

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP: CAN THIỆP DINH DƯỠNG CÓ HIỆU QUẢ CHO BỆNH NHÂN GHÉP THẬN CÓ THẢI GHÉP CẤP TÍNH BỊ SUY DINH DƯỠNG TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

*Đào Thị Hảo¹, Nguyễn Thu Hà², Hồ Trung Hiếu²,
Bùi Hoàng Anh¹, Trần Hồng Nghị³*

Mục tiêu: Báo cáo can thiệp dinh dưỡng có hiệu quả cho bệnh nhân ghép thận có thải ghép cấp tính tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Trình bày trường hợp:** Bệnh nhân nam, 43 tuổi, chẩn đoán xác định suy dinh dưỡng nặng trên bệnh nhân ghép thận có thải ghép cấp tính. **Kết quả:** Ngày thứ 2 (N2) sau ghép thận có thải ghép cấp tính, suy dinh dưỡng nặng SGA C; Albumin 34,6 g/l; Protein 60 g/l; K⁺ 4,1 mmol/l, được nuôi dưỡng hoàn toàn bằng đường miệng với chế độ ăn lỏng, mềm, 4-6 bữa/ngày, Protein khẩu phần 0,6 g/kg/ngày. Ngày N6, chức năng thận ổn định, nuôi ăn hoàn toàn bằng đường miệng với chế độ ăn mềm, cơm; tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân được cải thiện. Ngày N16 SGA B; Albumin 41,3 g/l; Protein 66 g/l; K⁺ 3,4 mmol/l. Ngày N17, bệnh nhân có tăng kali máu (K⁺ 6,4 mmol/l), được dùng thuốc hạ kali máu không hiệu quả. Bệnh nhân được nuôi dưỡng hoàn toàn bằng đường miệng, kali khẩu phần dưới 2000 mg/ngày. Ngày N24, Kali máu về giới hạn bình thường (K⁺ 4,9mmol/l). Từ ngày N25, bệnh nhân được nuôi dưỡng với protein khẩu phần 1,2 -1,4 g/kg/ngày, kali khẩu phần 3500-4000 mg/ngày. Ngày N40, bệnh nhân ổn định được ra viện với lâm sàng và các xét nghiệm bình thường, SGA A; Albumin 41 g/l; Protein 65 g/l; Ure 6 mmol/l, Creatinin 98 μmol/l; K⁺ 3,5 mmol/l. **Kết luận:** Can thiệp dinh dưỡng tích cực hoàn toàn bằng đường miệng và theo từng giai đoạn của bệnh ở bệnh nhân sau ghép thận có hiệu quả tốt.

Từ khóa: *Ghép thận, thải ghép cấp, tăng kali máu, can thiệp dinh dưỡng, Bệnh viện TƯ QĐ 108.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy thận mạn là một bệnh mạn tính, nhiều nghiên cứu tại Mỹ, châu Âu, châu Á cho thấy có khoảng 9-13% dân số thế giới mắc bệnh thận mạn [1]. Trong đó có khoảng 22,2 đến 78,9% bệnh nhân suy thận mạn tính giai đoạn cuối bị suy dinh dưỡng [1, 2]. Ngày nay, ghép thận là phương pháp điều trị thay thế thận hiệu quả nhất, cải thiện rõ ràng về chất lượng sống cho bệnh nhân [1]. Hiệu quả điều trị phụ thuộc vào rất nhiều các yếu tố trong đó có vấn đề dinh dưỡng. Mục tiêu của

can thiệp dinh dưỡng ở bệnh nhân ghép thận nhằm tăng cường tối đa dinh dưỡng, giảm nguy cơ suy dinh dưỡng và các biến chứng trong quá trình điều trị. Vì vậy việc lập kế hoạch can thiệp dinh dưỡng cho bệnh nhân ghép thận qua các giai đoạn là rất cần thiết. Các giai đoạn được chia như sau: trước ghép (7 ngày), những ngày đầu sau ghép (7 ngày), và giai đoạn ổn định sau ghép thận (từ ngày thứ 8 trở đi) [3, 4].

Nhân một trường hợp can thiệp dinh dưỡng thành công, chúng tôi tiên hành viết bài báo này với mục tiêu chia sẻ kinh

¹BS, Bệnh viện Trung ương QĐ 108

Email: haohao8685@gmail.com

²ThS, Bệnh viện Trung ương QĐ 108

³PGS.TS, Bệnh viện Trung ương QĐ 108

Ngày nhận bài: 15/8/2018

Ngày phản biện đánh giá: 5/9/2018

Ngày đăng bài: 25/9/2018

nghiệm lập kế hoạch nuôi dưỡng, theo dõi và can thiệp kịp thời theo từng giai đoạn bệnh có hiệu quả tích tốt với bệnh nhân ghép thận có thải ghép cấp tính, tăng kali máu tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

II. NHU CẦU DINH DƯỠNG DÀNH CHO BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN, CÓ LỌC MÁU CHU KỲ VÀ SAU GHEP THẬN

2.1 Bệnh nhân Suy thận mạn có lọc máu chu kỳ (3 lần/tuần) được khuyến cáo nuôi dưỡng theo “Hướng dẫn điều trị dinh dưỡng lâm sàng” được Ban hành kèm theo Quyết định số 5517/QĐ-BYT ngày 25/12 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế [5].

- Năng lượng: 35 kcal/cân nặng/ngày.
- Các chất sinh năng lượng
- + Protein: 1,2 g/kg.
- + Lipid: 20-30 %.
- + Glucid: không vượt quá 60% năng lượng tổng số.
- Muối: không quá 4g/ngày.
- Lượng nước hàng ngày: số lượng nước tiểu 24h + 300 – 500 ml (tùy theo mùa).

2.2 Bệnh nhân sau ghép thận được khuyến cáo nuôi dưỡng theo Bộ y tế và E.S.P.E.N (2016) như sau [5, 6]:

- Năng lượng: 30-35 kcal/kg/ngày.
- Các chất sinh năng lượng:
- + Protein: 1,4 – 1,5 g/kg
- + Lipid: 18-25%
- + Glucid: 55- 60% năng lượng tổng số.
- Cung cấp đầy đủ vitamin, bổ sung 400 mg vitamin E hằng ngày. Có thể bổ sung thêm kẽm nếu tình trạng tiêu chảy nặng.
- Muối: không quá 5 g/ngày.

- Nhu cầu dịch:
- + 15- 29 tuổi: 40 ml/kg/ngày
- + 30- 49 tuổi: 35 ml/kg/ngày
- + 50- 69 tuổi: 30 ml/kg/ngày
- + Từ trên 70 tuổi: 25 ml/kg/ngày
- + Nếu có mất dịch qua các đường khác (nôn, dò tiêu hóa) thì cộng thêm lượng dịch mất bất thường đã bị mất.
- + Nếu có sốt > 37°C, cộng thêm 100 – 150 ml/1 độ.

III. TRÌNH BÀY TRƯỜNG HỢP:

Bệnh nhân nam, Phạm Văn T. 43 tuổi, chiều cao 1m64, cân nặng 50kg. BMI: 19,6; SGA (Subjective Global Assessment): C.

3.1. Tiền sử

Suy thận mạn tính do viêm cầu thận mạn, lọc máu chu kỳ 3 lần/tuần, kéo dài 12 năm. Bệnh nhân không dung nạp đường lactose.

3.2. Chẩn đoán xác định và quá trình can thiệp dinh dưỡng

Suy dinh dưỡng nặng trên bệnh nhân ghép thận có thải ghép cấp tính, tăng kali máu.

Ngày x/xx/201x bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật ghép thận. Sau ghép 24h bệnh nhân bắt đầu được nuôi ăn đường miệng bằng dung dịch súp loãng giúp khởi động ruột (100 ml x 6 lần/ngày), và một bữa sữa cao năng lượng (Grand Care), giá trị năng lượng đạt 600-700 kcal, trong đó protein 0,6 g/kg/ngày; Tỷ lệ protein ĐV/TV >50%; Lipid 27%; Glucid 60%; Kali 2000-3000 mg. Kết quả xét nghiệm: Ure 15,98 mmol/l; Creatinin 387 μmol/l; Kali 4,4 mmol/l.

Ngày thứ 2 (N2), bệnh nhân xuất hiện các triệu chứng: mệt mỏi nhiều, chán ăn, phù, thiếu niệu, trọng lượng cơ thể 55 kg (tăng 5kg do phù). Kết quả xét nghiệm:

Ure 19,7 mmol/l; Creatinin 339 μ mol/l; Albumin 34,6 g/l; Protein 60 g/l; Kali 4,1 mmol/l. Bệnh nhân được chẩn đoán thải ghép cấp tính sau ghép thận. Tình trạng dinh dưỡng SGA C- suy dinh dưỡng nặng. Bệnh nhân được nuôi ăn hoàn toàn bằng đường miệng, protein khẩu phần 0,6 g/kg/ngày, tỷ lệ đạm ĐV/TV <50%, kali khẩu phần 2500 mg, muối 2 g/ngày. Tình trạng thải ghép cấp được cải thiện dần sau khi dùng thuốc ATG (kháng thể kháng tế bào tuyến ức thỏ). Bệnh nhân duy trì ăn từ ngày N2 đến ngày N6 bằng chế độ ăn lỏng hoàn toàn với bốn bữa súp và một bữa sữa dành cho bệnh suy thận không lọc máu (Leanmax Renal 1), số lượng mỗi bữa được thay đổi từ 100 ml đến 150 ml/bữa theo mức độ cải thiện chức năng thận, tình trạng phù giảm dần, cân nặng bệnh nhân giảm dần.

Bắt đầu ngày N6 bệnh nhân có cảm giác đói, ăn ngon miệng, không phù, vết mổ liền tốt, trọng lượng cơ thể 45 kg. Tình trạng dinh dưỡng SGA B. Kết quả xét nghiệm Albumin 41,3 g/l; Protein 66 g/l; Ure 10 mmol/l; Creatinin 99 μ mol/l; K⁺ 3,4 mmol/l. Từ ngày N6 đến ngày N16, bệnh nhân được chỉ định chế độ ăn đặc dần lên (cháo-cơm) và một bữa sữa (tương ứng 1 gói sữa 38 g Grand Care được pha với 154 ml nước ấm), khẩu phần ăn với mức năng lượng tăng dần (25-30 kcal/kg/ngày), protein khẩu phần đạt 1,0-1,2 g/kg/ngày. Các thực phẩm sử dụng phù hợp với thói quen ăn uống và được điều chỉnh theo khẩu vị của bệnh nhân. Cơ cấu bữa ăn gồm 3-4 món, trong đó ưu tiên món ăn được chế biến dạng

hấp, luộc; hạn chế đồ chiên, rán, xào.

Ngày N17, bệnh nhân bắt đầu xuất hiện tăng kali máu (K⁺ 6,4 mmol/l), điều trị thuốc hạ kali máu không hiệu quả. Bệnh nhân tiếp tục được nuôi ăn bằng đường miệng với chế độ ăn đặc biệt giảm kali có protein khẩu phần 1g/kg/ngày; kali khẩu phần dưới 2000 mg (tương đương 200 g rau/ngày); ưu tiên lựa chọn các loại rau có hàm lượng kali thấp như bí xanh, su su, bắp cải. Sử dụng protein có giá trị sinh học cao như thịt bò, trứng gà, và protein có nguồn gốc từ thực vật. Sau 8 ngày, kali máu trong giới hạn bình thường (K⁺ 4,9 mmol/l).

Từ ngày N25, bệnh nhân được nuôi dưỡng với chế độ ăn sau ghép thận: Protein 1,2-1,4 g/kg/ngày, rau xanh 400 g/ngày [5,6]. Do bệnh nhân có tiền sử không dung nạp đường lacstose nên chúng tôi sử dụng sữa cao năng lượng, không chứa đường lactose với khẩu phần sữa 80 g/ngày, chia thành 4 bữa, mỗi bữa 20 g (tương đương 2 thìa sữa Grand Care pha với 80 ml nước). Chế độ ăn này được duy trì đến khi bệnh nhân ra viện. Bệnh nhân ăn ngon miệng, có cảm giác đói, đại tiện, tiểu tiện bình thường, vết mổ liền sẹo tốt, cân nặng: 47,0 kg. Tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân lúc ra viện SGA A. Kết quả xét nghiệm: Albumin 41 mmol/l; Protein 65 mmol/l; Ure 6 mmol/l; Creatinin 98 μ mol/l, K⁺ 3,5 mmol/l.

Quá trình can thiệp dinh dưỡng theo diễn biến từng giai đoạn tiến triển của bệnh nhân được tóm tắt trong Bảng 1.

Bảng 1: Chế độ nuôi dưỡng bệnh nhân

	N1 sau ghép thận	N2-N5 (Thải ghép cấp tính)	N6-N16	N17-N24 (tăng Kali máu)	N25 - ra viện
Chỉ định chế độ ăn	Súp loãng, sữa công thức	Súp, sữa công thức	Com, cháo, sữa công thức	Com, cháo	Com, sữa công thức
Gạo (g)	120	120	250	250	250
Thịt (g)	120	100	200	250 (thịt bò, trứng, cá)	250
Dầu ăn (ml)	6	6	10	10	10
Rau, củ (g)	200	240	400	200 (Bí xanh, su su, bắp cải)	400
Muối (g)	2	2	4	5	5
Quả chín					200
Sữa công thức (g)	Grand care 38	Leanmax Renal1 38	Grand care 38		Grand care 80
Tổng năng lượng (kcal)	700	600	1500- 1600	1500- 1600	1700-1800
Số g protein/kg/ngày		0,6	1,0	1,0	1,2-1, 4

Các xét nghiệm theo diễn biến qua từng giai đoạn tiến triển của bệnh nhân trong quá trình can thiệp dinh dưỡng được tóm tắt trong Bảng 2.

Bảng 2: Chỉ số xét nghiệm theo dõi bệnh nhân

Giai đoạn / Chỉ số	Đơn vị	N1 sau ghép thận	N2-N5 (Thải ghép cấp tính)	N6-N16	N17-N24 (tăng Kali máu)	N25 - ra viện
Ure	mmol/l	15,98	19,7	10	8,9	6,0
Creatinin	μmol/l	387,0	399,0	99,0	111,0	98,0
Albumin	g/l	33,0	41,3	41,3	37,0	41,0
Protein	g/l	59,0	60,0	66,0	61,0	65,0
Kali	mmol/l	4,4	4,1	3,4	6,4	3,5

BÀN LUẬN

Chúng tôi đã chủ động đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân và lập kế hoạch, thay đổi chế độ ăn cho bệnh nhân theo từng giai đoạn của bệnh, phù hợp với nguyên tắc dinh dưỡng, ăn từ lỏng đến đặc, từ ít đến nhiều, cho đến khi

đạt được nhu cầu mong muốn. Khi chức năng đường tiêu hóa của bệnh nhân bình thường, chúng tôi đã tiến hành nuôi ăn hoàn toàn bằng đường miệng. Trong quá trình điều trị, can thiệp dinh dưỡng cho bệnh nhân có thải ghép cấp tính là vô cùng khó khăn và phức tạp, bởi trên bệnh

nhân này có rất nhiều yếu tố phối hợp ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng như tăng ure máu, tăng creatinin, albumin giảm, và tăng kali máu. Khẩu phần nuôi dưỡng bệnh nhân luôn được xây dựng tuân thủ theo nguyên tắc và khuyến cáo của Bộ Y tế và Quốc tế [5-7]. Chế độ ăn giảm Protein để làm cho bệnh nhân bị thiếu hụt dinh dưỡng dẫn đến tình trạng tiêu cơ, làm tăng nguy cơ tăng ure không nitơ, ảnh hưởng đến chức năng dạ dày ruột, làm giảm khả năng hấp thu và tiêu hóa của bệnh nhân. Chính vì vậy, chế độ ăn cần phải được thay đổi cho phù hợp với khẩu vị của bệnh nhân nhưng vẫn cần đảm bảo cân đối thành phần các chất dinh dưỡng như khuyến cáo của Bộ Y tế về bệnh thận mạn tính [5-7]. Khi bệnh nhân có triệu chứng chán ăn, giảm cảm giác ngon miệng, chúng tôi tiến hành thay đổi món ăn và cách chế biến món ăn theo thói quen và khẩu vị của bệnh nhân để tăng cảm giác ngon miệng, kích thích tiêu hóa nhưng không thay đổi cơ cấu các chất dinh dưỡng trong khẩu phần ăn. Trong nghiên cứu này, khi bệnh nhân có thái ghép cấp tính sau ghép, chúng tôi sử dụng các loại protein có giá trị sinh học cao (trứng, thịt bò), protein khẩu phần tăng dần từ 0,6 g/kg/ngày đến không quá 1,2 g/kg/ngày tùy theo giai đoạn tiến triển của bệnh [5].

Khi bệnh nhân có tăng kali máu, không đáp ứng điều trị của thuốc hạ kali, chúng tôi xây dựng chế độ ăn đặc biệt giảm kali khẩu phần xuống dưới 2000 mg/ngày [5], và sử dụng các thực phẩm nghèo kali [8]. Sau một tuần duy trì chế độ ăn giảm kali, chỉ số kali máu của bệnh nhân đã về giới hạn bình thường.

Khi bệnh nhân có chức năng thận trở về bình thường, không có tăng kali máu, bệnh nhân được nuôi dưỡng theo phác đồ dinh dưỡng dành cho bệnh nhân sau ghép

thận với lượng protein không quá 1,5 g/kg/ngày [5]. Bệnh nhân có tiền sử rối loạn tiêu hóa khi dùng sữa và các chế phẩm sữa do không dung nạp đường lactose nên chúng tôi đã duy trì nuôi dưỡng bằng sữa công thức cao năng lượng, không chứa đường lactose (Grand Care) và nuôi ăn bằng cách chia nhỏ số lượng (20 g sữa /lần) để bệnh nhân có thể hấp thu và dung nạp tốt các chất dinh dưỡng.

IV. KẾT LUẬN

Việc lập kế hoạch nuôi dưỡng, theo dõi, can thiệp dinh dưỡng kịp thời và linh hoạt theo từng giai đoạn diễn biến của bệnh đối với bệnh nhân sau ghép thận là rất quan trọng. Khi bệnh nhân có thái ghép cấp, chế độ ăn giảm protein được duy trì cho đến khi chức năng thận trở về bình thường. Chế độ ăn hạn chế kali khẩu phần dưới 2000 mg/ngày (tương đương 200 g rau có lá/ngày) được áp dụng có hiệu quả làm giảm Kali máu sau 8 ngày. Khi chức năng đường tiêu hóa của bệnh nhân bình thường, có thể tiến hành nuôi dưỡng hoàn toàn bằng đường miệng để cải thiện tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân, góp phần vào thành công của ca ghép.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Văn Vũ (2011). *Đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối chưa lọc máu*. Tạp chí Y dược Thành phố Hồ Chí Minh, 5(4), tr. 53-59.
2. Nguyễn An Giang, Lê Việt Thắng và Võ Quang Huy (2013). *Khảo sát tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân suy thận mạn tính lọc máu chu kỳ bằng thang điểm đánh giá toàn diện*. Tạp chí Y học thực hành, 870(5/2013), tr. 159-161.
3. Hoàng Long, Lê Nguyên Vũ, Lê Đình Thanh Sơn và các cộng sự (2015). *Chỉ định và bước đầu ghép thận của người*

- cho chết não*. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 96(4), tr. 86-90.
4. Lê Nguyễn Vũ (2014). *Đánh giá kết quả lấy, rửa và ghép thận từ người cho chết não tại bệnh viện Việt Đức Đại học Y Hà Nội*.
 5. Bộ Y tế (2015). *Hướng dẫn điều trị dinh dưỡng lâm sàng*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
 6. Gregor Mlinsek (2016). *Nutrition after kidney transplantation*. Clinical Nutrition ESPEN, 14, tr. 42-57.
 7. Rex O. Brown và Charlene Compher (2010). *A.S.P.E.N Clinical Guideline: Nutrition support in adult acute and chronic renal failure*. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition, 34(4), tr. 366-377.
 8. Bộ Y tế và Viện Dinh dưỡng (2007). *Bảng thành phần thực phẩm Việt Nam*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

Summary

A CASE STUDY: THE EFFECTIVENESS OF NUTRITION INTERVENTION IN A KIDNEY TRANSPLANT PATIENT WITH ACUTE KIDNEY REJECTION IN THE 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

Objective: to report an effective nutrition intervention experience in a renal transplant patient with acute kidney rejection and severe malnutrition in The 108 Military Central Hospital. **Case situation:** The 43 year-old male with kidney transplantation was diagnosed with acute kidney rejection accompanied by severe malnutrition. **Result:** The second-day post – renal replacement, the patient was diagnosed with acute kidney rejection and severe malnutrition (SGA C; Albumin 34.6g/l; Protein 60g/l; K+ 4.1mmol/l). He was fed by exclusive oral feeding with solid and liquid diet, 4-6 meals/day, 0.6g dietary protein per kg per day. On the 6th day, the renal function was stabilized. He was then fed by exclusive oral feeding with solid and rice diet, the nutritional status of was improved. The testing results on the 16th day were SGA B, Albumin 41.3g/l; Protein 66g/l; K+ 3.4mmol/l. On the 17th day, the patient had symptoms of hyperkalemia (K+ 6.4 mmol/l). He was treated by reducing serum potassium pills but there was no effective. He was continued to be fed by oral supplement, under 2000 mg dietary potassium per day. On the 24th day, his blood potassium was in normal range (K+ 4.9 mmol/l). Since the 25th day, the patient was fed by 1.2-1.4g dietary protein per kg per day, 3500-4000mg dietary potassium per day. On the 40th day, the health status of this patient was stable and he was discharged with SGA A. The health indicators were in normal ranges: Albumin 41 g/l; Protein 65g/l; K+ 3.5mmol/l; Ure 9.6mmol/l, Creatinin 96µmol/l. **Conclusion:** The intensive nutritional interventions by exclusive oral feeding and following in each health status stages have good aspects for kidney transplant patients.

Keywords: *Renal transplant, acute kidney rejection; hyperkalemia; nutritional treatment, 108 Military Central Hospital.*

