

Nghiên cứu gốc

THỰC TRẠNG NUÔI DƯỠNG NGƯỜI BỆNH COVID-19 ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC - CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN NĂM 2022

Nguyễn Thị Hương Lan^{1,2,✉}, Trần Minh Anh², Nguyễn Đăng Hưng¹,
Nguyễn Thị Bảo Liên², Nguyễn Bá Thắng², Nguyễn Thành Tiến²,
Nguyễn Thị Hiền², Trần Thị Phương Lan³

¹ Trường Đại học Y Hà Nội

² Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn, Hà Nội

³ Bệnh viện Quân Y 354, Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng nuôi dưỡng người bệnh COVID-19 điều trị tại Đơn vị điều trị người bệnh COVID-19 nặng và nguy kịch thuộc khoa Hồi sức tích cực-chống độc, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn năm 2022.

Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang trên 110 người bệnh COVID-19 từ 18 tuổi trở lên được đo cân nặng và theo dõi khẩu phần ăn trong quá trình điều trị.

Kết quả: Tỷ lệ người bệnh đáp ứng >75% nhu cầu khuyến nghị (NCKN) về năng lượng và protein còn thấp (13,6% và 10,9%). Sau 5 ngày điều trị, mức năng lượng của người bệnh đạt 68 – 86,8%, protein đạt 50 – 66,7% so với NCKN. Số bữa ăn trung bình là 3,7 bữa/ngày. Tỷ lệ người bệnh có giảm cân tại thời điểm ra viện là 57,3%, khối lượng giảm trung bình là $1,9 \pm 0,3$ kg.

Kết luận: Sau 5 ngày điều trị, người bệnh COVID-19 được nuôi dưỡng chưa đủ năng lượng và protein theo nhu cầu khuyến nghị và dẫn tới nguy cơ sụt cân sau một thời gian nằm viện điều trị COVID-19.

Từ khoá: COVID-19, nuôi dưỡng, khẩu phần, bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

THE FEEDING STATUS AMONG COVID-19 PATIENTS AT THE INTENSIVE CARE UNIT - POISON CONTROL DEPARTMENT OF SAINT PAUL GENERAL HOSPITAL, 2022

ABSTRACT

Aims: To describe the current status of feeding COVID-19 patients treated at the Treatment Unit for severe and critical COVID-19 patients of the Intensive Care Unit - Poison Control Department at Saint Paul General Hospital in 2022.

Methods: A cross-sectional study was carried out on 110 COVID-19 patients aged 18 years or older, whose weight and diet data was collected during treatment.

Results: The percentage of patients, whose dietary intake met over 75% of the energy and protein requirement, remained low (13.6% and 10.9%). After 5 days of hospitalization, the range of energy and protein intake of COVID-19 patients reached only 68% to 86.7% and 50% to 66.7% of the requirement, respectively.

✉ Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Hương Lan
Email: huonglandd@hmu.edu.vn
Doi: 10.56283/1859-0381/426

Nhận bài: 7/4/2023
Chấp nhận đăng: 26/4/2023
Công bố online: 30/4/2023

Moreover, 57.9% of the patients experienced the mild to severe weight loss at hospital discharge point. Average weight loss among COVID-19 patients was $1,9 \pm 0,3$ kg.

Conclusion: Over 5 treatment days, all COVID-19 patients dietary intake were not meet energy and protein recommended requirement, which led to the high risk of weight loss after discharging from hospital.

Keywords: COVID-19, feeding, diet, Saint Paul General Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đại dịch COVID-19 đã trực tiếp và gián tiếp gây ra sự gia tăng gánh nặng dinh dưỡng xảy ra trên toàn thế giới bao gồm cả thiếu và thừa dinh dưỡng. Một đặc điểm nổi bật ở người bệnh mắc COVID-19 đó là khi cơn bão cytokine xuất hiện có thể dẫn đến phân hủy cơ và phân giải protein [1]. Hội chứng viêm, tăng dị hoá cơ, giảm khả năng vận động, giảm lượng thức ăn tiêu thụ là những nguyên nhân dẫn tới người bệnh COVID-19 có nguy cơ suy dinh dưỡng cao [2]. Do đó, việc phòng ngừa, chẩn đoán và điều trị suy dinh dưỡng nên được thường xuyên đưa vào việc quản lý người bệnh COVID-19.

Nghiên cứu của Pironi L. và cộng sự cho thấy cả lượng ăn vào khi có sự can thiệp và lượng ăn vào thực tế đều ở giới hạn thấp hơn lượng khuyến nghị của Hội Dinh dưỡng lâm sàng và chuyển hóa Châu Âu (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism-ESPEN): 27–30 kcal/kg và 1,0 g/kg protein ở người bệnh bị gánh nặng bệnh tật/viêm cấp độ thấp. Năng lượng trung bình và protein tiêu thụ/kg cân nặng lần lượt là 25kcal

và 1,1g (tỷ lệ này thấp nhất ở Đơn vị chăm sóc đặc biệt (ICU), [3]. Theo nghiên cứu của Hoàng Thị Hải Yến tiến hành trên 116 người bệnh tại bệnh viện điều trị người bệnh COVID-19 của Bệnh viện Đại học Y Hà Nội ghi nhận tỷ lệ người bệnh có tình trạng giảm <75% khẩu phần ăn vào là 44,9% [4]. Một nghiên cứu tiến hành trên 60 người bệnh COVID-19 nuôi dưỡng qua ống thông của Nguyễn Thùy Linh và cộng sự đánh giá về khả năng nuôi dưỡng thì protein đạt 74,5 – 81,6% nhu cầu khuyến nghị (NCKN) [5]. Như vậy, hầu hết các nghiên cứu đều chỉ ra rằng người bệnh COVID-19 có giảm ăn và khẩu phần ăn vẫn chưa đủ theo nhu cầu khuyến nghị. Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn là một trong số các đơn vị tiếp nhận và điều trị số lượng lớn người bệnh COVID-19 mức độ vừa và nặng của Sở Y tế Hà Nội. Bởi vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: mô tả thực trạng nuôi dưỡng người bệnh COVID-19 điều trị tại Đơn vị điều trị người bệnh COVID-19 nặng và nguy kịch, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn năm 2022.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang tại Đơn vị điều trị người bệnh COVID-19 nặng và nguy

kịch thuộc khoa Hồi sức tích cực - Chống độc Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

từ tháng 2 đến tháng 4 năm 2022. Tiến hành đánh giá cân nặng tại 2 thời điểm (lúc vào viện, khi ra viện) và đánh giá khẩu phần tại ngày điều trị đầu tiên và

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả các bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên điều trị nội trú tại Đơn vị điều trị người bệnh COVID-19 nặng và nguy kịch thuộc khoa Hồi sức tích cực-Chống độc, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn được chẩn đoán dương tính với Sars-CoV-2 có thời gian

2.3. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

Chọn tất cả người bệnh nhập viện điều trị trong thời gian tiến hành nghiên cứu và thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn của

2.4. Phương pháp thu thập số liệu

Các chỉ số đánh giá khẩu phần 24h (năng lượng theo g/ngày; protein theo g/kg cân nặng/ngày), đường nuôi dưỡng, số bữa ăn trung bình, cân nặng tại thời điểm vào viện và ngay trước khi ra viện, khối lượng cân nặng bị giảm tại thời điểm ra viện.

Khẩu phần được điều tra bằng phương pháp hỏi ghi khẩu phần 24 giờ qua. Điều tra viên hỏi ghi tất cả những thực phẩm (kể cả đồ uống) được đối tượng ăn uống trong giai đoạn 24 giờ kể từ lúc điều tra viên bắt đầu phỏng vấn đối tượng trở về trước. Khẩu phần được hỏi ghi theo mẫu phiếu hỏi ghi khẩu phần 24 giờ.

Với người bệnh vẫn còn đi lại được: người bệnh được cân bằng cân sức khỏe Nhơn Hoà (đơn vị tính: kg) vào buổi sáng, khi chưa ăn uống, mặc quần áo gọn, nhẹ, đứng giữa bàn cân, không cử động mắt nhìn thẳng, hai tay khép vào hai bên mình, trọng lượng dồn đều cả hai bàn chân. Trường hợp người bệnh không thể đứng cân, sử dụng cân treo CRANE SCALE, đặt người bệnh nằm lên tấm bạt

ngày điều trị thứ 5. Cân nặng được cân và khẩu phần được thu thập bằng hỏi ghi 24 giờ.

điều trị từ 5 ngày trở lên. Bệnh nhân có hồ sơ lưu trữ đầy đủ tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh đang mang thai, bị gù, vẹo và không đo được các chỉ số nhân trắc.

nghiên cứu. Sau thời gian nghiên cứu có 110 người bệnh đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

có đầu móc kèm dây nối ở 4 góc, móc lên cân, bấm nút và kéo cân lên tới khi người bệnh được nâng cao tách khỏi bề mặt giường 10–15cm, đọc kết quả hiển thị trên bề mặt cân.

Nhu cầu khuyến nghị (NCKN) của người bệnh COVID-19 được xác định theo khuyến cáo của Bộ Y tế cho người bệnh COVID-19. Đối với người bệnh COVID-19 viêm phổi nặng: năng lượng 25–30 Kcal/kg/ngày với người bệnh có cân nặng bình thường hoặc suy dinh dưỡng; < 25 Kcal/kg/ngày nếu BMI \geq 25 kg/m²; Protein trong 3 ngày đầu dưới < 1,2 g/kg/ ngày, từ từ tăng dần và đạt 1,2g/kg/ngày từ ngày thứ 5 - 7; nhu cầu khuyến nghị vitamin, khoáng chất tối thiểu liều cơ bản theo khuyến nghị của Viện Dinh dưỡng quốc gia Việt Nam năm 2016 [6, 7]. Mức đáp ứng theo nhu cầu khuyến nghị được tính: Đáp ứng < 50% NCKN là: năng lượng < 12,5 kcal/kg/ngày, protein < 0,6 g/kg/ngày. Đáp ứng > 75% NCKN là: năng lượng > 18,75 kcal/kg/ngày, protein > 0,9 g/kg/ngày.

2.5. Phân tích số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Phân tích khẩu phần 24h: sử dụng bảng thành phần thực phẩm Việt Nam và sử dụng phần mềm Excel để đánh giá khẩu phần. Số liệu định tính được trình bày theo tần số (%). Sử dụng

các test thống kê trong y học như χ^2 để so sánh các tỷ lệ. Các biến định lượng biểu thị bằng giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất, so sánh trung bình bằng T-test. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu nhằm mục đích đánh giá thực trạng nuôi dưỡng của người bệnh để đưa ra những khuyến nghị góp phần cải thiện tình trạng dinh dưỡng cho người bệnh. Thông tin thu thập được chỉ nhằm mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu được sự cho phép của Ban Giám đốc

Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn và kết quả nghiên cứu là một phần số liệu nằm trong đề tài cơ sở đã được phê duyệt theo quyết định số 1302/QĐ-BVĐKXP ngày 16/11/2022 của Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành trên 110 bệnh nhân COVID-19 với độ tuổi trung bình là $68,3 \pm 18,9$ (tuổi), tuổi trẻ nhất là 26 tuổi và cao tuổi nhất là 93 tuổi. Bảng 1 trình bày đặc điểm về nhóm tuổi và giới

tính của đối tượng nghiên cứu. Nhóm người bệnh từ 60 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất với 69,1%. Tỷ lệ nữ giới cao hơn so với nam giới (55,5%).

Bảng 1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu ($n=110$)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %	
Nhóm tuổi	18– 39 tuổi	11	10,0
	40 – 59 tuổi	23	20,9
	≥ 60 tuổi	76	69,1
	Trung bình	$68,3 \pm 18,9$	
Giới tính	Nam	49	44,5
	Nữ	61	55,5

Theo kết quả ở Bảng 2, BMI tại thời điểm vào viện của nam giới và nữ giới tương ứng là $21,1 \pm 0,4$ kg/m² và $22,2 \pm 0,5$ kg/m². BMI tại thời điểm ra viện của nam giới và nữ giới tương ứng là $20,4 \pm 0,5$ kg/m² và $21,5 \pm 0,6$ kg/m².

Bảng 2. Đặc điểm nhân trắc của người bệnh

Đặc điểm	Nam (n=49)	Nữ (n=61)
Cân nặng tại thời điểm vào viện (kg)	54,0 ± 1,2	53,5 ± 1,3
Cân nặng tại thời điểm ra viện (kg)	52,2 ± 1,2	51,7 ± 1,3
Chiều cao (cm)	160,0 ± 0,9	155,6 ± 0,9
BMI tại thời điểm vào viện (kg/m ²)	21,1 ± 0,4	22,2 ± 0,6
BMI tại thời điểm ra viện (kg/m ²)	20,4 ± 0,5	21,5 ± 0,6

Số liệu trình bày theo trung bình độ ± lệch chuẩn

3.2. Thực trạng nuôi dưỡng người bệnh

Bảng 3. Mức đáp ứng khẩu phần theo nhu cầu khuyến nghị và giá trị trung bình khẩu phần tại ngày điều trị thứ 5

Đặc điểm	Năng lượng	Protein
Mức đáp ứng khẩu phần, n (%)		
Đáp ứng 100 % nhu cầu khuyến nghị	0 (0)	0 (0)
Đáp ứng >75% nhu cầu khuyến nghị	15 (13,6)	12 (10,9)
Đáp ứng 50–75% nhu cầu khuyến nghị	44 (40,0)	45 (40,9)
Đáp ứng <50% nhu cầu khuyến nghị	51 (46,4)	53 (58,2)
Nhu cầu khuyến nghị tại ngày điều trị 5*	1371,8 ± 350,2 (kcal/ngày)	47,4 ± 16,0 (gram/ngày)
Thực tế tại ngày thứ 5*	1105,5 ± 377,2 (kcal/ngày)	40,4 ± 15,7 (gram/ngày)

* Trung bình độ lệch chuẩn

Bảng 3 cho thấy tỷ lệ người bệnh đáp ứng > 75% NCKN về năng lượng và protein còn thấp (13,6% và 10,9%). Tỷ lệ người bệnh đáp ứng < 50% NCKN về năng lượng và protein tương ứng là 46,4% và 58,2%. Năng lượng trung bình thực tế tại ngày thứ 5 điều trị là $1105,5 \pm 377,2$ kcal/ ngày và protein là $40,4 \pm 15,7$ g/ ngày, thấp hơn so với nhu cầu khuyến nghị.

Số bữa ăn của bệnh nhân dao động từ 3–6 bữa/ngày, trung bình là 3,7 bữa/ngày.

Theo Bảng 4, tỷ lệ người bệnh nuôi dưỡng đường miệng là 60%. Sau 5 ngày điều trị, mức năng lượng của người bệnh đạt 68 – 86,8% so với nhu cầu khuyến nghị (NCKN), protein đạt 50 – 66,7% so với NCKN.

Bảng 4. Đặc điểm đường nuôi dưỡng của người bệnh ở ngày điều trị thứ 5

Đặc điểm	Năng lượng trung bình (kcal/kg/ngày)	Protein trung bình (g/kg/ngày)	Năng lượng đạt NCKN (%)	Protein đạt NCKN (%)
Nuôi dưỡng đường miệng (n=66)	21,7 ± 0,8	0,8 ± 0,1	86,8	66,7
Nuôi dưỡng qua sonde hoàn toàn (n=25)	17 ± 6,9	0,6 ± 0,2	68	50
Nuôi dưỡng qua sonde kết hợp tĩnh mạch bổ sung (n=19)	Sonde	14,3 ± 8,4	71,2	66,7
	Tĩnh mạch	3,5 ± 2,1		

Bảng 5 cho thấy có 57,3% người bệnh có giảm cân tại thời điểm ra viện. Khối lượng giảm trung bình tại thời điểm ra viện là 1,9 ± 0,3 kg. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ giảm cân, cũng như khối lượng giảm cân ở hai giới.

Bảng 5. Tình trạng giảm cân của người bệnh COVID-19

Đặc điểm		Chung (n=110)	Nam (n=49)	Nữ (n=61)	p
Giảm cân tại thời điểm ra viện, n (%)	Có	63 (57,3)	29 (59,2)	34 (55,7)	>0,05
	Không	47 (42,7)	20 (40,8)	27 (44,3)	
Khối lượng cân nặng bị giảm tại thời điểm ra viện ($\bar{X} \pm SD$) (kg)		1,9 ± 0,3	1,8 ± 0,3	1,9 ± 0,4	>0,05

IV. BÀN LUẬN

Trong 110 người bệnh được đưa vào nghiên cứu, nhóm người bệnh từ 60 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất là 69,1% với tỷ lệ nữ nhiều hơn nam giới. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Luo Y. và cộng sự nhưng khá tương đồng với nghiên cứu của Zhang P. và cộng sự khi đối tượng bị COVID-19 điều trị ở các khu vực chăm sóc tích cực chủ yếu là người cao tuổi (63% trên 65 tuổi) [8, 9]. Do khả năng lây truyền nhanh và tính nhạy cảm của virus SARS-CoV-2, ở giai

đoạn đầu của đợt bùng phát dịch tại Hà Nội, bệnh nhân cao tuổi chưa được tiêm đầy đủ các mũi vắc xin dẫn tới nhóm người cao tuổi cũng là nhóm dễ bị tổn thương và tiến triển bệnh nặng hơn.

Các triệu chứng điển hình của COVID-19, chẳng hạn như ho và khó thở, khô miệng, mất vị giác và khứu giác và nhiệt độ cơ thể cao, làm tăng nhu cầu dinh dưỡng, trong khi phản ứng viêm làm giảm cảm giác thèm ăn có thể ảnh hưởng đến chế độ ăn uống [10]. Kết quả

nghiên cứu cho thấy, tại thời điểm 5 ngày sau khi điều trị, nhóm người bệnh có khẩu phần ăn giảm về năng lượng và protein so với ngày đầu tiên điều trị chiếm tỷ lệ lớn, tương ứng là 55,5% và 49,1%. Vấn đề giảm khẩu phần ăn cả về năng lượng và protein đã được nhận thấy ở nghiên cứu của Hajimohammedbrahim-Ketabforoush M. và cộng sự khi lượng protein và năng lượng thực tế hấp thu được lần lượt là 46% và 58% giá trị mục tiêu được khuyến nghị ở những người sống sót sau 5 ngày điều trị tính từ khi nhập viện, tỷ lệ hấp thu còn kém hơn nữa ở nhóm người bệnh tử vong sau 5 ngày điều trị. Bên cạnh đó các đối tượng có lượng protein và năng lượng thực tế ăn vào thấp hơn 0,59 g/kg/ngày và 14 kcal/kg/ngày có tỷ lệ tử vong gấp gần 2 lần so với những người ở ngưỡng giới hạn cao hơn [1]. Ngoài ra, Yue X. và cộng sự cũng báo cáo mức trung bình năng lượng thực tế là 15,3 kcal/kg/ngày và lượng protein thực tế là 0,62 g/kg/ngày đối với những bệnh nhân nặng mắc COVID-19 trong thời gian 7 ngày [11]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu đã đề cập. Người bệnh ICU được khuyến cáo chia nhỏ bữa ăn từ 4 – 6 bữa/ngày. Tuy nhiên tại bệnh viện chúng tôi, số bữa ăn trung bình thấp hơn so với khuyến cáo. Như vậy sẽ có khả năng ảnh hưởng khả năng dung nạp, hấp thu của người bệnh.

Nuôi dưỡng qua ống thông là một trong những chỉ định nuôi dưỡng khá thường xuyên ở bệnh nhân ICU. Theo kết quả nghiên cứu, protein ăn vào trung bình tại ngày điều trị thứ 5 là $0,6 \pm 0,2$ g/kg cân nặng/ ngày, chỉ đạt 50% so với NCKN. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thuỳ Linh và cộng sự khi khả năng đáp ứng NCKN của Protein là 74,5% và các chất Lipid,

Glucid tương đối cao (98% và 100%) [5]. Có sự khác biệt trong lựa chọn đối tượng nghiên cứu của chúng tôi so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thuỳ Linh. Tác giả Nguyễn Thuỳ Linh chỉ đánh giá trên nhóm người bệnh ăn qua sonde, không ăn qua đường miệng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm ăn qua sonde hoàn toàn đạt nhu cầu khuyến nghị thấp nhất bởi các lí do sau đây: người bệnh tiến triển bệnh nặng và đột ngột, thường xuyên có can thiệp cấp cứu nên ảnh hưởng đến việc nuôi ăn; người bệnh ăn chưa đủ bữa; cơ sở y tế không đủ nhân lực và hạn chế trong cung cấp trang thiết bị. Thời điểm nghiên cứu là thời điểm dịch bùng phát mạnh mẽ tại Hà Nội, người nhà người bệnh cũng bị nhiễm COVID nên việc liên lạc gặp nhiều khó khăn, có nhiều hạn chế trong việc bổ sung thêm các sản phẩm bổ sung dinh dưỡng cho người bệnh.

Khối lượng cơ giảm nhanh chóng trong thời gian nằm trong ICU và có liên quan đến chức năng cơ bị suy giảm, thời gian nằm viện dài hơn và tỷ lệ tử vong cao hơn. Chúng tôi nhận thấy có 57,3% người bệnh có giảm cân tại thời điểm ra viện với khối lượng cân nặng bị giảm là $1,9 \pm 0,3$ kg. Lakenman P. thấy rằng tỷ lệ cân nặng mất đi trung bình trong thời gian ở ICU là 13%. Sau 1 năm, người bệnh có thể lấy lại cân nặng như cũ nhưng đánh giá cân bằng dinh dưỡng, thành phần cơ thể và tình trạng thể chất vẫn bị suy giảm do tỷ lệ % chất béo trong cơ thể vẫn ở ngưỡng cao [12]. Như vậy cần có sự can thiệp dinh dưỡng từ các chuyên gia dinh dưỡng để hỗ trợ người bệnh tăng cân trở lại với nhóm người bệnh sụt cân hoặc hồi phục nhanh hơn đối với nhóm có suy giảm thể chất (ví dụ như giảm chức năng cơ và phổi) hoặc khó nuốt hay giảm chức năng nhận thức sau khi mắc COVID-19.

Một trong số những hạn chế của nghiên cứu này là cỡ mẫu trong nghiên cứu còn nhỏ, nghiên cứu cắt ngang nên

khó xác lập mối liên hệ nhân-quả vì trình tự thời gian không xác định chắc chắn, không đưa ra ước tính trực tiếp về rủi ro.

V. KẾT LUẬN

Sau 5 ngày điều trị, người bệnh COVID-19 được nuôi dưỡng chưa đủ năng lượng và protein theo nhu cầu khuyến nghị (năng lượng ăn vào đạt 68 – 86,8% NCKN, protein đạt 50 – 66,7% so với NCKN) và dẫn tới nguy cơ sụt cân

sau một thời gian nằm viện điều trị COVID-19. Vì vậy cần có kế hoạch can thiệp và theo dõi dinh dưỡng trong suốt quá trình nằm viện cũng như sau khi người bệnh ra viện để thúc đẩy nhanh hơn quá trình hồi phục của người bệnh.

Tài liệu tham khảo

1. Hajimohammadebrahim-Ketabforoush M, Vahdat Shariatpanahi Z, Vahdat Shariatpanahi M, et al. Protein and Energy Intake Assessment and Their Association With In-Hospital Mortality in Critically Ill COVID-19 Patients: A Prospective Cohort Study. *Front Nutr.* 2021;8:708271. doi:10.3389/fnut.2021.708271
2. Barazzoni R, Bischoff SC, Breda J, et al. ESPEN expert statements and practical guidance for nutritional management of individuals with SARS-CoV-2 infection. *Clin Nutr.* 2020;39(6):1631-1638.
3. Pironi L, Sasdelli AS, Ravaioli F, et al. Malnutrition and nutritional therapy in patients with SARS-CoV-2 disease. *Clin Nutr.* 2021;40(3):1330-1337.
4. Hoàng Thị Hải Yến. Tình Trạng Dinh Dưỡng và Nguy Cơ Hội Chứng Nuôi Ăn Lại ở Người Bệnh COVID-19 Tại Bệnh Viện Điều Trị COVID-19 Năm 2021-2022. Luận văn cử nhân dinh dưỡng. Đại học Y Hà Nội. 2022.
5. Nguyễn Thùy Linh, Hoàng Thị Hằng, Ma Ngọc Yến, và cs. Tình trạng dinh dưỡng và đặc điểm nuôi dưỡng qua ống thông dạ dày ở người bệnh hồi sức tích cực tại Bệnh viện Điều trị người bệnh COVID-19. *Tạp chí Nghiên cứu Y học.* 2022;157(9):44-54.
6. Quyết định 2110/QĐ-BYT 2020 Hướng dẫn chế độ dinh dưỡng trong điều trị người nhiễm COVID 19. Accessed April 6, 2023. [https://thuvienphapluat.vn/van-ban/The-thao-Y-te/Quyết-dinh-2110-QĐ-BYT-2020-](https://thuvienphapluat.vn/van-ban/The-thao-Y-te/Quyết-dinh-2110-QĐ-BYT-2020-Huong-dan-che-do-dinh-duong-trong-dieu-tri-nguoi-nhiem-COVID-19-487649.aspx)
7. Viện Dinh dưỡng. Nhu Cầu Dinh Dưỡng Khuyến Nghị Cho Người Việt Nam. Nxb Y học; 2016.
8. Luo Y, Xue Y, Mao L, et al. Prealbumin as a Predictor of Prognosis in Patients With Coronavirus Disease 2019. *Front. Med.* 7:374. doi: 10.3389/fmed.2020.00374. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2020.00374>
9. Zhang P, He Z, Yu G, et al. The modified NUTRIC score can be used for nutritional risk assessment as well as prognosis prediction in critically ill COVID-19 patients. *Clin Nutr.* 2021;40(2):534-541.
10. Holdoway A. Nutritional management of patients during and after COVID-19 illness. *Br J Community Nurs.* 2020;25(Sup8):S6-S10.
11. Yue X, Li M, Wang Y, et al. Nutritional Support and Clinical Outcome of Severe and Critical Patients With COVID-19 Pneumonia. *Front Nutr.* 2020;7:581679. doi:10.3389/fnut.2020.581679
12. Lakenman PL, Joosten KF, Bommel JV, et al. Nutritional status of patients with COVID-19 1-y post-ICU stay: A prospective observational study. *Nutrition.* 2023;111:112025. doi: 10.1016/j.nut.2023.112025.