

DINH DƯỠNG CHO BỆNH NHÂN COVID-19 NẶNG ĐIỀU TRỊ TẠI ICU THEO HƯỚNG DẪN CỦA ESPEN VÀ ASPEN

Lê Thị Hương¹, Nguyễn Thuỳ Linh², Dương Thị Phương³

Đại dịch COVID-19 đang đặt ra những thách thức và mối đe dọa chưa từng có đối với hệ thống y tế trên toàn thế giới. Biến chứng suy hô hấp cấp tính cần chăm sóc đặc biệt tại ICU là nguyên nhân chính gây tử vong ở bệnh nhân COVID-19. Tỷ lệ tử vong cao hơn ở nhóm các đối tượng suy giảm miễn dịch, cụ thể là người lớn tuổi, người mắc nhiều bệnh lý phối hợp và người suy dinh dưỡng. Phòng ngừa, chẩn đoán và điều trị suy dinh dưỡng nên được thường xuyên đưa vào quản lý bệnh nhân COVID-19.

Sàng lọc và Đánh giá tình trạng dinh dưỡng:

Những bệnh nhân có tình trạng sức khoẻ kém và tỷ lệ tử vong cao sau khi nhiễm SARS-COV-2, cụ thể là người lớn tuổi và người mắc nhiều bệnh đi kèm, cần được xem xét tình trạng suy dinh dưỡng thông qua sàng lọc và đánh giá. Sàng lọc nguy cơ dinh dưỡng bằng bộ công cụ MUST hoặc NRS-2002. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng bộ công cụ SGA, MNA cho người già, NUTRIC cho bệnh nhân ICU chăm sóc tích cực; ngoài ra Hiệp hội dinh dưỡng lâm sàng thế giới cũng đề xuất GLIM 2018 (Global Leadership Initia-

tive on Malnutrition) để đánh giá tình trạng dinh dưỡng. Hạn chế vào phòng bệnh để đánh giá tình trạng dinh dưỡng vì nguy cơ lây nhiễm và để tiết kiệm áo bảo hộ. Khám dinh dưỡng nên thực hiện qua thông tin khám lâm sàng chung của bác sĩ điều trị. Có thể khai thác thông tin qua bệnh nhân, người nhà, bác sĩ điều trị qua telehealth (điện thoại, gọi video call, camera...). Đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng các phương pháp nhân trắc, bộ công cụ và cận lâm sàng theo hướng dẫn cho người bệnh ICU.

Hướng dẫn này tập trung vào quản lý dinh dưỡng trong 3 giai đoạn:

- Trước khi đặt ống nội khí quản
- Trong thời gian đặt ống nội khí quản
- Sau khi rút ống nội khí quản

1. Trước khi đặt nội khí quản

Dinh dưỡng qua đường tiêu hóa nên được thực hiện sớm trong 24-36 h sau khi nhập ICU. Nếu bệnh nhân không đạt được mục tiêu năng lượng bằng chế độ ăn uống, nên bổ sung dinh dưỡng bằng miệng (ONS) trước và sau đó điều trị dinh dưỡng qua đường ruột. Nếu có những hạn chế đối với đường ruột, có thể dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch ngoại vi.

¹GS.TS.- Viện Đào tạo YHDP-YTCC, ĐHYHN

²Trường ĐH Y Hà Nội

³BS. – Bệnh viện ĐH Y Hà Nội

Ngày gửi bài: 1/4/2020

Ngày phản biện đánh giá: 15/4/2020

Ngày đăng bài: 29/4/2020

2. Thở máy

Với bệnh nhân được đặt ống NKQ, nên bắt đầu dinh dưỡng qua ống thông mũi dạ dày trong 12 h sau khi đặt ống.

- **Xác định nhu cầu năng lượng:** đo gián tiếp bằng máy đo IC (Indirect Calometry). Nếu không có IC, dùng VO₂ (tiêu thụ oxy) từ ống thông động mạch phổi hoặc VCO₂ từ máy thở hoặc 15-20 kcal/kg cân nặng trong giai đoạn cấp và tăng dần lên 30 kcal/kg cân nặng sau 4-7 ngày. Dinh dưỡng năng lượng thấp (không vượt quá 70%) nên được sử dụng trong giai đoạn cấp tính và tăng lên 80-100% sau 3 ngày.

- **Nhu cầu protein:** Khuyến cáo của ESPEN: 1,3 g/kg/ngày; khuyến cáo của ASPEN: 1,2-2 g/kg/ngày. Mức protein nên được điều chỉnh theo tình trạng bệnh.

Đối với những người béo phì, theo ESPEN, sử dụng 1,3 g protein/kg cân nặng hiệu chỉnh/ngày. Cân nặng hiệu chỉnh = cân nặng lý tưởng + (cân nặng thực tế - cân nặng lý tưởng) × 0,33.

- **Đường nuôi dưỡng:** nuôi ăn đường ruột (EN) luôn được ưu tiên. Nếu không dung nạp, cho thuốc prokinetic làm tăng nhu động ruột hoặc đặt sonde sau môn vị. Ưu tiên sử dụng phương pháp cho ăn nhỏ giọt hoặc bơm ăn liên tục, không cho ăn kiểu bolus ngắt quãng. Cho ăn liên tục còn giúp giảm nguy cơ phổi nhiễm với người bệnh. Có thể kéo dài dây nuôi dưỡng ra ngoài phòng để chỉnh tốc độ.

Nuôi dưỡng đường tĩnh mạch được xem xét khi bệnh nhân không dung nạp

đường ruột trong 7 ngày đầu nằm ICU và đã sử dụng các biện pháp tối ưu hóa đường ruột.

Đường huyết nên được duy trì ở mức trong khoảng 6-8 mmol/l, cùng với việc theo dõi Triglycerid máu và chất điện giải bao gồm photphas, kali, magie.

- Công thức nuôi dưỡng: nên sử dụng công thức chuẩn với nồng độ protein cao (>20%). Nếu tình trạng dung nạp kém, sử dụng công thức đậm thủy phân thành các peptid và tỷ lệ MCT/LCT cao. Chất xơ không được thêm vào cho đến khi tình trạng tiêu hóa được cải thiện.

Khi sử dụng lipid truyền tĩnh mạch nên hạn chế các lipid có nguồn gốc dầu đậu nành vì làm tăng nguy cơ tạo ra các chất gây viêm. Nên sử dụng các dung dịch lipid có nguồn gốc từ dầu cá hoặc dầu olive như Smoflipid 20% hoặc Clinoleic 20%.

Đối với một số trường hợp đặc biệt:

- Bệnh nhân ARDS thông khí tư thế nằm sấp: nên dinh dưỡng đường tiêu hóa sớm cho người bệnh ARDS thông khí tư thế nằm sấp vì không làm tăng nguy cơ hít sặc và biến chứng GI. Nên giữ ở tư thế đầu giường nâng cao 10-25 độ giúp giảm nguy cơ hít sặc, phù mắt và tăng áp lực ổ bụng.

- Bệnh nhân chạy ECMO – tuần hoàn ngoài cơ thể: bệnh nhân ECMO có nguy cơ bị trì hoãn làm rỗng dạ dày và thiếu máu ruột cục bộ. Nên sử dụng dinh dưỡng qua sonde bắt đầu từ liều thấp (trophic) từ 10-20 kcal/giờ sau đó tăng dần và đạt mục tiêu sau tuần đầu tiên.

3. Sau thở máy và chứng khó nuốt

Bệnh nhân sau khi rút ống có tỷ lệ cao mắc rối loạn nuốt và các vấn đề về nuốt, thực phẩm dạng mềm “thay đổi cấu trúc” (texture) (có độ gắn kết cao, độ bám dính thấp, tính biến dạng cao) nên được xem xét sử dụng sau khi rút ống. Nếu việc nuốt là không an toàn, nên dinh dưỡng qua đường ruột. Trong trường hợp có nguy cơ hít sặc cao, xem xét đặt ống thông sau môn vị (postpyloric), hoặc dinh dưỡng tĩnh mạch trong quá trình tập phục hồi chức năng nuốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rocco Baraxxonni, Stephan C. Bischoff, et al (2020). Espen expert statements and practical guidance for nutritional management of individuals with Sars-Cov-2 infection. *Clinical Nutrition*.
2. Robert Martindale, Jayshil J. Patel, et al (2020). Nutrition therapy in the patient with COVID-19 disease requiring ICU care. *Society of Critical care medicine*. Update March 30, 2020.