

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA NGƯỜI BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH THEO CÔNG CỤ SGA TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103 NĂM 2015

Nguyễn Đỗ Huy¹ Vương Thị Hương Giang²
Nguyễn Đăng Trường²

Người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) khi nằm viện thường bị suy dinh dưỡng. Suy dinh dưỡng (SDD) khi nằm viện làm tăng nguy cơ mắc bệnh, kéo thời gian nằm viện và tử vong. **Mục tiêu:** Xác định tình trạng dinh dưỡng ở người bệnh COPD trong 48 giờ đầu nhập khoa và khi xuất khoa bằng công cụ đánh giá chủ quan toàn diện (SGA). **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến hành từ tháng 12/2014 đến tháng 5/2015 tại khoa AM3 Bệnh viện Quân Y 103, với tổng số 96 người bệnh. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của người bệnh trong nghiên cứu là $67,2 \pm 6,6$ tuổi. Khi nhập khoa có 58,3% số người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng mức độ vừa (SGA-B), 11,5% suy dinh dưỡng mức độ nặng (SGA-C). Trong số các bệnh nhân có SGA-B chủ yếu gặp các triệu chứng teo cơ mức độ vừa/nhẹ (50%), stress chuyển hóa nhẹ/vừa 45,8%. Bệnh nhân SGA-C tập trung chủ yếu 4 triệu chứng: thay đổi cân nặng trong 6 tháng với mức > 10% (31,2%), teo cơ nặng (13,5%) và mất lớp mỡ dưới da nặng (11,4%), giảm khẩu phần ăn mức nhiều và nặng (10,4%). Khi xuất khoa có 5 người bệnh thuộc nhóm SGA-B khi nhập khoa tiếp tục suy dinh dưỡng nên tình trạng dinh dưỡng khi xuất khoa ở nhóm SGA-B là 53,1% và SGA-C là 16,7%. Có sự khác biệt về tỷ lệ suy dinh dưỡng giữa nhập khoa với xuất khoa ($p < 0,001$, Fisher). **Kết luận:** Theo công cụ SGA, tỷ lệ người bệnh COPD có nguy cơ suy dinh dưỡng khi nhập khoa là 69,8%. Tỷ lệ người bệnh COPD suy dinh dưỡng nặng tăng theo thời gian nằm viện.

Từ khóa: Suy dinh dưỡng của bệnh nhân nằm viện, công cụ SGA, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), Bệnh viện Quân Y 103.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (Chronic Obstructive Pulmonary Disease - COPD) là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ tư trên thế giới, dự kiến đứng thứ ba đến năm 2030 [1]. Dinh dưỡng được coi là một trong các yếu tố điều trị không dùng thuốc cho người bệnh COPD [2]. Người ta thường dùng BMI để đánh giá tình trạng dinh dưỡng (TTDD), tuy nhiên chỉ số này thực tế không phản ánh toàn diện

các yếu tố tác động tới dinh dưỡng và thành phần cơ thể [3].

Vì lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm xác định tình trạng dinh dưỡng của người bệnh COPD đang điều trị đợt cấp tại viện từ đó phát hiện kịp thời các vấn đề dinh dưỡng của người bệnh COPD, góp phần nâng cao chất lượng điều trị và chăm sóc, giảm thiểu thời gian nằm viện cũng như chi phí chi trả cho điều trị.

¹PGS. TS. Viện Dinh dưỡng
Email: nguyendohuy1965@yahoo.com

²ThS. Cao đẳng Y Hà Đông

Ngày gửi bài: 6/1/2020
Ngày phản biện đánh giá: 15/1/2020
Ngày đăng bài: 25/2/2020

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: Tính cỡ mẫu theo công thức[9]

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

Chọn $\alpha=0,05$ khi đó $Z_{2(1-\alpha/2)} = 1,96$, $d = 10\% = 0,1$, để đảm bảo tính đại diện nghiên cứu này ước tính tỷ lệ suy dinh dưỡng ở người bệnh COPD là 50% ($p = 0,5$). Tính được $n = (1,96 * 1,96 * 0,5 * 0,5) / 0,1 * 0,1 = 96$ (người bệnh) [9].

2. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu này chọn tất cả người bệnh đến khám và điều trị nội trú tại khoa AM3 được chẩn đoán là COPD trong độ tuổi từ 40 - ≤ 75 tuổi cho đến khi đủ cỡ mẫu. Đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu.

3. Thời gian, địa điểm nghiên cứu:

Nghiên cứu tiến hành từ tháng 12/2014 đến tháng 5 năm 2015 tại khoa AM3 (khoa Lao và bệnh phổi) – Bệnh viện Quân Y 103.

4. Phương pháp và kỹ thuật thu thập số liệu:

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng công cụ đánh giá chủ quan toàn diện SGA (Subjective Global Assessment),

người nghiên cứu tiến hành phỏng vấn và khám theo các bước của công cụ SGA trong vòng 48 giờ người bệnh nhập khoa và trong vòng 24 giờ khi người bệnh xuất khoa.

Công cụ SGA được sử dụng theo bản dịch của Viện dinh dưỡng Việt Nam.

5. Các chỉ tiêu đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh:

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng phương pháp SGA theo hướng dẫn của Detsky. Kết quả đánh giá dinh dưỡng được phân thành 3 loại dựa vào tỷ lệ lớn nhất giữa ba loại A/B/C. SGA là kỹ thuật lâm sàng để đánh giá tình trạng dinh dưỡng và suy dinh dưỡng 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 stress chuyển hóa, các dấu hiệu lâm sàng dinh dưỡng (mất lớp mỡ dưới da, phù, cổ chướng). Mỗi chỉ số được phân thành 3 loại: dinh dưỡng tốt (mức độ A), suy dinh dưỡng nhẹ/vừa (mức độ B), và suy dinh dưỡng nặng (mức độ C) [4,5]. Kết luận tình trạng dinh dưỡng dựa trên tỷ lệ cao nhất giữa ba loại loại SGA. Nếu có sự bằng nhau giữa loại SGA - A với loại SGA - B hoặc bằng nhau giữa loại SGA - B với loại SGA - C thì đều kết luận thuộc nhóm SGA – B.

6. Phân tích xử lý số liệu:

Số liệu được nhập bằng phần mềm Epi data 3.1. Sau đó tất cả thống kê đều được xử lý bằng phần mềm STATA 12.0.

III. KẾT QUẢ

1. Thông tin chung của người bệnh

Bảng 1: Đặc điểm về tuổi và thời gian nằm viện của đối tượng nghiên cứu (n=96)

Đặc điểm	Tần suất	Tỷ lệ %	Trung bình (thấp nhất-cao nhất)
Tuổi	96	100	
< 65	28	29,1	67,2 ± 6,6 (48-75)
65-70	28	29,1	
>70	40	41,6	
Ngày nằm viện	96	100	
<11 (ngày)	59	61,4	10,0 ± 2,7 (4-18)
≥11 (ngày)	37	38,5	

Kết quả Bảng 1 cho thấy: Bệnh nhân COPD nằm viện trên 70 tuổi chiếm 41,6%, số còn lại chia đều cho 2 nhóm tuổi, nhóm dưới 65 tuổi (29,1%) và nhóm từ 65 – 70 tuổi (29,1%). Độ tuổi trung bình của người bệnh trong nghiên cứu là 67,2 ± 6,6 tuổi. Số bệnh nhân

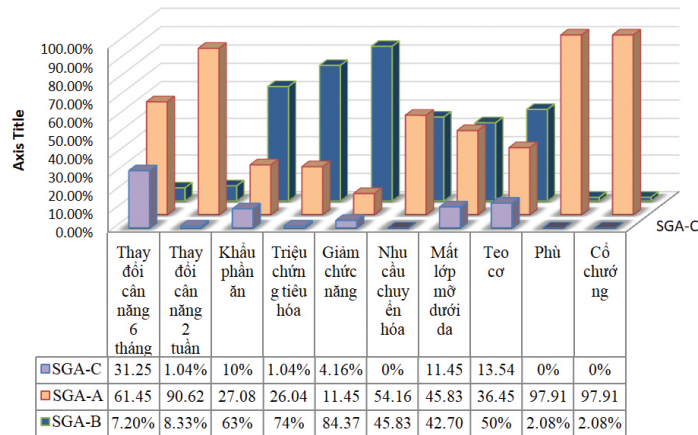
nằm viện dưới 11 ngày nhiều gấp rưỡi số bệnh nhân nằm trên 11 ngày điều trị tại viện, với số ngày nằm viện trung bình là 10,0 ± 2,7 ngày. Người nằm lâu nhất kéo dài trong 18 ngày và ngắn nhất chỉ với 4 ngày.

2. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân đánh giá bằng SGA

Bảng 2. Đặc điểm tỷ lệ dinh dưỡng (SGA) khi nhập khoa

Phân loại SGA	Tần suất	Tỷ lệ (%)
SGA - A (Không SDD)	29	30,2
SGA - B (SDD mức nhẹ/vừa)	56	58,3
SGA - C (SDD nặng)	11	11,4

Kết quả bảng 2 cho thấy: Chỉ có 30,2% số bệnh nhân COPD trong nghiên cứu là không SDD (SGA-A). 11,4% SDD mức độ nặng (SGA-B), số còn lại có nguy cơ SDD ở mức độ nhẹ và vừa (SGA-B).

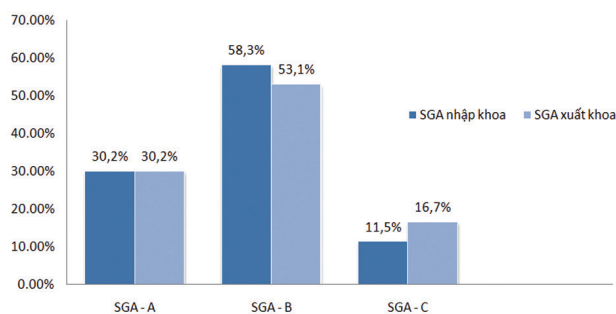


Hình 1: Biểu hiện lâm sàng về tình trạng suy dinh dưỡng theo SGA của người bệnh COPD khi nhập khoa (%)

Nhận xét:

Các đối tượng trong nhóm SGA A có 97,9% không có phù và cổ chướng, 90,6% không thay đổi cân nặng trong 2 tuần. Nhóm các bệnh nhân không thay đổi cân nặng trong 6 tháng và không có stress chuyển hóa thấp hơn lần lượt là 61,4% và 54,1%. Nhóm SGA-B có các triệu chứng với tần suất xuất hiện cao hơn. Cụ thể, 84,3% giảm khả năng chức năng mức nhẹ/vừa, 74% có triệu chứng hệ tiêu hóa mức nhẹ/vừa, 62,5% giảm khẩu phần

ăn mức nhẹ/vừa. Các bệnh nhân có triệu chứng teo cơ mức độ nhẹ/vừa và có stress chuyển hóa nhẹ/vừa thấp hơn (50% và 45,8%). Số người thay đổi cân nặng trong 6 tháng qua rất ít chỉ với 7,20%. Trong số những bệnh nhân SGA-C tập trung chủ yếu 4 triệu chứng thay đổi cân nặng trong 6 tháng với mức > 10% (31,2%), teo cơ nặng (13,5%) và mất lớp mỡ dưới da nặng (11,4%), giảm khẩu phần ăn mức nhiều và nặng (10,4%).



Hình 2. Thay đổi dinh dưỡng (SGA) khi nhập khoa và xuất khoa (%)

Từ hình 2 ta thấy, những người bệnh thuộc nhóm SGA-A khi nhập khoa vẫn thuộc SGA-A khi xuất khoa. Có 5 người thuộc nhóm SGA-B khi xuất khoa chuyển xuống SGA-C (SGA-B: khi nhập khoa 58,3% so với xuất khoa 53,1%). Những người bệnh thuộc nhóm SGA - C khi nhập khoa vẫn thuộc nhóm SGA - C khi xuất khoa. Có sự khác biệt về tỷ lệ suy dinh dưỡng giữa nhập khoa với xuất khoa (p<0,001, Fisher).

BÀN LUẬN

Phương pháp SGA sử dụng trong nghiên cứu này phát hiện được tỷ lệ người bệnh SDD khi vào viện mức nhẹ/vừa/nặng chiếm tỷ lệ cao nhất (SGA-BC là 69,8%). Một con số đáng báo động khi quá nửa số bệnh nhân COPD vào viện đều có nguy cơ SDD. Phải chăng, chúng ta chưa quan tâm can thiệp dinh dưỡng một cách đầy đủ cho các bệnh nhân COPD ở ngoài cộng đồng. Các bệnh nhân chủ yếu nằm trong khoảng SGA-B với các chỉ số về thay đổi cân nặng trong vòng 6 tháng chiếm tỷ lệ rất ít (7,2%). Qua đó, ta có thể nhận thấy nếu chỉ đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân qua chiều cao, cân nặng là chưa đầy đủ và có thể sẽ bỏ sót các đối tượng cần được can thiệp dinh dưỡng. Hậu quả, người bệnh COPD kèm SDD thường dẫn đến tăng nguy cơ nhiễm khuẩn, kéo dài thời gian nằm viện, giảm chất lượng cuộc sống, tăng chi phí điều trị và tăng tỷ lệ tử vong [6,7,8].

Có sự thay đổi TTDD giữa nhập khoa với xuất khoa (SGA) ($p < 0,001$, Fisher). Sự thay đổi được thể hiện rõ ở nhóm SGA - B (nhập khoa: 58,3% so với xuất khoa: 53,1%), số người bệnh ở nhóm SGA - B không cải thiện lên nhóm SGA - A mà tiếp tục SDD và chuyển xuống nhóm SGA-C (Hình 2). Đường như ngay cả khi trong bệnh viện sự quan tâm đến dinh dưỡng vẫn là chưa đủ. Với tỷ lệ có nguy cơ SDD cao như vậy, việc cải thiện tình trạng dinh dưỡng cho bệnh nhân là vô cùng cấp thiết, không chỉ trong bệnh viện mà cả ngoài cộng đồng.

Bằng phương pháp SGA có thể thấy một tỷ lệ rất cao (69,8%) người bệnh COPD có nguy cơ suy dinh dưỡng. Do vậy, các phương pháp đánh giá dinh

dưỡng cần được áp dụng một cách rộng rãi, trên quy mô lớn cho không chỉ bệnh nhân COPD nói riêng mà tất cả các bệnh nói chung để phát hiện sớm nguy cơ dinh dưỡng của người bệnh. Từ đó, đưa ra các biện pháp can thiệp kịp thời, cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

IV. KẾT LUẬN

1. Phương pháp SGA trong nghiên cứu phát hiện tỷ lệ bệnh nhân COPD khi nhập viện có nguy cơ SDD cao: 69,8%. Trong đó, SGA-B là 58,3%, SGA-C là 11,5%.

2. Tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ SDD nặng tăng theo thời gian nằm viện (SGA-C: khi nhập khoa 11,5% so với xuất khoa 16,7%). Có tới 5,2% số bệnh nhân thuộc SGA-B khi nhập viện chuyển sang SGA-C khi xuất viện.

KHUYẾN NGHỊ

Cần áp dụng phương pháp đánh giá chủ quan toàn diện (SGA) để phát hiện sớm những bệnh nhân có nguy cơ thiếu dinh dưỡng để có biện pháp can thiệp kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Report. Geneva: World Health Organization Available from URL: <http://www.who.int/2000/en/statistics.htm>;20002.
2. *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of COPD* (update 2013), http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2013_Feb20.pdf Retrieved 4/7/2014.
3. Gibson Rosalind S. (2005). *Principles of Nutritional Assessment*. Second edition, Oxford University Press New York, pp: 259-264.

4. Woong Sub Koom, Seung Do Ahn, Si Yeol Song et al (2012). *Nutritional status of patients treated with radiotherapy as determined by subjective global assessment*. Radiat Oncol J.;30(3):132-139.
5. Shirodkar M., Mohandas K. (2005). *Subjective Global Assessment: a simple and reliable screening tool for malnutrition among Indians*. Indian Journal of Gastroenterology, vol.24 November - December, 246-250.
6. Barkha Gupta and et al (2010). *Nutritional status of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients Admitted in Hospital With Acute Exacerbation*. J Clin Med Res. 2010; 2(2): 68-74.
7. Celli BR, et al (2004). *Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper*. European Respiratory Journal 23.6 (2004): 932-946.
8. Esmayi Alibakhshii and et al (2015). *Nutritional status in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) – Review Article*. EC Nutrition 2.1 (2015):267-274.
9. Hà Huy Khôi, Lê Thị Hợp (2012). *Phương pháp dịch tễ học dinh dưỡng*. Nhà Xuất bản Y học.

Summary

NUTRITIONAL STATUS OF HOSPITALISED COPD PATIENTS BY SGA TOOLS IN MILITARY HOSPITAL 103 IN 2015

People with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) are often malnourished. Malnutrition in hospitalized patients increase the risk of illness, length of hospitalization and mortality. Objective: To determine the nutritional status of patients with COPD during the first 48 hours of admission by Subjective Global Assessment tool (SGA). Methods: Cross-sectional descriptive study, conducted from December 2014 to May 2015 in AM3 ward of Military Hospital 103, with a total of 96 patients. Results: The mean age of patients in the study was 67.2 ± 6.6 years. 58.3% of the patients were at moderate risk of malnutrition (SGA-B) and 11.5% had severe malnutrition (SGA-C). Among patients with moderate malnutrition (SGA-B): ones with muscular dystrophy took 50 %, ones with mild to moderate metabolic stress took 45.8%. Patients with severe malnutrition (SGA-C) suffered mainly from 4 symptoms: change in weight for 6 months with $> 10\%$ (31.2%), severe muscle wasting (13.5%) and severe subcutaneous fat loss (11.4%), severely reduced nutrition intake (10.4%). There were 5 people in SGA-B group at admission becoming SGA-C at discharge (SGA-B: 58.3% at admission compared to 53.1% at discharge but SGA-C: 11, 5 % at admission compared to 16.7% at discharge. SGA-C patients at admission remained SGA-C when discharge. There were differences in malnutrition rates between admission and discharge ($p < 0.001$, Fisher). CONCLUSION: By SGA tool, the prevalence of COPD at high risk for malnutrition was 69.7% (58.3% SGA-B and 11.4% SGA-C). The proportion of patients at increased risk for malnutrition increased with hospital length of stay (SGA-C: 11.5% at admission compared with 16.7% at discharge) ($p < 0.001$).

Keywords: *Malnutrition in hospital, SGA, Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), Hospital 103.*