KHẢO SÁT THỰC TRẠNG NGUY CƠ SUY DINH DƯỠNG CỦA NGƯỜI BỆNH NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ NĂM 2017

Phan Cảnh Chương[1], Đặng Duy Quang[1],
Lê Thị Hằng[1], Trần Thị Kim Cúc[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: *Sàng lọc hay tầm soát dinh dưỡng sớm cho người bệnh lúc nhập viện nhằm phát hiện người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng, từ đó đưa ra các giải pháp can thiệp dinh dưỡng kịp thời góp phần nâng cao chất lượng điều trị.* ***Mục tiêu:*** *Xác định tỷ lệ người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng trong 24 giờ đầu sau nhập viện và tìm hiểu các yếu tố liên quan đến nguy cơ suy dinh dưỡng của người bệnh.* ***Phương pháp nghiên cứu:*** *Điều tra cắt ngang 3113 người bệnh nội trú bằng công cụ tầm soát suy dinh dưỡng MST tại 10 khoa lâm sàng trong bệnh viện.* ***Kết quả:*** *Tỷ lệ người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng trong 24 giờ đầu sau nhập viện là 46,8%; Một số yếu tố liên quan đến nguy cơ suy dinh dưỡng là: nhóm tuổi; nghề nghiệp; nơi cư trú.* ***Kết luận:*** *Người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng chiếm tỷ lệ cao, tầm soát dinh dưỡng sớm là việc làm vô cùng cần thiết.*

Từ khóa: *Nguy cơ suy dinh dưỡng; Tầm soát dinh dưỡng MST; Bệnh viện TW Huế.*

ABSTRACT

SURVEY CURRENT SITUATION OF MALNUTRITIONAL RISKS OF INPATIENTS AT HUE CENTRAL HOSPITAL IN 2017

Phan Canh Chuong[1], Dang Duy Quang[1],
Le Thi Hang[1], Tran Thi Kim Cuc[1]

Background: *Early screening or nutritional screening for patients at admission to identify patients at risk of malnutrition, thereby providing properly nutritional interventions to improve quality of treatment.* ***Objectives****: To determine the rate of malnutrition patients in the first 24 hours after admission and to evaluate factors related to the risk of malnutrition patients.* ***Subjects and methods:*** *A cross-sectional study of 3.113 inpatients with MST malnutrition screening tool at 10 clinical departments in the hospital.* ***Results:*** *The proportion of patients at risk for malnutrition in the first 24 hours after admission was 46.8%; Some factors related to the risk of malnutrition were age group; career; residence.* ***Conclusions:*** *Patients are at high risk of malnutrition, early nutritional screening is very important and essential.*

Key words: *malnutrition risk; MST Nutrition control; Hue Central Hospital.*

1. Bệnh viện TW Huế

- Ngày nhận bài (Received): 9/3/2017; Ngày phản biện (Revised): 25/5/2017;
- Ngày đăng bài (Accepted): 15/6/2017
- Người phản hồi (Corresponding author): Phan Cảnh Chương
- Email: pcchuong@yahoo.com ; ĐT: 0914077754

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), suy dinh dưỡng là sự mất cân bằng trong cung cấp chất dinh dưỡng và năng lượng so với nhu cầu của cơ thể tại các tế bào nhằm đảm bảo sự phát triển, duy trì hoạt động các chức năng chuyên biệt của chúng.

Tổ chức Y tế thế giới đã công bố suy dinh dưỡng là mối đe dọa lớn nhất đối với sức khỏe cộng đồng và đặc biệt là đối với người bệnh. Hiện nay các nhà khoa học đã nghiên cứu và áp dụng nhiều công cụ tầm soát và đánh giá suy dinh dưỡng như tầm soát suy dinh dưỡng (Malnutrition Screening Tool - MST), đánh giá tổng thể chủ quan (Subjective Global Assessment - SGA), tầm soát nguy cơ dinh dưỡng 2002 (NRS - 2002), tầm soát suy dinh dưỡng phổ quát (MUST),... Mỗi công cụ điều có ưu và nhược điểm của nó. Theo công bố của WHO thì tỷ lệ người bệnh nội trú có nguy cơ suy dinh dưỡng trên thế giới chiếm khoảng 20-50%.

Tại Việt Nam, theo ước tính của Viện Dinh dưỡng quốc gia, tỷ lệ sàng lọc nguy cơ suy dinh dưỡng của những người bệnh nội trú trong mười năm trở lại đây tại các bệnh viện chiếm khoảng từ 30 – 60%. Tuy nhiên, có một thực tế tại Việt Nam là vấn đề dinh dưỡng lâm sàng chưa được quan tâm đúng mức ở các cơ sở khám chữa bệnh, mặc dù, sự thiếu hụt dinh dưỡng có thể làm tăng biến chứng (viêm loét, nhiễm trùng); kéo dài thời gian và tốn kém chi phí điều trị bệnh; tăng tỷ lệ nhập viện và tái nhập viện sau điều trị; tăng nguy cơ tử vong cho người bệnh lên 2-3 lần; tạo gánh nặng cho bản thân người bệnh, gia đình họ và xã hội. Không chỉ vậy, còn tạo áp lực đối với cơ sở y tế, bởi người bệnh suy dinh dưỡng có tỷ lệ biện chứng cao hơn, công tác chăm sóc, điều dưỡng tốn công, tốn người hơn, cần cung cấp nhiều thuốc, vật tư y tế hơn... và góp phần dẫn đến tình trạng quá tải bệnh viện. Vì vậy, hơn lúc nào hết, khám sàng lọc hay tầm soát dinh dưỡng sớm là việc làm vô cùng cần thiết.

Sàng lọc hay tầm soát dinh dưỡng sớm cho người bệnh lúc nhập viện nhằm phát hiện người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng, từ đó đưa ra các giải pháp can thiệp dinh dưỡng kịp thời cho người bệnh góp phần làm tăng chất lượng điều trị, sự hài lòng của người bệnh và thương hiệu của bệnh viện. Xuất phát từ những quan điểm trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng trong 24 giờ đầu sau nhập viện điều trị tại Bệnh viện Trung ương Huế.

2. Tìm hiểu các yếu tố liên quan đến nguy cơ suy dinh dưỡng của người bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Người bệnh nội trú đang điều trị tại khoa lâm sàng của Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 12/2016 đến tháng 5/2017.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Người bệnh ≥ 18 tuổi điều trị nội trú tại Bệnh viện Trung ương Huế.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh tinh thần không tỉnh táo hoặc không hợp tác.

- Người bệnh nặng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cách chọn mẫu

- Bước 1: Bốc thăm ngẫu nhiên chọn 10 khoa lâm sàng trong tổng số 56 khoa lâm sàng của bệnh viện tham gia vào nghiên cứu.

- Bước 2: Chọn người bệnh nhập viện trong giờ hành chính vào ngày thứ 2, 4, 6 trong tuần, đáp ứng đủ các tiêu chuẩn chọn mẫu tham gia vào nghiên cứu.

Bước 3: Điều tra viên thu thập thông tin về người bệnh trong 24 giờ đầu sau khi người bệnh nhập viện.

Công cụ thu thập thông tin

Chúng tôi tiến hành thu thập thông tin bằng phiếu điều tra có bộ câu hỏi lập sẵn về các thông tin phục vụ nghiên cứu, bao gồm:

- Thông tin chung: tên khoa; tuổi; giới; nghề nghiệp; nơi cư trú.

- Xác định người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng bằng công cụ tầm soát suy dinh dưỡng (Malnutrition Screening Tool – MST)

Bảng 2.1: Công cụ tầm soát suy dinh dưỡng MST

MST là công cụ đánh giá sự thay đổi cân nặng và độ ngon miệng, là hai yếu tố liên quan đến suy dinh dưỡng nhất. Công cụ dự đoán tình trạng dinh dưỡng, đơn giản, nhanh chóng và dễ thực hiện.

Câu hỏi	Trả lời	Điểm
Gần đây Anh (Chị) có sụt cân ngoài ý muốn không?		
	Không	0
	Không chắc lắm	2
	Có	Qua câu hỏi tiếp theo
Nếu có, Anh (Chị) đã sụt bao nhiêu ký? (Kg)		
	1-5	1
	6-10	2
	11-15	3
	> 15	4
Anh (Chị) có bị tình trạng ăn uống kém do giảm cảm giác ngon miệng hay không?		
	Không	0
	Có	1
	Tổng cộng*	
* Số điểm ≥ 2 người bệnh có nguy cơ bị suy dinh dưỡng		

Phương pháp thu thập thông tin

- Phỏng vấn trực tiếp người bệnh.

- Tiêu chuẩn chọn điều tra viên: điều tra viên là điều dưỡng hành chính trực tiếp nhận người bệnh vào khoa.

- Tập huấn nhóm điều tra viên:

+ Nêu rõ mục đích nghiên cứu, thái độ khi tiến hành thu thập thông tin.

+ Hướng dẫn điều tra viên sử dụng thành thạo công cụ tầm soát suy dinh dưỡng (MST).

Xử lý số liệu

- Số liệu được làm sạch trước khi đưa vào phân tích.

- Nhập số liệu bằng phần mềm EXCEL.

- Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0.

- Các số thống kê mô tả được đo lường bằng tần số và tỷ lệ %.

- Phép kiểm định χ^2 ở mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$ để xác định mối liên quan.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung		n = 3113	%
Giới tính	Nam	1.721	55,3
	Nữ	1.392	44,7
Nhóm tuổi	≤ 60	1.703	54,7
	> 60	1.410	45,3
Nơi cư trú	Nông thôn	1.450	46,6
	Thành thị	1.663	53,4
Nghề nghiệp	Nghề Nông	955	30,7
	CNVC	690	22,2
	Khác	1.468	47,2
Tổng		**3.113**	**100,0**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ người bệnh giới tính nam là 55,3% và nữ 44,7%, tỷ lệ giới tính trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Chu Thị Tuyết (Nam: 55,6%, Nữ: 44,4%).

- Tỷ lệ người bệnh > 60 tuổi là 45,5% và ≤ 60 tuổi là 54,7%.

- Tỷ lệ người bệnh sống ở nông thôn 46,6% và thành thị 53,4%.

- Nghề nghiệp của người bệnh là nghề nông chiếm 30,7%, công nhân viên chức 22,2% và nghề khác (lâm nghiệp, ngư nghiệp, buôn bán, nội trợ, tự do…) chiếm 47,2%.

3.2. Số lượng người bệnh sàng lọc nguy cơ suy dinh dưỡng của 10 khoa lâm sàng

Bảng 3.2. Số lượng người bệnh sàng lọc nguy cơ suy dinh dưỡng của 10 khoa lâm sàng

TT	Khoa	n = 3.113	%
1	Nội tiết - Thần kinh - Hô hấp	538	17,3
2	Ngoại Tiêu hóa	516	16,6
3	Nội Tiêu hóa	475	15,3
4	Nội Tổng hợp - Lão khoa	458	14,7
5	Nội Tim mạch	333	10,7
6	Ngoại Nhi - Cấp cứu Bụng	247	7,9
7	Cấp cứu Tim mạch - Can thiệp	201	6,5
8	Tai Mũi Họng	134	4,3
9	Răng Hàm Mặt	109	3,5
10	Ngoại Lồng ngực - Tim mạch	102	3,3
	Tổng	**3.113**	**100,0**

Tỷ lệ người bệnh sàng lọc nguy cơ suy dinh dưỡng khoa Nội tiết-Thần kinh-Hô hấp chiếm cao nhất 17,3% tiếp đến là khoa Ngoại Tiêu hóa 16,6%, Nội Tiêu hóa 15,3%;... chiếm tỷ lệ thấp nhất là khoa Ngoại Lồng ngực-Tim mạch 3,3%.

Tỷ lệ người bệnh sàng lọc nguy cơ suy dinh dưỡng tại các khoa lâm sàng trong nghiên cứu của chúng tôi phân bố theo các khoa lâm sàng theo nguyên tắc chọn mẫu trong phần phương pháp nghiên cứu đã nêu.

3.3. Xác định nguy cơ suy dinh dưỡng của người bệnh

Bảng 3.3. Nguy cơ suy dinh dưỡng (n = 3.113)

Nguy cơ suy dinh dưỡng	Không		Có	
	n	%	n	%
	1.659	53,3	1.454	46,7

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.3 cho thấy, người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng trong 24 giờ đầu sau khi nhập viện là 46,7%, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Whiter JP & cs [4] trên các người bệnh ngoại khoa và nội khoa nhập viện có nguy cơ suy dinh dưỡng chiếm 40%, nghiên cứu của Barbosa LR & cs [5] là 36,4%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn kết quả nghiên cứu của Gupta D & cs [6] trên những người bệnh ung thư đại trực tràng (48%); Lưu Ngân Tâm và Nguyễn Thùy An [2] trên những người bệnh phẫu thuật gan mật tụy (56,7%); Ngô Thị Linh & cs [1] trên những người bệnh phẫu thuật ung thư đại trực tràng (55,6%); Chu Thị Tuyết [3] trên các người bệnh phẫu thuật tiêu hóa chung (77,4%). Kết quả sàng lọc người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng khi nhập viện khác nhau điều này có thể giải thích là do các nghiên cứu được thực hiện với những đối tượng người bệnh khác nhau và điều kiện phát triển y tế, kinh tế của mỗi nước khác nhau nên các kết quả có thể khác nhau.

3.4. Các yếu tố liên quan giữa nguy cơ suy dinh dưỡng với đặc điểm chung của người bệnh

Bảng 3.4. Liên quan giữa nguy cơ suy dinh dưỡng với đặc điểm chung của người bệnh

Đặc điểm người bệnh		Nguy cơ suy dinh dưỡng				Thống kê (χ^2)
		Không		Có		
		n	%	n	%	
Giới tính	Nam	896	52,1	825	47,9	χ^2= 2,339 p = 0,126
	Nữ	163	54,8	629	45,2	
Nhóm tuổi	≤ 60	1.008	59,2	695	40,8	χ^2= 52,528 p = 0,001
	> 60	651	46,2	759	53,8	
Cư trú	Nông thôn	683	47,1	767	52,9	χ^2= 41,771 p = 0,001
	Thành thị	976	58,7	687	41,3	
Nghề nghiệp	Nghề nông	472	49,4	483	50,6	χ^2= 8,648 p = 0,013
	CNVC	373	54,1	317	45,9	
	Nghề khác	814	55,4	654	44,6	

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không tìm thấy mối liên quan giữa nguy cơ suy dinh dưỡng với giới tính (p>0,05).

- Tỷ lệ người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng ở nhóm người bệnh > 60 tuổi là 53,8% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm người bệnh ≤ 60 tuổi (40,8%) (p<0,05). Mỗi lứa tuổi khác nhau thường có những bệnh tật đặc trưng và có quan niệm khác nhau về vấn đề sức khỏe. Tuổi già có nhiều yếu tố nguy cơ cho việc phát sinh, phát triển bệnh tật và rất dễ suy dinh dưỡng do khó ăn, giảm khả năng hấp thu thức ăn, do nằm tại chỗ, do thiếu răng,... Điều dưỡng cần theo dõi chế độ ăn và tăng cường tư vấn về dinh dưỡng cho người bệnh và người thân người bệnh nhằm cung cấp đầy đủ chất dinh dưỡng, thức ăn phù hợp với người bệnh, với bệnh lý.

- Tỷ lệ người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng ở nông thôn là 52,9% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với người bệnh ở thành thị (41,3) (p<0,05).

- Tỷ lệ người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng làm nghề nông là 50,6% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với CNVC (45,9%) và nghề khác (44,6%) (p<0,05).

IV. KẾT LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu trên, chúng tôi đưa ra một số kết luận sau:

4.1. Nguy cơ suy dinh dưỡng của người bệnh nội trú

Tỷ lệ người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng trong 24 giờ đầu sau nhập viện là 46,8%.

4.2. Mối liên quan giữa nguy cơ suy dinh dưỡng với đặc điểm chung của người bệnh

- Không có mối liên quan giữa nguy cơ suy dinh dưỡng với giới tính (p>0,05).

- Nhóm người bệnh > 60 tuổi có nguy cơ suy dinh dưỡng cao hơn nhóm người bệnh ≤ 60 tuổi (p<0,05).

- Người bệnh sống ở nông thôn có nguy cơ suy dinh dưỡng cao hơn người bệnh sống ở thành thị (p<0,05).

- Người bệnh làm nghề nông có nguy cơ suy dinh dưỡng cao hơn CNVC và nghề khác (p<0,05).

V. KIẾN NGHỊ

1. Các cơ sở y tế có kế hoạch, lộ trình và giải pháp cụ thể để từng bước nâng cao chất lượng dinh dưỡng, tiết chế cho người bệnh nội trú (C7-83TC).

2. Khoa dinh dưỡng có kế hoạch tổ chức hướng dẫn đào tạo thực hành cho các bác sĩ, điều dưỡng về chuyên ngành dinh dưỡng lâm sàng.

3. 100% người bệnh nội trú được sàng lọc nguy cơ dinh dưỡng sớm (trước 36 giờ sau khi nhập viện) và ghi các chỉ số sàng lọc vào hồ sơ bệnh án theo đúng quy định.

4. Bác sĩ, Điều dưỡng và nhân viên y tế tăng cường tư vấn dinh dưỡng cho người bệnh đặc biệt là người bệnh lớn tuổi, làm nghề nông và ở các vùng nông thôn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Thị Linh & cs (2016). *Tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật của bệnh nhân ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức và một số yếu tố liên quan.* Tạp chí Dinh dưỡng và thực phẩm, tập 13, số 4, tr 124-130.
2. Lưu Ngân Tâm, Nguyễn Thùy An (2011). *Tình trạng dinh dưỡng trước mổ và biến chứng nhiễm trùng sau phẫu thuật gan mật tụy tại Bệnh viện Chợ Rẫy.* NXB Y học TP.Hồ Chí Minh. 4. 387-396.
3. Chu Thị Tuyết (2015). *Hiệu quả dinh dưỡng toàn diện cho người bệnh phẫu thuật ổ bụng – tiêu hóa mở có chuẩn bị tại khoa ngoại Bệnh viện Bạch Mai năm 2013*. Luận án tiến sỹ y học.
4. Mc Whirter JP, Pennington CR (1994). *The incidence and recognition of malnutrition in hospital.* BMJ. 308. 6934. 945-8
5. Barbosa LR, Lacerda-Filho A (2014). *Barbosa LC. Immediate preoperative nu-tritional status of patients with colorectal cancer: a warning.* Arq Gastroenterol.51.331-6.
6. Gupta D & cs (2005). *Prognostic signifi-cance of Subjective Global Assessment (SGA) in advanced colorectal ancer.* Eu-ropean journal of Clinical Nutrition. 59, 35-40.