

THỰC TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA BỆNH NHÂN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH ĐIỆN BIÊN NĂM 2012

NGUYỄN ĐỖ HUY, NGUYỄN NHẬT MINH
Viện Dinh Dưỡng

TÓM TẮT:

Nghiên cứu đánh giá tình trạng dinh dưỡng (TTDD) của người bệnh trưởng thành (từ 17 đến 75 tuổi) trong bệnh viện bằng phương pháp nhân trắc và phương pháp đánh giá Toàn diện đối tượng chủ quan (Subjective Global Assessment)(SGA). Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 267 bệnh nhân tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên từ tháng 10-12/2012. Kết quả cho thấy tỷ lệ bệnh nhân thiếu dinh dưỡng trong bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên là ở mức trung bình nếu đánh giá bằng phương pháp nhân trắc (BMI), những tỷ lệ thiếu dinh dưỡng này là rất cao nếu đánh giá bằng phương pháp SGA. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$ và $p < 0,01$) về tình trạng dinh dưỡng của người bệnh khi đánh giá bằng phương pháp SGA theo giới tính, theo thời gian nằm viện và theo khoa Nội và khoa Ngoại. Tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ về SDD đều có xu hướng tăng lên theo thời gian nằm viện khi đánh giá TTDD bằng nhân trắc hay đánh giá bằng SGA. Với cách đánh giá bằng SGA thì xu hướng này rất rõ rệt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Từ khóa: Phương pháp nhân trắc, SGA, nguy cơ SDD, SDD người bệnh.

NUTRITION STATUS OF HOSPITALISED PATIENTS
AT PROVINCIAL DIEN BIEN HOSPITAL IN 2012

SUMMARY

The research evaluated nutrition status of hospitalized adult patients (from 17 to 75 year old) by anthropometrical and by SGA tool. A cross sectional study was conducted with involvement of 267 hospitalized patients at provincial Dien Bien hospital from October to December, 2012. The results show that the prevalence of malnutrition of hospitalised patients at provincial Dien Bien hospital was average prevalence by anthropometric methods ($p > 0,05$), but very high prevalence when evaluated by SGA tool ($p < 0,01$). There exist a significant differentiation with $p < 0,05$ and $p < 0,01$ of nutritional status by SGA of hospitalised patients by sex, hospital length of stay and by clinical wards. The prevalence of malnutrition (by BMI) have trend to reduce by hospital length of stay. The prevalence of malnutrition (by BMI or SGA) have trend to increase by hospital length of stay. By SGA tool, the trend of reduction was significantly with $p < 0,01$.

Keywords: Anthropometric, SGA methods, at risk and malnutrition status of hospitalised patients

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Suy dinh dưỡng (SDD) của bệnh nhân trong bệnh viện liên quan tới tăng nguy cơ mắc bệnh, tử vong và kéo dài thời gian nằm viện. SDD không chỉ là một

bệnh đơn thuần mà liên quan tới nhiều vấn đề trong bệnh viện, bằng chứng là nhiều bệnh nhân tiếp tục bị SDD trong thời gian nằm viện [1]. Một số nghiên cứu trên thế giới và ở các bệnh ở Việt Nam như Bạch Mai, bệnh viện 198, Bệnh viện Chợ Rẫy... đã sử dụng công cụ đánh giá đối tượng toàn diện chủ quan (Subjective Global Assessment) (SGA) trong đánh giá TTDD của bệnh nhân và cho thấy đây là công cụ đánh giá TTDD đặc hiệu và tin cậy, do vậy được khuyến nghị áp dụng công cụ này để hỗ trợ, bổ sung cho các phương pháp nhân trắc trong đánh giá TTDD trong bệnh viện [2],[3].

Trong năm 2012, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Thực trạng suy dinh dưỡng của bệnh nhân tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên" với mục tiêu xác định thực trạng tình hình SDD của bệnh nhân trưởng thành tại các khoa Lâm sàng (Nội và khoa Ngoại) để từ đó đưa ra những dự liệu giúp nâng cao nhận thức của cộng đồng và xã hội về hoạt động dinh dưỡng trong bệnh viện trong thời gian tới.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

1. Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân mới nhập viện, đang nằm viện, chuẩn bị ra viện có tuổi từ 17 đến 75 tuổi (trừ bệnh nhân mắc các bệnh cấp tính, cấp cứu).

2. Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả, tiến hành từ tháng 10 đến tháng 12 năm 2012 tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên.

2.1. Cỡ mẫu [4].

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

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

- p là tỉ lệ thiếu năng lượng trường diễn trong bệnh viện trung bình là 19% [1]; d là sai số cho phép là 5%, thêm 15 % bỏ cuộc $n = 267$ đối tượng.

2.2. Cách chọn mẫu: Lấy các bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn liên tiếp đến khi đủ cỡ mẫu.

3. Phương pháp nghiên cứu và kỹ thuật thu thập số liệu:

Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân được đánh giá trong thời gian ít nhất 48 giờ sau khi nhập viện bằng 2 phương pháp nhân trắc (chỉ số BMI) và SGA áp dụng cho bệnh nhân 17-75 tuổi.

* **Thu thập, đánh giá TTDD bằng số đo nhân trắc** (cân nặng, chiều cao): bằng dụng cụ tiêu chuẩn. Cân nặng: cân SECA điện tử độ chính xác 0,1 kg, cân được điều chỉnh, kiểm tra trước khi sử dụng. Chiều cao: đo bằng thước gỗ UNICEF với độ chính xác 0,1 cm. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng chỉ

số khối cơ thể BMI theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới đối với người Châu Á: Người thiếu năng lượng trường diễn khi BMI < 18,5 kg/m², thừa cân khi BMI ≥ 23 kg/m² và béo phì khi BMI ≥ 25 kg/m² [1], [4].

*** Thu thập, đánh giá TTDD bằng công cụ SGA:**

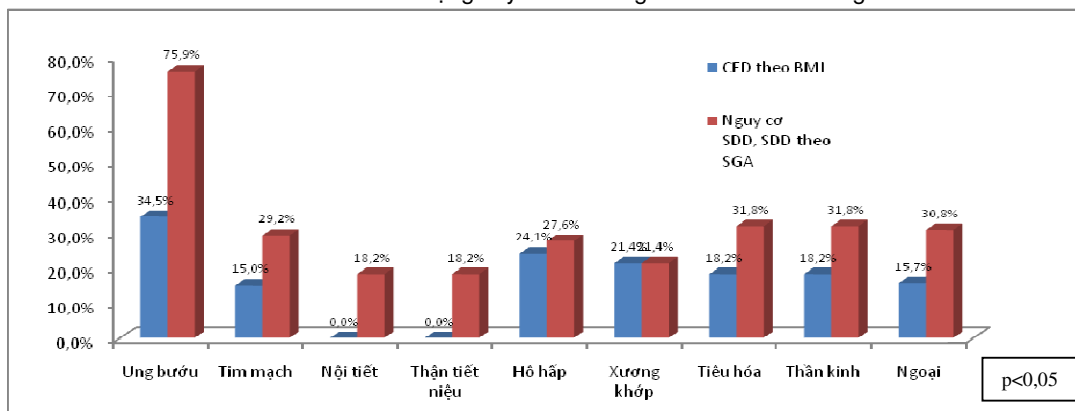
Đánh giá SDD dựa vào thay đổi cân nặng, thay đổi khẩu phần ăn, các triệu chứng dạ dày ruột kéo dài trên 2 tuần, thay đổi chức năng vận động, các bệnh mắc phải và ảnh hưởng của các sang chấn chuyển hóa do bệnh kèm theo, các dấu hiệu SDD lâm sàng (mất lớp mỡ dưới da, phù, cổ trướng). TTDD được đánh giá theo 3 mức: A: tình trạng dinh dưỡng tốt; B: Nguy cơ SDD; C: SDD nặng[1].

Phân tích thống kê: 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. 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 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 suy dinh dưỡng sẽ được tư vấn dinh dưỡng, tư vấn sức khỏe. 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.

KẾT QUẢ:

Hình 1 : Tình trạng suy dinh dưỡng theo Khoa lâm sàng



Theo đánh giá TTDD bằng nhân trắc: Tỷ lệ bệnh nhân CED rất khác nhau theo bệnh: Ung bướu là 34,5%, Hô hấp 24,1%, Tiêu hóa và Thần kinh là 18,2%, Tim mạch là 15,0%, tỷ lệ CED ở bệnh nhân khoa Ngoại là 15,7% (p < 0,05).

Theo đánh giá TTDD bằng SGA: Tỷ lệ nguy cơ suy dinh dưỡng và suy dinh dưỡng cao nhất với bệnh nhân Ung bướu (75,9%), Tiêu hóa và Thần kinh là 31,8%, Tim mạch là 29,2%, tỷ lệ CED ở bệnh nhân

Bảng 1 : Tình trạng dinh dưỡng (TTDD) theo giới tính

TTDD theo nhân trắc (BMI)	Nam giới (n= 158)	Nữ giới (n= 95)	p	Chung (n=253)
CED, n(%)	35(22,2)	12(12,6)		47(18,6)
Bình thường, n(%)	97(61,4)	66(69,5)	>0,05	163(64,4)
Thừa cân, n(%)	17(10,8)	9(9,5)		26(10,3)
Béo phì, n(%)	9(5,7)	8(8,4)		17(6,7)
TTDD theo SGA	Nam giới (n= 170)	Nữ giới (n= 97)		Chung (n=267)
Bình thường, n(%)	103(60,6)	75(77,3)		178(66,7)
Nguy cơ SDD, n(%)	61(35,9)	19(19,6)	<0,05	80(30,0)
SDD, n(%)	6(3,5)	3(3,1)		9(3,4)

Theo cách đánh giá TTDD bằng chỉ số nhân trắc: Tỷ lệ bệnh nhân thiếu năng lượng trường diễn (CED) là 18,6%, Tỷ lệ thừa cân là 10,3% và tỷ lệ béo phì là 6,7%. Ở nam giới, tỷ lệ CED là 22,2% cao hơn các tỷ lệ này ở nữ giới (12,6%). Ngược lại, nam giới có tỷ lệ thừa cân và béo phì là 16,5%, thấp hơn tỷ lệ này ở nữ giới (17,9%), sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê về với p > 0,05.

Theo cách đánh giá TTDD bằng SGA: Chỉ có 66,7% bệnh nhân có TTDD bình thường, có tới 30,0 % bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng và có 3,4% bệnh nhân bị suy dinh dưỡng. Tỷ lệ nguy cơ suy dinh dưỡng (35,9%) của nam giới cao hơn tỷ lệ này ở nữ giới (19,6%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về với p < 0,05.

khoa Ngoại là 30,8%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về với p < 0,05.

Bảng 2: Tình trạng dinh dưỡng (TTDD) theo thời gian nằm viện

TTDD theo nhân trắc (BMI)	Mới nhập viện (n= 50)	Từ 3-7 ngày (n= 135)	7 ngày (n=68)	p
CED, n(%)	8(16,0)	22(16,3)	17(25,0)	
Bình thường, n(%)	33(66,0)	92(68,1)	38(55,9)	>0,05

n(%)				
Thừa cân, n(%)	6(12,0)	14(10,4)	6(8,8)	
Béo phì, n(%)	3(6,0)	7(5,2)	7(10,3)	
TTDD theo SGA	Mới nhập viện (n= 51)	Từ 3-7 ngày (n= 142)	7 ngày (n=74)	
Bình thường, n(%)	39(76,5)	103(72,5)	36(48,6)	
Nguy cơ SDD, n(%)	8(15,7)	35(24,6)	37(50,0)	<0,01
SDD, n(%)	4(7,8)	4(2,8)	1(1,4)	

Theo đánh giá TTDD bằng nhân trắc: Tỷ lệ CED của bệnh nhân có xu hướng tăng lên theo thời gian nằm viện: mới nhập viện là 16,0%, nằm viện trong vòng 1 tuần là 16,3% và nằm viện >1 tuần là 25,0% (p>0,05). Ngược lại, xu thế thừa cân của bệnh nhân lại giảm đi theo thời gian nằm viện: mới nhập viện là 12,0%, nằm viện trong vòng 1 tuần là 10,4% và nằm viện > 1 tuần là 8,8%(p>0,05).

Theo đánh giá TTDD bằng SGA: Tỷ lệ nguy cơ SDD có xu hướng tăng lên theo thời gian nằm viện: mới nhập viện là 15,7%, nằm viện trong vòng 1 tuần là 24,6% và nằm viện >1 tuần là 50,0% (p<0,01). Ngược lại, tỷ lệ SDD có xu hướng giảm đi theo thời gian nằm viện: mới nhập viện là 7,8%, nằm viện trong vòng 1 tuần là 2,6% và nằm viện >1 tuần là 1,4% (p<0,01).

Bảng 3: Liên quan giữa chỉ số Albumin với tình trạng dinh dưỡng

Albumin/máu	TTDD theo nhân trắc (BMI)		p
	CED (n= 20)	Không CED (n= 79)	
Dưới 32 g/l, n(%)	6(30,0)	12(15,2)	>0,05
>=32 g/l, n(%)	14(70,0)	67(84,8)	
	TTDD theo SGA		p
	Nguy cơ SDD/SDD (n= 53)	Bình thường (n= 54)	
Dưới 32 g/l, n(%)	7(13,2)	13(24,1)	>0,05
>=32 g/l, n(%)	46(86,8)	41(75,9)	

Với đánh giá TTDD bằng nhân trắc: Chỉ số Albumin máu dưới 32 g/l của nhóm CED là 30,0%, cao hơn tỷ lệ này ở nhóm bình thường (15,2%) (p>0,05).

Với đánh giá TTDD bằng SGA: Chỉ số Albumin máu < 32 g/l của nhóm nguy cơ SDD và SDD là 13,2%, thấp hơn tỷ lệ này ở nhóm bình thường (24,1%),(p>0,05).

BÀN LUẬN

Đánh giá theo tiêu chuẩn BMI cho thấy thực trạng vấn đề vừa xuất hiện thiếu dinh dưỡng vừa thừa cân-béo phì ở đối tượng bệnh nhân. Tỷ lệ thiếu dinh dưỡng (BMI < 18,5) thiếu năng lượng trường diễn chiếm 18,6% cao hơn so với tỷ lệ 9 % trong nghiên cứu tại cộng đồng [6]. Có 17,0% đối tượng thừa cân-béo phì (16,5% ở nam và 17,9% ở nữ). Tỷ lệ bệnh nhân CED rất khác nhau theo bệnh, cao nhất

tại khoa Ung bướu là 34,5%, Hô hấp 24,1%, Tiêu hóa và Thần kinh là 18,2%, khoa Ngoại là 15,7%(p<0,05).

Kết quả đánh giá bằng SGA trong nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ SDD và nguy cơ SDD của bệnh nhân là rất cao (33,4%), tỷ lệ của nam giới là 39,4%, cao hơn tỷ lệ này ở nữ giới (22,7%)(p<0,05). Tỷ lệ SDD và nguy cơ SDD theo SGA là rất khác nhau theo khoa lâm sàng, nhưng nhìn chung đều cao hơn so tương đối so với tỷ lệ CED theo đánh giá bằng nhân trắc(BMI). Tỷ lệ SDD và nguy cơ SDD theo SGA cao nhất ở khoa Ung bướu (75,9%),Tiêu hóa và Thần kinh là 31,8%,Tim mạch là 29,2%, Nội tiết là 18,2%, tỷ lệ CED ở bệnh nhân khoa Ngoại là 30,8%. Kết quả này là tương đối cao, cao hơn tỷ lệ SDD ở Khoa nội tiết (14,3%) và thấp hơn tỷ lệ này ở Khoa tiêu hóa (58,5%) trong nghiên cứu tại Bệnh viện Bạch Mai(2006) [1].

Kết quả nghiên cứu này cho thấy với cả hai cách đánh giá TTDD bằng nhân trắc hay đánh giá bằng SGA, tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ về SDD đều có xu hướng tăng lên theo thời gian nằm viện. Với cách đánh giá bằng SGA thì xu hướng này rất rõ rệt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,01. Nói cách khác, thời gian nằm viện càng lâu thì nguy cơ suy dinh dưỡng càng cao, kết quả này phù hợp với nghiên cứu tìm hiểu mối liên quan giữa thời gian nằm viện, tình trạng suy dinh dưỡng ở Tây Ban Nha của Lobo Tamer và nghiên cứu của Riccardo Caccialanza năm 2009. [5],[6].

Bằng phương pháp SGA có thể thấy một tỷ lệ người bệnh có nguy cơ SDD khi nhập viện và tỷ lệ ngày càng tăng trong quá trình điều trị trong bệnh viện. Do vậy, các phương pháp đánh giá tình trạng dinh dưỡng SGA này không chỉ nên được áp dụng giúp phát hiện sớm người bệnh cần quan tâm về dinh dưỡng đồng thời áp dụng để xác định được nguy cơ suy dinh dưỡng trong thời gian nằm viện để có biện pháp phòng chống sớm và kịp thời, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị, giảm số ngày nằm viện, tiết kiệm chi phí cho người bệnh và xã hội.

KẾT LUẬN:

Tỷ lệ bệnh nhân thiếu dinh dưỡng trong bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên là ở mức trung bình nếu đánh giá bằng phương pháp nhân trắc (BMI), những tỷ lệ thiếu dinh dưỡng này là rất cao nếu đánh giá bằng phương pháp SGA: Tỷ lệ năng lượng trường diễn (CED) là 18,6% (theo nhân trắc) và tỷ lệ có nguy cơ SDD và SDD là 33,4% (theo SGA).

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05 và p<0,01) về tình trạng dinh dưỡng của người bệnh khi đánh giá bằng phương pháp SGA theo giới tính, theo thời gian nằm viện và theo khoa Nội và khoa Ngoại.

Tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ về SDD đều có xu hướng tăng lên theo thời gian nằm viện khi đánh giá TTDD bằng nhân trắc hay đánh giá bằng SGA. Với cách đánh giá bằng SGA thì xu hướng này rất rõ rệt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,01.

KIẾN NGHỊ:

- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng SGA cho bệnh nhân nên trở thành một hoạt động thường quy

trong bệnh viện. Tiếp tục có những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn về tình trạng suy dinh dưỡng và các yếu tố nguy cơ dinh dưỡng của người bệnh trong bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Thu Hương, Nguyễn Thị Lâm, Nguyễn Bích Ngọc, Trần Châu Quyên, Nghiêm Nguyệt Thu, Phạm Thắng (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, 85-91.
2. Briony Thomas, Jacki Bishop (2007). Manual of Dietetic Practice, 4th ed., Oxford, UK.
3. 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, Vol.53, issue 1 September 2005, 51-56.

4. Hà Huy Khôi, Lê Thị Hợp (2012). Phương pháp dịch tễ học dinh dưỡng. Nhà Xuất bản Y học, 57-61.

5. Lobo Tamer G, Ruiz López MD, Pérez de la Cruz AJ (2010). Hospital malnutrition: relation between the hospital length of stay and the rate of early readmissions. Med Clin (Barc). Mar 21;132(10):377-84.

6. Riccardo Caccialanza, Catherine Klersy, Emanuele Cereda, et al (2010). Nutritional parameters associated with prolonged hospital stay among ambulatory adult patients. *CMAJ November 23, 2010 vol. 182 no. 17*