

# CAN THIỆP PHÒNG CHỐNG SUY DINH DƯỠNG CHO BỆNH NHÂN NÀM VIỆN TẠI TPHCM: BẰNG CHỨNG Y HỌC, CƠ HỘI VÀ THÁCH THỨC

*Trần Quốc Cường<sup>1</sup>, Đỗ Thị Ngọc Diệp<sup>2</sup>, Vũ Quỳnh Hoa*

Mục tiêu nâng cao chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại TPHCM đã đặt ra nhiều thách thức cho các bệnh viện trên địa bàn thành phố. Phòng và điều trị suy dinh dưỡng bệnh viện là một giải pháp hiệu quả để nâng cao chất lượng chăm sóc bệnh nhân, cải thiện tình trạng bệnh tật, giảm chi phí điều trị, giảm thời gian nằm viện và giảm tỉ lệ tử vong. Suy dinh dưỡng bệnh nhân nằm viện không chỉ bắt nguồn từ những nguyên nhân từ bệnh lý và điều trị (nhóm nguyên nhân cá nhân) mà còn từ những nguyên nhân từ công tác chăm sóc dinh dưỡng của các cơ sở y tế (nhóm nguyên nhân tổ chức). Để công tác can thiệp phòng chống suy dinh dưỡng cho bệnh nhân nằm viện hiệu quả, chiến lược giải quyết cần tập trung vào cả hai nhóm nguyên nhân này, trong đó cần lưu ý quan tâm vấn đề cung cấp suất ăn cho bệnh nhân nằm viện.

**Từ khóa:** *suy dinh dưỡng, bệnh viện, chăm sóc dinh dưỡng.*

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Nâng cao chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh là một vấn đề trọng tâm được ngành y tế thành phố Hồ Chí Minh (TPHCM) đề ra trong chương trình hành động về nâng cao năng lực quản lý chất lượng khám chữa bệnh giai đoạn từ nay đến năm 2025. Với trọng tâm này, đòi hỏi ngành y tế TPHCM phải quan tâm cải thiện nhiều vấn đề trong điều trị và chăm sóc bệnh nhân, trong đó có vấn đề dinh dưỡng cho bệnh nhân nằm viện. Suy dinh dưỡng ở bệnh nhân nằm viện là một vấn đề phổ biến và ảnh hưởng nhiều đến kết quả điều trị. Theo thống kê cho thấy có ít nhất 1/3 số bệnh nhân nhập viện bị suy dinh dưỡng và nếu không được can thiệp kịp thời thì tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân sẽ tiếp tục suy giảm [1]. Y văn đã chứng minh việc chăm sóc dinh dưỡng tốt giúp nâng cao chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh, kết quả điều trị, cải thiện chi phí điều trị, quá tải và nằm ghép trong bệnh viện [1]. Tại TPHCM, suy dinh

dưỡng bệnh viện cũng chiếm tỉ lệ khá cao (35-40% tùy theo bệnh viện) [2], [3]. Tuy nhiên, vấn đề này cũng chưa được quan tâm và can thiệp đúng mức. Công tác dinh dưỡng và tiết chế tại các bệnh viện trên địa bàn thành phố chưa phát triển đồng đều giữa các bệnh viện. Tại nhiều bệnh viện, công tác dinh dưỡng và tiết chế chưa được quan tâm và đầu tư đúng mức. Việc can thiệp dinh dưỡng và tiết chế thường được xem lại công việc của cán bộ và khoa Dinh dưỡng và tiết chế hơn là công việc chung của cả bệnh viện. Tuy nhiên, suy dinh dưỡng trong thời gian nằm viện không chỉ bắt nguồn từ nguyên nhân bệnh lý, điều trị mà còn cả nguyên nhân từ công tác chăm sóc dinh dưỡng của cơ sở y tế. Hiểu đúng được nguyên nhân cũng như những giải pháp can thiệp sẽ giúp bệnh viện làm tốt công tác phòng chống suy dinh dưỡng tại bệnh viện.

## BẰNG CHỨNG Y HỌC TRONG VÀ NGOÀI NƯỚC

Suy dinh dưỡng ở bệnh nhân nằm viện

<sup>1</sup>ThS.BS. – Trung tâm Dinh dưỡng TPHCM  
E-mail: ttddcuong@yahoo.com

<sup>2</sup>BS.CK2.– Trung tâm Dinh dưỡng TPHCM

<sup>3</sup>ThS.BS. – Trung tâm Dinh dưỡng TPHCM

Ngày nhận bài: 1/7/2016

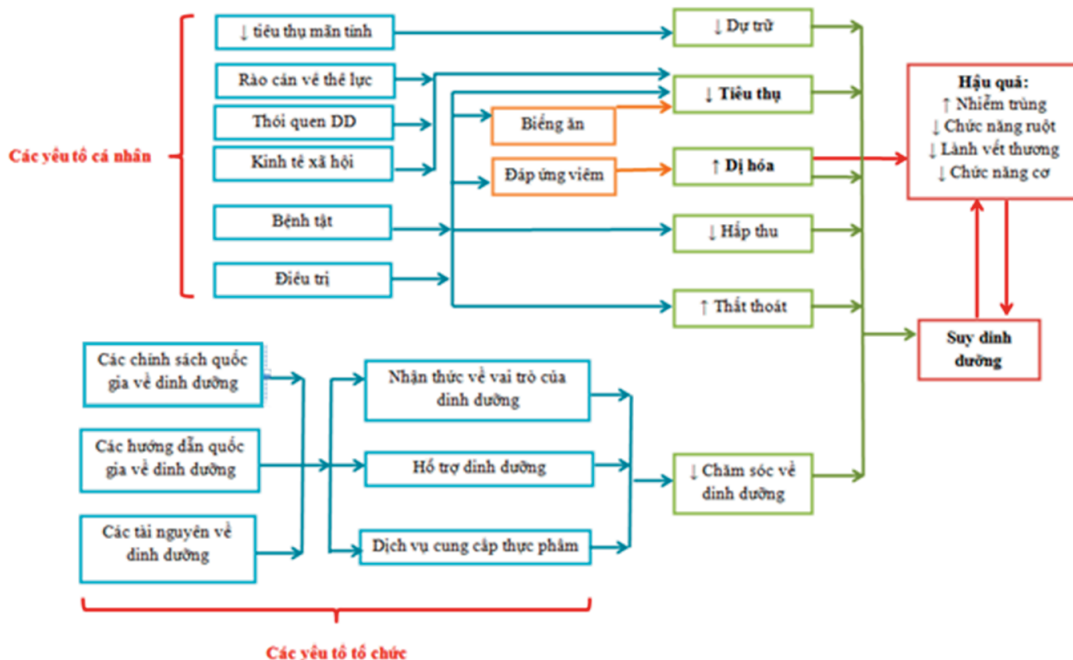
Ngày phản biện đánh giá: 15/7/2016

Ngày đăng bài: 29/7/2016

là một vấn đề phổ biến ở cả các quốc gia đã và đang phát triển trên thế giới với tỉ lệ giao động trong khoảng 20-50% [1]. Tỉ lệ này đặc biệt tăng cao ở một số nhóm đối tượng bao gồm bệnh nhân cao tuổi, đang được điều trị chăm sóc tích cực, mắc bệnh ung thư, bệnh ở đường tiêu hóa, một số bệnh mạn tính (bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, suy thận mạn, suy gan mạn...) và bệnh nhân đại phẫu. Y văn đã chứng minh, suy dinh dưỡng ở bệnh nhân nằm viện làm gia tăng nhiều nguy cơ cho người bệnh bao gồm: gia tăng thời gian nằm viện, nguy cơ nhiễm trùng, biến chứng, chậm lành vết thương, loét tì đè, chi phí điều trị, tỉ lệ tái nhập viện, giảm chất lượng cuộc sống và gia tăng tỉ lệ tử vong [1].

Suy dinh dưỡng ở bệnh nhân nằm viện là hậu quả của hai nhóm nguyên nhân: cá

nhân và tổ chức [4]. Các nguyên nhân trong nhóm cá nhân là các nguyên nhân do bệnh lý hoặc điều trị gây nên bao gồm các tăng quá trình đáp ứng viêm, dị hóa làm gia tăng nhu cầu năng lượng và các chất dinh dưỡng, biếng ăn, giảm hấp thu, thất thoát chất dinh dưỡng, tình trạng suy dinh dưỡng mạn trước nhập viện và một số rào cản về mặt thể chất ở bệnh nhân (biểu đồ 1). Các nguyên nhân trong nhóm tổ chức bao gồm nhận thức vai trò, tầm quan trọng và lợi ích của công tác dinh dưỡng trong bệnh viện của lãnh đạo và khoa lâm sàng, hỗ trợ dinh dưỡng (xây dựng phác đồ và hướng dẫn thực hành dinh dưỡng tại bệnh viện, công tác sàng lọc đánh giá tình trạng dinh dưỡng, can thiệp dinh dưỡng, nguồn lực công tác về dinh dưỡng) và hệ thống cung cấp suất ăn cho bệnh nhân trong bệnh viện (biểu đồ 1).



**Biểu đồ 1: Sơ đồ nguyên nhân suy dinh dưỡng bệnh viện [1],[4],[5],[6]**

Để giải quyết nhóm nguyên nhân cá nhân, các biện pháp cần triển khai bao gồm tư vấn dinh dưỡng, bổ sung dinh dưỡng bằng đường miệng (oral nutrition supplementation - ONS) bằng chế phẩm

đa chất dinh dưỡng, chế phẩm giàu protein năng lượng (high protein energy - HPE), nuôi ăn qua đường tiêu hóa (Enteral tube feeding - ETF), nuôi ăn qua đường tĩnh mạch (parenteral nutrition -

PN), điều chỉnh phương pháp cung cấp thực phẩm, hỗ trợ trong việc nuôi ăn (hỗ trợ trong việc mua thực phẩm, đặt món ăn, đút ăn...), chính sách tôn trọng thời gian bữa ăn của bệnh nhân (hạn chế các hoạt động y khoa trong thời gian dự kiến bữa ăn của bệnh nhân), đội hỗ trợ dinh dưỡng và kết hợp các phương pháp nêu trên [7].

Nghiên cứu cho thấy nếu chăm sóc dinh dưỡng tốt cho bệnh nhân suy dinh

dưỡng sẽ giúp nâng cao tổng trạng về mặt dinh dưỡng, cải thiện cân nặng và cấu trúc cơ thể, giảm loét tỉ đè, tăng tiêu thụ năng lượng và protein, tăng cảm xúc và chất lượng cuộc sống, cải thiện chỉ số sinh hóa liên quan đến dinh dưỡng (Bảng 1) [7], [8], [9] từ đó giảm thời gian nằm viện cho bệnh nhân trung bình 2-4 ngày, giảm tỉ lệ tái nhập viện trong vòng 30 ngày từ 16,5% xuống còn 7,1%, giảm tỉ lệ tử vong chung 24% [10].

**Bảng 1. Hiệu quả các phương pháp điều trị suy dinh dưỡng bệnh viện và mức độ chứng cứ [7]**

Phương pháp	Kết quả cải thiện	Mức độ chứng cứ
Bổ sung dinh dưỡng bằng đường miệng đa vi chất (ONS), chế phẩm giàu protein năng lượng (HPE).	Cấu trúc cơ thể, biến chứng, tuổi thọ, loét tỉ đè, cân nặng.	Mức độ 1
	Tổng trạng dinh dưỡng, năng lượng tiêu thụ, protein tiêu thụ, cảm xúc.	Mức độ 2
Nuôi ăn qua ống thông (ETF)	Cân nặng, thời gian nằm viện, nguy cơ nhiễm trùng.	Mức độ 1
	Năng lượng tiêu thụ	Mức độ 2
Nuôi ăn qua ống thông/bổ sung dinh dưỡng qua đường miệng + thể dục	Cấu trúc cơ thể, chỉ số sinh hóa, tổng trạng về dinh dưỡng.	Mức độ 4
	Cân nặng, chỉ số sinh hóa trong dinh dưỡng	Mức độ 2
Nuôi ăn qua đường tĩnh mạch (PN)	Thể lực	Mức độ 4
	Nguy cơ nhiễm trùng, tuổi thọ,	Mức độ 1
Phối hợp các phương pháp ONS, HPE, ETF, PN	Chỉ số sinh hóa trong dinh dưỡng	Mức độ 2
	Cân nặng, thành phần cơ thể	Mức độ 4
Điều chỉnh phương pháp cung cấp thực phẩm	Năng lượng tiêu thụ, lành vết thương	Mức độ 2
	Cân nặng, chỉ số sinh hóa dinh dưỡng	Mức độ 4
Tư vấn dinh dưỡng	Năng lượng tiêu thụ, cân nặng	Mức độ 2
	Tổng trạng về dinh dưỡng	Mức độ 3
Cung cấp hỗ trợ đút ăn	Cân nặng và thể lực	Mức độ 2
	Cân nặng và cấu trúc cơ thể	Mức độ 4
Chính sách tôn trọng thời gian bữa ăn của bệnh nhân.	Năng lượng tiêu thụ, cấu trúc cơ thể, sử dụng kháng sinh, tuổi thọ	Mức độ 2
	Chất lượng bữa ăn	Mức độ 3
Cung cấp hỗ trợ đút ăn và chính sách tôn trọng thời gian bữa ăn.	Tiêu thụ chất đạm	Mức độ 3
	Tiêu thụ năng lượng và chất đạm	Mức độ 2
Đội hỗ trợ dinh dưỡng (NST)	Giảm biến chứng và chi phí	Mức độ 3

ONS: oral nutrition supplementation; HPE: high protein energy; PN: parenteral nutrition; ETF: enteral tube feeding; NST: Nutrition support team.

Để giải quyết nhóm nguyên nhân tổ chức, Liên minh các Hiệp hội Dinh dưỡng Hoa Kỳ đã đưa ra sáu chiến lược bao gồm [10]:

- Tạo ra một văn hóa mới trong bệnh viện trong đó tất cả đều nhìn nhận vai trò của dinh dưỡng;

- Xác định lại vai trò của bác sĩ, điều dưỡng trong công tác chăm sóc dinh dưỡng cho bệnh nhân;

- Phát hiện và chẩn đoán tất cả bệnh nhân suy dinh dưỡng và có nguy cơ suy dinh dưỡng;

- Triển khai nhanh chóng và toàn diện can thiệp dinh dưỡng và theo dõi liên tục;

- Thông tin và truyền thông về kế hoạch chăm sóc dinh dưỡng; và

- Xây dựng kế hoạch chăm sóc và giáo dục dinh dưỡng toàn diện khi bệnh nhân xuất viện.

Để thực hiện được các chiến lược này, cần có giải pháp sau [10]:

- Cung cấp đủ chứng cứ y học về suy dinh dưỡng bệnh viện và hiệu quả của can thiệp cho lãnh đạo bệnh viện và bác sĩ điều trị.

- Nâng cao năng lực cán bộ làm công tác dinh dưỡng trong bệnh viện.

- Xây dựng công cụ sàng lọc và đánh giá tầm soát dinh dưỡng.

- Tích hợp công tác chăm sóc dinh dưỡng vào bệnh án và bệnh án điện tử.

- Xây dựng các quy chế trong chăm sóc dinh dưỡng cho bệnh nhân tại bệnh viện.

- Phát hiện và khen thưởng kịp thời các cá nhân, tập thể thực hiện tốt.

Ngoài các yếu tố nêu trên, ở các nước có thu nhập thấp và trung bình thấp như Việt Nam, vấn đề cung cấp suất ăn bệnh viện cũng là một yếu tố cần được quan tâm và cải thiện trong công tác chăm sóc

dinh dưỡng bệnh nhân nằm viện khi mà bảo hiểm y tế chưa chi trả kinh phí ăn bệnh viện và có độ chuyên rất lớn trong việc cung cấp suất ăn bệnh viện giữa các bệnh viện trong cả nước.

Về mặt cung cấp suất ăn bệnh viện, ở hầu hết các nước phát triển, bệnh viện cung cấp thường quy tất cả các bữa ăn cho bệnh nhân trong thời gian nằm viện như một phần của công tác chăm sóc toàn diện. Thức ăn do người thân mang vào thường bị hạn chế, kiểm soát và hướng dẫn để đảm bảo chất lượng về mặt dinh dưỡng và vệ sinh an toàn thực phẩm. Vì bệnh nhân thuộc nhóm đối tượng giảm sức đề kháng, do đó vệ sinh an toàn thực phẩm là một trong những quan tâm hàng đầu đối với việc cung cấp thực phẩm cho nhóm đối tượng này. Việc chế biến và cung cấp thực phẩm thường phải tuân thủ các tiêu chuẩn quốc tế về vệ sinh an toàn thực phẩm ví dụ ISO 22000 hay những quy định về vệ sinh an toàn thực phẩm của từng quốc gia [11].

Ở các quốc gia phát triển, bệnh nhân thường được phục vụ 3 bữa ăn chính và 1-3 bữa ăn phụ mỗi ngày. Chi phí bữa ăn cho bệnh nhân thường bao gồm trong viện phí và thường được trợ giá bởi chính phủ hay bao gồm trong chi phí bảo hiểm y tế. Để tăng tiêu thụ thực phẩm cho bệnh nhân, bệnh viện thường có biện pháp hỗ trợ như đóng gói thực phẩm phù hợp, hỗ trợ nuôi ăn đặc biệt là cho người cao tuổi. Bên cạnh đó, bệnh viện thường cũng có chính sách bảo vệ bữa ăn nhằm bảo vệ bệnh nhân không bị gián đoạn bởi những hoạt động chẩn đoán và điều trị diễn ra trong thời gian bữa ăn của bệnh nhân.

Bữa ăn cho bệnh nhân thường được bệnh viện chế biến bởi nhiều hệ thống bao gồm nấu tươi, nấu-làm mát, nấu-

đông lạnh, cung cấp từ bên ngoài (một phần hay toàn phần) hay phối trộn (mua thực phẩm nấu chín, hâm nóng và phục vụ bệnh nhân). Về mặt phân phối thức ăn, có hai hệ thống chính bao gồm phân phối trung tâm và phân phối tại chỗ (tại khoa phòng). Mục tiêu cuối cùng của tất cả hệ thống chế biến và phân phối thức ăn trong bệnh viện là cung cấp những bữa ăn với giá trị tối ưu về mặt dinh dưỡng, chất lượng thực phẩm, cấu trúc thực phẩm, trình bày và nhiệt độ đáp ứng tối ưu sở thích và sự thuận tiện cho bệnh nhân. Để cải thiện sự hài lòng cho bệnh nhân, các bệnh viện trên thế giới tiếp tục phát triển các hệ thống mới trong việc cung cấp thức ăn cho bệnh nhân như hệ thống phục vụ phòng (giống như mô hình khách sạn) hay hệ thống đặt thức ăn qua điện thoại.

Với những đặc điểm nêu trên, các nghiên cứu trong lĩnh vực bữa ăn bệnh viện ở các nước phát triển thường tập trung vào các chủ đề như tỉ lệ thực phẩm còn thừa và nguyên nhân, thói quen tiêu thụ, mức độ hài lòng thực phẩm của bệnh nhân, các chiến lược nhằm cải thiện chất lượng dịch vụ thực phẩm trong bệnh viện. Trong một tổng hợp 32 nghiên cứu ở các nước phương Tây cho thấy trung bình bệnh nhân không ăn hết suất ăn được cung cấp và lượng thức ăn thừa vào khoảng 30% theo trọng lượng bữa ăn [12]. Thức ăn thừa ít ở bữa ăn sáng so với các bữa ăn khác trong ngày. Thức ăn thừa cũng ít với món mặn so với món rau. Nguyên nhân thường gặp của thức ăn thừa bao gồm các yếu tố liên quan đến bệnh lý (kém khẩu vị, bệnh nhân phải thay đổi cấu trúc thực phẩm), các yếu tố về thực phẩm và thực đơn (chất lượng thực phẩm, kích thước khẩu phần lớn, ít lựa chọn, thức ăn nguội lạnh, trình bày không bắt mắt), các yếu tố về

dịch vụ (khó mở bao bì thực phẩm, không nhìn thấy thực phẩm khi chọn lựa). Ngoài ra, có mối liên hệ giữa chế độ ăn thiếu và các hậu quả về mặt hồi phục bệnh cũng đã được chứng minh qua y văn. Trong 1 nghiên cứu ở 3122 bệnh nhân tại 56 bệnh viện ở Australia cho thấy ở những bệnh nhân ăn rất ít khẩu phần cung cấp (<25% khẩu phần) gia tăng một cách có ý nghĩa thời gian nằm viện và tỉ lệ tử vong [13].

Một trong những khía cạnh cũng thường được nghiên cứu đó là ý thích của bệnh nhân và dịch vụ cung cấp thực phẩm trong bệnh viện. Theo nghiên cứu tại 2 Viện trường cho thấy bệnh nhân nằm viện kéo dài hay bệnh nhân có nhu cầu năng lượng và đạm cao thường thích các bữa ăn nóng với các món trứng, thịt, canh và thức ăn bóc tay [14]. Về mô hình dịch vụ thực phẩm, trong tổng kết 18 nghiên cứu về dịch vụ thực phẩm bệnh viện cho thấy mô hình chia suất ăn tại khoa giúp tăng sự hài lòng và năng lượng tiêu thụ so với mô hình chia suất ăn trung tâm. Mô hình chia suất ăn tại chỗ giúp cung cấp cho bệnh nhân bữa ăn có số lượng, mùi vị, nhiệt độ và chọn lựa phù hợp hơn so với hệ thống cung cấp suất ăn trung tâm. Mô hình chia suất ăn tại chỗ cũng là mô hình có chi phí hiệu quả hơn so với mô hình chia suất ăn trung tâm đặc biệt là ở trẻ em.

Nhu cầu năng lượng và các chất dinh dưỡng cho bệnh nhân nằm viện được tính toán dựa vào nhu cầu khuyến nghị cho cộng đồng. Ở Scotland, nhu cầu năng lượng và protein cho bệnh nhân nằm viện là 1800- 2550 kcal/ ngày và 56g protein/ ngày [15]. Ở Australia, khẩu phần ăn ở bệnh nhân nằm viện là 1800kcal với 63,8g protein/ ngày, là khẩu phần được tính toán dựa trên nhu cầu của nam giới trong độ tuổi 19-70

tuổi [11]. Mức năng lượng và protein này đáp ứng nhu cầu của hầu hết bệnh nhân nằm viện. Mức năng lượng và protein này cũng đáp ứng nhu cầu của hầu hết các bệnh mạn tính không lây chẳng hạn như đái tháo đường type 2, bệnh tim mạch. Mức năng lượng này cũng có thể được hiệu chỉnh thành phần hay cấu trúc cho một số bệnh lý đặc biệt. Đối với bệnh nhân suy dinh dưỡng hay có nhu cầu đặc biệt, năng lượng và protein được tính toán dựa trên chứng cứ y học ở nhóm bệnh nhân này. Ở Australia, bệnh nhân suy dinh dưỡng được cung cấp khẩu phần ăn 1900-2260kcal (25-30Kcal/kg) đối với năng lượng và 95g (hay 1,2g/kg) đối với protein [11]. Ở Scotland, nhu cầu năng lượng và protein cho bệnh nhân suy dinh dưỡng cũng cao hơn, 2250-2625kcal cho năng lượng và 60-75g cho protein [15]. Rõ ràng là nhu cầu protein ở bệnh nhân suy dinh dưỡng cao hơn nhu cầu ở người bình thường, tuy nhiên khuyến nghị về protein lại khác nhau ở các quốc gia khác nhau và khuyến nghị về protein dựa trên chứng cứ vẫn còn hạn chế [16].

Y văn về công tác xây dựng công cụ sàng lọc và đánh giá tình trạng dinh dưỡng được tìm thấy ở các quốc gia Đông Nam Á như Singapore [17], Thái Lan [18]. Tuy nhiên y văn về công tác cung cấp suất ăn bệnh viện ở các quốc gia Đông Nam Á còn hạn chế.

#### **Các cơ hội**

Tại TPHCM nói riêng và cả nước nói chung, công tác dinh dưỡng và tiết chế bệnh viện ngày càng được quan tâm. Điều này trước tiên thể hiện qua hệ thống văn bản chỉ đạo của Bộ Y tế và Sở Y tế TPHCM cho công tác dinh dưỡng và tiết chế trong bệnh viện trong thời gian gần đây bao gồm Thông tư 08/2011/TT-BYT ngày 26/1/2011 về

Hướng dẫn về công tác dinh dưỡng, tiết chế trong bệnh viện; Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện của Bộ Y tế năm 2013; Công văn 5949/SYT-NVY ngày 8/10/2014 của Sở Y tế TPHCM về việc củng cố hoạt động dinh dưỡng tiết chế; Kế hoạch Chiến lược quốc gia về Dinh dưỡng TPHCM giai đoạn 2016-2020.

Liên tục từ năm 2012 đến nay, tại TPHCM đã có nhiều nghiên cứu về tỉ lệ, đặc điểm chế độ ăn và công cụ sàng lọc tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân nằm viện tại gần 10 bệnh viện trên địa bàn thành phố trải đều tại các bệnh viện nội thành và ngoại thành, bệnh viện quân y và dân y, bệnh viện thuộc hạng đặc biệt, hạng 1, 2 và 3, bệnh viện đa khoa và bệnh viện chuyên khoa.

Khoa dinh dưỡng và tiết chế đã và đang được thành lập gần như toàn bộ ở các bệnh viện trên địa bàn thành phố. Công cụ sàng lọc và đánh giá tình trạng dinh dưỡng vừa được Trung tâm Dinh dưỡng TPHCM tổ chức mời một số chuyên gia về dinh dưỡng, tiết chế, quản lý chất lượng bệnh viện, nội và ngoại khoa, dịch tễ từ Cục Quản lý Khám chữa bệnh, Viện Dinh dưỡng Quốc gia, một số bệnh viện tại TPHCM và Hà Nội đồng góp ý kiến và đưa vào áp dụng tại bệnh viện tại TPHCM.

Công tác dinh dưỡng và tiết chế đang được quan tâm từ khối bệnh viện thông qua việc gia tăng tổ chức hội thảo khoa học, giảng dạy chuyên đề dinh dưỡng tiết chế bệnh viện tại các bệnh viện lớn trên địa bàn TPHCM.

#### **Các thách thức**

Qua kết quả tổng kết công tác dinh dưỡng và tiết chế tại bệnh viện tại TPHCM cho thấy công tác dinh dưỡng và tiết chế cũng còn một số khó khăn như thiếu hụt nguồn nhân lực và trường khoa và cán bộ dinh dưỡng chưa được

đào tạo bài bản.

Ngoại trừ một số bệnh viện có nhiều cán bộ trong khoa dinh dưỡng và tiết chế (10%), phần lớn các bệnh viện chỉ có từ 2-3 nhân sự thuộc khoa dinh dưỡng và tiết chế và thậm chí có bệnh viện chỉ tồn tại dưới dạng tổ dinh dưỡng (20%). Với số lượng nhân sự này không thể đáp ứng những hoạt động của một khoa dinh dưỡng tiết chế trong bệnh viện bao gồm hội chẩn, tư vấn và cung cấp suất ăn bệnh lý và suất ăn chung cho tất cả bệnh nhân.

Xét về trình độ của trường khoa dinh dưỡng và cán bộ khoa dinh dưỡng, ngoại trừ một số bệnh viện có cán bộ được đào tạo bài bản (10%), đa phần cán bộ khoa dinh dưỡng được đào tạo từ chuyên khoa nội, nhi, tham gia các khóa đào tạo ngắn hạn về dinh dưỡng mà chưa được đào tạo bài bản trong lĩnh vực dinh dưỡng. Điều này sẽ ảnh hưởng đến chất lượng chuyên môn của công tác dinh dưỡng trong bệnh viện.

## KẾT LUẬN

Suy dinh dưỡng bệnh viện là một vấn đề phổ biến và quan trọng. Y văn đã chứng minh can thiệp phòng chống suy dinh dưỡng bệnh viện giúp cải thiện chất lượng điều trị. Để giải quyết vấn đề suy dinh dưỡng bệnh viện thì không chỉ cần những biện pháp tập trung giải quyết nhóm nguyên nhân cá nhân của bệnh nhân mà còn cần các biện pháp giải quyết nhóm nguyên nhân tổ chức.

*Chúng tôi xin chân thành cảm ơn lãnh đạo, chuyên gia của Cục Khám chữa bệnh Bộ Y tế, Viện Dinh dưỡng Quốc gia, các bệnh viện tại Hà Nội và TP HCM, đại học Queensland University of Technology Australia đã tham gia đóng góp ý kiến cho các hoạt động dinh*

*dưỡng lâm sàng tại TP HCM trong thời gian qua.*

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Norman, K., et al. (2008). *Prognostic impact of disease-related malnutrition*. Clinical Nutrition, 2008. 27(1): p. 5-15.
2. Katherine L Hanna et al (2016). *Relationship between malnutrition and selected risk factors in two hospitals in Vietnam*. Nutrition & Dietetics 2016; 73: 59–66.
3. Hogan Danielle et al (2015). *Nutritional risk and malnutrition in Vietnamese outpatients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*. Respirology 20(Suppl. 2):134 • March 2015.
4. Kubrak, C. and L. Jensen (2007). *Malnutrition in acute care patients: A narrative review*. International Journal of Nursing Studies, 2007. 44(6): p. 1036-1054.
5. Stratton, R.J., C.J. Green, and M. Elia (2003). *Disease-related malnutrition: an evidence-based approach to treatment*. Wallingford: CABI.
6. Agarwal, E. (2013). *Evaluating nutrition care in Australia and New Zealand acute care hospitals: the Australiasian Nutrition Care day survey in School of Human Movement Studies*. The University of Queensland: Australia.
7. Agarwal, E. (2013). *Evaluating nutrition care in Australia and New Zealand acute care hospitals: the Australiasian Nutrition Care day survey*. School of Human Movement Studies. Australia, The University of Queensland. PhD.
8. Philipson, T., Snider, J., Lakdawalla, D., Stryckman, B. & Goldman, D. (2013). *Impact of oral nutritional supplementation on hospital outcomes*. The American Journal of Managed Care, 19, 121-128.
9. Watterson, C., Fraser, A., Banks, M., Isenring, E., Miller, M., Silvester, K., et al. (2009). *Evidence based guidelines for nutritional management of malnutrition in adult patients across the continuum of care*. Nutrition and Dietetics, 66, s1-s34

10. Kelly A, Tappenden et al (2013). *Critical Role of Nutrition in Improving Quality of Care: An Interdisciplinary Call to Action to Address Adult Hospital Malnutrition*. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2013;37: 482-497.
11. *Queensland Health Nutrition Standard for Meals and Menus*. (2015) State-wide Foodservices Policy and Planning: Queensland, Australia.
12. Williams, P. and K. Walton (2011). *Plate waste in hospitals and strategies for change*. The European e-journal of Clinical Nutrition and Metabolism, 2011. 6(6): p. e235-e241.
13. Agarwal, E., et al. (2010). *Malnutrition and poor food intake are associated with prolonged hospital stay, frequent readmissions, and greater in-hospital mortality: Results from the Nutrition Care Day Survey 2010*. Clinical Nutrition, 2013. 32(5): p. 737-745.
14. McBride, E., et al. (2008). *Meal and food preferences of nutritionally at-risk inpatients admitted to two Australian tertiary teaching hospitals*. Nutrition & Dietetics, 2008. 65(1): p. 36-40.
15. *Food in hospitals-National catering and nutrition specification for food and fluid provision in hospitals in Scotland*. 2008, The Scottish Government: Edinburgh, Scotland.
16. Ferrie, S., S. Rand, and S. Palmer (2013). *Back to Basics: Estimating Protein Requirements for Adult Hospital Patients. A Systematic Review of Randomised Controlled Trials*. Food and Nutrition Sciences, 2013. 4(2): p. 201-214.
17. Lim, S. L., et al. (2013). *Validity and Reliability of Nutrition Screening Administered by Nurses*. Nutrition in Clinical Practice 28(6): 730-736.
18. Komindr, S., et al. (2013). *Simplified malnutrition tool for Thai patients*. Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition 22(4): 516-521.

## Summary

### INTERVENTIONS FOR HOSPITAL MALNUTRITION IN HO CHI MINH CITY: EVIDENCES FROM LITERATURE, OPPORTUNITIES AND CHALLENGES

The target to improve the quality of health services in Ho Chi Minh City puts many challenges to hospitals within the City. Prevention and treatment of hospital malnutrition in acute care setting are among effective solutions to improve quality of patient care, recovery, cost of treatment, length of hospital stay and mortalities. Hospital malnutrition is not only caused by medical problems and treatment themselves (personal causes) but also by nutritional care of health care facilities (institutional causes). Therefore, for effective malnutrition control of hospitalized patients, solutions should focus on both these group of causes particular food services in hospital.

**Keywords:** *malnutrition, hospital, nutrition care*

