin và Albumin lần lượt là 43,6% và 21,8%. Phương pháp đánh giá theo BMI cho kết quả tỷ lệ SDD thấp nhất 20%.

Mô tả một số yếu tố liên quan tới tình trạng dinh dưỡng của người bệnh

Các phân tích đơn biến được sử dụng để xác định mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng bằng các phương pháp với các yếu tố tuổi, giới tính, chẩn đoán bệnh.

Bảng 2. Mối liên quan giữa BMI với các yếu tố tuổi, giới tính, chẩn đoán bệnh

Yếu tố	Phân loại	BMI < 18,5	BMI ≥ 18,5	OR (95%)	p
Tuổi	18-39	8	15	1	—
	40-59	7	48	3,66 (1,08 – 12,34)	0,025
	≥60	7	25	1,90 (0,56 – 6,47)	0,294
Giới tính	Nam	12	47	1,05 (0,41 – 2,69)	0,924
	Nữ	10	41		
Chẩn đoán bệnh	Bệnh van tim	19	65	1	—
	Bệnh mạch vành	0	5	—	—

Yếu tố	Phân loại	BMI < 18,5	BMI ≥ 18,5	OR (95%)	p
Chẩn đoán bệnh	Tim bẩm sinh	2	9	1,32 (0,26 – 6,68)	0,740
	Phồng động mạch chủ ngực	0	6	–	–
	Các bệnh tim phổi hợp	1	3	0,88 (0,09 – 9,05)	0,912

Kết quả phân tích cho thấy lứa tuổi 18-39 so với lứa tuổi 40-59 là yếu tố có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng SDD theo

BMI, người bệnh trong lứa tuổi 18-39 có nguy cơ SDD cao gấp 3,66 lần so với lứa tuổi 40-59 lần ($p < 0,05$).

Bảng 3. Mối liên quan giữa SGA với các yếu tố tuổi, giới tính, chẩn đoán bệnh

Yếu tố	Phân loại	SGA B	SGA A	OR (95%)	p
Tuổi	18-39	10	13	1	–
	40-59	21	34	1,25 (0,46 – 3,37)	0,665
	≥60	19	13	0,53 (0,17 – 1,60)	0,248
Giới tính	Nam	33	26	2,54	0,018
	Nữ	17	34	(1,14 – 5,65)	
Chẩn đoán bệnh	Bệnh van tim	39	45	1	–
	Bệnh mạch vành	1	4	3,47 (0,37 – 32,33)	0,275
	Tim bẩm sinh	1	10	8,67 (1,06 – 70,76)	0,044
	Phồng động mạch chủ ngực	5	1	0,17 (0,02 – 1,55)	0,117
	Các bệnh tim phổi hợp	4	0	–	–

Từ kết quả của bảng 3 cho thấy giới tính là yếu tố có mối liên quan có ý nghĩa thống kê tới tình trạng SDD theo phương pháp đánh giá SGA.

Nam giới có nguy cơ SDD cao hơn nữ giới gấp 2,54 lần ($p < 0,05$).

Bảng 4. Mối liên quan giữa Albumin với các yếu tố tuổi, giới tính, chẩn đoán bệnh

Yếu tố	Phân loại	Albumin < 35 g/L	Albumin ≥ 35 g/L	OR (95%)	p
Tuổi	18-39	6	17	1	–
	40-59	13	42	1,14 (0,37 – 3,52)	0,819
	≥60	5	27	1,91 (0,49 – 7,40)	0,343
Giới tính	Nam	17	42	2,54	0,057
	Nữ	7	44	(0,94 – 6,90)	
Chẩn đoán bệnh	Bệnh van tim	18	66	1	–
	Bệnh mạch vành	1	4	1,09 (0,11 – 10,51)	0,940
	Tim bẩm sinh	1	10	2,73 (0,32 – 23,24)	0,339
	Phồng động mạch chủ ngực	2	4	0,55 (0,09 – 3,27)	0,500
	Các bệnh tim phổi hợp	2	2	0,27 (0,03 – 2,14)	0,185

Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê của tình trạng dinh dưỡng theo phương pháp đánh

giá chỉ số Albumin với yếu tố tuổi, giới tính, chẩn đoán bệnh.

Bảng 5. Mối liên quan giữa Prealbumin với các yếu tố tuổi, giới tính, chẩn đoán bệnh

Yếu tố	Phân loại	Prealbumin < 20 mg/dL	Prealbumin ≥ 20 mg/dL	OR (95%)	p
Tuổi	18-39	12	11	1	–
	40-59	21	34	1,77 (0,65 – 4,79)	0,257
	≥60	15	17	1,24 (0,42 – 3,66)	0,701
Giới tính	Nam	27	32	1,21	0,630
	Nữ	21	30	(0,56 – 2,58)	
Chẩn đoán bệnh	Bệnh van tim	35	49	1	–
	Bệnh mạch vành	2	3	1,07 (0,17 – 6,75)	0,941
Chẩn đoán bệnh	Tim bẩm sinh	3	8	1,90 (0,47 – 7,69)	0,366
	Phồng động mạch chủ ngực	5	1	0,14 (0,02 – 1,28)	0,082
	Các bệnh tim phổi hợp	1	3	0,88 (0,09 – 9,05)	0,912

Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê của tình trạng dinh dưỡng theo phương pháp đánh giá chỉ số Albumin với yếu tố tuổi, giới tính, chẩn đoán bệnh.

BÀN LUẬN

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng trên bệnh nhân trước phẫu thuật tim tại khoa Tim mạch và lồng ngực bệnh viện Hữu nghị Việt Đức cho thấy tỷ lệ SDD là 45,5 % bằng công cụ SGA, và 20,0 % theo BMI. Tỷ lệ này là khá cao so với các nghiên cứu tại các bệnh viện tuyến dưới. Trong nghiên cứu Phạm Văn Bắc trên bệnh nhân tim mạch tại khoa Nội tim mạch bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh, tỷ lệ SDD đánh giá bằng SGA là 28,1% và 24,5% bằng BMI (11). Cũng trên người bệnh tim mạch, tại một nghiên cứu khác của tác giả Nguyễn Đỗ Huy trên bệnh nhân tim mạch tại bệnh viện Đa khoa Điện Biên, tỷ lệ SDD theo SGA là 29,2% và theo BMI là 15% (12). Nhưng so với kết quả nghiên cứu trên bệnh nhân nhập viện tại bệnh viện tuyến trên là bệnh viện Chợ Rẫy thì kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi là tương đương với tỷ lệ SDD theo BMI và SGA lần lượt là 25% và 43% (13). SDD theo BMI ở tuyến trên và tuyến dưới không có sự cách biệt nhiều (20,0%, 24,5%, 15%, 25%) nhưng tỷ lệ SDD theo SGA giữa tuyến trên và tuyến dưới có sự cách biệt (28,1% và 29,2% với 45,5% và 43%). Tỷ lệ này có thể giải thích do sự thay đổi cân nặng diễn ra trong một thời gian dài trong khi BMI đánh giá tình trạng bệnh nhân tại thời điểm phỏng vấn, thêm vào đó người bệnh tim mạch có thể bị phù tại thời điểm phỏng vấn. Trong khi đó người bệnh tại các tuyến trung ương do đã có thời gian dài nằm tại tuyến dưới có sự thay đổi về cân nặng, khẩu phần ăn uống, triệu chứng chán ăn, cộng thêm tính chất bệnh tuyến trên nặng hơn, giảm chức năng vận động kéo theo tình trạng teo cơ, giảm lớp mỡ dưới da trên lâm sàng do vậy chỉ dựa vào BMI không đánh giá hết được tình trạng dinh dưỡng của người bệnh, nhất là đối với người bệnh nặng. Vì vậy để đánh giá sự thay đổi cân nặng, thay đổi

khẩu phần ăn uống trong thời gian ngắn và các triệu chứng tiêu hóa ảnh hưởng đến thói quen ăn uống đòi hỏi sử dụng công cụ có độ nhạy, độ đặc hiệu cao là SGA (14).

Kết quả từ nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ SDD theo phương pháp phân tích chỉ số Albumin cao hơn nghiên cứu của Luciana de Brito Goncalve và cộng sự năm 2016 trên 72 người bệnh trước phẫu thuật tim (21,8% so với 12,5%) (15). Điều này có thể giải thích do đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi có tình trạng bệnh tim mạch phức tạp hơn. Tỷ lệ SDD theo nồng độ albumin của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Phạm Văn Bắc có 25% người bệnh suy dinh dưỡng theo albumin (11). Phân loại tình trạng dinh dưỡng theo chỉ số sinh hóa Prealbumin trong nghiên cứu cho kết quả tỷ lệ SDD khá cao 43,6%, tỷ lệ SDD vừa và nặng là 17,3 % và 4,5%. Có thể giải thích tỷ lệ SDD bằng phương pháp đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng chỉ số prealbumin cao hơn so với albumin là do thời gian bán thải của prealbumin là ngắn (2-3 ngày) so với thời gian của albumin là 20 ngày và tổng lượng cơ thể của nó nhỏ hơn albumin một cách đáng kể (10).

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tình trạng dinh dưỡng của người bệnh theo phương pháp đánh giá BMI có mối liên quan với tuổi, lứa tuổi 18-39 có nguy cơ SDD cao gấp 3,66 lần so với lứa tuổi 40-59 tương tự trong nghiên cứu của Doãn Thị Tường Vi tỷ lệ SDD của người bệnh <45 tuổi cao hơn gấp 3 lần so với người bệnh >45 tuổi (16). Điều này cho thấy tuổi càng trẻ thì nguy cơ SDD theo BMI càng cao.

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo phương pháp SGA cho thấy nam giới có nguy cơ SDD cao gấp 2,54 lần so với nữ giới. Kết quả trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Duyên tỷ lệ SDD ở nam cao hơn ở nữ (17). Điều này có thể giải thích do thói quen ăn uống không điều độ và ít vận động của nam giới có ảnh hưởng tới tình trạng SDD.

Theo các phương pháp đánh giá tình trạng dinh dưỡng khác nhau cho các kết quả khác

nhau, nhưng mỗi phương pháp đều có tính giá trị riêng, kết hợp các phương pháp sẽ cho bức tranh toàn diện về tình trạng dinh dưỡng của người bệnh. Theo khuyến nghị của hội Dinh dưỡng và chuyển hóa Châu Âu, việc đánh giá nguy cơ SDD nặng trước mổ nên dựa vào các tiêu chuẩn: Chỉ số khối cơ thể BMI < 18,5; Sụt cân > 10-15% (trong vòng 6 tháng); SGA mức độ C; chỉ số Albumin huyết thanh < 30g/l (bệnh nhân không có suy gan, suy thận) (18). Do đó đối với người bệnh trước phẫu thuật tim có tình trạng thay đổi các chức năng cơ thể cấp và mạn tính thì việc đánh giá tình trạng dinh dưỡng dinh dưỡng một cách toàn diện và phối hợp giữa các phương pháp là cần thiết. Tỷ lệ SDD ở người bệnh tim mạch là rất cao, do đó cần phải đánh giá, theo dõi tình trạng dinh dưỡng thường quy và có kế hoạch can thiệp sớm trước khi phẫu thuật ở những người bệnh có nguy cơ. Giai đoạn trước phẫu thuật là thời gian đặc biệt hiệu quả để can thiệp dinh dưỡng dựa trên các yếu tố nguy cơ có thể được thay đổi để làm giảm các biến chứng trong và sau phẫu thuật.

Hạn chế nghiên cứu

Nghiên cứu này được thực hiện tại khoa Tim mạch và lồng ngực bệnh viện Hữu nghị Việt Đức nên kết quả nghiên cứu này chỉ đại diện cho người bệnh tim mạch trước mổ một đơn vị.

KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh tim mạch trước phẫu thuật cho thấy tỷ lệ người bệnh SDD khác nhau theo các phương pháp đánh giá khác nhau. Tỷ lệ SDD cao nhất theo phương pháp đánh giá tổng thể chủ quan (SGA- Subjective Global Assessment) là 45,5%, tỷ lệ SDD theo chỉ số sinh hóa Prealbumin và Albumin lần lượt là 43,6 và 21,8%; tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn theo chỉ số khối cơ thể là 20%. Người bệnh trong lứa tuổi 18-39 có nguy cơ SDD cao gấp 3,66 lần so với lứa tuổi 40-59 theo phương pháp đánh giá BMI; nam giới có nguy cơ SDD cao gấp 2,54 lần

so với nữ giới theo phương pháp đánh giá SGA.

Người bệnh tim mạch trước phẫu thuật cần được đánh giá và theo dõi tình trạng dinh dưỡng một cách toàn diện và người bệnh bị SDD nên được chỉ định can thiệp dinh dưỡng trước phẫu thuật nhằm giảm thiểu tình trạng SDD cho các người bệnh này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO | World Heart Day 2017. WHO, <http://www.who.int/cardiovascular_diseases/world-heart-day-2017/en/>, accessed: 26/08/2019.
2. Pathirana A.K., Lokunarangoda N., Ranathunga I. et al. (2014). Prevalence of hospital malnutrition among cardiac patients: results from six nutrition screening tools. SpringerPlus, 3.
3. Stoppe C., Goetzenich A., Whitman G. et al. (2017). Role of nutrition support in adult cardiac surgery: a consensus statement from an International Multidisciplinary Expert Group on Nutrition in Cardiac Surgery. Crit Care, 21.
4. Bonilla-Palomas J.L., Gámez-López A.L., Anguita-Sánchez M.P. et al. (2011). Impact of Malnutrition on Long-Term Mortality in Hospitalized Patients With Heart Failure. Rev Esp Cardiol Engl Ed, 64(9), 752–758.
5. Devoto G., Gallo F., Marchello C. et al. (2006). Prealbumin serum concentrations as a useful tool in the assessment of malnutrition in hospitalized patients. Clin Chem, 52(12), 2281–2285.
6. Narumi T., Arimoto T., Funayama A. et al. (2013). Prognostic importance of objective nutritional indexes in patients with chronic heart failure. J Cardiol, 62(5), 307–313.
7. Stoppe C., Meybohm P., Coburn M. et al. (2016). [Cardioprotection in cardiac surgical patients: Everything good comes from the heart]. Anaesthesist, 65(3), 169–182.
8. Lomivorotov V.V., Efremov S.M., Boboshko V.A. et al. (2013). Evaluation of nutritional screening tools for patients scheduled for cardiac surgery. Nutr Burbank Los Angel Cty Calif, 29(2), 436–442.
9. Chermesh I., Hajos J., Mashiach T. et al. (2014). Malnutrition in cardiac surgery: food for thought. Eur J Prev Cardiol, 21(4), 475–483.
10. Bharadwaj S., Ginoya S., Tandon P. et al. (2016). Malnutrition: laboratory markers vs nutritional assessment. Gastroenterol Rep, 4(4), 272–280.
11. Phạm Văn Bắc (2015), Tình trạng dinh dưỡng

- và khẩu phần ăn của người bệnh tim mạch tại khoa nội tim mạch bệnh viện đa khoa Bắc Ninh năm 2015, Đại học Y Hà Nội.
12. Nguyễn Đỗ Huy (2012). Thực trạng dinh dưỡng của bệnh nhân tại bệnh viện đa khoa tỉnh Điện Biên năm 2012. Tạp chí Y học thực hành, 3–6.
 13. Lưu Ngân Tâm, Nguyễn Thị Quỳnh Hoa (2009). Tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân lúc nhập viện tại bệnh viện Chợ Rẫy. <<http://khaosat.yds.edu.vn/tcyh/index.php?Content=ChiTietBai&idBai=6849>>, accessed: 26/08/2019.
 14. Detsky A.S., McLaughlin J.R., Baker J.P. et al. (1987). What is subjective global assessment of nutritional status?. JPEN J Parenter Enteral Nutr, 11(1), 8–13.
 15. Gonçalves L. de B., de Jesus N.M.T., Gonçalves M. de B. et al. (2016). Preoperative Nutritional Status and Clinical Complications in the Postoperative Period of Cardiac Surgeries. Braz J Cardiovasc Surg, 31(5), 371–380.
 16. Doãn Thị Tường Vi, Nguyễn Đỗ Huy (2013). Thực trạng dinh dưỡng, sự biệt của chỉ số liên quan tới dinh dưỡng của bệnh nhân theo tuổi và giới tính tại bệnh viện 198. DD&TP., 7–15.
 17. Nguyễn Thị Duyên và cộng sự Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân tăng huyết áp điều trị tại khoa nội bệnh viện đa khoa Đông Hưng Thái Bình năm 2015. 72–77.
 18. Weimann A., Braga M., Carli F. et al. (2017). ESPEN guideline: Clinical nutrition in surgery. Clin Nutr Edinb Scotl, 36(3), 623–650.

Nutritional status of preoperative cardiovascular patients at Viet Duc hospital in 2018

**Trịnh Thị Thanh Bình¹, Nguyễn Thanh Hà², Đỗ Tất Thanh¹, Ngô Thị Linh¹, Đặng Đức Huan¹,
Thạch Minh Trang¹**

¹Viet Duc hospital

²Hanoi University of Public Health

Objectives: This study aims to evaluate the nutritional status of preoperative cardiovascular patients at Viet Duc hospital in 2018. Describe some factors related to nutritional status of preoperative cardiovascular patients at Viet Duc hospital in 2018. **Subjects and research methods:** A cross-sectional study was conducted on 110 preoperative cardiovascular patients between March and July 2018. The nutritional status of preoperative cardiovascular patients was evaluated by BMI method (Body Mass Index), SGA (Subjective Global Assessment) and Albumin and Prealbumin test. **Result:** Prevalence of chronic malnutrition by BMI was 20%. The proportion of malnutrition by Albumin and Prealbumin test were 21.8%; 43.6%. By SGA method, the proportion of malnutrition was 45.5%. **Conclusions and recommendation:** The preoperative cardiovascular patients should be evaluated for nutritional status in a comprehensive manner, combining anthropological, clinical and biochemical methods to be provided nutritional indication and appropriate, effective intervention. Patients aged 18-39 at risk of malnutrition, higher than 3.66 times compared with the 40-59 age group according to BMI; men at risk of malnutrition, higher than 2.54 times that of female according to SGA assessment.

Keywords: Nutritional status, cardiology, Viet Duc hospital.