

ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG NUÔI DƯỠNG 80 NGƯỜI BỆNH SUY TIM, ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Đỗ Thị Hiền¹, Lê Thanh Hà¹, Lê Hữu Lự¹

TÓM TẮT: Mô tả thực trạng nuôi dưỡng 80 người bệnh suy tim, điều trị nội trú tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 4 đến tháng 6/2022.

Kết quả: Tỷ lệ người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng vừa và nặng theo SGA chiếm 56,3%; không có nguy cơ suy dinh dưỡng là 43,7%. Người bệnh tự ăn được qua đường miệng chiếm tỷ lệ 70%; ăn qua sonde dạ dày là 16,2%; phối hợp nuôi dưỡng qua sonde dạ dày và đường truyền tĩnh mạch là 13,8%. Người bệnh được nuôi ăn sớm trong vòng 24 giờ đầu nhập viện chiếm 77,5%. Về khẩu phần ăn và mức tiêu thụ năng lượng, glucid, protein, lipid đáp ứng so với nhu cầu khuyến nghị trong ngày đầu lần lượt là: 48,4%, 69,3%, 46,9%, 54,4%. Sau 7 ngày chăm sóc, điều trị, các tỷ lệ này tăng lên lần lượt là: 52,6%, 75,1%, 48,3%, 62,7%.

Từ khóa: Thực trạng nuôi dưỡng, suy tim, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

ABSTRACT: Describe the current situation of the nurture of 80 inpatients with heart failure, treated at the Military Central Hospital 108, from April to June 2022.

Results: The proportion of the patients at risk of moderate and severe malnutrition according to SGA accounted for 56.3%; there was no risk of malnutrition 43.7%. The patients could eat by themselves accounted for 70%; feeding through gastric tube was 16.2%; combination of nutrition through gastric tube and intravenous line was 13.8%. The patients received early feeding within the first 24 hours of hospital admission accounted for 77.5%. When compared to the recommended targets, meal portions and consumption of energy, glucose, protein and lipids provided in the first day reached 48.1%, 69.3%, 46.9% and 54.4% respectively. After seven days of care and treatment, these rates increased to 52.6%, 75.1%, 48.3%, 62.7%, respectively.

Keywords: Nurturing situation, Heart failure, Military Central Hospital 108.

Chịu trách nhiệm nội dung: Đỗ Thị Hiền, Email: hauhien108@gmail.com

Ngày nhận bài: 04/10/2022; mời phản biện khoa học: 11/2022; chấp nhận đăng: 15/12/2022.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Suy tim đang là một vấn đề sức khỏe được nhiều quốc gia hết sức quan tâm do số người mắc bệnh và tỷ lệ người bệnh (NB) chuyển nặng ngày càng gia tăng. Tại Hoa Kỳ, có khoảng 5,1 triệu người đang phải điều trị suy tim và mỗi năm, lại có thêm hơn 650.000 người được lần đầu chẩn đoán suy tim cần điều trị [1]. Suy dinh dưỡng (SDD) là hậu quả của suy tim và là yếu tố tiên lượng xấu về mặt lâm sàng đối với NB. Một nghiên cứu mới đây của Shubin (2021) được tổng hợp từ 31 nghiên cứu về tình trạng dinh dưỡng ở NB suy tim cho thấy, tỷ lệ SDD ở đối tượng NB này lên đến 46%. NB suy tim có SDD thì có nguy cơ tử vong cao gấp 2 lần so với NB suy tim không SDD [2]. Việc có một chế độ ăn phù hợp và tối ưu hóa cho từng NB là rất cần thiết.¹

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 là bệnh viện đa khoa, chuyên khoa sâu tuyến cuối - một

trong 5 bệnh viện hạng đặc biệt quốc gia. Tại Khoa Nội tim mạch của Bệnh viện, mỗi ngày có từ 8-10 NB suy tim nhập viện. Cùng với các hoạt động khám bệnh, kê đơn điều trị và chăm sóc điều dưỡng, việc đánh giá nguy cơ suy dinh dưỡng và bảo đảm nhu cầu dinh dưỡng cho NB suy tim là hết sức cần thiết, tích cực góp phần giảm tỷ lệ tử vong, giảm tỷ lệ NB suy tim tái nhập viện.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu tìm hiểu thực trạng nuôi dưỡng NB suy tim điều trị nội trú tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, làm căn cứ đề xuất xây dựng kế hoạch cải thiện tình trạng dinh dưỡng, hạn chế tối đa tỷ lệ tái nhập viện và tử vong ở NB suy tim.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

80 NB suy tim, điều trị nội trú tại Khoa Nội tim mạch, Viện Tim mạch Quân đội, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 4 đến tháng 6/2022.

¹ Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

- Tiêu chuẩn lựa chọn: NB từ 18 tuổi trở lên; NB và người nhà NB đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: NB là phụ nữ có thai, NB đang trong tình trạng hôn mê hoặc có khiếm khuyết về ngôn ngữ giao tiếp, NB có bệnh lý về tâm thần, NB không hợp tác nghiên cứu...

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

- Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện (chọn NB đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu cho đến khi đạt đủ cỡ mẫu). Tính cỡ mẫu theo công thức ước lượng cho một tỉ lệ trong quần thể:

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

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu cần thiết; $Z_{(1-\alpha/2)}$ là hệ số tin cậy, với độ tin cậy 95% ($\alpha = 0,05$), $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$; p là tỉ lệ ước đoán NB suy tim có SDD (theo nghiên cứu tại Bệnh viện Tim Hà Nội năm 2019, chọn $p = 0,263$ [3]); d là sai số tuyệt đối mong muốn (chọn $d = 0,1$). Thay vào công thức trên, tính được $n = 73$. Thực tế, chúng tôi lựa chọn 80 NB vào nghiên cứu.

- Quy trình nghiên cứu:

- + Bước 1: lựa chọn NB đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.
- + Bước 2: thu thập các chỉ số nghiên cứu.
- + Bước 3: sàng lọc nguy cơ SDD theo SGA.
- + Bước 4: khảo sát, đánh giá thực trạng nuôi dưỡng NB trong ngày đầu tiên nhập viện và sau 7 ngày nằm điều trị.

- Chẩn đoán suy tim theo tiêu chuẩn của Hội tim mạch châu Âu, 2016.

- Đánh giá nguy cơ dinh dưỡng theo SGA (căn cứ vào chiều cao, cân nặng, tình trạng sụt cân trong 1 tháng, tình trạng kém ăn...), gồm các mức:

- + SGA-A: không có nguy cơ SDD.
- + SGA-B: nguy cơ SDD vừa.
- + SGA-C: nguy cơ SDD nặng.

- Các đường nuôi dưỡng: qua đường miệng, qua sonde dạ dày, qua tĩnh mạch.

- Khẩu phần ăn: bao gồm tất cả thực phẩm NB đã dùng qua các đường nuôi dưỡng (bao gồm cả các dịch truyền sinh năng lượng). Tính toán giá trị dinh dưỡng của khẩu phần theo phần mềm do Viện Dinh dưỡng xây dựng, dựa trên số liệu của “Bảng thành phần thực phẩm Việt Nam 2007” [4].

- Xử lý và phân tích số liệu: số liệu được làm sạch sau khi thu thập, nhập 2 lần vào máy tính để kiểm soát sai số bằng phần mềm Epidata 3.1. Các phân tích được thực hiện bằng phần mềm Stata 12.0., tính toán theo tỉ lệ %, sử dụng phép kiểm

định χ^2 để so sánh.

- Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: đối tượng nghiên cứu được giải thích rõ về mục đích nghiên cứu, tự nguyện tham gia nghiên cứu. Mọi thông tin về NB đều được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, không ảnh hưởng đến sức khỏe và lợi ích của đối tượng nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm chung của NB:

Bảng 1. Đặc điểm chung của NB (n = 80).

Đặc điểm		n	%
Tuổi đời	Từ 18-50 tuổi	9	11,2
	Từ 51-59 tuổi	5	5,2
	Từ 60-69 tuổi	20	25,0
	Từ 70-79 tuổi	21	26,2
	≥ 80 tuổi	25	32,4
Trung bình		69,2 ± 14,7	
Giới tính	Nam	45	56,2
	Nữ	35	43,8

NB suy tim nghiên cứu có 56,2% là nam giới và 43,8% là nữ giới; trung bình 62,2 ± 14,7 tuổi, trong đó tỉ lệ NB ≥ 80 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (32,4%).

Bảng 2. Tình trạng dinh dưỡng của NB (n = 80).

Tình trạng dinh dưỡng	n	%
Không có nguy cơ SDD (SGA-A)	35	43,7
Nguy cơ SDD vừa (SGA-B)	33	41,2
Nguy cơ SDD nặng (SGA-C)	12	15,1

Tỉ lệ NB có nguy cơ SDD vừa khá cao (41,2%), nguy cơ SDD nặng chiếm 15,1%.

3.2. Thực trạng nuôi dưỡng NB suy tim điều trị nội trú:

Bảng 3. Các đường nuôi dưỡng NB trong 7 ngày (n = 80).

Đường nuôi ăn		n	%
Đường ruột	Chỉ ăn qua đường miệng	56	70,0
	Chỉ ăn qua sonde dạ dày	13	16,2
	Phối hợp đường miệng và tĩnh mạch	0	0
	Phối hợp sonde dạ dày và tĩnh mạch	11	13,8
	Tổng	80	100
Đường tĩnh mạch	Chỉ nuôi qua đường tĩnh mạch	0	0
	Phối hợp sonde dạ dày và tĩnh mạch	11	13,8
	Tổng	11	13,8

Trong 7 ngày điều trị, NB tự ăn được chiếm tỉ lệ cao nhất (70,0%), NB nuôi qua sonde dạ dày chiếm 16,2%; kết hợp sonde dạ dày và nuôi tĩnh mạch chiếm 13,8%.

Bảng 4. Số NB được nuôi ăn trong 48 giờ đầu sau nhập viện (n = 80).

Thời điểm nuôi ăn	n	%
Trong 24 giờ đầu tiên	62	77,5
Từ 24 giờ đến 48 giờ	18	22,5
Sau 48 giờ đầu tiên	0	0

NB được nuôi dưỡng trong 24 giờ đầu sau nhập viện chiếm 77,5%; nuôi ăn ở thời điểm 24 giờ đến 48 giờ chiếm 22,5%, không có người bệnh nào nuôi ăn ở thời điểm 48 giờ.

Bảng 5. Mức tiêu thụ năng lượng từ khẩu phần ăn trong 7 ngày (n = 80).

Thành phần dinh dưỡng	Mức tiêu thụ năng lượng (± SD)		p*
	Ngày 1	Ngày 7	
Năng lượng (Kcal)	1.172,5 ± 215,4	1.348,3 ± 221,8	0,083
Protein (g)	43,6 ± 15,1	48,2 ± 14,6	
Lipid (g)	27,8 ± 12,4	30,8 ± 13,1	
Glucid (g)	185,3 ± 30,8	198,5 ± 32,4	

Mức năng lượng trung bình NB tiêu thụ trong ngày đầu tiên nhập viện là 1172,5 ± 215,4 Kcal và ngày thứ 7 sau điều trị là 1348,3 ± 221,8 Kcal. Lượng protein trung bình NB sử dụng ngày đầu là 43,6 ± 15,1 g, sang ngày thứ 7 là 48,2 ± 14,6 g. Lượng lipid trung bình NB sử dụng ngày đầu là 27,8 ± 12,4 g; sang ngày thứ 7 là 30,8 ± 13,1 g. Lượng glucid trung bình NB sử dụng ngày đầu là 185,3 ± 30,8 g; sang ngày thứ 7 là 198,5 ± 32,4 g. Sự khác biệt cả 4 thành phần trong khẩu phần ăn của NB ở ngày đầu so với ngày thứ 7 không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

Bảng 6. Mức đáp ứng nhu cầu khuyến nghị từ khẩu phần ăn trong 7 ngày (n = 80).

Thành phần dinh dưỡng	Mức đáp ứng nhu cầu khuyến nghị (%)	
	Ngày 1	Ngày 7
Năng lượng (Kcal)	48,4	52,6
Protein (g)	69,3	75,1
Lipid (g)	46,9	48,3
Glucid (g)	54,4	62,7

Mức đáp ứng nhu cầu khuyến nghị trong khẩu phần ăn là năng lượng, protein, lipid, glucid trong ngày đầu lần lượt là 48,4%, 69,3%, 46,9%, 54,4%; sau 7 ngày tăng lên là 52,2%, 75,1%, 48,3%, 62,7%.

4. BÀN LUẬN.

80 NB suy tim điều trị nội trú tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 tham gia nghiên cứu có tuổi trung bình là 69,2 ± 10,4 tuổi; nhóm tuổi trên 80 chiếm tỉ lệ cao nhất (32,4%); tỉ lệ NB là nam giới (56,2%) nhiều hơn nữ giới (43,8%). Kết quả này tương đồng với tình hình dịch tễ suy tim trên thế giới. Theo một báo cáo tổng hợp của Giuseppe Lippi (2020), nguy cơ phát triển suy tim ở người ≥ 60 tuổi cao gấp 20 lần so với những người trẻ hơn; tỉ lệ hiện mắc ở NB trên 80 tuổi tăng từ 3,9% lên 4,9% trong 28 năm qua [5].

Nghiên cứu này cho thấy, tỉ lệ NB có nguy cơ SDD vừa (SGA-B) và nặng (SGA-C) chiếm 56,3%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị Hoàng Oanh (2021) tại Bệnh viện Đa khoa Cam Ranh (56,7% [6]), song cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Huế (2020) tại Viện Tim mạch Việt Nam (35,9% [7]). Nguyên nhân của sự khác biệt này có thể đến từ việc lựa chọn các bộ công cụ đánh giá tình trạng dinh dưỡng trong mỗi nghiên cứu (chúng tôi sử dụng bộ công cụ SGA, nghiên cứu của Nguyễn Thị Huế sử dụng bộ công cụ mNUTRIC).

Về thực trạng nuôi dưỡng, chúng tôi thấy trong 7 ngày đầu nằm viện, NB tự ăn qua đường miệng chiếm tỉ lệ cao nhất (70,0%); nuôi dưỡng qua sonde dạ dày chiếm 16,2%; phối hợp nuôi dưỡng qua sonde dạ dày và đường tĩnh mạch chiếm 13,8%; không NB nào được nuôi dưỡng chỉ qua đường tĩnh mạch. So với nghiên cứu của Nguyễn Thị Huế (2020), nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ NB tự ăn qua đường miệng cao hơn (70,0% so với 35,9%) và tỉ lệ chỉ nuôi dưỡng qua sonde thấp hơn (16,2% so với 22,3%) [7]. Nguyên nhân khác nhau có thể do NB mà Nguyễn Thị Huế nghiên cứu đa số là suy tim cấp tính, vào Khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực (Viện Tim mạch Việt Nam) trong tình trạng bệnh lí nặng, ý thức lơ mơ, khả năng nhai nuốt hạn chế; trong khi NB chúng tôi nghiên cứu bao gồm cả suy tim cấp và suy tim mạn, tình trạng lâm sàng ổn định hơn. Tỉ lệ NB nuôi dưỡng kết hợp giữa sonde dạ dày và đường tĩnh mạch của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Hữu Hoan (2016) tại Bệnh viện Bạch Mai (70,3%) [8]. Điều này có thể do Nguyễn Hữu Hoan nghiên cứu trên cả NB suy tim và NB chấn thương sọ não, đột quỵ não, ghép tạng... Cũng vì vậy, trong nghiên cứu của Nguyễn Hữu Hoan, việc tính toán khẩu phần và năng lượng đưa vào chính xác, bảo đảm thể tích tuần hoàn tốt cho NB.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ NB được nuôi dưỡng ngay trong vòng 24 giờ đầu chiếm 77,5% và được nuôi dưỡng ở thời điểm từ 24-48 giờ chiếm 22,5%. Suy tim gây suy giảm chức năng

tuần hoàn, dẫn đến ứ máu toàn thân, giảm nhu động tiêu hóa, tăng tiết bất thường các enzym tiêu hóa, rối loạn hấp thu. Ngoài ra, còn làm NB mệt mỏi, khó thở, giảm khối lượng và yếu cơ, suy giảm nhận thức và rối loạn ruột [9]. Theo nghiên cứu của Kelly (2016), tỉ lệ tử vong ở NB suy tim có SDD trong vòng 12 tháng từ 5-30% và tỉ lệ tái nhập viện trong 1 năm từ 18,5-65,0% [10]. Do đó, việc nuôi dưỡng NB sớm giúp hạn chế nguy cơ SDD tiến triển, giảm tỉ lệ tử vong, hạn chế các biến chứng.

Về khẩu phần ăn của NB, chúng tôi thấy các thành phần: năng lượng, glucid, protein, lipid đều tăng sau 7 ngày, nhưng tỉ lệ đáp ứng với nhu cầu theo khuyến nghị ASPEN (2016) còn thấp [11]. Cụ thể: khẩu phần ăn, mức tiêu thụ năng lượng glucid, protein, lipid đáp ứng so với nhu cầu khuyến nghị trong ngày đầu lần lượt là 48,4%, 69,3%, 46,9%, 54,4% và ở ngày thứ 7 lần lượt là 52,6%, 75,1%, 48,3%, 62,7%. Từ đó cho thấy việc đánh giá nguy cơ suy dinh dưỡng, bảo đảm bảo nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị ở NB suy tim là hết sức cần thiết, giúp giảm tỉ lệ tử vong và tỉ lệ NB tái nhập viện. Nguyên nhân khẩu phần dinh dưỡng của NB đáp ứng với nhu cầu khuyến nghị còn thấp có thể do sự quan tâm của nhân viên phục vụ đến khẩu phần dinh dưỡng của NB còn hạn chế. Cũng có thể do NB suy tim thường có các triệu chứng mệt mỏi, khó thở, chán ăn, làm hạn chế lượng khẩu phần đưa vào cơ thể hằng ngày. Để khắc phục tình trạng này, chúng tôi cho rằng, các nhân viên y tế trực tiếp chăm sóc, điều trị, phục vụ NB suy tim cần được bổ sung, cập nhật kiến thức, chia sẻ kinh nghiệm về vấn đề dinh dưỡng cho NB suy tim. Các cơ sở y tế cần quan tâm tổ chức các buổi giáo dục sức khỏe về dinh dưỡng cho NB suy tim đang điều trị tại đơn vị mình.

5. KẾT LUẬN.

Khảo sát thực trạng nuôi dưỡng 80 NB suy tim, điều trị nội trú tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 4-6/2022, kết luận:

- Tỉ lệ NB có nguy cơ SDD mức độ vừa (SGA-B) là 41,2%, mức độ nặng nặng (SGA-C) là 15,1%; không có nguy cơ SDD (SGA-A) là 43,7%.

- Trong 7 ngày điều trị, tỉ lệ NB tự ăn qua đường miệng chiếm 70,0%; nuôi dưỡng qua sonde dạ dày chiếm 16,2%; phối hợp nuôi dưỡng qua sonde dạ dày và đường tĩnh mạch chiếm 13,8%. Tỉ lệ NB được nuôi dưỡng trong 24 giờ đầu nhập viện chiếm 77,5%; được nuôi dưỡng trong 24-48 giờ tiếp theo chiếm 22,5%. Khẩu phần ăn, mức tiêu thụ năng lượng, glucid, protein, lipid đáp ứng so với nhu cầu khuyến nghị trong ngày đầu lần lượt là 48,4%, 69,3%, 46,9%, 54,4% và sau 7 ngày tăng lên lần lượt là 52,6%, 75,1%, 48,3%, 62,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Go A.S, Mozaffarian D, Roger V.L, et al (2014), "Heart disease and stroke statistics-2014 update: a report from the American Heart Association", *Circulation*, 129(3), 28-29. doi: 10.1161/01.cir.0000441139.02102.80.
2. Shubin L, Songchao R (2021), "The prevalence of malnutrition and its effects on the all-cause mortality among patients with heart failure: A systematic review and meta-analysis", *Plos One*, 16(10), e2059300. doi: 10.1371/journal.pone.0259300.
3. Đỗ Bích Thủy (2019), *Tình trạng dinh dưỡng, khẩu phần thực tế của bệnh nhân suy tim tại Bệnh viện Tim Hà Nội năm 2018*, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Bộ Y Tế (2007), *Bảng thành phần thực phẩm Việt Nam*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
5. Giuseppe L, Fabian S.G (2020), "Global epidemiology and future trends of heart failure", *AME Medical Journal*, (5)15, 1-6. doi: 10.21037/amj.2020.03.03.
6. Trần Thị Hoàng Oanh (2022), "Tình trạng dinh dưỡng theo thang điểm đánh giá chủ quan tổng thể SGA ở NB điều trị nội trú tại Khoa Nội tim mạch - lão học, Bệnh viện Đa khoa khu vực Cam Ranh", *Tạp chí Khoa học điều dưỡng*, (5)2, 96-103. doi: 10.54436/jns.2022.02.466.
7. Nguyễn Thị Huế (2022), "Tình trạng dinh dưỡng và thực trạng nuôi dưỡng của NB suy tim cấp tại Viện Tim mạch Việt Nam 2020", *Tạp chí Nghiên cứu y học*, 149(1), 51-59. doi.org/10.52852/tncyh.v149i1.495.
8. Nguyễn Hữu Hoan (2016), *Tình trạng dinh dưỡng và thực trạng nuôi dưỡng NB tại Khoa Điều trị tích cực, Bệnh viện Bạch Mai năm 2015*, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
9. Rahman A, Jafry S, Jeejeebhoy K, et al (2016), "Malnutrition and cachexia in heart failure", *JPEN J Parenter Enteral Nutr*, 40(4), 475-486. doi: 10.1177/0148607114566854.
10. Kelly J.P, Hammill B.G, Doll J.A, et al (2016), "The potential impact of expanding cardiac rehabilitation in heart failure", *J Am Coll Cardiol*, 68(9), 977-978. doi:10.1016/j.jacc.2016.05.081.
11. McClave S.A, Taylor B.E, Martindale RG, 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.)", *JPEN J Parenter Enteral Nutr*, 40(2), 159 - 211. doi: 10.1177/0148607115621863. □