

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ CHẾ ĐỘ NUÔI DƯỠNG CỦA BỆNH NHI DƯỚI 5 TUỔI CÓ PHẪU THUẬT ĐƯỜNG TIÊU HÓA TẠI KHOA NGOẠI TỔNG HỢP BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG NĂM 2018

Nguyễn Minh Trang¹, Phạm Duy Tường²

Mục tiêu: 1. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhi dưới 5 tuổi có phẫu thuật đường tiêu hóa tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2018; 2. Mô tả chế độ ăn của bệnh nhi dưới 5 tuổi sau phẫu thuật đường tiêu hóa tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2018. Phương pháp: nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 110 bệnh nhi phẫu thuật đường tiêu hóa tại khoa Ngoại tổng hợp bệnh viện Nhi Trung ương từ 1/2018 đến tháng 5/2018. **Kết quả:** tình trạng dinh dưỡng theo Z-Score: thấp còi (41,8%), nhẹ cân (17,3%), gầy (13,6%). Tình trạng dinh dưỡng theo SGNA: SDD vừa (50%), SDD nặng (3,6%). Thời gian bắt đầu nuôi dưỡng đường miệng trung bình là $3,33 \pm 1,71$ ngày. Phẫu thuật dạ dày được nuôi dưỡng đường miệng muộn nhất ($5 \pm 1,41$ ngày), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nơi cung cấp bữa ăn chính là các hàng ăn ngoài bệnh viện (52%). Năng lượng khẩu phần 24h thực tế ngày đầu ăn lại sau phẫu thuật đạt được từ 25-55% so với nhu cầu khuyến nghị với protein là nguồn cung cấp năng lượng chính. **Kết luận:** SDD ở bệnh nhi dưới 5 tuổi phẫu thuật đường tiêu hóa cao. Hàng ăn ngoài bệnh viện là nơi cung cấp suất ăn chính. Khẩu phần của bệnh nhi ngày đầu ăn lại nghị chưa cân đối và năng lượng thấp so với khuyến nghị.

Từ khóa: Phẫu thuật đường tiêu hóa, tình trạng dinh dưỡng, SGNA.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Suy dinh dưỡng (SDD) ở trẻ nhỏ không chỉ ảnh hưởng về việc phát triển thể chất cũng như tinh thần của trẻ mà khi trẻ mắc bệnh thì nó còn quyết định đến đáp ứng tình trạng của cơ thể với kết quả điều trị bằng khỏi bệnh, biến chứng hay tử vong [1].

Trong khi, suy dinh dưỡng bệnh viện vẫn đang chiếm tỉ lệ cao làm ảnh hưởng đến kết quả điều trị, đã và đang nhận được nhiều sự quan tâm. Theo Hiệp hội Dinh dưỡng lâm sàng châu Âu ESPEN (2006) thì tỷ lệ SDD bệnh viện chiếm

đến 20% - 60% [2]. Theo một nghiên cứu ở viện Nhi Trung ương tỷ lệ nhẹ cân là 18,2%, tỷ lệ còi cọc là 22,5%, suy dinh dưỡng cấp tính là 18,1%, trong suốt thời gian nằm viện có 51% bệnh nhi sụt cân [3].

Các bệnh nhân phẫu thuật, đặc biệt là phẫu thuật đường tiêu hóa có nguy cơ suy dinh dưỡng cao hơn các bệnh nhân nằm viện khác. Năm 2008, một nghiên cứu của Tell G và cộng sự tiến cho thấy tỉ lệ SDD trong bệnh viện là 29% trong khi ở bệnh nhân phẫu thuật là 51% [4]. Trong nghiên cứu ở Thở Nhĩ Kỳ tại khoa

¹Cử nhân Dinh Dưỡng Khóa II Trường Đại học Y Hà Nội

Email: minhtrangdd@gmail.com

ĐT: 0986149469

² GS.TS. Trường Đại học Y Hà Nội

Ngày nhận bài: 25/02/2019

Ngày phản biện đánh giá: 5/03/2019

Ngày đăng bài: 29/03/2019

Phẫu thuật ngoại nhi của Durakbaşa năm 2014 thấy rằng tỉ lệ SDD phẫu thuật tiêu hóa cao hơn hẳn so với các loại phẫu thuật khác (26,9%) và tập trung ở nhóm trẻ ≤ 60 tháng tuổi [5]. Nếu tình trạng dinh dưỡng kém cũng như nuôi dưỡng sau phẫu thuật không đáp ứng nhu cầu sẽ làm tăng thêm nguy cơ nghiêm trọng như nhiễm trùng vết mổ, chậm liền vết mổ, nhiễm khuẩn, suy hô hấp, thậm chí dẫn tới tử vong. Tuy nhiên dinh dưỡng trong điều trị bệnh nhi phẫu thuật tiêu hóa vẫn chưa nhận được nhiều sự quan tâm. Nên nghiên cứu “Tình trạng dinh dưỡng và chế độ nuôi dưỡng của bệnh nhi dưới 5 tuổi có phẫu thuật đường tiêu hóa tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2018” với 2 mục tiêu:

1. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhi dưới 5 tuổi trước phẫu thuật đường tiêu hóa tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2018.

2. Mô tả chế độ ăn của bệnh nhi dưới 5 tuổi sau phẫu thuật đường tiêu hóa tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2018.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 110 bệnh nhi dưới 5 tuổi phẫu thuật đường tiêu hóa và người trực tiếp chăm sóc trẻ (bố, mẹ, người thân) tại khoa Ngoại Tổng hợp bệnh viện Nhi Trung ương.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: từ tháng 12/2017 đến tháng 5/2018.

- Địa điểm: Khoa Ngoại tổng hợp bệnh viện Nhi Trung ương.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: *Nghiên cứu mô tả cắt ngang.*

2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu được tính theo công thức ước tính một tỷ lệ:

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

Trong đó: $Z = 1,96$; $d = 0,09$; p : tỷ lệ trẻ suy dinh dưỡng thể nhẹ cân từ một nghiên cứu trước đây tại bệnh viện Nhi Trung ương năm 2014, $p=0,338$ [6].

Từ đó ta tính được $n=106$. Lấy cỡ mẫu làm tròn 110 đối tượng. Và được lấy theo phương pháp chọn mẫu theo chủ đích dựa vào bệnh nhi được lên lịch mổ tại khoa Ngoại tổng hợp bệnh viện Nhi Trung ương.

2.3.3. Các tiêu chí đánh giá tình trạng dinh dưỡng

- Phương pháp nhân trắc: Thu thập số liệu về tuổi, cân nặng, chiều cao. Đánh giá dinh dưỡng theo chỉ số Z-Score: SDD thể nhẹ cân: $CN/T < -2SD$; SDD thể thấp còi: $Z\text{-Score } CC/T < -2SD$; SDD thể gầy còm: $Z\text{-Score } CN/CC < -2SD$ [7].

- Phương pháp SGNA: Xác định những trẻ em bị suy dinh dưỡng, xác định những trẻ có nguy cơ cao bị biến chứng liên quan đến dinh dưỡng. Dựa vào những thay đổi của trẻ về cân nặng, chế độ ăn uống và các đánh giá lâm sàng. Phân loại SGNA gồm 3 mức: Bình thường; SDD vừa; SDD nặng [8].

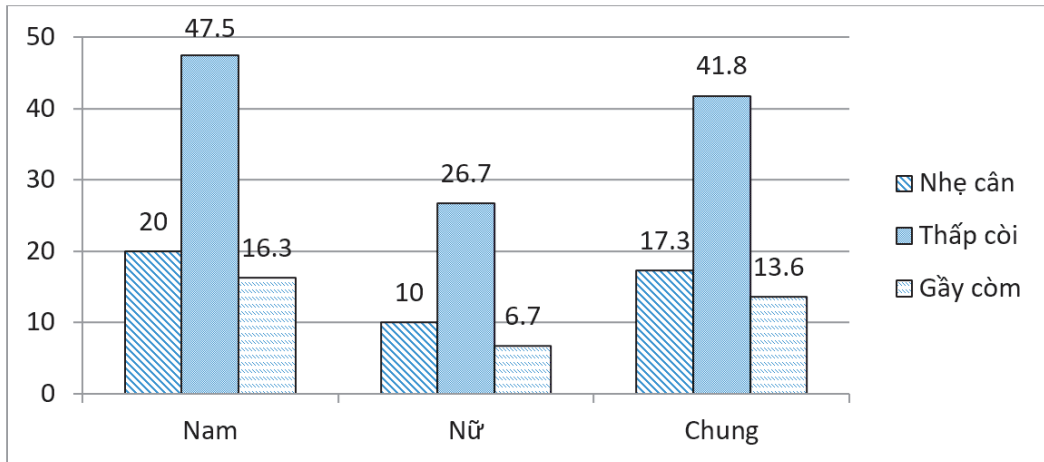
- Phương pháp hỏi khẩu phần ăn 24h: Đánh giá khẩu phần ăn để phát hiện sự bất hợp lý (thiếu hụt hoặc thừa) dinh

dưỡng ngay ở giai đoạn đầu [9]. Hời và ghi lại tất cả các thực phẩm và nguồn cung cấp bữa ăn theo bữa mà người bệnh ăn trong một ngày (cả dịch truyền

tĩnh mạch) kể từ lúc ngủ dậy buổi sáng cho tới lúc đi ngủ buổi tối tại thời điểm ngày đầu tiên sau phẫu thuật.

III. KẾT QUẢ:

3.1. Tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật



Biểu đồ 1. Tình trạng dinh dưỡng theo giới

Kết quả ở biểu đồ 1 cho thấy tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật có tỷ lệ bệnh nhi SDD thể nhẹ cân chiếm 17,3%, tỷ lệ SDD thấp còi chiếm tỷ lệ cao nhất 41,8% và bệnh nhi SDD gầy còm chiếm tỉ lệ

thấp nhất 13,6%. Ở cả hai giới nam và nữ tỷ lệ bệnh nhi SDD thể thấp còi đều cao nhất, tỷ lệ lần lượt là 47,5% và 26,7%. SDD gầy còm đều chiếm tỉ lệ thấp nhất ở cả hai giới, nam 16,3% và nữ 15%.

Bảng 1. Tình trạng dinh dưỡng theo SGNA và giới

Giới tính	Đánh giá dinh dưỡng theo SGNA					
	Bình thường		SDD vừa		SDD nặng	
	n	%	n	%	N	%
Nam	31	28,2	45	40,9	4	3,6
Nữ	20	18,2	10	9,1	0	0,0
Chung	51	46,4	55	50,0	4	3,6

Kết quả ở bảng 1 cho thấy tình trạng dinh dưỡng theo SGNA có tới 50% trẻ có SDD vừa, SDD nặng chiếm 3,6% và tình trạng dinh dưỡng bình thường chỉ có

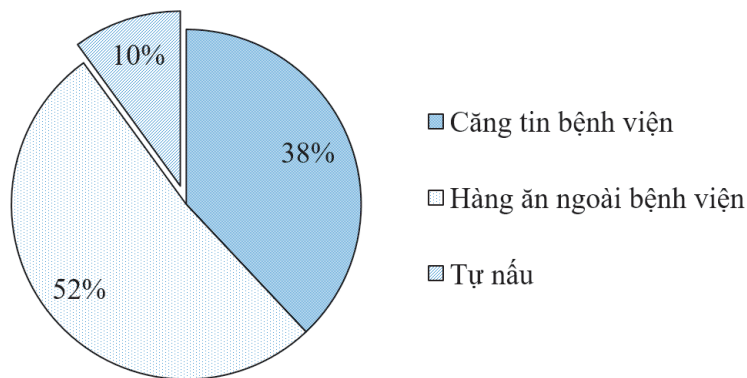
46,4%. Ở giới nam tỉ lệ trẻ SDD vừa chiếm tỉ lệ cao nhất (40,9%). Trong khi trẻ nữ có tỉ lệ trẻ bình thường cao nhất (18,2%).

3.2 Chế độ nuôi dưỡng bệnh nhi sau phẫu thuật tiêu hóa**Bảng 2. Thời gian bắt đầu nuôi dưỡng đường miệng sau phẫu thuật**

Phẫu thuật	X± SD(ngày)*	Min -Max	(Kruskal - Wallis test)
Thực quản	4,0±1,4	3- 5	p<0,05
Dạ dày	5,0±1,4	4- 6	
Ruột non	4,9±2,0	1-7	
Đại tràng	4,4±1,7	1-7	
Trực tràng/hậu môn	3,0±1,4	1-7	
Cấp cứu (ruột thừa, xoắn ruột...)	2,3±1,0	1-4	
Tổng	3,3±1,7	1-7	

Thời gian bắt đầu nuôi dưỡng đường miệng trung bình là 3,3±1,7 ngày. Phẫu thuật dạ dày có thời gian nuôi dưỡng miệng muộn nhất 5,0±1,4 ngày, trong khi

đó phẫu thuật cấp cứu có thời gian nuôi dưỡng miệng sớm nhất, trung bình là 2,3 ± 1,0 ngày. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

**Biểu đồ 2. Nơi cung cấp suất ăn**

Số liệu biểu đồ 2 cho thấy: Suất ăn được mua tại hàng ăn ngoài bệnh viện là nơi cung cấp suất ăn chính cho bệnh nhân

nhi (52%). Nơi cung cấp chiếm tỉ lệ thấp nhất là gia đình tự nấu (10%).

Bảng 3. Các chất sinh năng lượng trong khẩu phần 24h ngày đầu ăn lại sau phẫu thuật (bao gồm cả dinh dưỡng tĩnh mạch)

	Nhóm tuổi	Thực tế X±SD	Nhu cầu khuyến nghị(*)	% đạt được theo khuyến nghị
Năng lượng (kcal/ngày)	<6 tháng	231,5±115,3	550	42,1
	6-11 tháng	399,5±175,2	710	56,3
	1-3 tuổi	375,2±182,4	1180	31,8
	3-5 tuổi	384,3±220,6	1470	26,1
Protein (g/ngày)	<6 tháng	12,3±6,2	11	112,2
	6-11 tháng	21,3±9,7	20	106,5
	1-3 tuổi	18,3±9,5	13	140,9
	3-5 tuổi	17,7±11,8	29	61,1
Lipid (g/ngày)	<6 tháng	13,3±6,4	47	28,3
	6-11 tháng	21,9±9,0	40	54,8
	1-3 tuổi	18,7±9,8	37	50,5
	3-5 tuổi	15,9±10,8	25	63,6
Glucid (g/ngày)	<6 tháng	16,1±8,2	75	21,4
	6-11 tháng	29,5±14,2	90	32,8
	1-3 tuổi	33,4±16,3	140	23,9
	3-5 tuổi	42,6±26,2	190	22,4

Kết quả bảng 3 cho thấy năng lượng đạt được so với khuyến nghị của trẻ sau phẫu thuật khoảng 25 – 55%. Tỷ lệ phần trăm đạt được nhu cầu cao nhất nhóm trẻ 6-11 tháng (56,3%) và thấp nhất là nhóm trẻ từ 3-5 tuổi (26,1%). Nhu cầu protein đạt được 61-110%, có duy nhất nhóm tuổi 3-5 tuổi có % so với nhu cầu thấp nhất (61,1%). Nhu cầu lipid so với khuyến nghị đạt được 28-60% so với khuyến nghị với nhóm tuổi từ 3-5 tuổi (63%) đạt được cao hơn nhiều so với nhóm tuổi <6 tháng (28,3%). Nhu cầu Glucid chỉ đạt khoảng 20-30%, nhóm tuổi 6-11 tháng đạt được tỷ lệ cao nhất trong các nhóm tuổi (32,8%).

BÀN LUẬN

Tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật.

Nghiên cứu cho kết quả tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật có tỷ lệ bệnh nhi SDD thể nhẹ cân chiếm 17,3%, SDD thấp còi chiếm 41,8% và SDD gầy còm chiếm 13,6%. Tỷ lệ trẻ SDD thể nhẹ cân và SDD thể gầy còm nghiên cứu này thấp hơn so với nghiên cứu của Chu Thị Phương Mai tại Bệnh viện Nhi Trung Ương năm 2014 có kết quả 30% trẻ SDD thể nhẹ cân, 21,3% SDD thể gầy còm nhưng tỷ lệ SDD thể thấp còi lại cao hơn nhiều tỷ lệ SDD thể thấp còi của Chu Thị Phương Mai (21,9%)[10]. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu này đều cao hơn

so với nghiên cứu ở Khoa Phẫu thuật Nhi khoa, Đại học Y khoa Medeniyet İstanbul, İstanbul, Thổ Nhĩ Kỳ năm 2014 [5]. Với tình trạng SDD trước phẫu thuật hệ kết hợp với miễn dịch của trẻ chưa hoàn thiện, cơ thể trẻ liên tục tiếp xúc với những yếu tố môi trường, bệnh tật làm cho trẻ dễ mắc bệnh và rơi vào vòng xoắn bệnh lý nhiễm trùng và SDD.

Đánh giá tình trạng theo đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhi bằng bộ công cụ SGNA có tỉ lệ tình trạng dinh dưỡng bình thường chiếm 46,4%, trẻ có SDD vừa là 50%, SDD nặng chiếm 3,6%. Tỉ lệ SDD vừa trong nghiên cứu này của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu đáng giá tình dinh dưỡng chủ quan toàn cầu cho trẻ em của Donna J Secker năm 2007 (36%) [8]. Tuy nhiên về tỉ lệ suy dinh dưỡng nặng này thấp hơn so với nghiên cứu của Donna J Secker năm 2007 (15%) [8].

Chế độ nuôi dưỡng sau phẫu thuật.

Kết quả theo nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian bắt đầu ăn đường miệng của bệnh nhi là $3,33 \pm 1,71$ ngày sau phẫu thuật. Thời gian nuôi dưỡng trung bình giữa các loại phẫu thuật có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) với nuôi dưỡng qua đường miệng ở phẫu thuật dạ dày có thời gian nuôi dưỡng miệng muộn nhất ($5 \pm 1,41$ ngày), trong khi đó bệnh nhân phẫu thuật cấp cứu có thời gian nuôi dưỡng miệng sớm nhất, trung bình là $2,32 \pm 0,98$ ngày và có sự kết hợp nuôi dưỡng tĩnh mạch và nuôi dưỡng đường miệng ở tất cả các nhóm tuổi tại ngày đầu trẻ được nuôi bắt đầu đường miệng.

Nuôi dưỡng đường tiêu hóa là phương pháp hỗ trợ tốt nhất và là lựa chọn đầu tiên để nuôi dưỡng bệnh nhân

do phù hợp với sinh lý, ít biến chứng, niêm mạc ruột được bảo tồn, duy trì được chức năng ruột, ít bị thâm lậu vi khuẩn và chi phí thấp hơn so với phương pháp nuôi ăn ngoài đường tiêu hóa. Chỉ định dinh dưỡng qua đường tiêu hóa khi đòi hỏi phải hỗ trợ dinh dưỡng, ruột còn hoạt động, khi không có chống chỉ định (không tắc ruột, không chảy máu ruột cấp, không có miệng nối mới, không có rò, sau đại phẫu vùng bụng, viêm ruột...), phụ thuộc vào khả năng nuốt và không có tắc nghẽn thực quản và dạ dày. Chức năng đường ruột hoạt động trở lại sau 8 giờ và nửa đời sống của tế bào ruột là 24 giờ nếu không cho ăn đường ruột sớm thì các tế bào này có thể bị hoại tử và hệ vi khuẩn đường ruột sẽ thâm lậu qua ruột vào máu. Đó chính là lý do có rất nhiều nghiên cứu tiến hành nuôi sớm người bệnh trong vòng 24 giờ đầu sau phẫu thuật. Một số nghiên cứu đã chỉ ra dinh dưỡng ruột sớm có tác dụng phục hồi nhanh các nhung mao ruột, giảm thâm lậu vi khuẩn, giảm các biến chứng và giảm thời gian nằm viện. Tuy nhiên thức té do phẫu thuật viên lo ngại biến chứng dò bực miệng nối ống tiêu hóa khi nuôi dưỡng đường ruột sớm nên người bệnh chỉ được cho ăn khi có trung tiện thậm trí khi sau khi người bệnh trung tiện được 2-3 ngày. Theo tác giả Chu Thị Tuyết việc nuôi ăn người bệnh phẫu thuật đường tiêu hóa trung bình giờ thứ 37,7 sau phẫu thuật (nuôi ăn kể cả người bệnh chưa có trung tiện) đem lại hiệu quả tốt [11].

Khẩu phần của bệnh nhi được cung cấp bởi các suất ăn được mua tại hàng ăn ngoài bệnh viện chiếm tới 52% cho thấy đây là nơi cung cấp suất ăn chính cho bệnh nhân nhi. Trong khi nơi cung

cấp chiếm tỉ lệ thấp là căng tin bệnh viên (38%) và gia đình tự nấu (10%). Nghiên cứu này kết quả cho thấy rằng hầu hết các thành phần trong bữa ăn của trẻ đều không đáp ứng được so với khuyến nghị đưa ra. Năng lượng chỉ đạt khoảng 20-55%. Tỉ lệ % đạt được nhu cầu cao nhất nhóm trẻ 6-11 tháng (56,3%) và thấp nhất là nhóm trẻ từ 3-5 tuổi (26,1%). Nhu cầu protein trong nghiên cứu của chúng tôi, khẩu phần protein đáp ứng trên 100% đáp ứng cao hơn so với nhu cầu khuyến nghị của Viện Dinh dưỡng đưa ra chỉ có duy nhất nhóm tuổi 3-5 tuổi (63%) có % so với nhu cầu thấp nhất. Tuy nhiên nhu cầu đạt được của lipid (28-60%) và glucid (20-30%) thấp hơn so với nhu cầu khuyến nghị. Vậy khẩu phần thực tế 24h của trẻ nguồn cung cấp chính năng lượng là protein, kết quả này khác so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Yên và cộng sự thực hiện tại cộng đồng năm 2013 (năng lượng khẩu phần chủ yếu do glucid cung cấp) [12].

IV. KẾT LUẬN

1. Tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật ống tiêu hóa.

Suy dinh dưỡng chiếm tỷ lệ khá cao ở trẻ phẫu thuật đường tiêu hóa tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Nhi Trung ương:

- Tình trạng dinh dưỡng đánh giá theo chỉ Z-Score là 41,8% SDD thể thấp còi, 17,3% SDD thể nhẹ cân, SDD thể gầy còm chiếm 13,6%.

- Tình trạng dinh dưỡng đánh giá theo Đánh giá tình trạng dinh dưỡng toàn diện đối tượng (SGNA) là 50% trẻ có SDD vừa, 3,6% SDD nặng.

2. Nuôi dưỡng trẻ sau phẫu thuật tiêu hóa.

- Thời gian bắt đầu nuôi dưỡng đường miệng trung bình là $3,33 \pm 1,71$ ngày. Thời gian bắt đầu nuôi dưỡng đường miệng ở bệnh nhi phẫu thuật dạ dày là muộn nhất ($5 \pm 1,41$ ngày).

- Khẩu phần ăn 24h ngày đầu ăn lại sau phẫu thuật thực tế chủ yếu được mua hàng ăn ngoài bệnh viện và hầu hết đều không đạt nhu cầu khuyến nghị về năng lượng. Thành phần các chất sinh năng lượng chưa cân đối với protein là nguồn cung cấp năng lượng chính.

Khuyến nghị

- Bệnh nhi có chỉ định mổ ống tiêu hóa cần được khám để đánh giá tình trạng dinh dưỡng và tư vấn chế độ dinh dưỡng trước và sau phẫu thuật để hỗ trợ dinh dưỡng đầy đủ trước phẫu thuật cũng như chế độ nuôi dưỡng sau phẫu thuật với bệnh nhi có suy dinh dưỡng.

- Nên nuôi dưỡng người bệnh sớm nhất có thể. Cần có sự phối hợp chặt chẽ giữa bác sỹ điều trị và bác sỹ dinh dưỡng lâm sàng xây dựng chế độ nuôi dưỡng cung cấp đủ cả 3 chất glucid, lipid, protein cũng như khoáng chất và vitamin, đảm bảo vệ sinh an toàn thực phẩm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Artinian V., Krayem H., và DiGiovine B. (2006). *Effects of Early Enteral Feeding on the Outcome of Critically Ill Mechanically Ventilated Medical Patients*. CHEST, 129(4), 960–967.
2. Weimann A., Braga M., Harsanyi L. và cộng sự. (2006). *ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Surgery including Organ Transplantation*. Clin Nutr, 25(2), 224–244.
3. Phạm Thị Thu Hương và Cao Thị Thu Hương (2015). *Tình trạng dinh dưỡng*

- của trẻ em nằm viện tại bệnh viện Nhi Trung ương. Tạp chí Y học Dự phòng, số 3 (163) 2015.*
4. Tell G, Tangvik R, và Guttormsen A et al (2015). *Nutritional risk profile in a university hospital population.* Clin Nutr, 34(4), 705–711.
 5. Durakbaşa Ç.U., Fettahoğlu S., Bayar A. và cộng sự. (2014). *The Prevalence of Malnutrition and Effectiveness of STRONGkids Tool in the Identification of Malnutrition Risks among Pediatric Surgical Patients.* Balk Med J, 31(4), 313–321.
 6. Trần Thị Minh Nguyệt (2014). *Đánh giá kiến thức về thực hành nuôi dưỡng và hiệu quả của việc tham vấn nuôi dưỡng cho các bà mẹ có con bị SDD tại Bệnh viện Nhi Trung Ương.* Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 36-40.
 7. Lê Thị Hương (2015). *Dinh dưỡng cộng đồng.* Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 193-200.
 8. Secker D.J. và Jeejeebhoy K.N. (2012). *How to Perform Subjective Global Nutritional Assessment in Children.* J Acad Nutr Diet, 112(3), 424–431.e6.
 9. Phạm Duy Tường (2012). *Dinh dưỡng và an toàn thực phẩm,* Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
 10. Chu Thị Phương Mai (2014). *Đánh giá tình trạng suy dinh dưỡng và một số yếu tố ảnh hưởng đến dinh dưỡng của trẻ từ 6-24 tháng tuổi tại phòng khám dinh dưỡng- Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2013-2014.* Luận văn tốt nghiệp bác sĩ đa khoa, Trường Đại học Y Hà Nội, 31-32.
 11. Chu Thị Tuyết (2013). *Hiệu quả dinh dưỡng toàn diện cho bệnh nhân phẫu thuật ổ bụng-tiêu hóa mở có chuẩn bị tại khoa Ngoại bệnh viên Bạch Mai.* Luận án tiến sỹ, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương.
 12. Nguyễn Thị Yến (2013). *Tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần ăn 24h của trẻ em từ 24-59 tháng tuổi tại xã Xuân Quang, Chiêm Hóa, Tuyên Quang.* Khóa luận tốt nghiệp cử nhân y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội, 33-35

Summary**NUTRITIONAL STATUS AND DIETARY INTAKE OF GASTROINTESTINAL SURGERY CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD AT VIETNAM NATIONAL HOSPITAL OF PEDIATRICS IN 2018**

Study objective: 1. To assess nutritional status of children under 5 years old having gastrointestinal surgery at Vietnam National Hospital of Pediatrics in 2018. 2. To describe the dietary intake of gastrointestinal post- surgery children under 5 years old at Vietnam National Hospital of Pediatrics in 2018. **Methods:** A-cross – sectional study was conducted on 110 children with gastrointestinal surgery at Vietnam National Hospital of Pediatrics from Dec 2017 to May 2018. **Results:** Nutritional status classified by Z-score: underweight (17.3%), stunting (41.8%) and wasting (13.6%) Nutritional status as per SGNA: Moderately malnourished (32.3%), severely malnourished (64.6%). Oral feeding started 3.33 ± 1.71 days after the surgery. Patients with gastric surgery had the latest initiation of oral feeding (5 ± 1.41 days). 52% of the patients' diets were provided by the restaurants outside the hospital. The dietary energy intake on the first day of oral feeding after surgery met only 25-55% of the recommended dietary allowance and protein was the main source of energy. **Conclusion:** Malnutrition among children under 5 years with gastrointestinal surgery was high. The restaurant outside hospital was the major food provider. The diet on the first day of oral feeding after surgery was not balanced and had low energy compared to the recommended dietary allowance. **Recommendations:** The gastrointestinal surgery children need nutritional status assessment and have proper nutritional intervention. Diet of gastrointestinal surgery children need special attention on energy requirement, nutrition balance and food safety.

Keywords: *Gastrointestinal surgery, nutritional status, SGNA.*



NHU CẦU CUNG CẤP SUẤT ĂN BỆNH LÝ CHO NGƯỜI BỆNH TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI NĂM 2016- 2017

Nguyễn Thị Hương Lan , Nguyễn Thị Dung , Nguyễn Thị Hiền , Nguyễn Công Thành, Nguyễn Huy Bình

Dinh dưỡng điều trị là một biện pháp không thể thiếu được trong các biện pháp điều trị tổng hợp cho người bệnh. Do vậy, nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 130 người bệnh đang điều trị nội trú tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội nhằm mục tiêu đánh giá nhu cầu cung cấp suất ăn bệnh lý và mô tả kiến thức, thái độ và thực hành của người bệnh về suất ăn bệnh lý. Kết quả cho thấy có 53,8% người bệnh sử dụng suất ăn bệnh lý, 80% người bệnh cho rằng chế độ ăn bệnh lý là cần thiết. Một nửa (50,0%) người bệnh luôn luôn ăn hết suất ăn và có đến 81,4% người bệnh mong muốn tiếp tục ăn suất ăn bệnh lý. Kết luận: Tỷ lệ người bệnh có kiến thức về chế độ ăn bệnh lý và nguyện vọng sử dụng chế độ ăn bệnh lý khá cao trong khi tỉ lệ người bệnh hiện đang sử dụng chế độ ăn bệnh lý lại khá thấp, cần mở rộng việc cung cấp suất ăn bệnh lý đến toàn viện.

Từ khóa: *Suất ăn bệnh lý, Kiến thức, Thực hành, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chế độ ăn và dinh dưỡng hợp lý là yếu tố quan trọng để tăng cường và duy trì sức khỏe tốt trong suốt cả cuộc đời con người. Đặc biệt đối với người bệnh, dinh dưỡng là một phần không thể thiếu được trong các biện pháp điều trị tổng hợp và chăm sóc toàn diện. Khi chế độ ăn cho người bệnh không đáp ứng đủ nhu cầu chất dinh dưỡng cần thiết và không phù hợp với tình trạng bệnh lý thì hậu quả làm tăng tỉ lệ suy dinh dưỡng ở người bệnh nằm viện.[1]

Ăn điều trị có tác dụng trực tiếp tới căn nguyên bệnh và căn nguyên sinh bệnh như các bệnh nhiễm khuẩn, ngộ độc thức ăn, hôn mê do đường huyết cao, thiếu vitamin, suy dinh dưỡng... Ăn điều trị còn nhằm tăng sức đề kháng chung của cơ thể chống lại bệnh tật. Ăn uống

cũng ảnh hưởng đến cơ chế điều hòa thần kinh và thể dịch. Ăn còn nhằm mục đích phòng bệnh, khi bệnh còn đang ở giai đoạn phát triển kín đáo, chế độ ăn hợp lý, khoa học có thể ngăn chặn sự phát triển của bệnh. Ăn còn là biện pháp đề phòng các bệnh cấp tính khỏi trở thành mạn tính [2].

Tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Khoa Dinh dưỡng lâm sàng được thành lập, thực hiện công tác dinh dưỡng trong bệnh viện như hoạt động khám tư vấn dinh dưỡng, cung cấp suất ăn bệnh lý cho người bệnh... Nhằm nâng cao chất lượng bệnh viện, hướng đến sự hài lòng người bệnh, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu đánh giá nhu cầu cung cấp suất ăn bệnh lý và mô tả kiến thức, thái độ và thực hành của người bệnh về suất ăn bệnh lý.

¹TS.BS. – Trường ĐH Y Hà Nội

Email: huonglandd@hmu.edu.vn

²CN. – Bệnh viện Đa khoa 115 Nghệ An

³CN. – Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

⁴TS.BS. Trường ĐH Y Hà Nội

Ngày nhận bài: 25/02/2019

Ngày phản biện đánh giá: 5/03/2019

Ngày đăng bài: 29/03/2019

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh đang điều trị nội trú tại 4 khoa: Khoa Ngoại A, khoa Ngoại B, khoa Nội tổng hợp, khoa Ung bướu và Chăm sóc giảm nhẹ Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu:

Đối tượng được lựa chọn vào nghiên cứu là người bệnh nằm điều trị trong thời gian nghiên cứu. Các đối tượng giao tiếp tốt và biết tình trạng sức khỏe của mình.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ đối tượng nghiên cứu

Những người bệnh không có khả năng tiếp xúc.

Những người bệnh không hợp tác, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Địa điểm, thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện tại 4 khoa: khoa Ngoại A, khoa Ngoại B, khoa Nội tổng hợp, khoa Ung bướu và Chăm sóc giảm nhẹ - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong khoảng thời gian từ tháng 08/2016-05/2017.

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu theo tỉ lệ

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

Trong đó: n: là cỡ mẫu nghiên cứu; Z: độ tin cậy mong muốn tương đương với độ chính xác $\alpha = 0,05$ nên $Z = 1,96$; p: theo nghiên cứu thử nghiệm trước khi tiến hành nghiên cứu, tỷ lệ người bệnh sử dụng suất ăn bệnh lý tại các khoa này là 35% nên $p = 0,35$; ε : chọn $\varepsilon = 0,25$. Tính được $n = 114$; lấy 10% dự phòng từ chối tham gia nghiên cứu nên số nên cỡ mẫu nghiên cứu là 130.

Cách chọn mẫu: chọn mẫu phân tầng, mỗi tầng là một khoa, khi đó cỡ mẫu mỗi tầng được tính theo công thức:

$$n_i = n N_i / N$$

Trong đó :

n_i : Cỡ mẫu của tầng i; n: Cỡ mẫu của tất cả các tầng

N_i : Dân số của tầng i; N: Dân số của quần thể

Mẫu tại mỗi tầng được lựa chọn theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn, dựa trên danh sách số bệnh nhân nằm tại khoa và đủ tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu.

2.4. Đạo đức nghiên cứu :

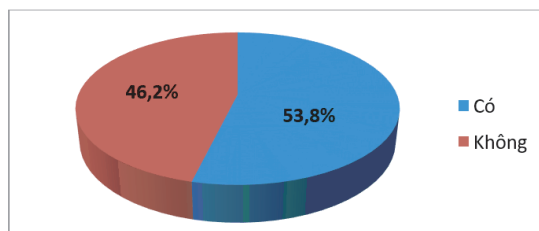
Đối tượng nghiên cứu được cung cấp đầy đủ thông tin về nghiên cứu. Đối tượng tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện và có quyền rút lui khỏi nghiên cứu bất cứ khi nào.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố đối tượng theo tuổi

Nhóm tuổi (năm)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
<40	29	22,3
41 - 59	56	43,1
≥60	45	34,6
Tổng	130	100,0

Nhóm tuổi có tỷ lệ cao nhất là từ 40 - 59 chiếm 43,1%; tiếp đến là nhóm ≥ 60 tuổi (34,6%); nhóm < 40 tuổi có tỉ lệ thấp nhất (22,3%)



Biểu đồ 1. Tỷ lệ người bệnh sử dụng suất ăn bệnh lý

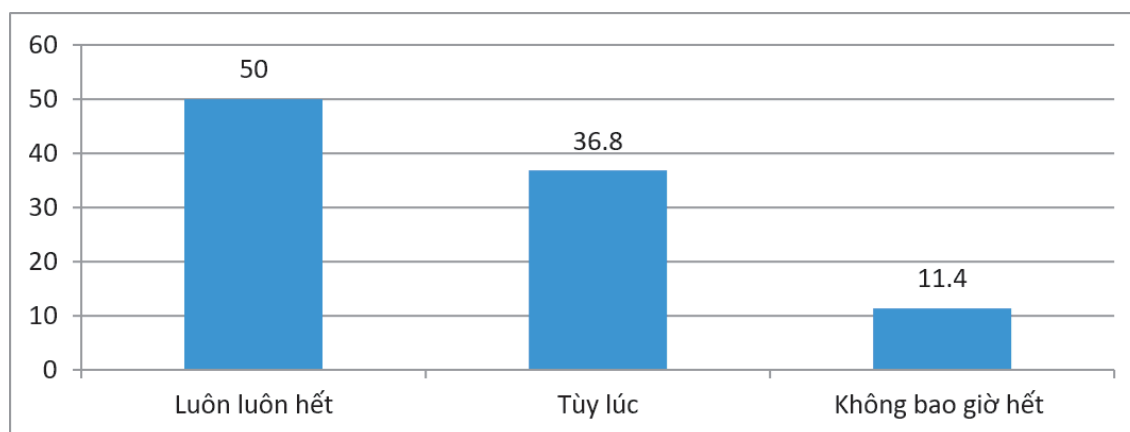
Tỷ lệ người bệnh sử dụng suất ăn bệnh lý là 53,8%, còn 46,2% người bệnh không sử dụng suất ăn bệnh lý.

Bảng 2. Mức độ hài lòng của người bệnh về suất ăn bệnh lý

Mức độ hài lòng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
Suất ăn bệnh lý	Rất hài lòng	9	12,8
	Hài lòng	51	72,9
	Không hài lòng	10	14,3
Tổng	70	100,0	
Thái độ của nhân viên phục vụ ăn uống	Hài lòng	43	61,4
	Chấp nhận được	23	32,9
	Không hài lòng	4	5,7
Tổng	70	100,0	

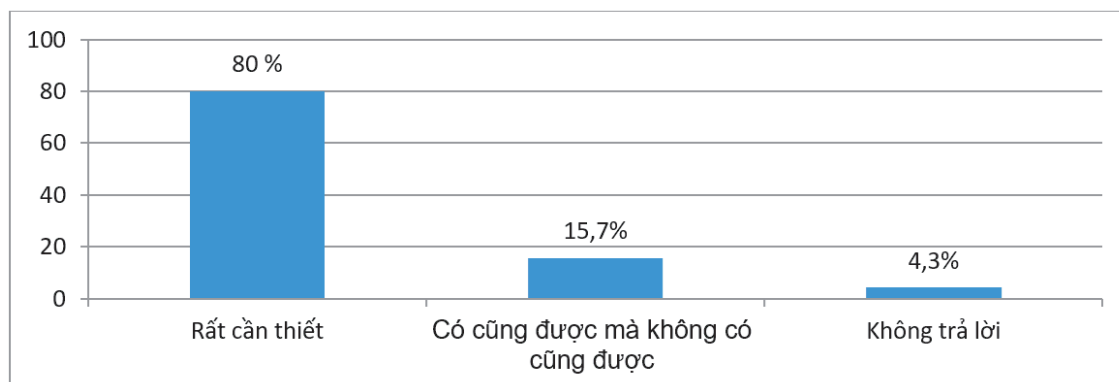
Trong tổng số 70 người bệnh ăn suất ăn thì có 9 người bệnh rất hài lòng chiếm 12,8%, 51 người bệnh hài lòng về suất ăn bệnh lý chiếm 72,9% và có 10 người bệnh không hài lòng về suất ăn chiếm

14,3%. Có 43 người bệnh chiếm 61,4% hài lòng, 23 người bệnh với tỷ lệ 32,9% có thái độ chấp nhận và 4 người bệnh không hài lòng với thái độ phục vụ của nhân viên chiếm 5,7% tổng số.



Biểu đồ 2. Thực hành sử dụng suất ăn bệnh lý của người bệnh

Có 50,0% người bệnh luôn luôn ăn hết suất ăn, 38,6% người bệnh tùy lúc và 11,4% người bệnh không bao giờ ăn hết suất ăn bệnh lý.



Biểu đồ 3. Thái độ của người bệnh về ăn suất ăn bệnh lý

Có đến 80% người bệnh cho rằng việc sử dụng suất ăn là rất cần thiết, 15,7% người bệnh có ý kiến rằng có cũng được

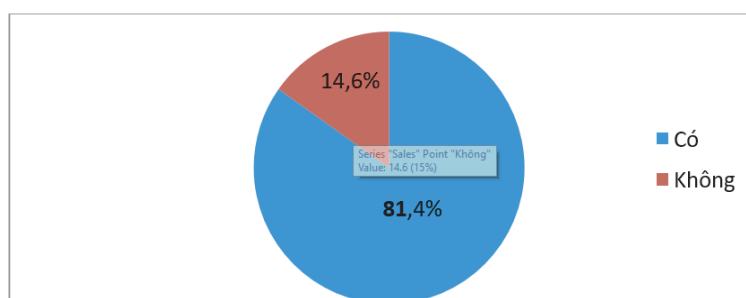
và không có cũng được và 4,3% người bệnh không trả lời.

Bảng 3. Mối liên quan giữa kiến thức của người bệnh với nhu cầu ăn suất ăn bệnh lý

Kiến thức của người bệnh	Có ăn suất ăn bệnh lý	Không ăn suất ăn bệnh lý	OR 95% CI	p
Có biết bệnh viện cung cấp suất ăn bệnh lý	67 61,46%	42 38,54%	9,571 2,65 – 34,48	<0,05
Không biết bệnh viện có cung cấp suất ăn bệnh lý	3 14,28%	18 85,72%		
Có được tư vấn dinh dưỡng	57 69,51%	25 30,49%	6,138 2,78 – 13,54	<0,05
Không được tư vấn dinh dưỡng	13 27,08%	35 72,92%		

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê tỷ lệ người bệnh ăn suất ăn bệnh lý giữa 2 nhóm người bệnh có biết và không biết bệnh viện có cung cấp suất ăn bệnh lý, $p < 0,05$ (OR = 9,5; 95% CI: 2,65-34,48).

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ ăn suất ăn bệnh lý giữa 2 nhóm được tư vấn dinh dưỡng và không được tư vấn dinh dưỡng, $p < 0,05$, OR = 6,1; 95% CI: 2,78 – 13,54).



Biểu đồ 4. Nhu cầu tiếp tục ăn suất ăn bệnh lý

Trong số bệnh nhân đang sử dụng chế độ ăn bệnh lý thì có 81,4% người bệnh muốn tiếp tục sử dụng và 14,6% người bệnh không muốn tiếp tục sử dụng suất ăn bệnh lý.

BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu: $52,13 \pm 15,55$ tuổi, cao nhất là 87 tuổi và thấp nhất là 14 tuổi. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 40 - 59 với tỷ lệ 43,1%, nhóm < 40 tuổi chiếm 22,3% và nhóm > 60 tuổi chiếm 34,6%. So sánh với nghiên cứu của Đỗ Thị Lan (2015), tuổi trung bình của đối tượng trong nghiên cứu là $51,54 \pm 15,63$ tuổi. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất trong nghiên cứu là nhóm từ 40-60 với tỷ lệ 47,6% [3]. Kết quả nghiên cứu khá đồng đều với kết quả nghiên cứu trước, có thể thấy nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất chủ yếu là nhóm trong độ tuổi lao động.

Về thực trạng sử dụng suất ăn bệnh lý, hiện tại có 46,2% người bệnh không ăn suất ăn bệnh lý và 53,8% người bệnh ăn suất ăn bệnh lý. Có 80,0% người bệnh có sử dụng suất ăn cho rằng việc sử dụng suất ăn là rất cần thiết, 15,7% có ý kiến rằng có cũng được và không có cũng được và 4,3% người bệnh không trả lời. So sánh với kết quả của Đỗ Thị Lan (2015) có 59,2% người bệnh cho rằng việc ăn suất ăn bệnh lý là cần thiết, 34,0% người bệnh có ý kiến ngược lại là không cần thiết và 6,8% không biết [3]. Như vậy có thể thấy thái độ của người bệnh đối với việc nhận thức được vai trò của dinh dưỡng cũng như việc tin tưởng sử dụng suất ăn bệnh lý tại bệnh viện ngày càng cao.

Khi được hỏi về mức độ hài lòng về suất ăn bệnh lý trong tổng số 70 người bệnh ăn suất ăn thì có 9 bệnh nhân rất

hài lòng chiếm 12,8%, 51 người bệnh hài lòng về suất ăn bệnh lý chiếm 72,9% và có 10 người bệnh không hài lòng về suất ăn chiếm 14,3%. So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Văn Út và cộng sự tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương vào năm 2008 cho biết có 88,3% người bệnh hài lòng về suất ăn bệnh lý [4]. Khảo sát tại Bệnh viện Nhi Đồng II cho kết quả cao 100% bệnh nhân hài lòng với chế độ ăn cháo và 98% bệnh nhân hài lòng với chế độ ăn cơm tại bệnh viện [5]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với 2 nghiên cứu trên, đa số người bệnh hài lòng với suất ăn bệnh lý, chỉ có một tỷ lệ nhỏ người bệnh chưa hài lòng.

Nghiên cứu của chúng tôi tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giữa 2 nhóm người bệnh có biết và không biết đến việc bệnh viện có cung cấp suất ăn bệnh lý với tỉ lệ ăn suất ăn bệnh viện. Cụ thể nhóm có biết bệnh viện có cung cấp suất ăn bệnh lý có tỷ lệ ăn suất ăn cao gấp 9,5 lần nhóm không biết đến (OR= 9,5; 95% CI: 2,6-34,4)). Nhóm người bệnh được tư vấn dinh dưỡng trong quá trình nằm viện có tỉ lệ ăn suất ăn bệnh lý cao gấp 6,1 lần nhóm không được tư vấn dinh dưỡng (OR= 6,1; 95% CI: 2,7 – 13,5). Nghiên cứu của Đỗ Cẩm Nhung và Lại Thị Minh Hằng cũng cho kết quả tương tự [6],[7]. Có thể thấy, tư vấn dinh dưỡng cho người bệnh có vai trò rất quan trọng và rất cần thiết. Qua quá trình tư vấn dinh dưỡng, người bệnh hiểu được tầm quan trọng của dinh dưỡng trong quá trình điều trị và phòng ngừa bệnh tật từ đó tin tưởng lựa chọn suất ăn bệnh lý.

Về thực hành ăn suất ăn bệnh lý, có 50,0% người bệnh luôn luôn ăn hết suất

ăn, 38,6% người bệnh tùy lúc và 11,4% người bệnh không bao giờ ăn hết suất ăn bệnh lý. Theo nghiên cứu của Phạm Văn Khôi (2011) có 64,4% người bệnh ăn hết suất ăn ở bệnh viện [8], so với với kết quả nghiên cứu của Trần Lệ Giang (2013) khi tỷ lệ người bệnh ăn hết suất là 42,9% và tỷ lệ không ăn hết là 57,1% [9]. Số bệnh nhân không ăn hết suất chiếm tỉ lệ khá cao, cần có biện pháp cải thiện nhằm giúp người bệnh ăn hết suất ăn bệnh lý bởi nếu không ăn hết suất, nhu cầu năng lượng và các chất dinh dưỡng không đủ so với nhu cầu khuyến nghị. Tình trạng kéo dài bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng cao và ảnh hưởng đến quá trình điều trị. Trong số những người bệnh có ăn suất ăn bệnh lý thì có 81,4% người bệnh mong muốn tiếp tục ăn suất ăn bệnh lý và 14,6% người bệnh không muốn tiếp tục ăn suất ăn bệnh lý. Những lý do người bệnh không muốn tiếp tục ăn suất ăn bệnh lý có thể do cảm thấy không hợp khẩu vị hay chuẩn bị ra viện nên không tiếp tục ăn suất ăn bệnh lý.

IV. KẾT LUẬN

Số bệnh nhân cho rằng chế độ ăn bệnh lý là rất cần thiết chiếm tỉ lệ cao (80%). Lí giải điều này, chúng tôi cho rằng hiện nay phương tiện truyền thông phát triển mạnh mẽ, người bệnh dễ dàng tìm hiểu các kiến thức về dinh dưỡng cũng như tầm quan trọng của dinh dưỡng đối với sức khỏe. Trong thực hành sử dụng suất ăn bệnh lý, có 50% người bệnh luôn luôn ăn hết suất ăn, số còn lại có thể do tình trạng bệnh lý dẫn đến cảm giác mệt mỏi, chán ăn, cần có biện pháp cải thiện nhằm nâng cao chất

lượng điều trị cũng như tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân. Có đến 81,4% người bệnh mong muốn tiếp tục ăn suất ăn bệnh lý vì vậy cần tiếp tục mở rộng việc cung cấp suất ăn bệnh lý đến toàn bệnh viện. Ngoài ra, cần tăng cường trao đổi truyền thông đến các lãnh đạo, bác sỹ, y tá, người bệnh và người nhà người bệnh để các đối tượng này hiểu đúng về vai trò của dinh dưỡng và suất ăn bệnh lý nhằm tăng tỷ lệ người bệnh sử dụng suất ăn bệnh lý đạt trên 70% theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1 Trần Khánh Thu (2016). *Hiệu quả can thiệp tư vấn dinh dưỡng và cung cấp chế độ ăn cho người bệnh chạy thận chu kỳ tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình*. Tạp chí Y học Việt Nam 4(2), 119-124.
- 2 Bộ Y Tế (2015). *Hướng dẫn điều trị dinh dưỡng lâm sàng, Hà Nội*.
- 3 Đỗ Thị Lan (2015). *Đánh giá nhu cầu khám, tư vấn dinh dưỡng và cung cấp suất ăn điều trị cho bệnh nhân tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2015*. Trường Đại học Y Hà Nội.
- 4 Nguyễn Văn Út (2008). *Sự hài lòng của bệnh nhân nội trú về tình hình cung cấp thức ăn cho của khoa dinh dưỡng tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương năm 2008*, Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 14(2), 115.
- 5 Phan Thị Mãnh (2009). *Khảo sát sự hài lòng đối với chế độ ăn ở Bệnh viện Nhi đồng II*, Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 13(5), 73-75.
- 6 Nguyễn Thị Cẩm Nhung (2010). *Tình trạng dinh dưỡng và chế độ ăn uống của người bệnh cao tuổi tại bệnh viện lão khoa Trung Ương*. Trường đại học Y Hà Nội.
- 7 Lại Thị Minh Hằng (2007). *Thực trạng*

sử dụng dịch vụ ăn uống tại Bệnh viện Bạch Mai Hà Nội. Trường Đại học Y Hà Nội.

- 8 Phạm Văn Khôi (2011). *Thực hành tư vấn dinh dưỡng, nuôi dưỡng và tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân đái*

tháo đường tại Bệnh viện Bạch Mai. Trường Đại học Y Hà Nội.

- 9 Trần Lệ Giang (2007). *Nghiên cứu thực trạng nuôi dưỡng bệnh nhân đái tháo đường tại bệnh viện Bạch Mai. Trường Đại học Y Hà Nội.*

Summary

DEMAND FOOD PROVIDING FOR PATIENTS IN HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL IN 2016-2017

Nutritional treatment is an indispensable therapy for integrated treatments for patients. Therefore, a cross-sectional descriptive study carried out on 130 Inpatients at Hanoi Medical University Hospital aimed at assessing the need to provide meals for patients and describing the Patients' knowledge, attitudes and practices on pathological meals. The result showed that 53.8% of patients used meals in hospital, 80% of patients had good knowledge about pathological diet. Half (50.0%) of patients always finished the meals and up to 81.4% of patients wanted to continue eating the pathological meals. Conclusions: The proportion of patients who had knowledge about the pathological diet and would like to use a pathological diet is quite high while the proportion of patients currently using pathological diets was quite low. It is, then, necessary to expand the supply of pathological diet to the entire hospital.

Keywords: *Meals for patients, Knowledge, Practice, Hanoi Medical University Hospital.*

