

Báo cáo ca bệnh

DINH DƯỠNG PHỤC HỒI LOÉT DO TỖ ĐÈ: BÁO CÁO CA BỆNH

Vũ Thị Thanh[✉], Nguyễn Thị Thương

Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh, Hà Nội

TÓM TẮT

Loét do tỳ đè là những vùng hoại tử và loét, các mô mềm bị ép giữa phần nhô ra của xương với bề mặt cứng bên ngoài. Chúng gây ra bởi áp suất cơ học không được tăng cường kết hợp với lực ma sát, lực cắt và độ ẩm. Các yếu tố nguy cơ đối với loét do tỳ đè gồm trên 65 tuổi, giảm lưu thông và tưới máu tổ chức, suy dinh dưỡng, giảm cảm giác, không tự chủ. Mức độ nghiêm trọng bắt đầu từ ban đỏ da thể nhạt màu đến hoại tử hết chiều dày của da.

Chúng tôi báo cáo một trường hợp điều trị thành công loét do tỳ đè vùng mông ở một bệnh nhân nặng với chẩn đoán phình động mạch chủ bụng đoạn dưới động mạch thận đã đặt stent Graft động mạch chủ bụng - Suy tim EF giảm nhẹ - Bệnh mạch vành mạn - Nhồi máu não bán cầu trái - Tăng huyết áp - Suy thận cấp - Viêm màng hoạt dịch khớp gối 2 bên - Thoái hóa khớp gối 2 bên - Thoái hóa cột sống - Alzheimer thể mất trí - Loét vùng vòng 2 bên tổn thương nhiều giai đoạn III, vùng mông bên phải có tổ chức hoại tử và hốc sâu và rộng khoảng 10x5cm, vùng mông bên trái sâu và rộng khoảng 10,5 x 6cm, trong hốc có nhiều tổ chức giả mạc bằng dinh dưỡng đường tiêu hóa và đường tĩnh mạch, đường miệng sau 43 ngày.

Từ khóa: loét do tỳ đè, dinh dưỡng, phục hồi, người cao tuổi.

NUTRITIONAL RECOVERY FROM PRESSURE ULCERS: A CASE REPORT

ABSTRACT

Pressure ulcers are areas of necrosis and ulceration where soft tissues are compressed between a bony protrusion and a hard outer surface. They are caused by uncompensated mechanical pressure combined with friction, shear forces, and moisture. Risk factors for pressure ulcers include age over 65, reduced tissue circulation and perfusion, malnutrition, decreased sensation, and incontinence. Severity ranges from pale erythema to full-thickness necrosis.

We report a case of successful treatment of pressure ulcers in the buttocks of a critically ill patient with a diagnosis of abdominal aortic aneurysm below the renal artery, with abdominal aortic graft stenting, mild heart failure with reduced EF, chronic coronary artery disease, left hemispheric cerebral infarction, hypertension, acute renal failure, bilateral synovitis of the knee, bilateral osteoarthritis of the knee, spinal degeneration, Alzheimer's disease requiring mechanical ventilation, and bilateral buttock ulcers with multiple stage III lesions. The right buttock had necrotic tissue and a deep, wide cavity approximately 10x5cm, while the left buttock had a deep, wide cavity approximately 10.5x6cm, with numerous pseudomembranous tissues within the cavity, treated with enteral, intravenous, and oral nutrition after 43 days.

Key words: pressure ulcer, clinical nutrition, recovery, elderly.

✉ Tác giả liên hệ: Vũ Thị Thanh
Email: bsvuthanhvinmec@gmail.com
DOI: 10.56283/1859-0381/707

Nhận bài: 8/5/2024 Chỉnh sửa: 17/12/2025
Chấp nhận đăng: 26/12/2025
Công bố online: 28/12/2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loét do tỳ đè là tổn thương da giới hạn ở một vùng cụ thể [1]. Mô mềm vùng đó bị ép giữa vùng xương nhô ra và bề mặt bên ngoài [2]. Các mô có khả năng duy trì áp lực khoảng 30–32mmHg trong thời gian ngắn, khi áp lực vượt quá ngưỡng sẽ gây phù nề mao mạch làm tắc nghẽn vi tuần hoàn xuất hiện tình trạng thiếu máu cục bộ mô, các chất dinh dưỡng và oxy không cho các mô dẫn đến hoại tử mô, chết và loét [3], Bệnh nhân bị loét do tỳ đè, tại vị trí loét sẽ mất protein do vết thương chảy dịch tiết, làm giảm sự phát triển collagen cản trở quá trình liền vết thương. Loét do tỳ đè là mối quan tâm lớn ở các khoa hồi sức tích cực (ICU-intensive care unit) do bệnh nhân cao tuổi lớp da mỏng, có nhiều bệnh phối hợp, điều trị bằng thở máy, thuốc an thần nên nằm bất động một tư thế, giảm hoặc mất khả năng tự vận động dẫn đến loét các mức độ nhẹ, vừa và nặng do tỳ đè.

Loét do tỳ đè là vấn đề chính trong chăm sóc điều dưỡng, tác động lớn đến hệ

thống chăm sóc sức khỏe, làm giảm chất lượng cuộc sống, khiến người bệnh phải chịu thêm chi phí, làm phức tạp tình trạng sức khỏe, kết quả điều trị kém. Một số nghiên cứu loét do tỳ đè tại khoa ICU của Châu Âu và Brazil tỉ lệ từ 8,1 đến 29,6% [4, 8], Châu Á tỉ lệ từ 31,4–39,3% [9] [10]. Châu phi tỉ lệ từ 15-26,8% [11, 12]. Năm 2018, Wendy và cộng sự [13] nghiên cứu trên 406 bệnh nhân nằm ICU có loét xương cụt chiếm 26–48%, loét mông 4,1–46,4%, loét gót chân 18,5-38,9%.

Một số phân loại tình trạng dinh dưỡng, sinh hoá máu và căn nguyên được sử dụng trong báo cáo này: Mức độ vừa và nặng của sụt cân, BMI, và khối lượng cơ được trình bày ở Bảng 1; Phân loại tình trạng thiếu phospho, magiê, kẽm, vitamin D được trình bày ở Bảng 2 [5, 6, 21]; Căn nguyên của giảm ăn hoặc kém hấp thu và tình trạng viêm hoặc gánh nặng bệnh tật được trình bày ở Bảng 3.

Bảng 1. *Mức độ vừa và nặng của sụt cân, chỉ số khối cơ thể và khối lượng cơ*

Kiểu hình	Mức độ 1 (vừa)	Mức độ 2 (nặng)
Sụt cân	5 – 10% trong 6 tháng	> 10% trong 6 tháng
BMI	< 20 (nếu < 70 tuổi)	< 18,5 (nếu < 70 tuổi)
Khối lượng cơ	Giảm nhẹ/vừa	Giảm nặng

Bảng 2. *Phân loại tình trạng dinh dưỡng theo sinh hóa*

Tình trạng vi chất	Trị số bình thường	Tiêu chuẩn chẩn đoán
Thiếu phospho	0,81-1,45 mmol/L	<0,81 mmol/L
Thiếu magiê	0,8-1,0mmol/L	<0,8 mmol/L
Thiếu kẽm	9,1-21,4µmol/L	9,1 µmol/L
Thiếu sắt	8,1-28,60 µmol/L	<8,1 µmol/L
Thiếu vitamin D	50-250 nmol/L	<50 nmol/L

Bảng 3. Căn nguyên và biểu hiện của giảm ăn và tình trạng viêm

Căn nguyên	Các chỉ số/Biểu hiện cụ thể
Giảm ăn vào hoặc kém hấp thu	- Ăn vào $\leq 50\%$ nhu cầu năng lượng ước tính kéo dài > 1 tuần.- Bất kỳ sự sụt giảm lượng ăn vào nào kéo dài > 2 tuần.- Các tình trạng bệnh lý gây giảm hấp thu hoặc rối loạn tiêu hóa mãn tính.
Tình trạng viêm hoặc gánh nặng bệnh tật	Viêm cấp tính: phản ứng viêm mạnh, diễn tiến nhanh. Viêm mãn tính: phản ứng viêm mức độ thấp hoặc vừa, kéo dài.

II. BÁO CÁO CA BỆNH

2.1. Tình trạng người bệnh trước can thiệp dinh dưỡng

Bệnh nhân nam, 89 tuổi, được chẩn đoán suy tim EF giảm nhẹ, bệnh mạch vành mạn, tăng huyết áp, viêm màng hoạt dịch khớp gối 2 bên, thoái hóa khớp gối 2 bên, thoái hóa cột sống, Alzheimer và được điều trị tại khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh, Hà Nội. Các dấu hiệu liên quan đến dinh dưỡng ở người bệnh gồm: sụt cân không chủ đích, da xanh, khô, mất lớp mỡ dưới da, cơ teo rõ ở trán, thái dương, bắp chân và tay hai bên nhẽo, yếu, vận động kém, tự thở kém phải hỗ trợ oxy kính 2 lít/phút, xét nghiệm

thiếu prealbumin (16,8mg/dL), chỉ số magiê (0,95 mmol/L), phospho (1,33 mmol/L), vitamin D (111 nmol/L), albumin (36,1g/L) trong giới hạn bình thường; Tình trạng loét: vùng mông phải loét thành hốc sâu và rộng khoảng 10x5cm, vùng mông trái loét sâu thành hốc và rộng khoảng 10,5 x 6cm, cả 2 bên đều nhiều tổ chức giả mạc và chảy dịch. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh được chẩn đoán: suy dinh dưỡng do thiếu protein, loét vùng mông 2 bên tổn thương giai đoạn III,

2.2. Dinh dưỡng điều trị

Dựa trên đáp ứng thực tế của người bệnh, việc điều trị dinh dưỡng đã phải tăng dần lên 3 giai đoạn mới đạt đích dinh dưỡng và được loại trừ hội chứng ăn lại (refeeding syndrome) theo tiêu chuẩn Hiệp hội Dinh dưỡng Đường ruột và Đường tĩnh mạch Hoa Kỳ (the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition-ASPEN): Mức độ nhẹ: nồng độ phospho, kali, magiê huyết thanh giảm 2 chỉ số từ 10% đến 20% hoặc cả 3 chỉ số; Mức độ vừa: nồng độ phospho, kali, magiê huyết thanh giảm 2 chỉ số từ 20% đến 30% hoặc cả 3 chỉ số; Mức độ nặng: nồng độ phospho, kali, magiê huyết thanh giảm 2 chỉ số từ 30% trở lên hoặc cả 3 chỉ số hoặc rối loạn chức năng do giảm phospho, kali, magiê, xảy ra trong vòng 5

ngày sau khi nuôi ăn trở lại [20]. Nuôi dưỡng người bệnh theo hướng dẫn của Hiệp hội Nuôi dưỡng Tĩnh mạch và Đường tiêu hóa Hoa Kỳ (ASPEN-American Society for Parenteral and Enteral Nutrition) [20], lựa chọn các thực phẩm tự nhiên (gạo, thịt, rau,...), thành phần dinh dưỡng tính theo bảng thành phần thực phẩm Việt Nam, chế biến dạng súp xay nhuyễn kết hợp với sữa peptamen của Nestle vì đậm trong peptamen là 100% đậm whey đã được thủy phân thành các chuỗi Peptides, giúp cơ thể dễ hấp thu đồng thời tổng hợp protein nhanh hơn, ngoài ra sữa có chứa 70% chất béo chuỗi trung bình không cần đến muối mật hay enzym tụy để tiêu hóa và hấp thu, chúng được hấp thu trực tiếp vào tĩnh mạch cửa

để chuyển hóa thành năng lượng, súp và sữa chia thành 6 bữa nhỏ, thời gian cách nhau 3 giờ ăn.

Giai đoạn 1: (3 ngày): Chế độ dinh dưỡng chỉ đạt mức năng lượng: 19-20kcal/kg Ideal Body Weight (IBW)/ngày; Protein: 1-1,3g/kg IBW/Ngày; Lipid: 36% tổng năng lượng; Carbohydrate: 44% tổng năng lượng; Xơ: 7g/ngày; Na: 630mg/ngày; Kali 2100mg/ngày; Mg: 370mg/ngày; Canxi 820mg/ngày; Phospho: 1100mg/ngày; Sắt: 13mg/ngày; Kẽm: 10mg/ngày. Tình trạng vết loét do tì đè vẫn còn sâu, tiết dịch nhiều, dịch tiết nhiều làm mất các protein, kẽm, bệnh nhân không có sốt, chất hoại tử không có mùi hôi và không có mủ, ... cần tăng nhu cầu chất dinh dưỡng để hỗ trợ liền vết loét. Các chỉ số sinh tồn ổn định (huyết áp ổn định, mạch đều), bệnh nhân đã có cảm giác đói khi đến bữa ăn. Ngoài ra, người bệnh được bác sĩ điều trị, bác sĩ phục hồi chức năng chỉ định cho điều dưỡng, kỹ thuật viên vệ sinh cơ thể, cắt lọc tổ chức hoại tử, thay băng vết loét, đặt dẫn lưu hút liên tục, xoay trở người bệnh mỗi 2 giờ, tập vận động thụ động tại

giường. Nhóm bác sĩ dinh dưỡng và cử nhân dinh dưỡng đi buồng cùng với lãnh đạo khoa, bác sĩ điều trị, phục hồi chức năng, điều dưỡng hàng ngày, ghi nhận người bệnh dung nạp hết chế độ dinh dưỡng, tỉnh táo hơn, mệt mỏi đã cải thiện, không sốt, tiểu tiện bình thường, chính vì vậy quyết định chuyển tiếp sang chế độ dinh dưỡng sang giai đoạn 2.

Giai đoạn 2: (12 ngày): Chế độ dinh dưỡng đạt mức năng lượng: 30 - 35kcal/kg IBW/ngày; Protein: 1,5-2g/kg IBW(idea body weight)/Ngày; Lipid: 40% tổng năng lượng/ngày; Carbohydrate: 40% tổng năng lượng/ngày; Xơ: 11g/ngày; Na: 899mg/ngày; Kali: 3500mg/ngày; Mg: 540mg/ngày; Canxi: 1370mg/ngày; Phospho: 2700mg/ngày; Sắt: 20mg/ngày; Kẽm: 20mg/ngày. Tại vị trí vết loét do tì đè, các mô hạt đã mọc lên, dịch tiết đã giảm hơn, có xuất hiện các mô hạt mới màu hồng từ mép vết loét, vị trí vết loét bắt đầu thu nhỏ lại, người bệnh ăn ngon miệng, ăn hết suất ăn, có đói, ngủ ngon hơn, tiểu tiện bình thường, nên chuyển sang chế độ dinh dưỡng ở giai đoạn 3.

Bảng 4. Theo dõi hiệu quả can thiệp dinh dưỡng của người bệnh loét tì đè

Chỉ số (đơn vị)	Ngày đầu điều trị	Sau 43 ngày điều trị	Khoảng tham chiếu	Nhận định
Albumin (g/L)	36,1	37,4	35 – 50	Trong giới hạn
Prealbumin (mg/dL)	16,8	11,6	20 – 40	Giảm
Magiê (mmol/L)	0,95	0,85	0,8 – 1,1	Trong giới hạn
Phospho (mmol/L)	1,33	0,88	0,81 – 1,45	Trong giới hạn
Vitamin D(nmol/L)	111	110	75 – 250	Trong giới hạn
Kẽm (μmol/L)	-	10,3	9,1 – 21,4	Trong giới hạn
AST (U/L)	75	27	< 32	Trở về bình thường
ALT (U/L)	68	19	< 33	Trở về bình thường
Ure (mmo/L)	11,2	7,8	2,7 – 8,07	Trở về bình thường
Creatinine (μmol/L)	215	87	44-88	Trở về bình thường



Trước can thiệp dinh dưỡng

Sau can thiệp dinh dưỡng

Hình 1. Hình ảnh loét mông 2 bên trước và sau can thiệp dinh dưỡng

Giai đoạn 3: 28 ngày: Bệnh nhân vẫn còn đói và tăng lên cho đến khi người bệnh ăn đủ không có đói, mức năng lượng là 40-42kcal/kg IBW/ngày; Lipid: 36% tổng năng lượng/ngày; Protein: 2,2g/kg/ngày; Carbohydrate: 42% tổng năng lượng/ngày; Xơ: 15g/ngày; Natri: 1500mg/ngày; Kali: 4200mg/ngày; Magiê: 720mg/ngày; Canxi: 1800mg/ngày; Phospho: 3600mg/ngày; Sắt: 25mg/ngày; Kẽm: 27mg/ngày. Bệnh nhân ngủ tốt, ăn ngon miệng hết suất ăn, không đói; tiểu tiện bình thường; Tình trạng vết loét: các mô hạt mọc nhiều, không chảy dịch, mép vết loét co rất nhiều, chỉ còn 1 lỗ nhỏ, xung quanh vết loét tạo sẹo; Người bệnh ngồi không đau.

Trong thời gian điều trị dinh dưỡng 43 ngày có 2 lần bệnh nhân có rối loạn tiêu hóa đi đại tiện phân lỏng, cấy phân cho kết quả âm tính, không dùng kháng sinh. Dùng Smecta 4 ngày/lần: Lần 1 uống 2

gói/ngày; Lần 2 uống 3 gói/ngày; kết quả: bệnh nhân đại tiện bình thường.

Bệnh nhân ăn đường miệng hoàn toàn theo chỉ định của bác sỹ dinh dưỡng, chế độ ăn chế biến dạng súp xay nhuyễn, kết hợp với sữa bột và sinh tố quả, chế độ dinh dưỡng được nấu theo quy trình nấu súp chuẩn của khoa Dinh dưỡng, đảm bảo vệ sinh an toàn thực phẩm theo quy định.

Với 43 ngày người bệnh được điều trị dinh dưỡng, các chỉ số vi chất (magiê, phospho, vitamin D) và albumin huyết thanh duy trì được trong giới hạn bình thường. Tuy nhiên, chỉ số prealbumin lại có xu hướng giảm từ 16,8 mg/dL xuống còn 11,6 mg/dL, cho thấy tình trạng stress chuyển hóa vẫn đang diễn ra, khoảng trống kiến thức ở việc xác định tăng cường protein để vượt qua tình trạng căng thẳng bằng cách theo dõi sát người bệnh để điều chỉnh kịp thời.

III. BÀN LUẬN

Bệnh nhân này xuất hiện vết loét do tì đè do mắc nhiều bệnh lý nên điều trị tại khoa Hồi sức tích cực phải nằm kéo dài, làm tăng áp lực liên tục lên vùng xương nhô vị trí cùng cụt. Sự tì đè kéo dài gây giảm tưới máu mô, thiếu oxy, thiếu chất dinh dưỡng tại chỗ, dẫn đến tổn thương mô mềm và hoại tử, hình thành loét tì đè độ III. Bên cạnh yếu tố cơ học, thì tình trạng dinh dưỡng kém người bệnh ăn không đủ, không cân đối năng lượng và các vi chất góp phần làm giảm tái tạo mô hạt, chậm quá trình liền vết thương.

Bệnh nhân được mời hội chẩn dinh dưỡng để phối hợp điều trị dinh dưỡng, vết loét được chữa lành, cơ thể bệnh nhân cần cung cấp đủ năng lượng từ carbohydrate, protein, chất béo, nước, các vitamin và chất khoáng cung cấp qua chế độ ăn bằng đường tiêu hóa và đường miệng để duy trì tính toàn vẹn của mô, ngăn ngừa sự phân hủy mô. Năng lượng là cần thiết để chữa lành vết loét do tì đè. Cung cấp đủ năng lượng sẽ thúc đẩy quá trình đồng hóa, tổng hợp nitơ và collagen [14]. Protein là chất dinh dưỡng đa lượng không thể thiếu trong sửa chữa các mô, duy trì sự cân bằng nitơ ở các giai đoạn chữa lành vết thương gồm tăng sinh nguyên bào sợi, tổng hợp các enzyme, giúp tế bào nhân lên, tổng hợp collagen và mô liên kết, chức năng miễn dịch. Protein tạo khung carbon làm đầy vết loét. Lượng protein tăng lên, các acid amin sẽ kích thích tiết insulin tăng cường chữa lành vết thương và ngăn loét tỳ đè tiến triển, kích thích vận chuyển acid amin vào tế bào mô và hỗ trợ sản xuất protein trong tế bào [15, 16]. Các nghiên cứu gần đây chỉ ra nhu cầu protein cho bệnh nhân loét do tỳ đè ở giai đoạn I, II cần 1–1,4 g protein/kg/ngày, ở giai đoạn III, IV là 1,5–2 g protein/kg/ngày, tối đa

protein là 2,2 g/kg/ngày [17]. Bệnh nhân của chúng tôi có lượng protein đạt đến 2,2 g/kg/ngày và duy trì cho đến khi người bệnh được ra viện.

Carbohydrate chiếm khoảng 35–55%, cung cấp khung carbon cho quá trình tổng hợp acid amin không thiết yếu là nguồn cung cấp năng lượng chính. Carbohydrate cũng làm tăng áp suất thẩm thấu trong công thức súp, giúp tăng khả năng tiêu hóa và hấp thu, cải thiện cảm quan và hương vị cho súp. Bệnh nhân của chúng tôi được cung cấp lượng carbohydrate từ 40–44% tổng năng lượng.

Chất béo đóng vai trò quan trọng trong quá trình tổng hợp màng tế bào, là nguồn cung cấp năng lượng, là thành phần quan trọng trong cơ thể. Sự phát triển của các chất trung gian gây viêm và các yếu tố đông máu, acid amin là cấu trúc cơ bản của protein (arginin, glutamin) là những acid amin thiết yếu trong giai đoạn căng thẳng nghiêm trọng như chấn thương, nhiễm khuẩn, loét do tỳ đè [18].

Yếu tố vi lượng rất cần thiết mặc dù với số lượng sử dụng nhỏ và không tạo ra năng lượng giúp cho quá trình trao đổi chất diễn ra thuận lợi, đóng vai trò là đồng yếu tố cần thiết cho các phản ứng enzyme. Các yếu tố vi lượng không thể tự tổng hợp trong cơ thể bằng con đường nội sinh mà bắt buộc phải cung cấp cho cơ thể thông qua chế độ ăn. Vitamin D giúp duy trì tính toàn vẹn cấu trúc và chức năng vận chuyển của hàng rào biểu mô. Vitamin C chất chống oxy hóa là đồng yếu tố trong quá trình hydroxyl hóa proline và lysin thành hydroxyproline và hydroxylysine cần thiết cho quá trình tổng hợp collagen [19]. Vitamin A kích thích biểu mô hóa và phản ứng miễn dịch, thúc đẩy kết tụ bạch cầu đơn nhân và đại thực bào, tăng

số lượng đại thực bào và bạch cầu đơn nhân trong vết thương, hỗ trợ bề mặt niêm mạc và biểu mô, tăng hình thành collagen, bảo vệ chống lại tác dụng phụ của glucocorticoid. Vitamin C tăng hấp thu sắt, tăng khả năng chống nhiễm khuẩn bằng cách thúc đẩy sự di chuyển của các tế bào bạch cầu đến vết thương, thúc đẩy hoạt động của bạch cầu trung tính và nguyên bào sợi, cần thiết cho sự hình thành mạch máu, tham gia quá trình hydroxyl hóa proline và lysine trong quá trình hình thành collagen. Hệ thống chống oxy hóa phức tạp với các phản ứng oxy hóa khử. Chế độ dinh dưỡng có đủ các vitamin và chất khoáng, lipid béo tốt, các chất hóa học thực vật và flavonoid khác nhau cho phép tạo ra chất chống oxy hóa. Kẽm là một yếu tố cần thiết cho tế bào vào sự nhân lên, tăng trưởng và tổng hợp protein. Kẽm được vận chuyển chủ yếu bằng albumin, do đó hấp thu kẽm giảm khi albumin huyết thanh giảm.

Người bệnh vào viện, được điều trị cho đến khi ra viện. Với sự kết hợp đa chuyên khoa rất tích cực và chặt chẽ của các chuyên khoa Hồi sức tích cực, Dinh dưỡng và Phục Hồi chức năng, vết loét

của người bệnh đã được chữa lành hoàn toàn, da liền tốt, tình trạng toàn thân cải thiện rõ, cân nặng lúc ra viện 48kg, người bệnh tự ăn, bệnh nhân đi lại tốt.

Mặc dù kết quả điều trị thành công nhưng chúng tôi vẫn ghi nhận một số hạn chế cụ thể người bệnh tuổi cao, có nhiều bệnh lý nền kèm theo, sức đề kháng giảm, người bệnh không thể tự thay đổi tư thế, điều này tạo áp lực lớn lên điều dưỡng chăm sóc và kỹ thuật viên phục hồi chức năng, đòi hỏi sự hỗ trợ xay trở người thường xuyên và liên tục, cùng với việc sử dụng thuốc điều trị bệnh làm cho người bệnh chán ăn, dẫn tới ăn không đủ, phải thay đổi cách chế biến và thay đổi thực phẩm liên tục cho người bệnh, từ đó mới đạt mục tiêu điều trị dinh dưỡng.

Bài học rút kinh nghiệm đối với nhóm bệnh nhân cao tuổi cần bác sỹ dinh dưỡng và cử nhân dinh dưỡng can thiệp dinh dưỡng chủ động ngay từ khi nhập viện ở những bệnh viện có đủ nhân lực về dinh dưỡng lâm sàng, tăng cường sự phối hợp hướng dẫn cho người nhà cùng với điều dưỡng và kỹ thuật viên phục hồi chức năng trong suốt quá trình điều trị.

IV. KẾT LUẬN

Bệnh nhân loét do tỳ đè cần được phối hợp đa chuyên khoa trong đó có chuyên gia dinh dưỡng để thực hiện đánh giá, can thiệp dinh dưỡng sớm qua đường tiêu hóa và đường miệng với mức năng lượng từ 19 – 42 kcal/kg/ngày, protein từ 1,0 – 2,2 g/kg/ngày, lipid 36% tổng năng lượng,

carbohydrate 40 – 44% tổng năng lượng, sự kết hợp các loại thực phẩm tự nhiên chế biến dạng lỏng xay nhuyễn và sữa peptamen đã giúp vết loét nhanh liền, giảm áp lực chăm sóc cho điều dưỡng và kỹ thuật viên phục hồi chức năng, nâng cao chất lượng sống cho người bệnh.

Tài liệu tham khảo

1. Haesler E. National Pressure Ulcer Advisory Panel EPUAPaPPPIA. *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. Osborne Park, Western Australia: Cambridge Media; 2014.
2. Cooper KL. Evidence-based prevention of pressure ulcers in the intensive care unit. *Critical Care Nurse*. 2013;33(6):57–66.
3. Gebhardt KS. Part 1. Causes of pressure ulcers. *Nurs Times*. 2002;98:4.

4. Apostolopoulou E, Tselebis A, Terzis K, Kamarinou E, Lambropoulos I, Kalliakmanis A. Pressure ulcer incidence and risk factors in ventilated intensive care patients. *Health Science Journal* . 2014;8(3):333.
5. Gregory, Dean B. Andropoulos. Pediatric Normal Laboratory Values. Edited by George A. Fifth Edition. Published 2012 by Blackwell Publishing Ltd.
6. World health Organization (2000). Obesity: Preventing and Managing the global epidemic.
7. Kottner J, Cuddigan J, Carville K, Balzer K, Berlowitz D, Law S, Litchford M, Mitchell P, Moore Z, Pittman J, Sigaucho-Roussel D, Yee CY, Haesler E. Pressure ulcer/injury classification today: An international perspective. *J Tissue Viability*. 2020;29(3):197-203.
8. Woźniak A, Smółka I, Dusińska A, Misiąg W, Chabowski M. Pressure ulcer incidence and blood lactate levels in intensive care unit patients. *Journal of Inflammation Research* . 2022;15:1249–1257.
9. El-Marsi J, Zein-El-Dine S, Zein B, Doumit R, Kurdahi BL. Predictors of pressure injuries in a critical care unit in Lebanon. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*. 2018;45(2):131–136.
10. Tayyib N, Coyer F, Lewis P. Saudi Arabian adult intensive care unit pressure ulcer incidence and risk factors: a prospective cohort study. *International Wound Journal* . 2016;13(5):912–919.
11. Leroy GM, Georges EA, Serge DZ, Motto B. Epidemiology and therapeutics aspects of pressure ulcers in two sub-Saharan African university teaching hospitals. *ARC Journal of Surgery* . 2018;4(2):1–7.
12. Mutabazi G., Silver J. Abstract: Notes from the field: establishing baseline data for pressure ulcers in a Rwandan intensive care unit. *Rwanda Journal* . 2015;2(2):112.
13. WendyP Chaboyer, Lukman Thalib, Emma L Harbeck. Incidence and Prevalence of Pressure Injuries in Adult Intensive Care Patient: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Crit Care Med*. 2018;46(11).
14. Clark M, Schols JM, Benati G, et al. Pressure ulcers and nutrition: a new European guideline. *J Wound Care* 2004;13:267-72.
15. Hartgrink HH, Wille J, König P, Hermans J, Breslau PJ. Pressure sores and tube feeding in patients with a fracture of the hip: A randomized clinical trial. *Clin Nutr*. 1998;17:287–92.
16. Breslow RA, Bergstrom N. Nutritional prediction of pressure ulcers. *J Am Diet Assoc*. 1994;94:1301–4.
17. Cox J, Rasmussen L. Enteral nutrition in the prevention and treatment of pressure ulcers in adult critical care patients. *Crit Care Nurse*. 2014;34:15–27.
18. Dorner B, Posthauer ME, Thomas D. National Pressure Ulcer Advisory Panel. The role of nutrition in pressure ulcer prevention and treatment: National Pressure Ulcer Advisory Panel white paper. *Adv Skin Wound Care*. 2009;22:212–21.
19. Osland EJ, Ali A, Isenring E, Ball P, Davis M, Gillanders L. Australasian Society for Parenteral and Enteral Nutrition guidelines for supplementation of trace elements during parenteral nutrition. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2014;23:545–54.
20. da Silva JSV, Seres DS, Sabino K, Adams SC, Berdahl GJ, Citty SW, Cober MP, Evans DC, Greaves JR, Gura KM, Michalski A, Plogsted S, Sacks GS, Tucker AM, Worthington P, Walker RN, Ayers P., Parenteral Nutrition Safety and Clinical Practice Committees, American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. ASPEN Consensus Recommendations for Refeeding Syndrome. *Nutr Clin Pract*. 2020 Apr;35(2):178-195.
21. Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition – A consensus report from the global clinical nutrition community. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition (JPEN)*. 2019;43(1):32-40.