

TRƯỜNG HỢP CAN THIỆP DINH DƯỠNG ĐIỀU TRỊ NGƯỜI BỆNH SỐC NHIỄM KHUẨN NẶNG, ĐƯỜNG VÀO TỪ VIÊM PHÚC MẠC DO THÙNG TẠNG RỖNG, TAI BIẾN SAU PHẪU THUẬT HÚT MỠ BỤNG

Bùi Thị Duyên^{1*}, Mai Thị Hồng Lan¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Giới thiệu trường hợp lâm sàng can thiệp dinh dưỡng điều trị hiệu quả bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn nặng, đường vào từ viêm phúc mạc do thủng tạng rỗng, tai biến sau phẫu thuật hút mỡ bụng.

Đối tượng: Bệnh nhân nữ, 36 tuổi, chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn nặng, đường vào từ viêm phúc mạc toàn thể do thủng hồi tràng, đã phẫu thuật cắt đoạn hồi tràng, làm hậu môn nhân tạo, tổn thương đa cơ quan, viêm phổi tiến triển (ARDS) mức độ nặng, tràn khí-máu khoang màng phổi trái đã dẫn lưu, ngưng hô hấp tuần hoàn có hồi phục, sau phẫu thuật hút mỡ bụng, tái tạo thành bụng ngày thứ 3.

Kết quả: Bệnh nhân nhập viện với bệnh cảnh sốc nhiễm khuẩn diễn biến nặng, đe dọa tính mạng; xét nghiệm albumin: 16,4 g/l, ure: 9,2 mmol/l, creatinin: 112,5 μ mol/l, Kali: 2,99 mmol/l, pH máu: 7,277, lactat: 9 mmol/l, bạch cầu: 0,9 K/ μ l, hồng cầu: 3,59 M/ μ l, Hb 10,5 g/dl. Trong 48 giờ đầu, huyết động chưa ổn định, cho bệnh nhân nhịn ăn hoàn toàn. Khi huyết động cải thiện, thực hiện nuôi dưỡng sớm đường tiêu hóa kết hợp tĩnh mạch theo nguyên tắc tăng dần năng lượng, đáp ứng phù hợp diễn biến bệnh. Ngày thứ 5, thực hiện nuôi dưỡng chủ yếu qua đường tĩnh mạch bằng sữa đạm bán thủy phân, năng lượng chuẩn 1 Kcal/ml, nhỏ giọt qua sonde bằng máy Epump tốc độ chậm 20 ml/giờ. Ngày thứ 7, thực hiện nuôi dưỡng đường tiêu hóa kết hợp tĩnh mạch, đạt 1.500 Kcal/ngày. Sau đó, tăng dần lượng dinh dưỡng đường tiêu hóa và giảm dinh dưỡng tĩnh mạch. Đến ngày 35, thực hiện nuôi dưỡng đường tiêu hóa hoàn toàn, năng lượng đạt 1.500 Kcal/ngày, đạm 1,2-1,5 g/kg/ngày. Ngày thứ 119, bệnh nhân tự ăn đồ mềm, ra viện với lâm sàng ổn định.

Từ khóa: Sốc nhiễm trùng, viêm phúc mạc, can thiệp dinh dưỡng, Bệnh viện Quân y 175

ABSTRACT

Objectives: To report a clinical case of nutritional intervention that effectively treats patients with severe septic shock, entry route from peritonitis due to hollow organ perforation, and complications after abdominal liposuction

Subjects: Female patient, 36 years old, diagnosed with severe septic shock, access from generalized peritonitis due to ileal perforation, surgical resection of the ileum, artificial anus, multi-organ damage, acute respiratory distress syndrome (ARDS), drained left pleural cavity air-hemorrhage, Circulatory respiratory arrest has recovered, after abdominal liposuction surgery, abdominal reconstruction on the 3rd day.

Results: The patient was admitted with a critical condition of worsening septic shock, life-threatening; initial lab results showed albumin at 16.4 g/l, urea at 9.2 mmol/l, creatinine at 112.5 μ mol/l, potassium at 2.99 mmol/l, blood pH at 7.277, lactate at 9 mmol/l, white blood cells at 0.9 K/ μ l, red blood cells at 3.59 M/ μ l, and hemoglobin at 10.5 g/dl. For the first 48 hours, her hemodynamics were unstable, and she was kept on total fasting. Once her hemodynamic status improved, early enteral nutrition was initiated alongside parenteral nutrition, following a gradual energy increase to match her clinical progression. On day 5, she received mainly parenteral nutrition using semi-hydrolyzed protein milk at a standard energy density of 1 Kcal/ml, administered via an Epump machine at a slow drip rate of 20 ml/hour. By day 7, she was receiving a combination of enteral and parenteral nutrition, reaching 1,500 Kcal/day. Gradually, enteral nutrition was increased while parenteral nutrition was reduced. By day 35, the patient was on full enteral nutrition, achieving an energy intake of 1,500 Kcal/day, with protein intake at 1.2-1.5 g/kg/day. On day 119, she was able to eat soft foods and was discharged with stable clinical status.

Keywords: Septic shock, peritonitis, nutritional intervention, Military Hospital 175.

Chịu trách nhiệm nội dung: Bùi Thị Duyên, Email: duyencoi.1989@gmail.com

Ngày nhận bài: 12/7/2024; mời phản biện khoa học: 8/2014; chấp nhận đăng: 05/10/2024.

¹Bệnh viện Quân y 175.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn nặng có đặc điểm chuyển hóa chính là tăng dị hóa đạm trong tất cả các giai đoạn của bệnh (cấp, mạn, hồi phục), gây suy mòn và suy yếu cơ. Việc cung cấp dinh dưỡng tối ưu theo từng giai đoạn bệnh nhằm phòng ngừa biến chứng và tăng hiệu quả điều trị [2], [4]. Đặc điểm chuyển hóa chính ở bệnh nhân (BN) sau viêm phúc mạc và phẫu thuật đường tiêu hóa, gồm tăng tiêu hao năng lượng, dị hóa cơ chất mạnh (đặc biệt là đạm) và/hoặc tình trạng mất chất dinh dưỡng trong những bệnh phức tạp (như rò tiêu hóa, hội chứng ruột ngắn...), dẫn đến sụt cân, suy dinh dưỡng trầm trọng và hồi phục sau mổ chậm, tăng biến chứng. Vì vậy, can thiệp dinh dưỡng rất quan trọng để cung cấp đủ năng lượng tiêu hao, tăng lượng đạm và nhiều cơ chất khác, giúp duy trì/bồi hoàn dự trữ đạm, tăng miễn dịch, nhanh hồi phục và lành vết thương [2], [4].

Bệnh viện Quân y 175 đã điều trị thành công một trường hợp BN sốc nhiễm khuẩn, đường vào từ viêm phúc mạc do thủng tạng rỗng sau hậu phẫu hút mỡ bụng với sự góp sức hiệu quả của can thiệp dinh dưỡng. Chúng tôi nêu trường hợp lâm sàng này nhằm chia sẻ kinh nghiệm lập kế hoạch nuôi dưỡng, theo dõi và can thiệp kịp thời theo từng giai đoạn bệnh trên BN nói trên để quý đồng nghiệp cùng tham khảo.

2. NHU CẦU DINH DƯỠNG ĐỐI VỚI BN NHIỄM KHUẨN NẶNG

- Nhu cầu dinh dưỡng trong nhiễm khuẩn cấp tính ở người trưởng thành [8, 9]:

+ Chuyển hóa năng lượng ở BN nhiễm khuẩn nặng thay đổi và dao động trong khoảng rộng, khó dự đoán, dễ dẫn đến thừa hoặc thiếu năng lượng. Trong trường hợp BN này, do không đo năng lượng tiêu hao lúc nghỉ bằng kỹ thuật đo nhiệt lượng gián tiếp (IC), nên ước tính năng lượng giai đoạn đầu khoảng 20-25 Kcal/kg cân nặng/ngày và giai đoạn hồi phục khoảng 30-35 Kcal/kg cân nặng/ngày.

+ Nhu cầu protein: người bệnh nhiễm khuẩn huyết, giai đoạn nặng và giai đoạn hồi phục cần mức protein từ 1-1,5 g/kg cân nặng/ngày; giai đoạn chuyển tiếp cần mức protein từ 1,5-2 g/kg cân nặng/ngày.

+ Lipid chiếm khoảng 20-30% tổng năng lượng và giàu acid béo omega-3. Trong trường hợp người bệnh kém hấp thu, nên sử dụng một phần acid béo chuỗi trung bình trong bữa ăn.

+ Cung cấp đủ vitamin và chất khoáng, đặc biệt là vitamin B1, vitamin C [2], [7].

+ Nước cần cung cấp 1,5-2 lít/ngày. Nếu người bệnh có suy thận, suy tim thì nhu cầu nước phụ thuộc vào tình trạng bệnh.

+ Với người bệnh nhiễm khuẩn có các bệnh nền (như các bệnh thận, gan, tụy, suy tim, tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu...), cần thực hiện chế độ dinh dưỡng phù hợp với các bệnh nền.

- Nuôi dưỡng, dinh dưỡng đường tiêu hóa nên được bắt đầu sớm trong vòng 24-48 giờ sau khi hồi sức và BN ổn định huyết động (huyết áp trung bình ≥ 60 mmHg, liều thuốc vận mạch ổn định, tình trạng toan chuyển hóa giảm dần - lactat máu giảm dần, áp lực tưới máu mô ổn định) trên BN có chẩn đoán xác định nhiễm khuẩn nặng hoặc sốc nhiễm khuẩn. Trong giai đoạn đầu nhiễm khuẩn nặng, nhu cầu dinh dưỡng tiêu hóa tối thiểu từ 10-20 Kcal/giờ hoặc 500 Kcal/ngày, sau đó tăng dần (nếu BN dung nạp tốt, đạt trên 80% nhu cầu năng lượng mục tiêu trong tuần đầu) [6]. Nuôi dưỡng, dinh dưỡng đường tĩnh mạch toàn phần nên có sự điều chỉnh linh hoạt theo từng giai đoạn bệnh.

3. GIỚI THIỆU TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

- Sơ lược về tiền sử, bệnh sử, quá trình điều trị: từ một bệnh viện tư nhân tại TP. Hồ Chí Minh đến bệnh viện Quân y 175

+ BN nữ, 36 tuổi, tiền sử khỏe mạnh (không mắc bệnh lý mạn tính).

+ BN được phẫu thuật hút mỡ bụng, tạo hình thành bụng tại một cơ sở y tế trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh. Sau phẫu thuật 2 ngày, phát hiện tràn dịch màng phổi 2 bên, BN được tiến hành dẫn lưu màng phổi trái và tiếp tục điều trị tại cơ sở y tế này. Ngày thứ 3 sau phẫu thuật hút mỡ bụng, BN xuất hiện tụt huyết áp, tăng nặng tình trạng khó thở, chướng bụng và được chuyển tới Bệnh viện Quân y 175 điều trị tiếp.

+ BN đến Bệnh viện Quân y 175 với chẩn đoán theo dõi sốc nhiễm khuẩn, đường vào từ viêm phúc mạc do thủng tạng rỗng, hậu phẫu dẫn lưu khoang màng phổi trái sau phẫu thuật hút mỡ bụng, tạo hình thành bụng ngày thứ 3. Tình trạng BN khi nhập viện: Glasgow 15 điểm, thở oxy mũi 6 l/phút, mạch 141 lần/phút, huyết áp 100/70 mmHg, SpO₂ 94%, bụng chướng, còn dẫn lưu bụng và khoang màng phổi trái. Sau nhập viện, BN được khám, hội chẩn, tầm soát các xét nghiệm, có chỉ định phẫu thuật cấp cứu.

+ Diễn biến quá trình điều trị: trong quá trình gây mê nội khí quản chuẩn bị cho phẫu thuật, BN có dấu hiệu trụy tim mạch, ngừng tim do sốc nhiễm khuẩn tiến triển. BN được thực hiện cấp cứu hồi sinh tim phổi và hồi phục. Sau đó, thực hiện phẫu thuật lau rửa ổ bụng, cắt đoạn hồi tràng hoại tử (chứa 2 ổ thủng), làm hậu môn nhân tạo hồi tràng, khâu lỗ rách cơ hoành và thanh mạc cơ chỗ rách

dạ dày, hồng tràng. Sau phẫu thuật, BN được điều trị tại Khoa Hồi sức tích cực với chẩn đoán: sốc nhiễm khuẩn đường vào từ viêm phúc mạc toàn thể do thủng hồi tràng, đã phẫu thuật cắt đoạn hồi tràng, làm hậu môn nhân tạo/BN tổn thương đa cơ quan, viêm phổi tiến triển (ARDS) mức độ nặng, tràn khí-máu khoang màng phổi trái đã dẫn lưu, ngưng hô hấp tuần hoàn có hồi phục, sau hậu phẫu hút mỡ bụng, tái tạo thành bụng ngày thứ 3. BN có chỉ định lọc máu liên tục (CRRT), tuần hoàn ngoài cơ thể (VV-ECMO) và một số biện pháp điều trị tích cực khác. Thời gian điều trị của BN là 119 ngày, do tình trạng nhiễm khuẩn tái phát nhiều lần, thời gian thở máy kéo dài và nằm lâu.

- Can thiệp dinh dưỡng trong quá trình điều trị:

+ BN nhập viện được đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng thang điểm Modified Nutric Score (MNS) > 5 điểm (APACHE II 29 điểm, SOFA 13 điểm), nguy cơ cao suy dinh dưỡng, cần can thiệp dinh dưỡng sớm. Kết quả xét nghiệm albumin: 16,4 g/l, ure: 9,2 mmol/l, creatinin: 112,5 μ mol/l, Kali: 2,99 mmol/l, GPT: 129,8 U/l, GOT: 162,7 U/l, pH máu: 7,277, lactat: 9 mmol/l, bạch cầu: 0,9 K/ μ l, hồng cầu: 3,59 M/ μ l, Hb: 10,5 g/dl.

+ Trong 2 ngày đầu nhập viện, BN còn rối loạn huyết động, tổn thương đa cơ quan (SOFA 12-13 điểm), chưa có nhu động ruột và hậu môn nhân tạo chưa lưu thông, chúng tôi cho BN nhịn ăn hoàn toàn. Ngày thứ 3 và thứ 4, huyết động BN tạm ổn định, khám tình trạng bụng còn chướng, nhu động ruột thưa, chúng tôi thực hiện nuôi dưỡng BN qua đường tĩnh mạch (với chế phẩm túi 3 trong 1 (MG-tan 360 ml x 2 bịch/ngày), liều lượng thấp 500 Kcal/ngày) và khởi động dinh dưỡng đường tiêu hóa (nhỏ giọt chậm glucose 5% qua sonde dạ dày). Ngày thứ 5, tình trạng tiêu hóa có cải thiện, chúng tôi thực hiện nuôi dưỡng BN chủ yếu qua đường tĩnh mạch bằng sữa đậm bán thủy phân, năng lượng chuẩn 1 Kcal/ml, nhỏ giọt qua sonde bằng máy Epump với tốc độ chậm 20 ml/giờ. Ngày thứ 7-9, BN đang duy trì CRRT và VV-ECMO, đồng thời, duy trì dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch với lượng tăng dần (đạt nhu cầu năng lượng 20-25 Kcal/kg/ngày, đạm 0,8-1,0 g/kg/ngày). Kết quả xét nghiệm ngày thứ 7 cho thấy albumin: 30,5 g/l, ure: 14,2 mmol/l, creatinin: 133,4 μ mol/l, GPT: 32,5 U/l, GOT: 56,6 U/l, lactat: 1,4 mmol/l, pH máu: 7,432.

+ Từ ngày thứ 10, BN có tình trạng tiêu hóa, hấp thu tạm ổn định; hậu môn nhân tạo lưu thông tốt, phân vàng. Chúng tôi chỉ định tăng dần dinh dưỡng cho BN qua đường tiêu hóa bằng bổ sung súp xay từ các thực phẩm tự nhiên (gạo, khoai lang, thịt heo) vào khẩu phần ăn và theo dõi sự đáp ứng. Trong

giai đoạn này, tình trạng viêm phổi thở máy tiến triển, vật da thành bụng trái thiếu dưỡng có nguy cơ hoại tử. Tổng năng lượng cung cấp duy trì khoảng 30 Kcal/kg/ngày, lượng đạm qua chế độ ăn duy trì 1,0-1,5 g/kg/ngày tùy theo tình trạng chức năng thận (giai đoạn này vẫn duy trì lọc máu ngoài thận). Kết quả xét nghiệm ngày thứ 16 thấy albumin: 31,2 g/l, creatinin: 150,7 μ mol/l, Kali: 4,07 mmol/l, pH máu: 7,353, lactat: 1,5 mmol/l. Khi tăng lượng nuôi dưỡng qua đường tiêu hóa, chúng tôi đồng thời giảm dần nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch.

+ Từ ngày thứ 35-50, BN được giảm tần suất lọc máu ngoài thận; duy trì dinh dưỡng tiêu hóa hoàn toàn (tổng năng lượng 1.500 Kcal/ngày, đạm 1,2-1,5 g/kg/ngày). BN còn tình trạng nhiễm trùng nặng, nhiễm trùng vật da thành bụng tiến triển, xuất hiện hoại tử rải rác vật da thành bụng, BN có chỉ định cắt lọc hoại tử vật da thành bụng, ghép da. Sau ghép da, một phần dịch rỉ ra từ hậu môn nhân tạo đến vị trí ghép da, gây ảnh hưởng đến quá trình liền vết thương. Kết quả xét nghiệm ngày thứ 45: albumin: 34,4 g/l, ure: 33,2 mmol/l, creatinin: 126 μ mol/l, Kali: 3,57 mmol/l, lactat: 1,6 mmol/l, pH máu: 7,404.



Hình ảnh tổn thương thành bụng BN thời điểm ngày điều trị thứ 45.

+ Từ ngày thứ 51, khám đánh giá BN ở tình trạng dinh dưỡng SGA-C (suy dinh dưỡng nặng). Chúng tôi chỉ định chuyển nuôi dưỡng đường tiêu hóa tối thiểu (duy trì súp xay, sữa nhỏ giọt chậm qua sonde) và dinh dưỡng đường tĩnh mạch nhằm bảo đảm nhu cầu dinh dưỡng, hỗ trợ giảm tình trạng nhiễm khuẩn thành bụng, tạo điều kiện thuận lợi ghép lại da thành bụng và chuẩn bị cho phẫu thuật đóng hậu môn nhân tạo. Kết quả xét nghiệm ngày thứ 57 thấy albumin: 33,4 g/l, ure: 21,6 mmol/l, creatinin: 188,8 μ mol/l, Kali: 3,27 mmol/l, lactat: 1,5 mmol/l, pH máu: 7,426.

+ Ngày thứ 58, BN được phẫu thuật đóng hậu môn nhân tạo. Sau phẫu thuật, khám BN thấy bụng chướng, nhu động ruột thưa. Chúng tôi duy trì nuôi

dưỡng đường tiêu hóa tối thiểu cho BN với công thức dinh dưỡng dễ hấp thu (đạm bán thủy phân, chất béo dễ hấp thu - MCT, năng lượng chuẩn), ăn với tốc độ chậm, kết hợp theo dõi sát tình trạng lưu thông tiêu hóa và hấp thu.

+ Ngày thứ 63, BN có tình trạng tiêu hóa ổn định hơn. Chúng tôi cho BN tăng dần lượng ăn và tốc độ ăn. Duy trì đạm 1,2-1,5 g/kg/ngày, điều chỉnh tùy thuộc vào chức năng thận. Những ngày tiếp theo, tình trạng lưu thông tiêu hóa của BN ổn định, hấp thu và tiêu hóa có cải thiện. Chúng tôi tăng dần nuôi dưỡng BN qua đường tiêu hóa và giảm dinh dưỡng qua tĩnh mạch. Kết quả xét nghiệm ngày thứ 70 thấy albumin: 29,4 g/l, ure: 7,2 mmol/l, creatinin: 148,9 µmol/l, Kali: 3,59 mmol/l, lactat: 0,9 mmol/l, pH máu: 7,365.

+ Từ ngày thứ 75, BN được nuôi dưỡng hoàn toàn qua đường tiêu hóa (súp xay, sữa nhỏ giọt chậm qua sonde bằng túi trọng lực). Giai đoạn này,

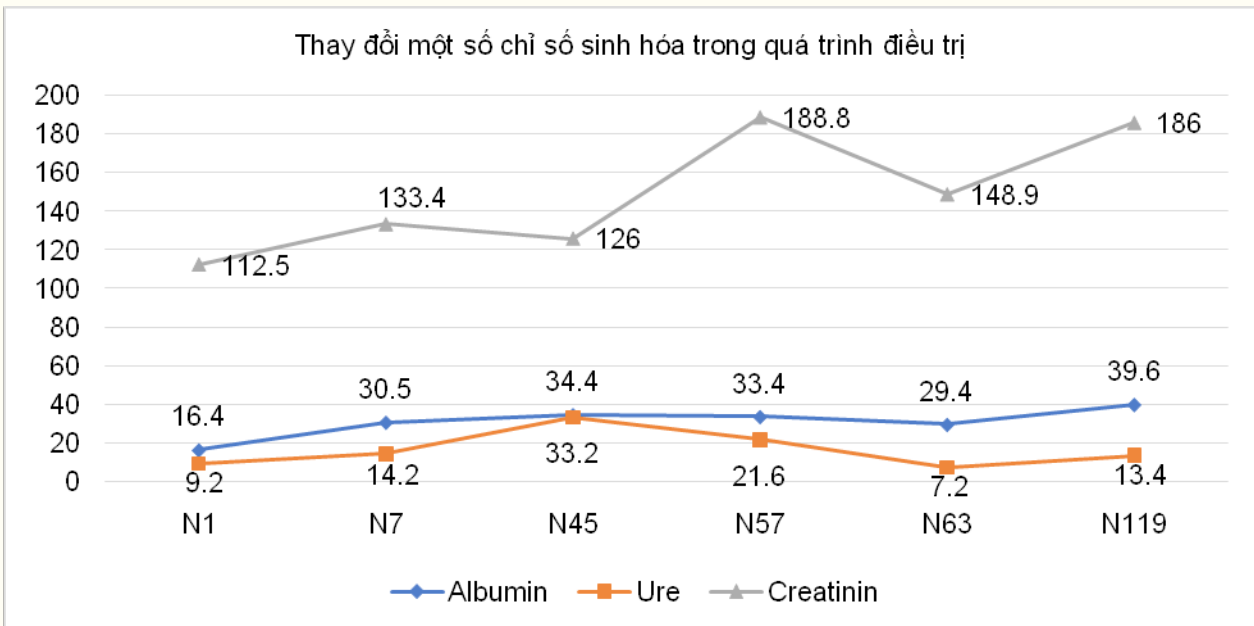
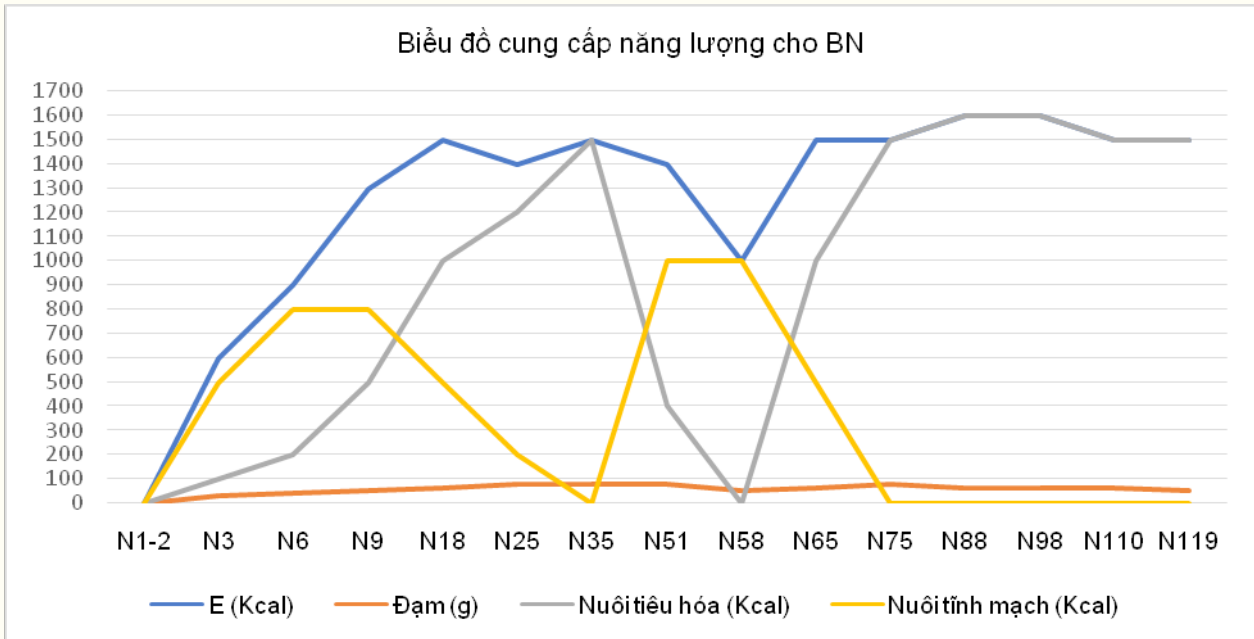
lọc máu ngoài thận giảm (hầu như không lọc) nên lượng đạm trong khẩu phần ăn điều chỉnh 1,0-1,2 g/kg/ngày. Đến ngày thứ 110, BN tỉnh táo, tiếp xúc tốt, tự thở qua Shilley mở khí quản, tình trạng dinh dưỡng SGA-C. Chúng tôi cho BN tập ăn mềm, lỏng qua đường miệng (cháo, súp), kết hợp duy trì ăn qua sonde để bảo đảm đủ năng lượng.

+ Ngày thứ 119, khám đánh giá toàn trạng BN ổn định, tình trạng dinh dưỡng SGA-B, đường tiêu hóa lưu thông tốt, hấp thu ổn định. Chúng tôi chỉ định BN tiếp tục tự ăn mềm, lỏng qua đường miệng và cho BN ra viện. Đồng thời, hướng dẫn BN chế độ ăn phục hồi, duy trì mức năng lượng từ 1.300-1.500 Kcal/ngày, đạm 0,8-1,0 g/kg/ngày. Kết quả xét nghiệm trước khi BN ra viện: albumin: 39,6 g/l, ure: 13,4 mmol/l, creatinin: 186 µmol/l.

- Giá trị dinh dưỡng trong chế độ ăn của BN trong quá trình điều trị:

Bảng giá trị dinh dưỡng trong chế độ ăn của BN trong quá trình điều trị

Thời điểm (ngày)	Tổng năng lượng (Kcal/ngày)	Đạm (g/kg/ngày)	Dinh dưỡng tiêu hóa		Dinh dưỡng tĩnh mạch	
			Năng lượng (Kcal)	Cách ăn	Năng lượng (Kcal)	Cách dùng
N1-2	0	0	0	-	0	-
N3	600	0,6	100	10 ml/giờ	500	Túi 3 ngăn, đơn chất
N4	700	0,6	100	10 ml/giờ	600	Túi 3 ngăn, đơn chất
N5	900	0,8	200	20 ml/giờ	700	Túi 3 ngăn, đơn chất
N6	900	0,8	200	20 ml/giờ	700	Túi 3 ngăn, đơn chất
N7-9	1.300	0,8-1,0	500	30 ml/giờ	800	Túi 3 ngăn, đơn chất
N10-11	1.500	0,8-1,0	700	50 ml/giờ	800	Túi 3 ngăn, đơn chất
N12-15	1.500	1,0-1,2	900	60 ml/giờ	600	Túi 3 ngăn, đơn chất
N16-18	1.500	1,2-1,5	1.000	70 ml/giờ	500	Túi 3 ngăn, đơn chất
N19-23	1.400	1,2-1,5	1.200	80 ml/giờ	200	Túi 3 ngăn, đơn chất
N24-34	1.400	1,2-1,5	1.200	100-120 ml/giờ	200	Túi 3 ngăn, đơn chất
N35-50	1.500	1,2-1,5	1.500	120-150 ml/giờ	0	-
N51-57	1.400	1,5	400	100 ml/giờ	1.000	Túi 3 ngăn, đơn chất
N58	1.000	1,0	0	-	1.000	Túi 3 ngăn, đơn chất
N59-60	1.300	1,2	300	20 ml/giờ	1.000	Túi 3 ngăn, đơn chất
N61-62	1.300	1,2-1,5	500	20-30 ml/h	800	Túi 3 ngăn, đơn chất
N63-64	1.500	1,2-1,5	700	30 ml/giờ	800	Túi 3 ngăn, đơn chất
N65-60	1.500	1,2-1,5	1.000	50 ml/giờ	500	Túi 3 ngăn, đơn chất
N70-N71	1.500	1,2-1,5	1.300	70 ml/giờ	200	Túi 3 ngăn, đơn chất
N72-75	1.500	1,0-1,2	1.500	100 ml/giờ	0	-
N76-109	1.600	1,0-1,2	1.600	120-150 ml/giờ	0	-
N110	1.500	1,0-1,2	1.500	Sonde + miệng	0	-
N111-115	1.400-1.500	1,0-1,2	1.500	Sonde + miệng	0	-
N116-119	1.400-1.500	0,8-1,0	1.500	Miệng	0	-



4. BÀN LUẬN

BN nhập viện trong tình trạng sốc nhiễm khuẩn, tổn thương đa cơ quan, ngưng hô hấp và tuần hoàn có hồi phục; được thực hiện phẫu thuật lau rửa ổ bụng, cắt đoạn hồi tràng hoại tử (chứa 2 ổ thủng), làm hậu môn nhân tạo hồi tràng, khâu lỗ rách cơ hoành và thanh mạc cơ chỗ rách dạ dày, hỗng tràng. Đánh giá thang điểm MNS > 5 điểm, nguy cơ cao suy dinh dưỡng và nhận thấy bệnh nhân sẽ được hưởng lợi từ việc can thiệp dinh dưỡng sớm nên chúng tôi đã áp dụng thực hiện theo hướng dẫn dinh dưỡng lâm sàng trong trường hợp chăm sóc đặc biệt của Hội Dinh dưỡng châu Âu (ESPEN) 2019, sửa đổi 2023. Trong giai đoạn đầu, huyết động chưa ổn định, BN phải nhịn ăn hoàn toàn trong 48 giờ đầu. Khi khởi động dinh

dưỡng, tổng lượng năng lượng cung cấp cho BN thấp, khoảng 500-700 Kcal/ngày (từ 40-50% nhu cầu năng lượng ước tính của BN). Trong tuần đầu tiên, năng lượng cung cấp cho BN không vượt quá 70% nhu cầu năng lượng. Sau đó, phụ thuộc vào tình trạng đáp ứng và khả năng dung nạp của BN để tăng mức năng lượng, hướng đến đạt mục tiêu năng lượng hàng ngày.

Trong giai đoạn tiếp theo, tuy chức năng thận BN còn kém, nhưng xét thấy trên nền bệnh nhiễm khuẩn nặng và stress bệnh lí có nhu cầu đạm cao, chúng tôi thiết kế chế độ ăn tăng dần lượng đạm và sau đó duy trì ở mức 1,2-1,5 g/kg/ngày, đồng thời, theo dõi sát chức năng thận để điều chỉnh. Giai đoạn này vẫn duy trì lọc máu liên tục (CRRT), sau đó chuyển sang lọc máu ngoài

thận không thường xuyên. Trong giai đoạn chức năng đường tiêu hóa tạm ổn định, song tình trạng nhiễm khuẩn thành bụng tăng lên do phân rò qua chân hậu môn nhân tạo, ghép da thành bụng thất bại. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nuôi dưỡng chủ yếu qua đường tĩnh mạch và nuôi dưỡng đường tiêu hóa tối thiểu để duy trì chức năng đường tiêu hóa. Kết quả cho thấy, lượng phân qua hậu môn nhân tạo giảm, tình trạng nhiễm khuẩn thành bụng có cải thiện. Sau đó, BN được phẫu thuật đóng hậu môn nhân tạo, bảo đảm lưu thông đường tiêu hóa bình thường và tiêu hóa hấp thu theo đúng sinh lý, duy trì dinh dưỡng đủ tổng năng lượng hàng ngày. Giai đoạn sau phẫu thuật nối hậu môn nhân tạo và ghép lại da thành bụng, tiến hành khởi động dinh dưỡng đường tiêu hóa sớm, tình trạng lưu thông đường tiêu hóa dần cải thiện, tăng dần lượng ăn qua tiêu hóa theo khả năng hấp thu của người bệnh. Thời gian này, nhu cầu đạm cao nhưng chức năng thận còn kém nên chúng tôi duy trì lượng đạm 1,0-1,2 g/kg/ngày (điều chỉnh theo chức năng thận do giai đoạn này hầu như không lọc máu ngoài thận).

Tuy nhiên, trong toàn bộ quá trình can thiệp dinh dưỡng cho BN này, do không có thiết bị đo nhiệt lượng gián tiếp (IC) để xác định chính xác nhu cầu năng lượng, cũng không ước tính được qua thể tích oxy tiêu thụ và thể tích carbondioxid sinh ra, nên chúng tôi ước tính thông qua các công thức tùy thuộc vào mỗi giai đoạn tiến triển của bệnh. Việc này có thể dẫn đến một số thời điểm BN chưa được cung cấp đủ năng lượng theo đúng nhu cầu. Vì vậy, khi BN ra viện, ghi nhận sụt 4 kg so với thời điểm BN nhập viện. Tuy nhiên, liều lượng vitamin, khoáng chất hàng ngày của BN luôn được bảo đảm. Vitamin và khoáng chất được cung cấp cho BN trực tiếp qua đường tĩnh mạch khi nuôi dưỡng chủ yếu bằng đường tĩnh mạch và qua đường uống khi dinh dưỡng qua đường tiêu hóa ổn định.

Trong suốt quá trình điều trị, tình trạng suy dinh dưỡng kết hợp với nhiễm khuẩn nhiều cơ quan, sử dụng kháng sinh dài ngày đòi hỏi công tác chăm sóc và theo dõi dinh dưỡng rất chặt chẽ, sát sao, đồng thời phối hợp cùng các bác sĩ điều trị để nắm rõ tình trạng tiến triển của bệnh. BN thường xuyên được đánh giá tình trạng dinh dưỡng (3 ngày/lần) theo mẫu đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh viện, theo dõi tình trạng hấp thu hàng ngày để điều chỉnh lượng ăn và đường nuôi dưỡng. Trong toàn bộ quá trình điều trị, công tác can thiệp dinh dưỡng luôn được chú ý bổ sung đầy đủ vitamin và khoáng chất, bảo đảm cho chuyển hóa và hấp thu các chất dinh dưỡng được tối ưu (đặc biệt vitamin B1 và vitamin C), góp phần cải thiện tình trạng dinh

dưỡng, hạn chế các biến chứng và rút ngắn thời gian nằm viện.

5. KẾT LUẬN

Can thiệp dinh dưỡng trong trường hợp BN nhiễm khuẩn nặng, kéo dài, kết hợp tình trạng viêm phúc mạc do thủng tạng rỗng đòi hỏi phải tuân thủ các khuyến nghị, hướng dẫn về dinh dưỡng. Đồng thời, có sự theo dõi sát sao, điều chỉnh linh động tùy thuộc vào tình trạng diễn biến bệnh theo từng giai đoạn. Áp dụng can thiệp dinh dưỡng phù hợp góp phần mang lại nhiều lợi ích cho người bệnh, là biện pháp điều trị hỗ trợ giúp BN nhanh phục hồi và dự phòng biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Viện Dinh dưỡng - Bộ Y tế (2018), *Dinh dưỡng lâm sàng*, Nhà xuất bản Y học.
2. Lưu Ngân Tâm (2019), *Hướng dẫn dinh dưỡng trong điều trị bệnh nhân nặng*, Nhà xuất bản Y học, tr. 56-58, 62-65.
3. Viện Dinh dưỡng - Bộ Y Tế (2016), *Bảng nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị cho người Việt Nam*.
4. Singer P et al (2023), "ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit", *Clinical Nutrition*, p. 1-19.
5. Singer P et al (2019), "ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit", *Clinical Nutrition*, p. 1-32.
6. Weimann A et al (2017), "ESPEN guideline: Clinical Nutrition in Surgery", *Clinical Nutrition* 36; 2017, 623-50.
7. McClave S.A et al (2016), "Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N)", *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, Volume 40 Number 2. 2016, 159-211.
8. Aileen Hill et al (2021), "Nutrition in the Intensive Care Unit-A Narrative Review", *Nutrients*, 2021, p. 5-11.
9. ASPEN.SCCM (2016), *Guidelines for the provision and assessment of Nutrition support therapy in the Adult Critically ill Patient: Society of Critical care medicine and American Society for parenteral and Enteral Nutrition*.
10. Rello, Marin Kollef, Emili Diaz, Alejandro Rodriguez (2023), *Injectious Diseases in Critical Care/Jordi*. p. 3. □