

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG NGƯỜI BỆNH TRƯỚC VÀ SAU MỔ CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH PHÚ THỌ NĂM 2017 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Nguyễn Thị Lan Hương^{1*}, Nguyễn Văn Sơn¹, Nguyễn Trọng Hưng²

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ

²Viện Dinh dưỡng Quốc gia, Hà Nội

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 47 người bệnh tại khoa Ngoại Thần kinh – Bệnh viện Đa khoa Phú Thọ nhằm đánh giá tình trạng dinh dưỡng (TTDD) người bệnh trước và sau mổ chấn thương sọ não (CTSN) tại Bệnh viện Đa khoa Phú Thọ. Sử dụng phương pháp đánh giá TTDD theo phương pháp đánh giá tổng thể chủ quan-Subjective Global Assessment (SGA), BMI và các chỉ số xét nghiệm hóa sinh, huyết học. Nghiên cứu cho thấy trước phẫu thuật năm 2017: Tỷ lệ người bệnh bị suy dinh dưỡng (SDD) theo BMI; SGA; Albumin và Protein toàn phần lần lượt là 14,9%; 38,3%; 4,3%; và 17,0%. Tỷ lệ thiếu máu của người bệnh là 29,8%. Sau phẫu thuật 7 ngày tỷ lệ SDD tăng hơn so với trước phẫu thuật theo BMI là 25,5%; SGA là 42,6%; Albumin là 38,3% và Protein toàn phần là 44,7%, tỷ lệ thiếu máu tăng lên (76,6%). Số ngày điều trị trung bình 11,6 ngày. Hầu hết người bệnh được nuôi ăn đường miệng 2 ngày sau phẫu thuật (83,0%). Trong đó có 8,5% người bệnh có biến chứng viêm phổi và đều nằm ở nhóm người bệnh nằm viện lâu ngày (> 14 ngày). Có mối liên quan giữa SGA nhập viện với nhóm tuổi ($p < 0,05$), BMI nhập viện với biến chứng viêm phổi ($p < 0,05$). Người bệnh nhập viện phẫu thuật CTSN cần được đánh giá TTDD phát hiện sớm những người bệnh có nguy cơ về dinh dưỡng để tiến hành hỗ trợ can thiệp kịp thời giúp nâng cao hiệu quả điều trị.

Từ khóa: Chấn thương sọ não; suy dinh dưỡng; Albumin; thiếu máu

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương sọ não là căn bệnh nguy hiểm thường gặp do tai nạn giao thông, tai nạn lao động hoặc tai nạn sinh hoạt. Điều trị chấn thương sọ não là thử thách với người bệnh và cả người chăm sóc, quá trình này cần lâu dài và đòi hỏi nhiều yếu tố. Ngoài theo dõi bệnh theo phác đồ của bác sĩ, chế độ dinh dưỡng đóng vai trò quan trọng trong việc phục hồi chấn thương sọ não.

Hiện nay tình trạng suy dinh dưỡng protein-năng lượng là vấn đề phổ biến ở những bệnh nhân nhập viện. Theo báo cáo của hiệp hội Dinh dưỡng lâm sàng châu Âu ESPEN (2006) thì tỷ lệ suy dinh dưỡng chiếm 20 -60% bệnh nhân nằm viện, trong đó tỷ lệ suy dinh dưỡng (SDD) ở bệnh nhân phẫu thuật là 40 - 50%. Theo nghiên cứu của Phạm Thị Thu Hương

năm 2010 cho thấy, tỷ lệ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân ngoại khoa với BMI < 18,5 là 51,3% và theo SGA là 66,7% [1]. Việc phát hiện sớm suy dinh dưỡng ở bệnh nhân nhập viện và can thiệp điều chỉnh sẽ cải thiện được kết quả điều trị, giảm biến chứng và thời gian nằm viện [2].

Người bệnh sau phẫu thuật nói chung và sau mổ chấn thương sọ não nói riêng cần được bổ sung dinh dưỡng cần thiết để phục hồi nhanh hơn. Nếu cơ thể không được cung cấp đầy đủ năng lượng thì tỉ lệ tử vong và xảy ra biến chứng sẽ cao hơn. Tuy nhiên, hỗ trợ dinh dưỡng cho bệnh nhân sau phẫu thuật chấn thương sọ não nói riêng và dinh dưỡng ngoại khoa nói chung còn chưa thực sự được quan tâm một cách tích cực.

Khoa Dinh dưỡng tiết chế, Bệnh viện Đa khoa Phú Thọ được thành lập từ 01/05/2011, khoa luôn góp phần tích cực trong công tác điều

*Tác giả: Nguyễn Thị Lan Hương

Địa chỉ: Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ

Điện thoại: 0949 269 777

Email: lanhuong387@gmail.com

Ngày nhận bài: 26/06/2020

Ngày phản biện: 09/07/2020

Ngày đăng bài: 25/11/2020

trị, với các hoạt động: Cung cấp xuất ăn thường, xuất ăn bệnh lý, tư vấn chế độ dinh dưỡng cho người bệnh tại khoa và buồng bệnh, can thiệp dinh dưỡng cho những người bệnh có tình trạng về dinh dưỡng. Nghiên cứu này nhằm mang lại những lợi ích đáng kể cho người bệnh trong công tác điều trị toàn diện (góp phần giảm tỉ lệ suy dinh dưỡng, giảm tỉ lệ tử vong do suy dinh dưỡng, giảm thời gian nằm viện).

Xuất phát từ tình hình thực tế trên nghiên cứu được thực hiện tại khoa Ngoại thần kinh, Bệnh viện Đa khoa Phú Thọ nhằm mô tả tình trạng dinh dưỡng người bệnh trước và sau mổ chấn thương sọ não tại bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ năm 2017.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân nhập viện có chỉ định phẫu thuật chấn thương sọ não; thời gian nằm điều trị ≥ 7 ngày; tuổi từ 18 đến 80; bác sỹ điều trị cho phép bệnh nhân tham gia và bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Ngoại thần kinh - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ từ 01/06/2017 – 30/09/2017.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Được tính theo công thức:

$$n = Z^2 \frac{p(1-p)}{(1-\alpha/2) (p.\varepsilon)^2}$$

Trong đó: n là cỡ mẫu nghiên cứu (Người bệnh tại khoa Ngoại thần kinh có chỉ định phẫu thuật sọ não); α : Là mức ý nghĩa thống kê, lấy $\alpha = 0,05$, khi đó $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$; p = tỷ lệ bệnh nhân có tình trạng suy dinh dưỡng theo SGA

lấy từ nghiên cứu trước là $p = 0,667$ [1]; $\varepsilon =$ là sai số tương đối của nghiên cứu, lấy $\varepsilon = 0,2$. Nghiên cứu sử dụng cỡ mẫu tính theo SGA, do cỡ mẫu khi tính theo SGA là lớn hơn khi tính theo BMI.

Theo công thức trên ta tính được số đối tượng tham gia nghiên cứu là 47 đối tượng. Thực tế lấy được đủ 47 đối tượng vào nghiên cứu.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Trong nghiên cứu chúng tôi lựa chọn phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Chọn toàn bộ đối tượng nghiên cứu tới khi đủ cỡ mẫu yêu cầu.

2.6 Biến số nghiên cứu

Phân bố người bệnh theo tuổi, giới; tỷ lệ người bệnh nhập viện theo các nguyên nhân thường gặp; thời điểm bắt đầu nuôi ăn đường miệng; thời gian nằm viện; biến chứng sau phẫu thuật;

Tình trạng dinh dưỡng người bệnh theo BMI, SGA, theo các chỉ số xét nghiệm Albumin, Protein toàn phần, Hemoglobin.

Tương quan SGA và nhóm tuổi, BMI nhập viện với biến chứng viêm phổi sau phẫu thuật.

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Hàng ngày nhân viên y tế thuộc khoa Dinh dưỡng tiết chế thu thập các số liệu theo biểu mẫu thiết kế sẵn.

Các số đo nhân trắc: Các đối tượng được đánh giá tình trạng dinh dưỡng ngay sau khi nhập viện và trước phẫu thuật. Bao gồm các số đo nhân trắc (cân nặng, chiều cao, chu vi vòng cánh tay). Với bệnh nhân hôn mê: Có bảng qui đổi từ chu vi vòng cánh tay ra BMI với trường hợp không đo được cân nặng.

Chỉ số khối cơ thể (BMI) được tính bằng cân nặng (kg)/chiều cao (m)², suy dinh dưỡng được phân loại theo WHO, thiếu dinh dưỡng <18,5 (kg/m²); bình thường 18,5-24,9 (kg/m²); thừa cân 25-29,9 (kg/m²); béo phì ≥ 30 (kg/m²).

Đánh giá tổng thể chủ quan (SGA- Subject global assessment): Thu thập số liệu SGA được

thực hiện dựa trên các dấu hiệu dạ dày/ruột, thay đổi cân nặng gần đây (6 tháng và 2 tuần gần đây), thay đổi khẩu phần ăn, thay đổi vận động hiện tại, các stress liên quan đến nhu cầu dinh dưỡng, khám lâm sàng (khối cơ, lớp mỡ dưới da) [3].

Chỉ số gợi ý nhiều đến tính điểm "A" hoặc ít nguy cơ dinh dưỡng:

+ Cân nặng bình thường hoặc gần đây tăng cân trở lại.

+ Khẩu phần ăn bình thường hoặc cải thiện khẩu phần ăn.

+ Mất lớp mỡ dưới da tối thiểu hoặc không mất.

+ Không giảm khối cơ hoặc giảm tối thiểu.

Chỉ số gợi ý nhiều đến tính điểm "B" hoặc tăng nguy cơ dinh dưỡng:

+ Sụt cân tổng thể mức độ vừa đến nặng trước khi nhập viện (5 - 10%).

+ Khẩu phần ăn có thay đổi (ăn ít hơn bình thường < 50%).

+ Mất lớp mỡ dưới da, giảm nhiều hoặc mất khoảng 2cm.

Chỉ số gợi ý nhiều đến tính điểm "C" hoặc tăng nguy cơ dinh dưỡng:

+ Sụt cân rõ hoặc tiến triển (thường ít nhất 10% cân nặng bình thường).

+ Khẩu phần ăn có nhiều thay đổi (ăn ít hơn bình thường > 50%).

+ Mất lớp mỡ dưới da > 2cm, giảm khối cơ nặng.

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng chỉ số cận lâm sàng [4]: Nồng độ albumin máu, protein toàn phần được định lượng trên các máy AU2700; AU680; Cobas C501 theo nguyên lý enzyme so màu, đánh giá tình trạng thiếu máu theo phương pháp cyanmethemoglobin bằng máy Spectrophotometer qua định lượng hemoglobin máu.

Bảng 1. Phân loại tình trạng dinh dưỡng theo Albumin và phân loại thiếu máu theo Hemoglobin

	Albumin (g/l)		Hemoglobin (g/l)
Bình thường	35 - 48	Bình thường	Nữ > 130; Nam > 140
Suy dinh dưỡng nhẹ	28 - 34	Thiếu máu nhẹ	90 - 130
Suy dinh dưỡng vừa	21 - 27	Thiếu máu vừa	60 - 90
Suy dinh dưỡng nặng	< 21	Thiếu máu nặng	< 60

Protein máu

Người bình thường

Protein toàn phần 60-80g/L

Suy dinh dưỡng: Protein TP < 60 g/L

Các chỉ số hóa sinh, huyết học được lấy từ hồ sơ bệnh án tại khoa Ngoại thần kinh.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Làm sạch số liệu, nhập dữ liệu bằng phần mềm Epidata 3.1. Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 16.1. Các số trung bình, tỷ lệ % được tính toán và so sánh bằng các kiểm định thống kê thông thường trong y học. Khác biệt có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Các đối tượng tham gia nghiên cứu được cung cấp đầy đủ thông tin về mục đích, nội dung nghiên cứu và tình nguyện tham gia và cũng có thể rút khỏi nghiên cứu bất cứ khi nào, không cần lý do. Với trường hợp người bệnh hôn mê thì thông tin sẽ được cung cấp và xin ý kiến đồng ý cung cấp thông tin từ người nhà trực tiếp chăm sóc người bệnh. Nghiên cứu được hội đồng khoa học Bệnh viện Đa khoa Phú Thọ. Các số liệu nghiên cứu được bảo quản chặt chẽ, chỉ có cán bộ nghiên cứu chính được sử dụng số liệu phục vụ cho công tác nghiên cứu khoa học, viết báo cáo và cung cấp cho từng đối tượng nghiên cứu khi cần thiết.

III. KẾT QUẢ

3.1 Thông tin chung của bệnh nhân

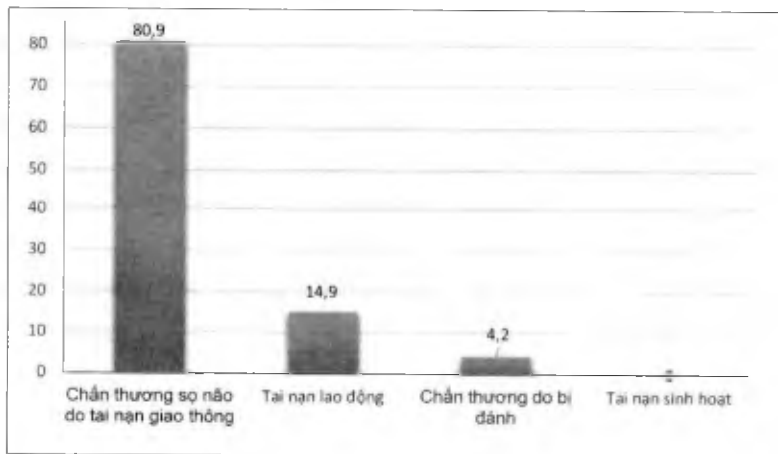
Bảng 2. Phân bố người bệnh theo nhóm tuổi và theo giới

Phân bố nhóm tuổi	n	Tỷ lệ (%)
< 30 tuổi	16	34,0
30 - 60 tuổi	21	44,7
> 60 tuổi	10	21,3
Tổng	47	100

Mean = 40,3; Min = 15; Max = 80

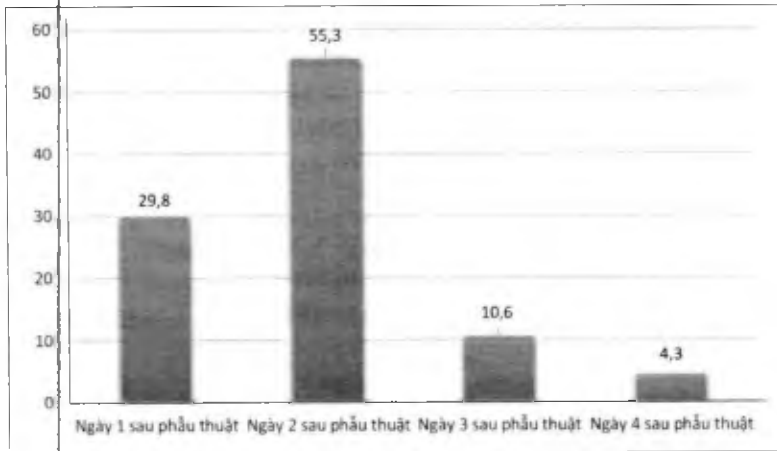
Phân bố về giới	n	Tỷ lệ (%)
Nam giới	40	85,1
Nữ giới	7	14,9
Tổng	47	100

Kết quả bảng 2 cho thấy, NB có độ tuổi trung bình là 40,3 thấp nhất là 15 tuổi và cao nhất là 80 tuổi. Trong đó chủ yếu NB ở nhóm tuổi từ 30 đến 60 tuổi (chiếm 44,7%), độ tuổi dưới 30 chiếm 34,0%, ít nhất là đối tượng trên 60 tuổi (chiếm 21,3%). Phần lớn NB trong nghiên cứu là nam giới chiếm 85,1% còn lại nữ giới chiếm 14,9%.



Hình 1. Tỷ lệ người bệnh nhập viện theo các nguyên nhân thường gặp

Hình 1 chỉ ra hầu hết người bệnh nhập viện với lý do chấn thương sọ não do tai nạn giao thông (chiếm 80,9%). Có 14,9% người bệnh chấn thương sọ não nhập viện do tai nạn lao động và có 4,2% người bệnh chấn thương sọ não nhập viện chấn thương do bị đánh.



Hình 2. Thời điểm bắt đầu nuôi ăn đường tiêu hóa sau mổ

Kết quả tại hình 2 cho thấy có 29,8% người bệnh bắt đầu ăn đường tiêu hóa sau phẫu thuật 1 ngày, có 55,3% người bệnh bắt đầu ăn đường tiêu hóa sau phẫu thuật 2 ngày và có 10,6% và 4,3% người bệnh bắt đầu ăn đường miệng sau phẫu thuật 3 và 4 ngày.

Bảng 3. Thời gian nằm viện của người bệnh

Thời gian nằm viện	n	%
≤ 7 ngày	2	4,3
8 - 14 ngày	39	83,0
> 14 ngày	6	12,8

Mean = 11,6; Min = 7; Max = 25

Kết quả bảng 3 cho thấy thời gian nằm viện trung bình là 11,6 ngày. Thời gian nằm viện ngắn nhất là 7 ngày và thời gian nằm viện dài nhất là 25 ngày. Trong đó người bệnh chủ yếu có thời gian nằm viện trong khoảng từ 8 – 14 ngày (chiếm 83%).

3.2 Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh

Bảng 4. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh theo BMI, SGA trước và sau phẫu thuật 7 ngày

Chỉ số đánh giá dinh dưỡng	Ngưỡng đánh giá	Trước phẫu thuật		Sau phẫu thuật	
		n	%	n	%
BMI	BMI < 18,5	7	14,9	12	25,5
	18,5 ≤ BMI ≤ 25	37	76,6	33	70,2
	BMI > 25	4	8,5	2	4,3
SGA	SGA - A	29	61,7	27	57,4
	SGA - B	15	31,9	8	17,1
	SGA - C	3	6,4	12	25,5

Kết quả bảng 4 cho thấy, theo đánh giá BMI có 14,9% người bệnh bị suy dinh dưỡng trước phẫu thuật. Sau phẫu thuật 7 ngày, người bệnh bị suy dinh dưỡng theo BMI tăng lên 25,5%.

Theo đánh giá SGA, trước phẫu thuật có 38,3% người bệnh bị suy dinh dưỡng, sau phẫu thuật tỷ lệ người bệnh bị suy dinh dưỡng tăng lên 42,6%.

Bảng 5. Tình trạng dinh dưỡng và thiếu máu người bệnh theo các chỉ số Albumin, Protein TP, Hemoglobin trước và sau phẫu thuật 7 ngày

Tình trạng dinh dưỡng		Trước phẫu thuật		Sau phẫu thuật 7 ngày	
		n	%	n	%
Albumin	Suy dinh dưỡng	2	4,3	18	38,3
Protein toàn phần	Suy dinh dưỡng	8	17,0	21	44,7
Hemoglobin	Thiếu máu	14	29,8	36	76,6

Kết quả bảng 5 chỉ ra trước phẫu thuật, người bệnh bị SDD theo albumin là 4,3%, theo protein TP là 17,0%, người bệnh bị thiếu máu theo Hb là 29,8%. Sau phẫu thuật 7 ngày tỷ lệ SDD tăng hơn so với trước phẫu thuật theo

albumin là 38,3%, protein TP là 44,7%. Tình trạng thiếu máu sau phẫu thuật tăng hơn theo hemoglobin là 76,6%.

3.3 Các yếu tố liên quan

Bảng 6. Tương quan tình trạng dinh dưỡng SGA và nhóm tuổi

Nhóm tuổi	SGA nhập viện			Tổng	p
	A	B	C		
< 30	9	5	1	15	0,01
30 - 60	12	16	1	29	
> 60	0	0	3	3	
Tổng	16	21	10	47	

Kết quả bảng 6 cho thấy nhóm tuổi > 30 tuổi nhập viện do CTSN thì có nguy cơ dinh dưỡng cao hơn nhóm dưới 30 tuổi, thể hiện mối tương

quan giữa đánh giá SGA nhập viện với nhóm tuổi ($p < 0,05$).

Bảng 7. Tương quan BMI nhập viện và biến chứng viêm phổi sau phẫu thuật

BMI nhập viện	Viêm phổi		Tổng	p
	Có	Không		
< 18,5	3	4	7	0,02
18,5 - 22,9	1	35	36	
> 23	0	4	4	
Tổng	4	43	47	

Bảng 7 cho thấy người bệnh có BMI <18,5 có biến chứng viêm phổi nhiều hơn nhóm có BMI ≥ 18,5 (p<0,05).

IV. BÀN LUẬN

Suy dinh dưỡng thường gặp ở những trường hợp người bệnh trước và sau phẫu thuật. Kết quả nghiên cứu tại bảng 1 cho thấy, theo đánh giá BMI có 14,9% người bệnh bị suy dinh dưỡng và có 1 người bị thừa cân trước phẫu thuật chiếm 2,1%. Sau phẫu thuật 7 ngày, có 17,0% người bệnh bị suy dinh dưỡng theo BMI. Kết quả nghiên cứu này có tỷ lệ thấp hơn so với kết quả nghiên cứu về tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân nằm viện tại khoa Ngoại của bệnh viện Bạch Mai năm 2013 (39,2%) [5] hay theo nghiên cứu của Lưu Ngân Tâm và cộng sự (2011) tỷ lệ suy dinh dưỡng của bệnh nhân trước phẫu thuật là 25,8% theo phương pháp đánh giá BMI [6]. Tỷ lệ người bệnh bị CTSN có tình trạng SDD khi nhập viện theo BMI thấp hơn so với tỷ lệ người bệnh phẫu thuật ngoại khoa nói chung có thể do đặc thù người bệnh thường nhập viện phẫu thuật cấp cứu khá cao nên tỷ lệ người bệnh có tình trạng dinh dưỡng kém trước nhập viện có thể thấp hơn các phẫu thuật có chuẩn bị khác.

Bên cạnh việc đánh giá theo theo chỉ số nhân trắc thì việc đánh giá tình trạng dinh dưỡng người bệnh qua các chỉ số xét nghiệm sinh hóa, huyết học cũng được thực hiện. Kết quả tại hình 1 chỉ ra trước phẫu thuật người bệnh có tình trạng dinh dưỡng kém theo chỉ số albumin là 4,3%, theo protein TP là 20%. Sau phẫu thuật 7 ngày tỷ lệ SDD và thiếu máu đều tăng hơn so với trước phẫu thuật theo albumin là 14,9%, protein TP là 38,3%, theo hồng cầu là 49%, theo hemoglobin là 86,7%. Điều này có thể do việc mất nhiều máu, dịch và năng lượng qua ca đại phẫu cộng thêm việc bổ sung dinh dưỡng chưa đáp ứng đủ nhu cầu khiến cho tỷ lệ bệnh nhân bị suy dinh dưỡng cũng như tình trạng thiếu máu ở những bệnh nhân nguy cơ tăng lên.

Kết quả nghiên cứu tại hình 2 cho thấy trước phẫu thuật có 40,4% người bệnh có nguy cơ SDD/SDD vừa và nặng (SGA – B và SGA –

C) và sau phẫu thuật tỷ lệ người bệnh bị SDD tăng lên 44,7%. Tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của tác giả Chu Thị Tuyết tại khoa Ngoại bệnh viện Bạch Mai cho tỷ lệ SDD trên bệnh nhân phẫu thuật ổ bụng là 46% (năm 2013) hay theo nghiên cứu của Lưu Ngân Tâm, tỷ lệ bệnh nhân SDD trước phẫu thuật gan, mật ở bệnh viện Chợ Rẫy là 50% [6]. Có thể do đặc thù từng loại hình phẫu thuật ngoại khoa khác nhau mà tỷ lệ cũng sẽ có sự khác biệt.

Quan điểm trước kia chưa cho bệnh nhân ăn bằng đường tiêu hóa ở giai đoạn đầu: Thời gian 1 - 2 ngày sau khi mổ, chờ bệnh nhân trung tiện được mới bắt đầu cho ăn, chủ yếu bù nước, điện giải, cung cấp glucid, đảm bảo đủ lượng calo cần thiết nuôi dưỡng cơ thể, làm giảm giáng hoá protein. Ngày nay, người ta thấy rằng cho ăn muộn không có lợi cho bệnh nhân. Các nghiên cứu cũng chỉ ra dinh dưỡng đường ruột sớm có tác dụng làm phục hồi nhanh các nhung mao ruột, làm tăng miễn dịch, giảm thủng ruột vi khuẩn, giảm biến chứng, giảm thời gian nằm viện [7]. Trong nghiên cứu này (Bảng 3) cho thấy có 25,5% bệnh nhân bắt đầu ăn đường tiêu hóa sau phẫu thuật 1 ngày, có 61,7% người bệnh bắt đầu ăn đường tiêu hóa sau phẫu thuật 2 ngày và có 12,8% bệnh nhân bắt đầu ăn đường miệng sau phẫu thuật từ 2 ngày trở lên. Nghiên cứu trên lâm sàng cho thấy cung cấp đầy đủ dinh dưỡng ngay trong giai đoạn sau phẫu thuật làm cải thiện tình trạng lành vết thương, chức năng của cơ và làm giảm tỉ lệ nhiễm trùng [8]. Kết quả nghiên cứu cho thấy hầu hết người bệnh đều được nuôi ăn đường tiêu hóa 1 đến 2 ngày sau mổ, trường hợp nặng cần theo dõi thêm bác sĩ mới chỉ định cho ăn đường tiêu hóa sau 2 ngày, 100% bệnh nhân sau phẫu thuật đều được hỗ trợ dinh dưỡng tĩnh mạch. Điều này chứng tỏ các bác sĩ hệ ngoại cũng đã có chú ý đến chế độ dinh dưỡng sớm cho bệnh nhân sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Trước phẫu thuật tỷ lệ người bệnh bị SDD còn khá cao: Theo BMI là 14,7%, theo SGA là 40,4%, theo albumin là 4,3%, theo protein

TP là 20%. Bên cạnh đó NB có tỷ lệ thiếu máu theo Hb là 71,7%. Sau phẫu thuật 7 ngày tỷ lệ SDD tăng hơn so với trước phẫu thuật theo BMI là 17%, theo SGA là 44,7%, albumin là 14,9%, protein TP là 38%, tỷ lệ thiếu máu tăng lên theo hemoglobin là 86,7%. Số ngày điều trị trung bình 11,6 ngày. Hầu hết người bệnh được nuôi ăn đường miệng 2 ngày sau phẫu thuật (61,7%). Trong đó có 8,5% bệnh nhân có biến chứng viêm phổi và đều nằm ở nhóm người bệnh nằm viện lâu ngày (> 14 ngày). Có mối quan hệ giữa SGA nhập viện và nhóm tuổi ($p < 0,05$), BMI nhập viện với biến chứng viêm phổi ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thùy An. Tình trạng dinh dưỡng và biến chứng nhiễm trùng sau phẫu thuật trong bệnh lý gan mật tụy. Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ điều dưỡng. Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh. TP Hồ Chí Minh. 2010.
2. Studley HO. Percentage weight loss, a basic indicator of surgical risk in patients with chronic peptic ulcer 1936. JAMA. 1936; 106: 458-460.
3. Dest, et al. Predicting nutrition associated complication for patients undergoing gastrointestinal surgery. JPEN J parenter Enteral Nutr. 1987; 11: 440-446.
4. Bộ Y tế-Viện Dinh dưỡng. Dinh dưỡng lâm sàng. Nhà xuất bản Y học. 2019: 60-64.
5. Chu Thị Tuyết, Nguyễn Thị Lâm, Phạm Thị Thu Hương, Đinh Thị Kim Liên. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân trước phẫu thuật ổ bụng – tiêu hóa tại khoa Ngoại bệnh viện Bạch Mai năm 2013. Tạp chí Y học dự phòng. 2014; 24 (8): 52 – 56.
6. Lư Ngân Tâm. Tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân lúc nhập viện tại bệnh viện Chợ Rẫy. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh. 2011; 14(2): 440-443.
7. Gianotti L, Alexander JW, Nelson JL. Role of early enteral feeding and acute starvation on posburn bacterial translocation and host defense: prospective, randomized trials. Crit Care Med. 1994; 22: 265-72.
8. Saito H, Trocki O, Alexander JW. The effect of route of nutrient administration on the nutritional state, catabolic hormone secretion, and gut mucosal integrity after burn injury. JPEN. 1987; 11: 1-7.
9. Schneider SM, Veyres P, Pivot X, et al. Malnutrition is an independent factor associated with nosocomial infections. British Journal of Nutrition. 2004; 92: 105-11.

NUTRITION STATUS AND SOME RELATED FACTORS IN PATIENTS BEFORE AND AFTER SURGERY FOR TRAUMATIC BRAIN INJURY AT THE DEPARTMENT OF NEUROLOGY - PHU THO GENERAL HOSPITAL IN 2017

Nguyen Thi Lan Huong¹, Nguyen Van Son¹, Nguyen Trong Hung²

¹*Phu Tho Provincial General Hospital*

²*National Institute of Nutrition, Hanoi*

A cross-sectional descriptive study was conducted on 47 patients at the Department of Neurology - Phu Tho General Hospital to evaluate the nutritional status of patients before and after surgery for traumatic brain injury at the Department of Neurology - Phu Tho General Hospital. Using nutritional assessment method according to Subjective Global Assessment (SGA), BMI and biochemical and hematology indicators. The study showed that before surgery in 2017: the rate of malnourished patients (SDD) according to BMI; SGA; Albumin and total protein are 14.9%; 38.3%; 4.3%; and 17.0%. The rate of anemia of the patient is 29.8%. 7 days after surgery, malnutrition rate increased by 25.5% compared to before surgery by BMI; SGA was 42.6%; Albumin

was 38.3% and total protein was 44.7%, anemia rate increased (76.6%). The average number of treatment days was 11.6 days. Most patients were fed orally 2 days after surgery (83.0%). In which 8.5% of patients with pneumonia complications and are in the group of patients hospitalized for a long time (> 14 days). There was a relationship between hospitalized SGA and age group ($p < 0.05$), BMI of patients when admitted with pneumonia complications ($p < 0.05$). Patients who are admitted to traumatic brain injury surgery should be assessed for early detection of the risk of malnutrition to conduct timely intervention support to improve the effectiveness of treatment.

Keywords: Traumatic brain injury; SGA; nutrition evaluation