

Sự khác nhau về các chỉ số liên quan tới dinh dưỡng của bệnh nhân dưới 65 tuổi của khoa nội và khoa ngoại tại bệnh viện 198

Nguyễn Đỗ Huy¹, Doãn Thị Tường Vi²

Nghiên cứu có mục tiêu mô tả và so sánh các đặc điểm liên quan tới dinh dưỡng của bệnh nhân mới nhập viện trong vòng 48 giờ đầu ở khoa Nội và khoa Ngoại của bệnh viện 198 - Bộ công an. Thiết kế nghiên cứu tiến cứu từ tháng 2 đến tháng 4 năm 2012 trên 411 cán bộ và chiến sỹ ngành công an là bệnh nhân nhập viện điều trị trong vòng 48 giờ đầu tại Bệnh viện 198 cho thấy: Trừ tỷ lệ chán ăn của bệnh nhân khoa Nội cao hơn so với bệnh nhân khoa Ngoại (18,4% và 1%), các chỉ số liên quan tới dinh dưỡng khác của bệnh nhân khoa Ngoại đều cao hơn so với khoa Nội: Tỷ lệ giảm cân từ 5 đến 10% trong 6 tháng cao hơn gấp 3 lần, tỷ lệ bệnh nhân giảm khẩu phần ăn khi nhập viện cao gần gấp 1,5 lần ($p < 0,01$), tỷ lệ phải nhịn đói cao hơn 10 lần ($p < 0,001$), tỷ lệ bệnh nhân giảm chức năng vận động cao gần gấp đôi và tỷ lệ phải nằm tại giường cao gấp hơn 7 lần.

Từ khóa: Chỉ số liên quan dinh dưỡng, khoa Nội, khoa Ngoại, suy dinh dưỡng.

Differences among malnutrition related indicators of patients under 65 years old at internal medicine and surgical wards in hospital 198

Nguyen Do Huy¹, Doan Thi Tuong Vi²

The purpose of the study was to describe the nutrition related factors of hospitalized patients of Internal medicine ward and Surgical ward in Hospital 198 of Ministry of Public Security. A prospective study was conducted from February to April 2012 in 411 patients hospitalized within first 48 hours in Hospital 198. The findings are as follows: Except the percentage of patients with anorexia in Internal medicine ward was higher than that of patients in Surgical ward (18.4% vs 1%), other malnutrition related indicators among patients in Surgical ward were much higher than that in Internal medicine ward. The percentage of unintentional weight loss within the range of 5 to 10 % was 3 times higher; the percentage of dietary intake change was 1,5 times higher ($p < 0,01$); the percentage of fasting was 10 times higher ($p < 0,001$); the percentage of reduction of functional capacity was 2 times higher; and the percentage of bedridden was 7 times higher.

Key words: malnutrition related indicators, Internal medicine ward, Surgical ward, malnutrition.

Tác giả:

- 1 Viện Dinh dưỡng Quốc gia;
- 2 Bệnh viện 198 - Bộ Công An.

1. Đặt vấn đề

Việc xác định tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân nhập viện là rất cần thiết, đặc biệt là bệnh nhân có nguy cơ cao cần hỗ trợ dinh dưỡng tích cực. Hiện nay, việc đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân trong bệnh viện chưa được coi trọng, nếu có thì chỉ đánh giá tình trạng dinh dưỡng qua các chỉ số nhân trắc (chiều cao, cân nặng và chỉ số BMI). Trong khi công cụ đánh giá tình trạng dinh dưỡng như đánh giá đối tượng toàn diện Subjective Global Assessment (SGA) cho người bệnh từ 16 đến < 65 tuổi được sử dụng rộng rãi trong bệnh viện của các nước trên thế giới thì việc sử dụng các công cụ này còn rất xa lạ với hầu hết các bệnh viện ở nước ta [1], [5].

Hiện nay vấn đề dinh dưỡng trong bệnh viện vẫn chưa được quan tâm đúng mức. Chỉ có một số bệnh viện triển khai các hoạt động dinh dưỡng lâm sàng. Nhiều bệnh nhân khi nhập viện chưa được đánh giá tình trạng dinh dưỡng và chế độ ăn phù hợp chưa được đưa vào thường quy trong công tác điều trị. Thông tin về tình hình dinh dưỡng của bệnh nhân mới nhập viện nói chung và theo từng khoa phòng nói riêng còn rất hạn chế. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu xác định liên quan giữa các chỉ số dinh dưỡng như: thay đổi cân nặng, thay đổi khẩu phần ăn, các triệu chứng dạ dày ruột, thay đổi chức năng vận động, các sang chấn, các dấu hiệu suy dinh dưỡng (SDD)... của người bệnh ở các khoa Nội và khoa Ngoại tại Bệnh viện 198.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Toàn bộ bệnh nhân là cán bộ, chiến sỹ ngành công an từ 18 - 65 tuổi mới nhập viện điều trị nội trú trong 48 giờ đầu tại Bệnh viện 198 từ tháng 2 đến tháng 4 năm 2012 được đưa vào nghiên cứu.

2.3. Cơ mẫu

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

n là số lượng cần điều tra; $Z_2 (1-\alpha/2)$: Độ tin cậy 95% thì $Z = 1,96$

p là tỉ lệ suy dinh dưỡng trong bệnh viện ước tính là lấy $p = 37,0\%$ trong một nghiên cứu trước [1].

d là sai số cho phép là 5%; cỡ mẫu tính được là 398.

2.4. Các phương pháp thu thập số liệu

Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân được đánh giá trong vòng 48 giờ sau khi nhập viện bằng 2 phương pháp: Đánh giá theo BMI và phương pháp SGA áp dụng cho bệnh nhân ≤ 65 tuổi. Thời điểm xác định cho những thay đổi này là trong vòng 6 tháng và 2 tuần trước khi nhập viện.

Phương pháp SGA được xây dựng bởi Detsky và cộng sự năm 1980 và được Hiệp hội dinh dưỡng đường miệng và đường tĩnh mạch của Mỹ (ASPEN) khuyến cáo sử dụng [2], [4]. Để đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng SGA dựa vào cách tính điểm theo các tiêu chí: thay đổi cân nặng (đánh giá từ 0 - 2 điểm), thay đổi khẩu phần ăn (đánh giá từ 0 - 2 điểm), có các triệu chứng dạ dày - ruột kéo dài trên 2 tuần (đánh giá từ 0 - 2 điểm), thay đổi chức năng vận động (đánh giá từ 0 - 2 điểm), các bệnh mắc phải ảnh hưởng đến các stress chuyển hóa (đánh giá từ 0 - 2 điểm), và khám lâm sàng: mất lớp mỡ dưới da, phù, cổ chướng (đánh giá từ 0 - 2 điểm). Các mức độ dinh dưỡng gồm: i) Dinh dưỡng tốt (9 - 12 điểm), ii) Nguy cơ suy dinh dưỡng (4 - 8 điểm) và iii) Suy dinh dưỡng (0 - 3 điểm).

Lưu ý: Sang chấn chuyển hóa do bệnh kèm theo (stress) là các biểu hiện sang chấn do bệnh kèm theo làm tăng nhu cầu dinh dưỡng: stress nhẹ: các bệnh mạn tính..., stress vừa: các bệnh suy tim, có thai, bệnh không ổn định, hóa trị liệu... stress nặng: các bệnh như chấn thương lớn, đại phẫu, suy đa tạng...

2.5. Không chế sai số và xử lý số liệu

Sai số do thu thập số liệu từ phía người thu thập và dụng cụ thu thập được hạn chế bằng tập huấn kỹ lưỡng, sử dụng các dụng cụ thiết bị có mức sai số thấp đã được kiểm tra và chuẩn hóa. Sai số do hồi tưởng, nhớ lại được giới hạn bằng cách hỏi trong khoảng thời gian không quá xa để hạn chế sai số, hỏi theo trình tự thời gian với những mốc nhất định để đối tượng dễ nhớ lại.

Các biến định lượng được kiểm tra phân bố chuẩn trước khi phân tích và sử dụng kiểm định tham số hoặc phi tham số. So sánh các tỷ lệ bằng kiểm định Chi square test hoặc Fisher Exact test. Các phân tích thống kê được thực hiện trên phần mềm SPSS 16.0. Ý nghĩa thống kê được xác định với giá trị $p < 0,05$ theo 2 phía.

Đạo đức nghiên cứu: Trước khi tiến hành nghiên cứu, các cán bộ nghiên cứu sẽ làm việc chi tiết về

nội dung, mục đích nghiên cứu với lãnh đạo bệnh viện, cùng với cán bộ của các khoa lâm sàng, trình bày và giải thích nội dung, mục đích nghiên cứu với người bệnh. Các đối tượng tham gia phỏng vấn một cách tự nguyện, không bắt buộc và có quyền từ bỏ không tham gia nghiên cứu mà không cần bất cứ lý do nào. Với bệnh nhân SDD sẽ được tư vấn dinh dưỡng, tư vấn sức khoẻ. Các thông tin về đối tượng được giữ bí mật và chỉ được sử dụng với mục đích nghiên cứu, đem lại lợi ích cho cộng đồng.

3. Kết quả nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm cân nặng của đối tượng theo khoa lâm sàng

Các biến	Khoa Nội (n = 315)	Khoa Ngoại (n = 96)	Chung (n = 411)	Giá trị p
Giảm cân trong 6 tháng qua, n (%)				
Dưới 5%	298(94,6)	81(84,4)	379(92,2)	0,01
Từ 5-10%	13(4,1)	14(14,6)	27(6,6)	
>10%	4(1,3)	1(1,0)	5(1,2)	
Thay đổi cân trong 2 tuần qua, n (%)				
Tăng cân	5(1,6)	4(4,2)	9(2,2)	0,319
Giảm cân	94(29,8)	28(29,2)	122(29,7)	
Không thay đổi	216(68,6)	64(66,7)	280(68,1)	

Bảng 1 cho thấy bệnh nhân ở các khoa Nội có mức giảm cân từ 5-10% trọng lượng cơ thể trong 6 tháng vừa qua là 4,1%, thấp hơn tỷ lệ này ở bệnh nhân của khoa Ngoại (14,6%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Ngược lại, mức giảm cân trong 2 tuần qua của bệnh nhân của cả khoa Nội và khoa Ngoại đều ở mức 29 đến 30 %, sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 2. Đặc điểm thay đổi khẩu phần theo khoa lâm sàng

Các biến	Khoa Nội (n = 315)	Khoa Ngoại (n = 96)	Chung (n = 411)	Giá trị p
Thay đổi khẩu phần, n (%)				
Không thay đổi	251(79,7)	61(63,5)	312(75,9)	0,01
Thay đổi	64(20,3)	35(36,5)	99(24,1)	
Thay đổi khẩu phần, n (%)				
Cháo đặc	41(13,0)	9(9,4)	50(12,2)	0,001
Dịch, đủ năng lượng	18(5,4)	3(3,1)	21(4,9)	
Dịch, năng lượng thấp	4(1,3)	2(2,1)	6(1,5)	
Nhịn đói	2(0,6)	21(21,9)	23(5,6)	
Không thay đổi	251(79,4)	61(63,5)	311(75,9)	

Bảng 2 cho thấy, chỉ có 20,3% bệnh nhân ở khoa Nội có thay đổi khẩu phần ăn khi mắc bệnh,

trong khi đó tỷ lệ này là 36,5% đối với bệnh nhân của khoa Ngoại, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Trong số bệnh nhân có thay đổi khẩu phần ăn, tỷ lệ bệnh nhân phải nhịn đói của khoa Nội chỉ là 0,6%, trong khi đó tỷ lệ này ở bệnh nhân của khoa Ngoại lên tới 21,9%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3. Triệu chứng dạ dày-ruột, thay đổi chức năng vận động theo khoa lâm sàng

Các biến	Khoa Nội (n = 315)	Khoa Ngoại (n = 96)	Chung (n = 411)	Giá trị p
Triệu chứng dạ dày-ruột, n (%)				
Không có triệu chứng	234(74,3)	88(91,7)	322(78,3)	0,01
Buồn nôn	12(3,8)	2(2,1)	14(3,4)	
Nôn	3(1,0)	2(2,1)	5(1,2)	
Chán ăn	58(18,4)	1(1,0)	59(14,4)	
Tiêu chảy	8(2,5)	3(3,1)	11(2,7)	
Thay đổi các chức năng vận động, n (%)				
Không thay đổi	218(69,2)	43(44,8)	261(63,5)	0,001
Giảm	97(30,8)	53(55,2)	150(36,5)	
Thay đổi chức năng vận động , n (%)				
Đi lại được	137(67,8)	17(25,8)	154(57,5)	0,001
Giảm chức năng 50%	52(25,7)	18(27,3)	70(26,1)	
Nằm tại giường	13(6,4)	31(47,0)	44(16,4)	

Bảng 3 cho thấy chỉ có 74,3% bệnh nhân ở khoa Nội xuất hiện triệu chứng dạ dày-ruột, tỷ lệ này ở bệnh nhân khoa Ngoại là 91,7%. Tỷ lệ chán ăn của bệnh nhân khoa Nội chiếm tới 18,4 %, trong khi đó tỷ lệ chán ăn của các bệnh nhân khoa Ngoại chỉ là 1%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Tỷ lệ bệnh nhân giảm các chức năng vận động của bệnh nhân khoa Nội là 30,8%, tỷ lệ này ở các bệnh nhân khoa Ngoại là 55,2%. Tỷ lệ nằm tại giường của bệnh nhân khoa Nội chỉ là 6,4%, trong khi đó tỷ lệ này ở bệnh nhân của khoa Ngoại lên tới 47,0%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 4 cho thấy có tới 50% bệnh nhân ở khoa Nội có dấu hiệu stress chuyển hóa do bệnh kèm theo ở mức độ nhẹ, trong khi đó ở bệnh nhân khoa Ngoại có tới 43,7% có dấu hiệu stress chuyển hóa do bệnh kèm theo ở mức độ vừa và nặng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Tỷ lệ bệnh nhân có các dấu hiệu thực thể về SDD của bệnh nhân khoa Nội là 15,2%, tỷ lệ này ở các bệnh nhân khoa Ngoại chỉ là 2,1%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 4. Mức độ stress chuyển hóa do bệnh kèm theo và dấu hiệu thực thể về dinh dưỡng theo khoa lâm sàng

Các biến	Khoa Nội (n = 315)	Khoa Ngoại (n = 96)	Chung (n = 411)	Giá trị p
Dấu hiệu stress chuyển hóa do bệnh kèm theo, n (%)				
Không có triệu chứng	82(26,0)	42(43,8)	124(30,2)	0,001
Mức độ nhẹ	159(50,5)	12(12,5)	171(41,6)	
Mức độ vừa	69(21,9)	39(40,6)	108(26,3)	
Mức độ nặng	5(1,6)	3(3,1)	8(1,9)	
Dấu hiệu thực thể về dinh dưỡng, n (%)				
Không có dấu hiệu gì	267(84,8)	94(97,9)	361(87,8)	0,04
Giảm lớp mỡ dưới da	34(10,8)	0(0,0)	34(8,3)	
Phù, giữ nước	2(0,6)	0(0,0)	2(0,5)	
Giảm khối cơ	12(3,8)	2(2,1)	14(3,4)	

4. Bàn luận

Đánh giá SDD của người bệnh theo phương pháp SGA chủ yếu dựa vào các yếu tố: thay đổi cân nặng không mong muốn, thay đổi về khẩu phần ăn, các triệu chứng dạ dày ruột, thay đổi chức năng vận động, các bệnh mắc phải và ảnh hưởng của các sang chấn chuyển hóa, các dấu hiệu SDD (mất lớp mỡ dưới da, phù, cổ chướng) [3], [4].

Kết quả trong nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ giảm cân từ 5 đến 10% trong 6 tháng của bệnh nhân khoa Ngoại cao hơn gấp 3 lần so với tỷ lệ này ở bệnh nhân khoa Nội. Tỷ lệ bệnh nhân giảm khẩu phần ăn khi nhập viện ở nhóm bệnh nhân ở khoa Ngoại cao gần gấp 1,5 lần so với khoa Nội ($p < 0,01$). Nhóm bệnh nhân khoa Ngoại phải nhịn đói là 21,9 %, cao hơn tỷ lệ phải nhịn đói của khoa Nội tới hơn 10 lần (0,6%) ($p < 0,001$). Nhóm bệnh nhân khoa Nội có tỷ lệ chán ăn cao hơn rất nhiều lần so với bệnh nhân khoa Ngoại (18,4% và 1%). Điều này cho thấy nếu không có chế độ can thiệp dinh dưỡng kịp thời đặc biệt các đối tượng chán ăn thì nguy cơ thiếu dinh dưỡng ở bệnh nhân khoa Nội sẽ chỉ còn là vấn đề thời gian. Tỷ lệ bệnh nhân giảm chức năng vận động của khoa Ngoại cao gần gấp 2 lần so với tỷ lệ này ở khoa Nội, đặc biệt là tỷ lệ phải nằm tại giường của khoa Ngoại cao gấp hơn 7 lần so với tỷ lệ này ở khoa Nội ($p < 0,001$). Cần có kế hoạch chăm sóc dinh dưỡng đặc hiệu cho những bệnh nhân có giảm khả năng tự chăm sóc do mắc các bệnh liên quan tới điều trị Ngoại khoa. Tỷ lệ SDD của bệnh nhân khoa Ngoại đều cao hơn 2 lần tỷ lệ này ở bệnh nhân khoa Nội dù đánh giá bằng

BMI hay SGA, như vậy cần đặc biệt lưu ý tới phòng chống SDD cho các bệnh nhân trong bệnh viện, đặc biệt cho các bệnh nhân Ngoại khoa.

Tỷ lệ bệnh nhân giảm cân từ 5% trở lên trong nghiên cứu của chúng tôi là 7,8% (khoa Nội: 5,4% và khoa Ngoại: 14,6%), thấp hơn tỷ lệ này (27,5%) trong nghiên cứu trên bệnh nhân ung thư đang được hóa trị liệu tại Hàn Quốc (2010) [6]. Tỷ lệ bệnh nhân có thay đổi về khẩu phần ăn uống trong thời gian mắc bệnh trong nghiên cứu tại Hàn Quốc (2010) là 33,2% cao hơn tỷ lệ này tại khoa Nội (20,3%), nhưng thấp hơn tỷ lệ này ở khoa Ngoại (36,5%) trong nghiên cứu của chúng tôi [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có xuất hiện sang chấn chuyển hóa do bệnh kèm theo là 68,8% (khoa Nội: 74,0% và khoa Ngoại: 56,2%), cao hơn rất nhiều so với các tỷ lệ này (12,3%) trong nghiên cứu tại Hàn Quốc (2010), có thể do đối tượng bệnh nhân ung thư [6]. Ngược lại, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có xuất hiện triệu chứng SDD trên lâm sàng ở khoa Nội (5,4%) là thấp hơn nhưng tỷ lệ này tại khoa Ngoại (14,6%) nhưng lại cao hơn so với các tỷ lệ này (9,5%) trong nghiên cứu tại Hàn Quốc (2010) [6].

Tóm lại, điều tra trên 411 đối tượng nhập viện trong vòng 48 giờ đầu tại bệnh viện 198 cho thấy: Trừ tỷ lệ chán ăn của bệnh nhân khoa Nội cao hơn so với bệnh nhân khoa Ngoại (18,4% và 1%), các chỉ số liên quan tới dinh dưỡng khác của bệnh nhân khoa Ngoại đều cao hơn so với khoa Nội: Tỷ lệ giảm cân từ 5 đến 10% trong 6 tháng cao hơn gấp 3 lần, tỷ lệ bệnh nhân giảm khẩu phần ăn khi nhập viện cao gần gấp 1,5 lần ($p < 0,01$), tỷ lệ phải nhịn đói cao hơn 10 lần ($p < 0,001$), tỷ lệ bệnh nhân giảm chức năng vận động cao gần gấp 2 lần và tỷ lệ phải nằm tại giường cao gấp hơn 7 lần.

Cần áp dụng các phương pháp đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng phương pháp SGA cho bệnh nhân nhập viện để phát hiện sớm những bệnh nhân có nguy cơ thiếu dinh dưỡng và có biện pháp can thiệp kịp thời.

Lời cảm ơn:

Xin chân thành cảm ơn các bác sỹ, điều dưỡng và kỹ thuật viên của bệnh viện 198 đã tham gia và đóng góp quan trọng cho thành công của nghiên cứu này.

Tài liệu tham khảo

Tiếng Việt

1. Phạm Thu Hương và cộng sự (2006) Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân nhập viện khoa tiêu hóa và nội tiết tại Bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí Dinh Dưỡng và Thực phẩm, số 3+4, trang 85.

Tiếng Anh

2. Jane A.Read et al. (2005) Nutritional Assessment in cancer: Comparing the Mini Nutritional Assessment (MNA) with the Scored Patient - Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA). Nutrition and Cancer, 53(1): 51-56.

3. J Kondrup et al, ESPEN. Guidelines for Nutrition

Screening 2002. Clinical Nutrition(2003)22(4), 415-421.

4. K.W. Loh, M.R. Vriens, et al. Unintentional weight loss is the most important indicator of malnutrition among surgical cancer patients. The Netherland journal of medicine, October 2012, vol.70, No.8,pp.366-369.

5. M.Shirodkar, K.Mohandas (2005) Subjective Global Assessment: a simple and reliable screening tool for malnutrition among Indian. Indian Journal of Gastroenterology, 24: 246-250.

6. Woong Sub Koom, MD1, Seung Do Ahn, et al. Nutritional status of patients treated with radiotherapy as determined by subjective global assessment. Radiat Oncol J 2012;30(3):132-139