

# ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ BƯỚC ĐẦU CAN THIỆP DINH DƯỠNG BẰNG ĐƯỜNG UỐNG TRÊN BỆNH NHÂN SUY DINH DƯỠNG ĐANG ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN 115

*Lê Thị Ngọc Vân<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thanh Nhân<sup>2</sup>,  
Huỳnh Thị Thúy Nga<sup>3</sup>, Đoàn Thị Thu Trang<sup>4</sup>*

Bổ sung dinh dưỡng đường uống giúp hồi phục sớm, giảm biến chứng, giảm số ngày nằm viện và chi phí điều trị. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả can thiệp dinh dưỡng bằng đường uống trên bệnh nhân suy dinh dưỡng đang điều trị tại bệnh viện Nhân Dân 115. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang, tiến cứu. **Kết quả:** Tỷ lệ suy dinh dưỡng nặng và suy dinh dưỡng vừa theo SGA trước can thiệp lần lượt là 58,7% và 41,3%. Không có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê về cân nặng, BMI, nồng độ albumin máu trước và sau can thiệp dinh dưỡng. Tỷ lệ bệnh nhân có thể sinh hoạt trở lại bình thường tăng gấp đôi. Tỷ lệ bệnh nhân phải nằm một chỗ giảm đáng kể từ 63,0% còn 19,6%. Tỷ lệ suy dinh dưỡng nặng (SGA C) sau bổ sung dinh dưỡng giảm từ 58,7% còn 34,9%. Tỷ lệ dinh dưỡng tốt (SGA A) tăng lên 23,9%. **Kết luận:** Can thiệp dinh dưỡng đường uống bước đầu tuy chưa đủ thời gian để đánh giá những thay đổi về thành phần cơ thể và các chỉ số sinh hóa, tuy nhiên đã cải thiện đáng kể khả năng sinh hoạt và cảm giác chủ quan của bệnh nhân.

**Từ khóa:** *bổ sung dinh dưỡng đường uống, suy dinh dưỡng, bệnh nhân.*

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay tỷ lệ suy dinh dưỡng của bệnh nhân nằm viện vẫn còn là con số đáng lo ngại. Trên thế giới đã có rất nhiều nghiên cứu khảo sát về tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân nằm viện cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng chiếm khá cao [5, 7, 8]. Tại Việt Nam cũng có một vài nghiên cứu tại các bệnh viện lớn như bệnh viện Chợ Rẫy (2006), Bệnh viện Bạch Mai (2008) thì tỷ lệ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân lần lượt là 35,9% và 58% [1, 3].

Bệnh nhân đã bị suy dinh dưỡng nặng thì việc phục hồi dinh dưỡng rất khó khăn. Vì vậy, việc điều trị suy dinh dưỡng cho bệnh nhân nằm viện cần phải được can thiệp sớm ở giai đoạn suy dinh dưỡng nhẹ hoặc khi mới có nguy cơ suy dinh dưỡng. Đã có nhiều công trình nghiên

cứu trên thế giới cho thấy có hiệu quả của việc bổ sung thức uống dinh dưỡng cao năng lượng trong việc phục hồi dinh dưỡng sớm và có nghiên cứu còn cho thấy có hiệu quả cắt giảm chi phí điều trị thông qua việc giảm biến chứng và giảm số ngày nằm viện [2, 6, 9, 10, 11].

Tại Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu can thiệp dinh dưỡng bằng việc bổ sung dinh dưỡng đường uống, mặc dù trên thực tế lâm sàng đã có rất nhiều trường hợp cải thiện dinh dưỡng rõ rệt bằng liệu pháp hỗ trợ dinh dưỡng đường uống, thông qua các sản phẩm dinh dưỡng cao năng lượng được chế biến tại khoa dinh dưỡng. Để đánh giá mức độ đáp ứng dinh dưỡng trong điều trị một cách khoa học, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Bước đầu đánh giá hiệu quả can

<sup>1</sup>ThS.BS - Bệnh viện Nhân Dân 115

E-mail: lethanhvan64@gmail.com

<sup>2</sup>BS.CK1 - Bệnh viện Nhân Dân 115

<sup>3</sup>BS - Bệnh viện Nhân Dân 115

<sup>4</sup>CN ĐD - Bệnh viện Nhân Dân 115

Ngày nhận bài: 1/7/2016

Ngày phản biện đánh giá: 15/7/2016

Ngày đăng bài: 29/7/2016

thiệt dinh dưỡng bằng đường uống trên bệnh nhân suy dinh dưỡng đang điều trị tại bệnh viện Nhân Dân 115”.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang tiền cứu.

**Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân suy dinh dưỡng có khả năng ăn uống bằng đường miệng đang điều trị tại Bệnh viện Nhân Dân 115. Mẫu được thu thập thuận tiện tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu, từ tháng 3 đến tháng 9 năm 2015 đã có 46 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân nằm viện được chẩn đoán là suy dinh dưỡng (SGA B hoặc SGA C), có khả năng ăn bằng đường miệng.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân bị sa sút trí tuệ, rối loạn tâm thần, bệnh nặng giai đoạn cuối; Bệnh nhân có chống chỉ định nuôi dưỡng đường tiêu hóa; Bệnh nhân có chỉ định đặt sonde nuôi ăn; Bệnh nhân không hợp tác trả lời câu hỏi hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu; Bệnh nhân không uống thực phẩm bổ sung đủ 7 ngày.

**Phương pháp thu thập số liệu:** Lập danh sách tất cả bệnh nhân được mời hội chẩn dinh dưỡng. Tiến hành đánh giá dinh dưỡng bước đầu, những bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn mẫu sẽ được đưa vào nghiên cứu để thu thập số liệu.

Tất cả bệnh nhân được cân, đo để xác định cân nặng và chiều cao. Có thể hỏi bản thân người bệnh để lấy được chỉ số chiều cao của bệnh nhân tại thời điểm bắt đầu tham gia nghiên cứu hoặc dùng số đo vòng cánh tay để tính tương đương BMI.

Dựa vào bảng câu hỏi và thăm khám

lâm sàng để đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân theo phương pháp SGA [4]. Dựa vào hồ sơ bệnh án để thu thập các biến số. Bệnh nhân được bổ sung dinh dưỡng bằng đường miệng 2 lần/ngày tối thiểu 7 ngày song song với chế độ ăn hiện tại của bệnh nhân. Phần dinh dưỡng hỗ trợ được pha sẵn ở dạng lỏng, bảo đảm vệ sinh an toàn thực phẩm, có dung tích từ 200-250 ml/lần (tương đương bổ sung thêm 400-500 kcal/ngày) có thành phần đạm, béo, đường phù hợp với bệnh lý và được chế biến từ các nguyên liệu ngũ cốc dinh dưỡng Enaz, bột đạm đậu nành, sữa bột Golden Care, sữa thủy phân Peptamen, dầu ăn, đường, muối... theo tỉ lệ thích hợp với từng loại bệnh.

Cân nặng, bảng câu hỏi SGA, và chỉ số sinh hóa sẽ được thu thập 2 lần: lúc bắt đầu tham gia nghiên cứu, và sau khi can thiệp dinh dưỡng tối thiểu 7 ngày.

### Tiêu chuẩn đánh giá tình trạng dinh dưỡng:

Dựa vào bảng câu hỏi SGA: [4]

Bệnh sử:

- Thay đổi cân nặng:

- Tình trạng mất cân trong 6 tháng trước đây: % cân nặng bị mất (< 5%, 5-10%, > 10%)

- Thay đổi cân nặng trong 2 tuần trước: Không thay đổi, tăng cân, giảm cân.

- Thói quen ăn uống:

- Không thay đổi

- Thay đổi loại thức ăn: thức ăn sệt, chế độ ăn lỏng hoàn toàn, dung dịch lỏng ít năng lượng, nhịn đói. Thay đổi trong bao nhiêu tuần.

- Triệu chứng đường tiêu hóa (xuất hiện liên tục trên hai tuần): không có, buồn nôn, nôn, tiêu chảy, biếng ăn.

- Khả năng sinh hoạt: vẫn làm việc

bình thường, hạn chế sinh hoạt, đi lại yếu hoặc phải ngồi xe lăn, nằm trên giường hoàn toàn.

- Thay đổi khả năng sinh hoạt trong bao nhiêu tuần.

- Bệnh lý và nhu cầu dinh dưỡng liên quan:

- Bệnh lý chính là gì.
- Nhu cầu chuyển hóa (stress): Không stress, stress nhẹ, stress vừa, stress nặng

### **Bảng đánh giá stress bệnh lý**

<b>MỨC ĐỘ NẶNG</b>	<b>MỨC ĐỘ VỪA</b>	<b>MỨC ĐỘ NHẸ</b>
Đa chấn thương	Dò/dẫn lưu vết thương*	COPD (ổn)
Đại phẫu	Hội chứng kém hấp thu*	Nhiễm trùng âm ỉ
Phòng diện rộng (> 30% diện tích phòng)	Bệnh mạn tính không ổn định	Ung thư
Nhiễm trùng huyết	Suyễn	Bệnh mạn tính (suy thận, viêm gan, tiểu đường) (ổn)
Thủng đường tiêu hóa	Suy tim xung huyết*	Suy giáp
Suy hô hấp cấp	AIDS *	Bệnh tự miễn*
Viêm tụy cấp	Có thai	
Suy đa cơ quan	Hóa trị *	
Viêm ruột cấp tính	Xạ trị*	

\*Mức độ stress có thể tăng lên tùy tình trạng lâm sàng.

**Thăm khám lâm sàng:** Dựa vào đánh giá chủ quan trên lâm sàng.

- Tính điểm: 0: bình thường, 1: nhẹ, 2: vừa, 3: nặng.

- Mất mỡ dưới da (cơ tam đầu, ngực): 0 – 3

- Teo cơ (cơ delta, cơ tứ đầu): 0 – 3.

Đánh giá dựa vào khối cơ và sự săn chắc cơ. Chú ý: Hạn chế vận động có thể ảnh hưởng đến đánh giá.

- Phù chân: 0 – 3

- Phù lưng: 0 – 3

- Báng bụng: 0 – 3

### **Phân loại SGA:**

- SGA A: Dinh dưỡng tốt

- SGA B: Suy dinh dưỡng vừa hoặc có nguy cơ suy dinh dưỡng

- SGA C: Suy dinh dưỡng nặng

- Dinh dưỡng tốt:

- Giữ nguyên cân nặng, tăng cân, hoặc

mất cân < 5% trong vòng 6 tháng, không kèm phù.

- Không có chứng cứ SDD trong thăm khám lâm sàng.

- Giảm 5%-10% cân nặng, hoặc mất mỡ dưới da mức độ nhẹ, kèm dấu hiệu tăng cân trong thời gian gần đây hoặc giữ nguyên, hay gần đây có cải thiện về chế độ ăn (ăn tăng lên, chuyển từ ăn lỏng sang ăn đặc).

- Suy dinh dưỡng vừa hoặc có nguy cơ suy dinh dưỡng:

- Mất cân trên 5% trong vòng 2 tuần.

- Giảm khẩu phần ăn, mất mỡ dưới da mức độ nhẹ, và không teo cơ.

- Nếu bệnh nhân bị phù, báng, hoặc có khối u, cân nặng sẽ ít thay đổi, khi đó đánh giá dinh dưỡng dựa vào bệnh sử về thay đổi chế độ ăn, các thăm khám lâm sàng.

- Suy dinh dưỡng nặng:

- Teo cơ, mất mỡ dưới da mức độ nặng, phù.

- Mất cân  $\geq 10\%$ , kèm các dấu chứng trong bệnh sử (thay đổi chế độ ăn, bệnh lý liên quan).

#### Cách tính phần trăm sụt cân:

- Hồi bệnh nhân cân nặng bình thường của bệnh nhân

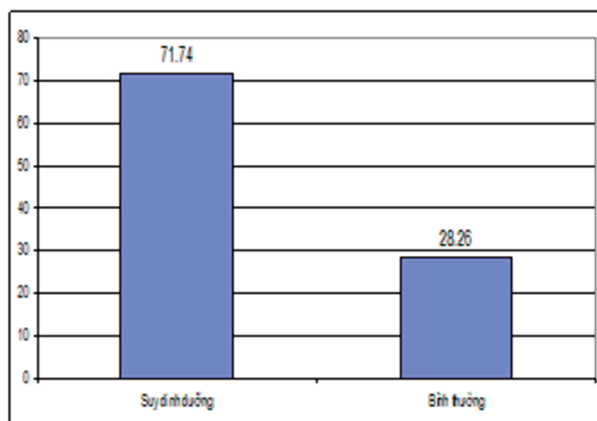
- Cân bệnh nhân để xác định cân nặng hiện tại.

- Tính % sụt cân = (Cân nặng bình thường của bệnh nhân – cân nặng hiện tại) x 100/ cân nặng bình thường của bệnh nhân.

#### Các biến số cần thu thập:

##### *Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân*

Đặc điểm	Số bệnh nhân	TB $\pm$ SD, Tỷ lệ (%)
Tuổi	46	68 $\pm$ 15
Giới tính		
- Nam	21	45,0
- Nữ	25	54,0
BMI	46	17,1 $\pm$ 3,2
Phân bố bệnh nhân các khoa		
Cơ xương khớp	6	13,0
Nội tiết	6	13,0
Nội tiêu hóa	3	6,5
Thận nội	4	8,7
Thận ngoại	4	8,7
Ung bướu	8	17,4
Ngoại tổng quát	4	8,7
Nhịp tim học	7	15,2
Các khoa khác	4	8,7



- Chỉ số nhân trắc: tuổi, giới tính.

- Đặc điểm bệnh lý.

- Tình trạng dinh dưỡng: cân nặng, chiều cao, albumin máu, dấu hiệu lâm sàng, can thiệp dinh dưỡng.

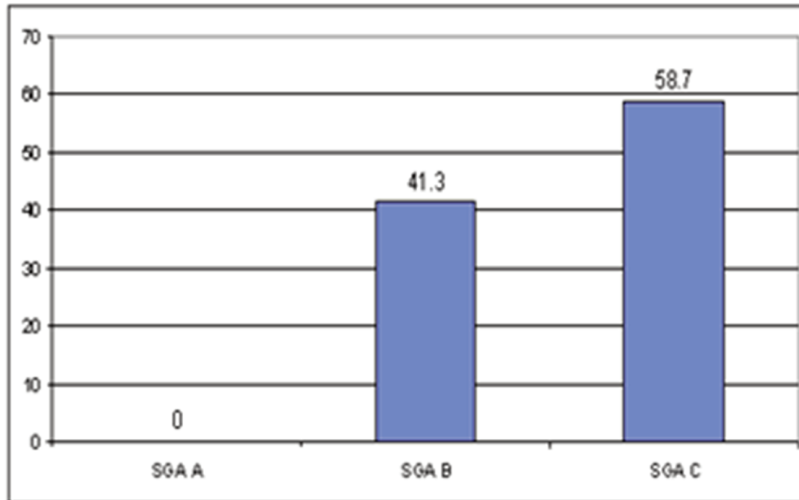
**Phương pháp xử lý số liệu:** Nhập và xử lý số liệu bằng SPSS 11.5.

### III. KẾT QUẢ

Tổng bệnh nhân được đưa vào phân tích là 46 ở các khoa: cơ xương khớp, nội tiết, nội tiêu hóa, nhịp tim học, thận nội, thận ngoại, ngoại tổng quát, ung bướu, nội nhiễm, y học thể thao, phẫu thuật tim, tim mạch can thiệp.

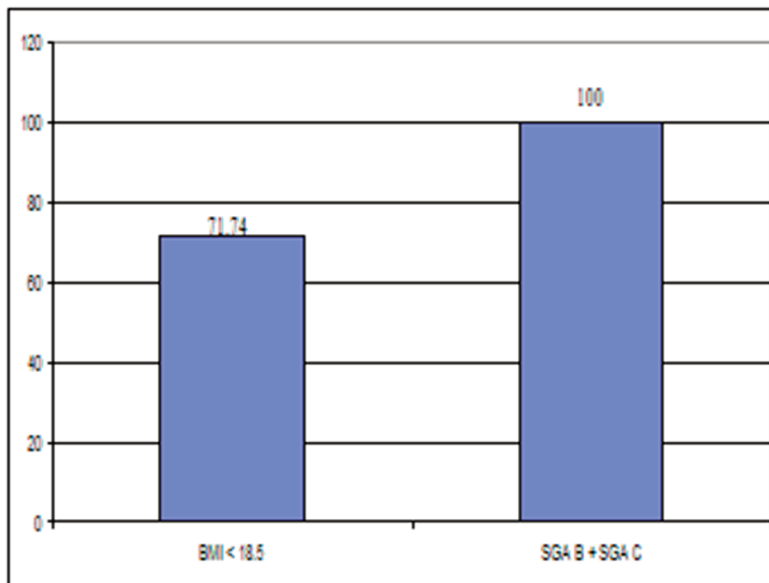
#### *Biểu đồ 1. Phân loại dinh dưỡng theo BMI*

Trước khi can thiệp có 71,7% bệnh nhân suy dinh dưỡng (BMI < 18,5)



**Biểu đồ 2. Phân loại dinh dưỡng theo SGA**

Theo đánh giá SGA có 58,7% bệnh nhân bị suy dinh dưỡng nặng.



**Biểu đồ 3: Bảng so sánh tỉ lệ suy dinh dưỡng theo BMI và SGA**

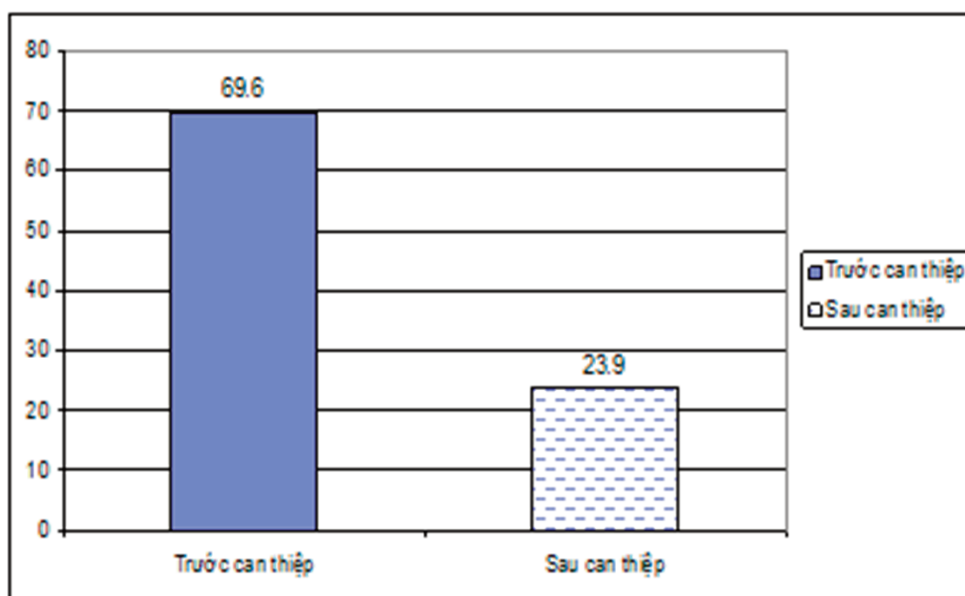
Trước khi can thiệp 100% bệnh nhân bị suy dinh dưỡng theo chuẩn SGA, so với chuẩn BMI thì chỉ có 71,7%.

Theo kết quả nghiên cứu: tuổi trung bình của bệnh nhân là  $68 \pm 15$ , tỉ lệ nam nữ gần tương đương nhau. Số liệu được thu thập chủ yếu ở các khoa ung bướu, nhĩp tim học, cơ xương khớp, nội tiết với tỉ lệ lần lượt là 17,4%, 15,2%, 13,0%, 13,0%. Số bệnh nhân còn lại phân bố ở các khoa như thận nội, thận ngoại, nội

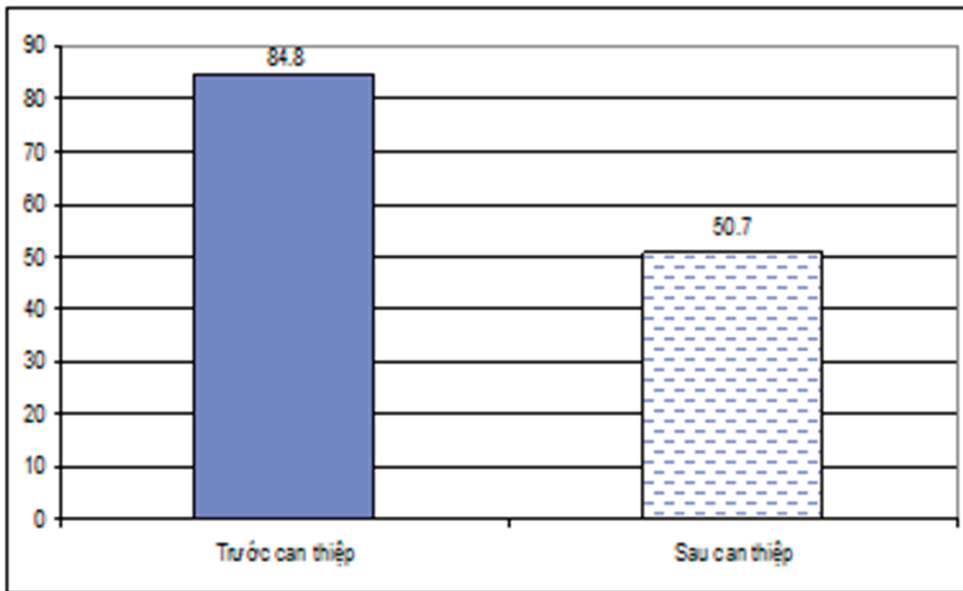
tiêu hóa, bệnh nhiệt đới, ngoại tổng quát, y học thể thao, phẫu thuật tim, tim mạch can thiệp. BMI trung bình của bệnh nhân ở mức suy dinh dưỡng ( $BMI < 18,5$ ). Tuy nhiên chỉ có  $\frac{3}{4}$  bệnh nhân được chẩn đoán là suy dinh dưỡng dựa vào BMI. Theo đánh giá SGA, trên 50% bệnh nhân có suy dinh dưỡng nặng.

**Bảng 2. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân trước và sau khi được can thiệp**

Đặc điểm	Số bệnh nhân	TB ± SD, Tỷ lệ (%)		
		Trước can thiệp	Sau can thiệp	p
Cân nặng	46	43,1 ± 9,1	43,2 ± 8,6	0,877
BMI	46	17,1 ± 3,2	17,2 ± 3,1	0,940
Khả năng sinh hoạt	46			0,000
- Bình thường		4,34	8,70	
- Hạn chế sinh hoạt		8,70	28,3	
- Đi lại yếu		23,9	43,5	
- Nằm hoàn toàn trên giường		63,0	19,6	
Đánh giá SGA	46			0,001
SGA A		0	23,9	
SGA B		41,3	41,3	
SGA C		58,7	34,8	
Albumin máu (< 3,5 g/dl)	26	2,9 ± 0,7	2,7 ± 0,4	0,492

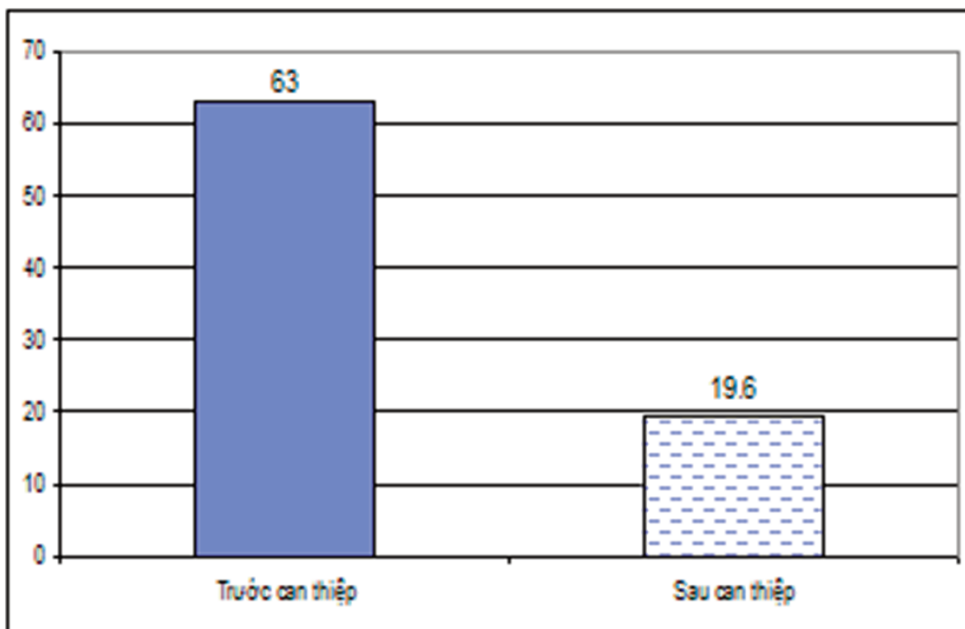
**Biểu đồ 4. Hiệu quả can thiệp dinh dưỡng qua chỉ số ăn kém**

Sau khi được bổ sung dinh dưỡng đường uống đa số bệnh nhân cảm thấy khỏe hơn, cụ thể là số bệnh nhân có triệu chứng ăn kém giảm đi 3 lần.



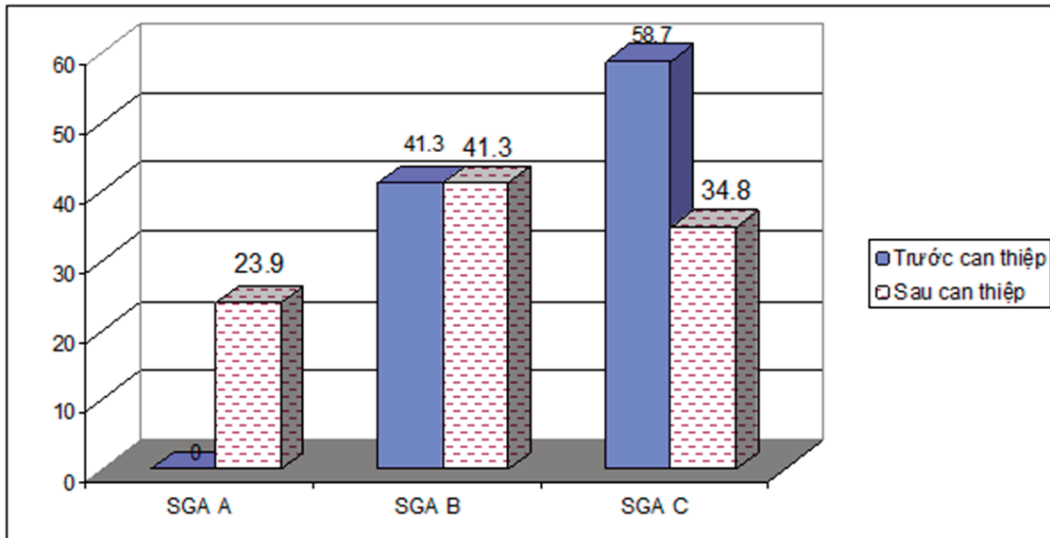
**Biểu đồ 5. Hiệu quả can thiệp dinh dưỡng qua triệu chứng đường tiêu hóa**

Những triệu chứng khó chịu từ đường tiêu hóa trước can thiệp (cảm giác chán ăn, buồn nôn, nôn) giảm từ 84,8% còn 58,7%.



**Biểu đồ 6. Hiệu quả can thiệp dinh dưỡng qua chỉ số khả năng sinh hoạt**

Bệnh nhân có khả năng sinh hoạt bình thường tăng gấp đôi. Bệnh nhân phải nằm hoàn toàn trên giường bệnh giảm từ 63,0% xuống còn 19,6%



**Biểu đồ 7. Hiệu quả can thiệp dinh dưỡng đánh giá theo phương pháp SGA**

Cân nặng, chỉ số BMI và nồng độ độ albumin máu không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm bệnh nhân trước và sau can thiệp dinh dưỡng. Tuy nhiên, nếu đánh giá dựa vào công cụ SGA, số bệnh nhân có dinh dưỡng tốt là 23,9% sau can thiệp, số bệnh nhân suy dinh dưỡng nặng giảm gần một nửa.

#### **BÀN LUẬN**

Do thời gian can thiệp dinh dưỡng ngắn vì liên quan đến thời gian nằm viện nên chưa đánh giá được những thay đổi về nhân trắc học và chỉ số sinh hóa của bệnh nhân. Hơn nữa việc bổ sung dinh dưỡng đường uống cũng chỉ đáp ứng 60 – 70% nhu cầu thực tế của bệnh nhân. Trong tổng số năng lượng mà bệnh nhân tiêu thụ được thì ngoài phần can thiệp bằng đường uống chiếm khoảng 50% , thì nuôi dưỡng tĩnh mạch cung cấp thêm khoảng 20%, còn lại 30% chế độ dinh dưỡng của bệnh nhân do gia đình cung cấp. Theo Baldwin C, Weekes CE và cộng sự đã tiến hành phân tích gộp các nghiên cứu về bổ sung dinh dưỡng đường miệng kéo dài từ 0 đến 3 tháng, 4 đến 6 tháng, 6 đến 12 tháng, và trên 12 tháng

kết quả cho thấy nhóm được hỗ trợ có cân nặng tăng lên trung bình 4,3kg so với nhóm không được can thiệp dinh dưỡng. Nghiên cứu của Rebeca và cộng sự cũng cho kết quả tương tự [11]. Tuy nhiên, việc bổ sung dinh dưỡng bằng đường uống giúp bệnh nhân cảm giác ăn ngon miệng hơn, giảm triệu chứng biếng ăn, và cải thiện rõ về khả năng sinh hoạt, đồng thời cũng góp phần cải thiện chế độ ăn của bệnh nhân. Tỷ lệ bệnh nhân ăn kém (dùng dịch ít năng lượng, ăn lỏng hoặc nhịn đói hoàn toàn) giảm từ 69,6% xuống còn 23,9%), triệu chứng đường tiêu hóa (biếng ăn, nôn buồn nôn...) giảm từ 84,8% còn 58,7%. Tỷ lệ bệnh nhân có khả năng sinh hoạt bình thường tăng từ 4,3% lên 8,7%. Tỷ lệ bệnh nhân phải nằm hoàn toàn trên giường giảm từ 63,0% còn 19,6%. Tuy không có sự thay đổi rõ rệt về cân nặng của bệnh nhân nhưng việc giữ cho cân nặng không tiếp tục giảm, kèm theo những dấu hiệu thay đổi có chiều hướng tích cực trong sinh hoạt, thói quen ăn uống, là những chỉ số cho thấy bệnh nhân có cải thiện tình trạng dinh dưỡng theo đánh giá của SGA.



Giới hạn trong nghiên cứu của chúng tôi là không có nhóm chứng nên không thể so sánh sự khác biệt này có chịu sự ảnh hưởng của tình trạng bệnh lý hay không. Vì thế, để có thể phân tích hiệu quả rõ rệt của việc bổ sung dinh dưỡng bằng đường uống, hướng nghiên cứu trong tương lai cần so sánh với nhóm chứng. Bên cạnh đó, ngoài việc đánh giá dựa vào tình trạng dinh dưỡng, cần thu thập thêm số liệu về ngày nằm viện, tình trạng tử vong và biến chứng.

#### IV. KẾT LUẬN

Can thiệp dinh dưỡng đường uống tại Bệnh viện Nhân Dân 115 bước đầu tuy chưa thấy những thay đổi về thành phần cơ thể và các chỉ số sinh hóa, tuy nhiên tỉ lệ dinh dưỡng tốt tăng lên 23,9%. Tỉ lệ suy dinh dưỡng nặng giảm gần một nửa nếu đánh giá dựa vào chỉ số SGA.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Đặng Trần Khiêm (2011). *Tình trạng dinh dưỡng chu phẫu và kết quả sớm sau mổ các bệnh gan mật tụy*. Luận văn tốt nghiệp nội trú.
- Nguyễn Xuân Ninh, Lê Thị Hợp, Nguyễn Thanh Hương (2011). *Hiệu quả sử dụng sữa Enplus giàu năng lượng, vi chất, trên đối tượng thiếu năng lượng trường diễn, 40-79 tuổi*. Tạp chí DD&TP - Tập 7 - số 2 - Tháng 6 năm 2011.
- Phạm Thu Hương, Nghiêm Nguyệt Thu, Trần Châu Nguyên và cộng sự (2006). *Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân nhập viện khoa Tiêu hóa và Nội tiết tại bệnh viện Bạch Mai*.
- Detsky AS et al (1987). *What is subjective global assessment of nutritional status?* J Parenter Enteral Nutr (JPEN); 11:8-13, 1987.
- Digant Gupta, Carolyn A Lammersfeld, Pankaj G Vashi, Sadie L Dahlk and Christopher G Lis (2008). *Can subjective global assessment of nutritional status predict survival in ovarian cancer?*. Journal of Ovarian Research; 1:5 doi:10.1186/1757-2215-1-5, 2008.
- Ian D Cameron, Susan E Kurrle, Cesar Uy, Keri A Lockwood, Lydia Au and Frederieke G Schaafsma (2011). *Effectiveness of Oral Nutritional Supplementation for Older Women after a Fracture: Rationale, Design and Study of the Feasibility of a Randomized Controlled Study*. BMC Geriatrics, 11:32, 2011. <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/11/32>.
- Gyung-Ah Wie, Yeong-Ah Cho, So-Young Kim, Soo-Min Kim, Jae-Moon Bae, Hyojee Joung (2010). *Prevalence and risk factors of malnutrition among cancer patients according to tumor location and stage in the National Cancer Center in Korea*. Nutrition. Volume 26, Issue 3, Pages 263-268, March 2010.
- J Bauer, S Capra, M Ferguson (2002). *Use of the scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) as a nutrition assessment tool in patients with cancer*. European Journal of Clinical Nutrition; 56, 779-785, 2002.
- L.Kathleen Mahan, Sylvia Escott – Stump (2000). *Krause' Food, nutrition, and diet therap*; page 19 – 30, 153 – 155, 463 – 481, 2000.
- Ma Wai Wai Myint, Jenny Wu, Euann Wong, Suk Ping Chan et al (2012). *Clinical benefits of oral nutritional supplementation for elderly hip fracture patients: a single blind randomised controlled trial*. Age and Ageing Advance Access published June 8, 2012.
- National Collaborating Centre for Acute Care February (2006). *Nutrition support in adults Oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition*, 91-108, 2006.

**Summary****EFFECTIVENESS OF ORAL NUTRITIONAL SUPPLEMENTATION ON UNDERNOURISHED PATIENTS HOSPITALIZED IN THE PUBLIC HOSPITAL 115**

Oral nutritional supplementation may help malnourished patients improve their recovery in terms of early rehabilitation, decreased complications, reduced length of stay in hospital and health care costs. Objective: To assessment the effectiveness of inpatient oral nutritional supplementation in the Public Hospital 115. Methods: a descriptive retrospective study was conducted. Results: The prevalence of participants, who were moderately and severely undernourished with SGA B and C before intervention was 58.7% and 41.3%. There were no significant differences with reference to serum albumin or physical examination functional parameters at the beginning of study and after supplementing oral drinks. The proportion of non functional impairment was twice after intervention. Prevalence of patients with severe overall impairment decreased from 63.04% to 19.57% after taking the supplements. Comparing to before intervention, after supplementing oral nutrition at the minimum of 7 days, SGA C reduced from 58.75% to 34.78%, SGAA (good nutrition) increased to 23.91%. Conclusion: Due to the limit of interventional duration, no effects have been found in physical examination and laboratory parameters. However, oral nutritional supplement influenced profitably to function and subjective sensations of inpatients.

**Keywords:** *Oral nutritional supplement, malnutrition, patients*

