

Nghiên cứu gốc

## TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI KHOA NỘI TIẾT BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Lê Thanh Hà<sup>1,✉</sup>, Ngô Thị Phương<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Tuấn<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

<sup>2</sup> Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát tình trạng dinh dưỡng và tìm hiểu một số yếu tố liên quan ở người bệnh điều trị nội trú tại khoa Nội tiết Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

**Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành với cỡ mẫu 890 người bệnh bắt đầu điều trị nội trú từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 1 năm 2024, sử dụng bộ công cụ SGA và chỉ số BMI để đánh giá tình trạng dinh dưỡng.

**Kết quả:** Tỷ lệ người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng (SDD) theo SGA chiếm 53,1%. SDD theo BMI chiếm 10,0%. Người bệnh  $\geq 60$  tuổi có khả năng (odds) bị SDD cao hơn 6,9 lần so với nhóm  $<60$  tuổi ( $p<0,05$ ). Người mắc  $>2$  bệnh có khả năng bị SDD cao hơn 2,7 lần so với nhóm  $\leq 2$  bệnh ( $p<0,05$ ) và nhóm thiếu máu có khả năng SDD cao hơn 8,5 lần so với nhóm không thiếu máu ( $p<0,05$ ). Người bệnh nuôi ăn qua sonde dạ dày có khả năng SDD cao hơn 9,2 lần so với nhóm tự ăn tốt qua đường miệng ( $p<0,05$ ).

**Kết luận:** Người bệnh có nguy cơ SDD khi nhập viện chiếm tỷ lệ cao. Có mối liên quan giữa nguy cơ SDD với tuổi, các bệnh đồng mắc, tình trạng thiếu máu và đường nuôi dưỡng. Vì vậy, việc sàng lọc ngay từ khi nhập viện cần phải được thực hiện càng sớm càng tốt để phát hiện nguy cơ SDD, từ đó có định hướng can thiệp, hạn chế tối đa biến chứng.

**Từ khóa:** *Thực trạng dinh dưỡng, nội trú, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.*

## NUTRITIONAL STATUS AND RELATED FACTORS AMONG INPATIENTS TREATMENT AT ENDOCRINOLOGY DEPARTMENT 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

### ABSTRACT

**Aims:** This study aims to survey on nutritional status and study of some related factors of inpatients at Endocrinology Department, 108 Military Central Hospital.

**Methods:** A cross - sectional study was conducted with 890 inpatients admitted treatment at The Endocrinology Department 108 Military Central Hospital from January, 2023 to January, 2024, using SGA, BMI to assess nutritional status.

**Results:** The rate of patients at risk of malnutrition according to SGA was 53.1%. The rate of malnutrition according to BMI was 10.0%. Patients  $\geq 60$  years old had 6.9 times more likely to be malnutrition than the group  $<60$  years old ( $p<0.05$ ). Patients with more than two diseases had 2.7-fold greater odds of having malnutrition ( $p<0.05$ ) and the anemic group had 8.5 times more likely to be malnutrition than the non-anemic group ( $p<0.05$ ). Patients fed through a gastric tube had 9.2 times more likely to suffer from malnutrition than the group that ate well by mouth ( $p<0.05$ ).

✉ Tác giả liên hệ: Lê Thanh Hà  
Email: lethanhha.hvqy@gmail.com  
Doi: 10.56283/1859-0381/849

Nhận bài: 3/11/2024    Chính sửa: 27/12/2024  
Chấp nhận đăng: 26/2/2025  
Công bố online: 28/2/2025

**Conclusion:** Patients at risk of malnutrition when admitted to hospital account for a high proportion. There is a relationship between malnutrition risk and age, comorbidities, anemia status and feeding route. Therefore, screening upon admission should be performed as soon as possible to detect malnutrition risk in order to have an intervention orientation, minimizing complications.

**Key words:** nutritional status, inpatients, 108 Military Central Hospital.

-----

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng là bước đầu tiên trong quá trình người bệnh nhập viện điều trị. Tình trạng suy dinh dưỡng (SDD) trong quá trình nằm viện chiếm tỉ lệ khá cao. Tại Úc tỉ lệ SDD ở người bệnh mới vào viện chiếm khoảng 40%; tại Brazil tỷ lệ SDD nằm viện là 56,5%, trong đó SDD nặng là: 17,4%, SDD nhẹ và vừa là 39,1% [1]. Theo Hiệp hội dinh dưỡng lâm sàng Châu Âu ESPEN (2006), tỷ lệ SDD chiếm từ 20 đến 60% ở người bệnh nội trú và có đến 30 - 60% bị giảm cân trong thời gian điều trị [2]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Khúc Thị Hồng Anh (2018) đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở người bệnh mới nhập viện tại Bệnh viện Đổng Đa cho thấy tỷ lệ SDD theo BMI chiếm 24,4% [3]. Ngô Thu Văn (2022) thực hiện trên người bệnh nội trú tại Bệnh viện Y học cổ truyền Nam Định cũng ghi nhận tỉ lệ SDD theo BMI chiếm 52,4%, theo SGA là 51,7% [4]. SDD trong quá trình nằm viện là một yếu tố dự báo kéo dài thời gian nằm viện, làm chậm quá trình lành vết thương, tăng nguy cơ nhiễm trùng, biến chứng, tăng nguy cơ tử vong. Vì vậy, việc sàng lọc

dinh dưỡng ngay khi nhập viện là hết sức quan trọng. Sàng lọc dinh dưỡng sớm giúp nhận định tình trạng dinh dưỡng hiện tại của người bệnh, từ đó có những can thiệp, tư vấn kịp thời trong quá trình điều trị.

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 là Bệnh viện chuyên khoa sâu tuyến cuối của toàn quân, đồng thời là cơ sở khám chữa bệnh cho nhân dân cả nước. Mỗi ngày bệnh viện tiếp nhận từ 5.000-6.000 người bệnh đến khám ngoại trú và khoảng 400-500 người bệnh nhập viện nội trú. Đặc biệt, Khoa Nội tiết là cơ sở điều trị chủ yếu các bệnh lý nội tiết như đái tháo đường (ĐTĐ), rối loạn lipid máu, cường giáp, suy giáp... Những bệnh lý này thường gây tăng hoặc giảm cân thất thường, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và tâm lý của người bệnh. Do đó, nghiên cứu được tiến hành nhằm mục tiêu khảo sát tình trạng dinh dưỡng và tìm hiểu một số yếu tố liên quan ở người bệnh điều trị nội trú tại khoa Nội tiết, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

## II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện từ tháng 1 năm 2023 đến tháng

năm 2024 tại Tại khoa Nội tiết, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

### 2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Chọn mẫu toàn bộ, tất cả người bệnh đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong khoảng thời gian nghiên cứu sẽ được đưa vào nghiên cứu. Trong khoảng thời gian nghiên cứu thu thập được số liệu 890 người bệnh.

*Tiêu chuẩn lựa chọn:* Người bệnh nhập viện điều trị nội trú tại Khoa Nội

### 2.3. Phương pháp thu thập số liệu

- Phỏng vấn trực tiếp đối tượng để thu thập các thông tin chung và một số yếu tố liên quan.

- Đo nhân trắc: chiều cao, cân nặng.

+ Chiều cao với người bệnh đứng được: Nhóm nghiên cứu sử dụng thước Seca Đức (độ chính xác 0,1 cm). Người bệnh đảm bảo tư thế đứng thẳng quay lưng vào thước đo, 2 gót chân chạm nhau, trục dọc của cơ thể trùng với trục của thước, hai cánh tay buông thõng.

+ Cân nặng với người bệnh đứng được: Sử dụng cân TANITA có độ chính xác 0,1 kg. Khi cân người bệnh mặc quần áo mỏng, bỏ giày dép.

+ Với chiều cao và cân nặng người bệnh không đứng được: sử dụng giường Hillroom có chức năng ước tính cân nặng thực tế và chiều cao để người bệnh nằm duỗi thẳng dùng thước dây đo từ gót chân đến đỉnh đầu.

+ Công thức tính chỉ số khối cơ thể (BMI) và phân loại

$$(BMI) = \frac{\text{cân nặng}(kg)}{\text{chiều cao}(m)^2}$$

Phân loại BMI: Dùng cho người trưởng thành chung của Tổ chức Y tế Thế giới (World Health Organization-WHO) (2000), ngưỡng phân loại của WHO khu vực Tây Thái Bình Dương (Western Pacific Region Office – WPRO) dành cho người châu Á: suy dinh dưỡng (BMI < 18,5; bình thường (18,5 ≤ BMI ≤ 22,9; thừa cân - béo phì (BMI ≥ 23,0) [5].

- Đánh giá nguy cơ dinh dưỡng theo

tiết - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108; Người bệnh hoặc người nhà đồng ý tham gia nghiên cứu.

*Tiêu chuẩn loại trừ:* Người bệnh có bệnh lý về tâm thần, khiếm khuyết về ngôn ngữ hoặc thính lực không áp dụng được các phương pháp thu thập số liệu.

bộ công cụ SGA gồm 2 phần dựa trên bệnh sử của người bệnh và qua thăm khám lâm sàng với 8 chỉ tiêu như sau:

(1) Thay đổi cân nặng trong vòng 6 tháng qua: Tăng cân, hoặc không giảm cân, hoặc giảm cân < 5%, hoặc giảm 5 – 10%, hoặc giảm > 10%;

(2) Thay đổi về khẩu phần ăn: Từ giảm ăn đường miệng, phải ăn thức ăn dạng lỏng, ăn qua ống thông hoặc nhịn đói.

(3) Biểu hiện của các triệu chứng: Rối loạn tiêu hoá (buồn nôn, chán ăn, tiêu chảy...), stress...

(4) Tình trạng sức khỏe, thể lực bị giảm hoặc giới hạn do tình trạng dinh dưỡng hay bệnh lý.

(5) Sự suy giảm lớp mỡ dưới da ở các vị trí như cơ tam đầu, vùng xương sườn.

(6) Dấu hiệu teo cơ (giảm khối cơ) tại cơ tứ đầu đùi hoặc cơ delta.

(7) Hội chứng phù tại mắt cá chân.

(8) Cổ chướng.

Nguy cơ SDD nặng (SGA-C): Sụt cân > 10%. Khẩu phần có thay đổi nhiều (ăn ít hơn bình thường > 50%). Mất lớp mỡ > 2cm, giảm khối lượng cơ nặng.

Nguy cơ SDD vừa (SGA-B): Sụt cân tổng thể mức độ vừa đến nặng trước khi nhập viện (5 -10%). Khẩu phần có thay đổi (ăn ít hơn bình thường < 50%). Lớp mỡ dưới da giảm nhiều.

Không có nguy cơ SDD (SGA-A): Cân nặng bình thường hoặc gần đây tăng

cản trở lại. Khẩu phần bình thường hoặc cải thiện khẩu phần. Mất lớp mỡ dưới da tối thiểu hoặc không mất. Không giảm khối cơ hoặc giảm tối thiểu

- Tham khảo hồ sơ bệnh án về đường nuôi dưỡng, các bệnh đồng mắc và chỉ số tổng phân tích tế bào máu. Đánh giá tình

#### 2.4. Xử lý số liệu

Số liệu sau khi thu thập được làm sạch, nhập 2 lần để kiểm soát sai số vào máy tính bằng phần mềm Epidata 3.1. Sau đó, các phân tích được thực hiện bằng phần mềm Stata 12.0. Các tỷ lệ được trình bày theo tỷ lệ %. Sử dụng phân tích hồi quy logistic đơn biến để đánh giá mối liên

#### 2.5. Đạo đức nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu được giải thích rõ ràng về mục đích, ý nghĩa của nghiên cứu và tự nguyện tham gia nghiên cứu. Các thông tin thu thập chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, không sử dụng cho mục đích khác và hoàn toàn được giữ bí mật, không ảnh hưởng đến sức khỏe và

trạng thiếu máu qua xét nghiệm Hemoglobin (Hb): Hb từ 10,0-10,9g/dl (nhẹ); từ 7,0-9,9g/dl (trung bình); 4,0-6,9g/dl (nặng); < 4,0g/dl (rất nặng). Phân loại thiếu máu: Nhóm không thiếu máu và nhóm có thiếu máu (từ mức nhẹ đến rất nặng).

quan của một số yếu tố như tuổi, giới, bệnh đồng mắc, tình trạng thiếu máu và đường nuôi ăn với tình trạng theo SGA, kết quả trình bày theo OR (95%CI) và giá trị  $p < 0,05$  được coi là có ý nghĩa thống kê.

lợi ích của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành dưới sự đồng ý của chỉ huy khoa Nội tiết - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, không có xung đột lợi ích giữa các thành viên trong nghiên cứu.

### III. KẾT QUẢ

**Bảng 1.** Đặc điểm chung của đối tượng ( $n=890$ )

Đặc điểm	$n$ (%)	Đặc điểm	$n$ (%)
Nhóm tuổi		Phân bố bệnh	525 (59,0)
<20 - 39 tuổi	226 (25,3)	Đái tháo đường	82 (9,2)
40 - 59 tuổi	410 (46,0)	Rối loạn lipid máu	140 (15,7)
60 - 79 tuổi	98 (11,2)	U thượng thận	8 (0,9)
$\geq 80$ tuổi	156 (17,5)	U tuyến yên	41 (4,6)
Giới tính		Basedow	76 (8,6)
Nam	482 (54,1)	Rối loạn điện giải	18 (2,0)
Nữ	408 (45,9)	Khác	

Bảng 1 trình bày đặc điểm về tuổi, giới tính và tình trạng bệnh của đối tượng tham gia nghiên cứu. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là từ 40-59 tuổi chiếm 46,0%,

tiếp theo từ 20-39 tuổi chiếm 25,1%. Phân bố bệnh ở khoa chủ yếu là Đái tháo đường chiếm đến 59,0%.

**Bảng 2.** Tình trạng dinh dưỡng theo SGA và BMI của đối tượng (n=890)

Phân loại theo SGA	n (%)	Phân loại theo BMI	n (%)
SGA-A (không có nguy cơ SDD)	418 (46,9)	Suy dinh dưỡng (BMI<18,5)	89 (10,0)
SGA-B (nguy cơ SDD vừa)	290 (32,5)	Bình thường (BMI 18,5 – 22,9)	554 (62,2)
SGA-C (nguy cơ SDD nặng)	182 (20,6)	Thừa cân-béo phì (BMI ≥ 23,0)	247 (27,8)

Khi sàng lọc tình trạng dinh dưỡng bằng bộ công cụ SGA, chúng tôi thấy: người bệnh không có nguy cơ SDD (SGA-A) chiếm tỷ lệ 46,9%, nguy cơ SDD vừa (SGA-B) chiếm 32,5%, nguy cơ SDD nặng chiếm 20,6%. Tỷ lệ người bệnh có SDD theo BMI chiếm 10%, thừa cân – béo phì chiếm 27,8%.

Người bệnh tự ăn tốt qua đường miệng chiếm tỷ lệ cao 81,0%, người bệnh được đặt và nuôi ăn qua sonde dạ dày tại tuyến dưới và tại nhà trước chiếm tỷ lệ 19,0%, không có bệnh nhân nào phải nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch.

**Bảng 3.** Mối liên quan giữa tuổi và tình trạng dinh dưỡng (n=890)

Đặc điểm	SGA-A (n=418)	SGA-B và SGA-C (n=472)	OR (95%CI)	p
<b>Tuổi</b>				
<60 tuổi	374 (58,9)	260 (41,1)	1	0,000
≥60 tuổi	44 (17,1)	212 (82,9)	6,9 (2,5 – 8,3)	
<b>Giới tính</b>				
Nữ	208 (50,9)	200 (49,1)	1	0,176
Nam	210 (43,5)	272 (56,5)	1,3 (0,6 – 2,8)	
<b>BMI</b>				
Bình thường	240 (43,3)	314 (56,7)	1	0,283
Suy dinh dưỡng	32 (35,9)	57 (64,1)	1,7 (0,5 – 2,3)	
Thừa cân-béo phì	146 (59,1)	101 (40,9)	0,5 (0,1 – 1,2)	
<b>Bệnh mắc</b>				
≤ 2 bệnh	239 (60,8)	154 (39,2)	1	0,001
>2 bệnh	179 (36,0)	318 (64,0)	2,7 (1,5 – 6,0)	
<b>Thiếu máu</b>				
Không	247 (78,4)	68 (21,6)	1	0,000
Có	171 (29,7)	404 (70,3)	8,5 (3,4 – 12,9)	
<b>Đường nuôi dưỡng</b>				
Tự ăn	398 (55,2)	323 (44,8)	1	0,000
Qua sonde	20 (11,8)	149 (88,2)	9,2 (3,0 – 16,2)	

Qua Bảng 3 nhận thấy, khả năng mắc SDD đánh giá theo thang điểm SGA ở những người bệnh  $\geq 60$  tuổi cao hơn 6,9 lần so với nhóm  $<60$  tuổi ( $p < 0,05$ ); Những đối tượng mắc  $>2$  bệnh có khả năng mắc SDD cao hơn 2,7 lần so với nhóm  $\leq 2$  bệnh; Nhóm thiếu máu có khả

năng mắc SDD cao hơn 8,5 lần so với nhóm không thiếu máu và nhóm người bệnh nuôi ăn qua sonde dạ dày cao hơn 9,2 lần so với nhóm tự ăn tốt qua đường miệng. Các sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (OR 95% CI,  $p < 0,05$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện trên 890 người bệnh điều trị nội trú tại Khoa Nội tiết, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Kết quả cho thấy nam giới chiếm 54,1%, nữ giới chiếm 45,9%. Nhóm tuổi từ 40 - 59 chiếm tỷ lệ cao nhất (46,0%), với tuổi trung bình là  $58,2 \pm 23,6$ . Do đặc thù của Khoa Nội tiết là điều trị các bệnh chuyển hóa, mãn tính, người bệnh thường mắc các bệnh như đái tháo đường, rối loạn lipid máu, tăng huyết áp với tỷ lệ cao. Ngoài ra, một số bệnh đặc trưng của khoa bao gồm Basedow, u thượng thận, u tuyến yên, rối loạn điện giải. Rối loạn nội tiết tố hoặc các bệnh nội tiết liên quan đến bất thường của các tuyến nội tiết trong cơ thể, như sản xuất quá mức (tăng chức năng) hoặc không đủ (giảm chức năng) một số hormone nhất định, ảnh hưởng rất nhiều đến tình trạng dinh dưỡng của người bệnh [6].

Về thực trạng dinh dưỡng, kết quả nghiên cứu nhận thấy: Khi đánh giá bằng công cụ SGA tỷ lệ người bệnh có nguy cơ SDD vừa và nặng (SGA-B và SGA-C) chiếm tỷ lệ cao là 53,1%, khi sử dụng chỉ số BMI thấy: có 10% đối tượng có suy dinh dưỡng và 27,8% thừa cân - béo phì. Tỷ lệ người bệnh được nuôi ăn qua sonde dạ dày chiếm 19,0%. Nghiên cứu đa phần là người bệnh trung tuổi và lớn tuổi, nhóm đối tượng này thường giảm cảm giác thèm ăn, chức năng nhai nuốt kém cùng với có các bệnh lý đồng mắc kèm theo, dẫn đến tăng nguy cơ SDD. Kết quả của

tôi tương đồng với các nghiên cứu trên Thế giới như Iris My (2020) thực hiện tại 4 khoa lâm sàng ở Hà Lan nhận thấy, tỷ lệ có nguy cơ SGA-B và SGA-C ở người bệnh nhập viện ngày đầu là 31% và sau 5 ngày tăng lên 56% [7]. Với đặc thù là chuyên khoa điều trị các bệnh lý nội tiết, trong đó người bệnh đái tháo đường chiếm đến 60%, khi so sánh với một số nghiên cứu trong nước, tỷ lệ nguy cơ SDD theo SGA trong nghiên cứu của tôi cao hơn của Trịnh Thị Ngọc Huyền (2020) thực hiện tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương (14,5%) và Dương Thanh Tịnh (2022) tại Bệnh viện tỉnh Nam Định đối tượng có SGA-B và SGA-C là 18,4% [8, 9]. Nguyên nhân của sự khác biệt tỷ lệ này là do, ngoài đái tháo đường, đối tượng nghiên cứu của chúng tôi còn mắc các bệnh khác như: nhiễm độc giáp Basedow, suy giáp, u tuyến yên, u thượng thận... Những bệnh lý này gây nên rối loạn nội tiết và chuyển hóa, góp phần làm gia tăng nguy cơ SDD. Có thể thấy, tỷ lệ người bệnh có nguy cơ SDD khi nhập viện điều trị là khá cao. Do đó, việc sàng lọc nguy cơ dinh dưỡng đóng vai trò rất quan trọng. Nếu thực hiện tốt sẽ có bức tranh toàn cảnh về mức độ suy dinh dưỡng của người bệnh, từ đó đưa ra các biện pháp cải thiện dinh dưỡng, giảm số ngày nằm viện, giảm tỷ lệ biến chứng và giảm nguy cơ tử vong.

Khi tìm hiểu mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố, kết quả cho thấy: Có sự liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng với tuổi, các bệnh đồng mắc, tình trạng thiếu máu và phương thức nuôi dưỡng trong quá trình nằm viện. Cụ thể, người bệnh  $\geq 60$  tuổi có khả năng mắc suy dinh dưỡng cao hơn 6,9 lần so với nhóm  $<60$  tuổi ( $p=0,000$ ). Tuổi cao là một yếu tố nguy cơ chính dẫn đến SDD, việc hạn chế vận động ở người cao tuổi dẫn đến mất khối lượng cơ và sức cơ, cùng với sự suy giảm trí nhớ và suy giảm nhận thức, ảnh hưởng đến khả năng hồi phục sau bệnh và kết quả điều trị. Liu GX (2017), ước tính rằng tỷ lệ SDD hoặc có nguy cơ SDD ở người bệnh cao tuổi mắc bệnh ĐTĐ cao hơn 50% [10]. Sanz París A (2013), thực hiện trên 1.090 người bệnh ĐTĐ tại 35 bệnh viện ở Tây Ban Nha cho thấy tuổi trung bình là  $78,0 \pm 7,1$ ; 39,1% có nguy cơ SDD [11]. Những người mắc  $>2$  bệnh có khả năng mắc SDD cao hơn 2,7 lần so với nhóm  $\leq 2$  bệnh ( $p=0,001$ ) và nhóm thiếu máu có khả năng SDD cao hơn 8,5 lần so với nhóm không thiếu máu ( $p=0,000$ ). Thiếu máu là một biến chứng thường gặp của bệnh ĐTĐ và các bệnh lý nội tiết, nguy cơ thiếu máu ở người bệnh ĐTĐ ước tính cao hơn từ hai đến ba lần so với những người không mắc ĐTĐ [12].

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy, người bệnh có nguy cơ SDD khi nhập viện chiếm tỷ lệ cao. Có mối liên quan giữa nguy cơ SDD với tuổi, các bệnh đồng mắc, tình trạng thiếu máu và đường nuôi dưỡng.

Nghiên cứu của Sahin S (2016), thực hiện tại Thổ Nhĩ Kỳ trên 257 đối tượng cho thấy tỷ lệ thiếu máu chung là 54,9%; trong đó có 35,8% người tham gia nghiên cứu có nguy cơ SDD. Người bệnh nuôi ăn qua sonde dạ dày có khả năng SDD cao hơn 9,2 lần so với nhóm tự ăn tốt qua đường miệng ( $p=0,000$ ). Chủ yếu những người bệnh nuôi ăn qua sonde dạ dày được chẩn đoán biến chứng nặng của đái tháo đường như hôn mê toan chuyển hóa và những người bệnh hôn mê do rối loạn điện giải nặng. Điều này đã được chứng minh là do người bệnh ăn qua sonde dạ dày thường giảm nhận thức, việc nuôi ăn qua sonde không thật sự sinh lý như khi người bệnh tự ăn được qua đường miệng, dẫn đến giảm cảm giác ngon, giảm hấp thu chất dinh dưỡng, từ đó tăng nguy cơ SDD [13].

Điểm mạnh của nghiên cứu là tất cả người bệnh từ lúc nhập viện trong vòng một năm đều được đưa vào nghiên cứu với cỡ mẫu lớn (890 người bệnh). Tuy nhiên, nghiên cứu vẫn còn có một số hạn chế: với các mặt bệnh đa dạng ở chuyên khoa Nội tiết không đồng nhất nên dễ gây sai số hệ thống vì các bệnh nội tiết ảnh hưởng đến chuyển hóa, từ đó ảnh hưởng đến cân nặng và tình trạng dinh dưỡng.

Vì vậy, việc sàng lọc ngay từ khi nhập viện cần phải được thực hiện càng sớm càng tốt để phát hiện nguy cơ SDD, từ đó có định hướng can thiệp, hạn chế tối đa biến chứng.

## Tài liệu tham khảo

1. Barker LA, Gout BS, Crowe TC. Hospital malnutrition: prevalence, identification and impact on patients and the healthcare system. *Int J Environ Res Public Health*. 2011;8(2): 514-527.
2. Weimann A, Braga M, Harsanyi L et al. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Surgery including organ transplantation. *Clin Nutr*, 2006; 25(2): 224-244.
3. Khúc Thị Hồng Anh. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh nhập viện và một số yếu tố liên quan tại khoa nội Bệnh viện Đa khoa Đồng Đa năm 2018. Đề tài cấp trường, 2018, Trường Cao đẳng y tế Hà Nội
4. Ngô Thư Văn. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện Y học cổ truyền Tỉnh Nam Định. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 516(2): 200-210.
5. WHO Expert Consultation (2004) Appropriate bodymass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *The Lancet* 363(9403): 157-163
6. Namazi N, Atlasi R, Aletaha A et al. Trend of nutrition research in endocrine disorders, gaps, and future plans: a collection of experiences of an endocrinology research institute. *J Diabetes Metab Disord*, 2021: 1-8.
7. Van Vliet IMY, Gomes-Neto AW, de Jong MFC et al. High prevalence of malnutrition both on hospital admission and predischage. *Nutrition*, 2020. 77: 110814.
8. Trịnh Thị Ngọc Huyền. Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương năm 2020. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 2021. 146(10):150-157.
9. Dương Thanh Tịnh. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định. *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng*, 2022. 5(04): 124-133.
10. Liu GX, Chen Y, Yang YX et al. Pilot study of the Mini Nutritional Assessment on predicting outcomes in older adults with type 2 diabetes. *Geriatr Gerontol Int*, 2017. 17(12): 2485-2492.
11. Sanz París A, García JM. Malnutrition prevalence in hospitalized elderly diabetic patients. *Nutr Hosp*, 2013. 28(3): 592-9.
12. Sahay M, Kalra S, Badani R et al.,Diabetes and Anemia: International Diabetes Federation (IDF) - Southeast Asian Region (SEAR) position statement. *Diabetes Metab Syndr*, 2017. 11(2): 685-695.
13. Kurien M, Williams J, Sanders DS. Malnutrition in healthcare settings and the role of gastrostomy feeding. *Proc Nutr Soc*. 2017;76(3):352-360.