

THỰC HÀNH DINH DƯỠNG LÂM SÀNG TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN NẶNG TẠI BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG

BS. CK2 TRẦN THỊ KHÁNH NGỌC
PGĐ - TK DINH DƯỠNG
BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG



SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG
BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG
DANANG HOSPITAL
124 Hải Phòng, Thành phố Đà Nẵng



NỘI DUNG

1. GIỚI THIỆU SƠ BỘ VỀ BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG
(MỘT SỐ ĐƠN VỊ ĐIỀU TRỊ CHĂM SÓC BỆNH
NHÂN NẶNG)
2. CASE LÂM SÀNG
3. THỰC HÀNH NUÔI DƯỠNG BỆNH NHÂN NẶNG
4. KẾT LUẬN



SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG

BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG

DANANG HOSPITAL

124 Hải Phòng, Thành phố Đà Nẵng



KHẸP PHẪU THUẬT CẤP THIẾT TIM MẠ
BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG



BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG



Bệnh viện Đà Nẵng là bệnh viện hạng 1, trực thuộc Sở Y tế thành phố Đà Nẵng thu dung điều trị cho nhân dân thành phố Đà Nẵng và các tỉnh lân cận Miền Trung & Tây Nguyên

- Nhân lực: 1760 nhân viên trong đó có 400 bác sĩ
- Tổng số giường bệnh: 2000 giường kế hoạch
- Số lượng bệnh nhân trung bình: 1000 lượt khám bệnh ngoại trú, 2000 lượt nội trú



SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG

BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG

DANANG HOSPITAL

124 Hải Phòng, Thành phố Đà Nẵng



CÁC KHOA BỆNH NẶNG



SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG
BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG
DANANG HOSPITAL
124 Hải Phòng, Thành phố Đà Nẵng



CÁC KHOA BỆNH NẶNG



SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG
BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG
DANANG HOSPITAL
124 Hải Phòng, Thành phố Đà Nẵng



Phòng Hồi sức Ngoại Tim mạch



SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG

BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG

DANANG HOSPITAL

124 Hải Phòng, Thành phố Đà Nẵng



SICU - ICU



SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG
BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG
DANANG HOSPITAL
124 Hải Phòng, Thành phố Đà Nẵng



ICU

- Tổng số giường bệnh: 74 giường hồi sức
- Nhân lực: 70 nhân viên
- Là đơn vị thứ 675 trên thế giới thực hiện được ECMO thường quy
- Triển khai ECMO từ 2015, đến nay đã thực hiện được 120 ca ECMO
- Trong 02 năm 2019- 2020: 30 ca/ năm
- Đã đào tạo được 04 ekip ECMO, đảm bảo nhân lực thực hiện cùng lúc nhiều ca ECMO



SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG

BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG

DANANG HOSPITAL

124 Hải Phòng, Thành phố Đà Nẵng



CASE LÂM SÀNG 1

- **Bệnh nhân:** Trần Thị T; Nữ; 67 tuổi
- **Địa chỉ:** Vĩnh Điện, Điện Bàn, Quảng Nam
- **Vv:** 05/6/2021 tại Khoa Tim Mạch Can Thiệp
- **Lý do vào viện:** Đau tức ngực vùng sau xương ức
- **Tiền sử:** Bệnh tim thiếu máu cục bộ/ Tăng huyết áp/
Đái tháo đường/ Viêm dạ dày



CASE LÂM SÀNG 1

Ghi nhận lúc vào viện:

- Tỉnh, tiếp xúc tốt
- Da niêm hồng nhạt, không phù, không xuất huyết dưới da, không sốt
- Thể trạng trung bình, BMI 21.2 Kg/m²
- Đau ran ngực trái, nhịp tim đều, không khó thở
- Bụng mềm, ấn đau thượng vị
- Mạch: 74 l/p; HA: 140/80 mmHg



CASE LÂM SÀNG 1

Cận lâm sàng:

- ECG: Nhịp xoang đều, T âm V2 - V6
- Troponin T: 0,079 ng/ml
- EF 48%
- WBC: 15.000
- Chụp mạch vành: tổn thương nặng 3 thân động mạch vành (Tắc mạn tính RCA1; tắc mạn tính Lcx 2; hẹp 90% nhánh bên Lcx; vôi hóa vụn xoắn hẹp 95% đoạn 1,2 LAD, DSA nang bóng 20 × 15 mm)



CASE LÂM SÀNG 1

Hội chẩn Ngoại tim mạch, chẩn đoán:

Nhồi máu cơ tim không ST chênh/ Hẹp nặng 3 thân động mạch vành/ Tăng huyết áp/ Đái tháo đường typ II/ suy tim/viêm dạ dày.

→ chuyển phẫu thuật bắc cầu chủ vành (07/6/2021)

Chẩn đoán sau mổ:

Hậu phẫu bắc cầu chủ vành ngày thứ 1/ Tổn thương nặng 3 thân mạch vành/ Tăng huyết áp/ Đái tháo đường typ II/ suy tim/ Viêm dạ dày.



CASE LÂM SÀNG 1

Diễn tiến lâm sàng:

- Bệnh an thần, thở máy, không phù
- Nhịp tim nhanh đều TST 115 l/p
- Hai phổi thông khí rõ
- Huyết áp 115/65 mmHg (phụ thuộc 2 loại vận mạch liều trung bình)
- Bụng mềm, vết mổ máu thấm băng, dẫn lưu dịch đỏ thấm lượng ít
- Tiểu qua thông 2500ml/24h



CASE LÂM SÀNG 1

Hội chẩn dinh dưỡng: 07/6/2021(sau mổ)

- Thể trạng trung bình, teo cơ mỡ nhẹ, sụt cân (< 5%).

BMI: 21.2 kg/m² (49kg/ 1.52^m), ăn kém 1 tuần trước nhập viện (# 70%)

- Đang tạm nhịn nuôi ăn tiêu hóa, đã có thông mũi dạ dày (Hậu phẫu ngày thứ nhất)

- Bụng mềm, chướng nhẹ, chưa đại tiện lại

- XN:

Lactate: 2.54 mmol/l; Albumin máu: 33 g/l; ĐGD Na⁺/K⁺ 142/ 3.47; Ure/Cre: 7.9/69; SGOT/SGPT 17.9/ 33



CASE LÂM SÀNG 1

Chẩn đoán dinh dưỡng:

Suy dinh dưỡng mức vừa SGA - B/ Hậu phẫu bắc cầu chủ vành/ Tổn thương nặng 3 thân mạch vành/ Đái tháo đường typ II/ Trụy mạch/ Viêm dạ dày/ nguy cơ kém dung nạp tiêu hóa



CÁC TẾ TẠO NUÔI DƯỠNG

SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG

BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG

DANANG HOSPITAL

191-193 Phan Thanh Giản, Thành phố Đà Nẵng



CASE LÂM SÀNG 1



SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG

BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG

DANANG HOSPITAL

124 Hải Phòng, Thành phố Đà Nẵng



CASE LÂM SÀNG 1

Can thiệp dinh dưỡng:

- Khởi động nuôi dưỡng/ nuôi ruột tối thiểu?
- Nuôi dưỡng tĩnh mạch?
- Theo dõi: các chỉ số ?



CƠ SỞ KHOA HỌC

- Hội dinh dưỡng tiêu hóa và tĩnh mạch, hội hồi sức Hoa Kỳ (ASPEN/SCCM 2016).
- Hội chuyên hóa và dinh dưỡng lâm sàng của Châu Âu (ESPEN 2018)
- Khuyến cáo điều trị dinh dưỡng y khoa cho bệnh nhân nặng của Malaysia (2017).
- Nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị cho người Việt Nam – Viện Dinh dưỡng - BHYT (2016).



SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG

BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG

DANANG HOSPITAL

124 Hải Phòng, Thành phố Đà Nẵng




KHẸP PHẪU THUẬT CẤP THIẾT TIM MẠ
BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG



HƯỚNG DẪN DINH DƯỠNG

Clinical Nutrition 38 (2019) 48–79

Contents lists available at ScienceDirect



 Clinical Nutrition

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/clnu>

ESPEN Guideline

ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit

Pierre Singer^{a,*}, Annika Reintam Blaser^{b,c}, Mette M. Berger^d, Waleed Alhazzani^e, Philip C. Calder^f, Michael P. Casaer^g, Michael Hiesmayr^h, Konstantin Mayerⁱ, Juan Carlos Montejo^j, Claude Pichard^k, Jean-Charles Preiser^l, Arthur R.H. van Zanten^m, Simon Oczkowski^e, Wojciech Szczeklikⁿ, Stephan C. Bischoff^o

  **HoSPEN**
Hội Dinh Dưỡng Lâm Sàng TP HCM

CHỦ BIÊN: TS.BS. LƯU NGÂN TÂM

HƯỚNG DẪN DINH DƯỠNG
TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN NẶNG

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
HÀ NỘI - 2019

Cập nhật Hướng dẫn của Society of Critical Care Medicine - SCCM & American Society for Parenteral and Enteral Nutrition – A.S.P.E.N 2016



SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG
BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG
DANANG HOSPITAL
124 Hải Phòng, Thành phố Đà Nẵng



KHẸP PHẪU THUẬT CẤP THIẾT TIM MÃ
BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG



HƯỚNG DẪN DINH DƯỠNG

NUTRIC Score Modified (Không có IL-6)

Xác định/ sàng lọc nguy cơ SDD gồm:

- Bước 1: NRS hoặc Modified Nutric Score (MNS) (xem phụ lục 1 và 2). Xác định có nguy cơ SDD cao khi NRS hoặc MNS ≥ 5 điểm; thấp khi <5 điểm [28, 30, 36, 48].

- Bước 2: Xác định đối tượng bệnh nhân có nguy cơ cao hội chứng nuôi ăn lại (Refeeding syndrome) (xem chương III, phần 1) [32].

Variable	Range	Points
Age	<50	0
	50 - <75	1
	≥ 75	2
APACHE II	<15	0
	15 - <20	1
	20-28	2
	≥ 28	3
SOFA	<6	0
	6 - <10	1
	≥ 10	2
Number of Co-morbidities	0-1	0
	≥ 2	1
Days from hospital to ICU admission	0 - <1	0
Số ngày nằm viện trước khi vào ICU	≥ 1	1

❖ Theo NRS (ESPEN Guideline-2002): ≥ 5 điểm

❖ Theo NUTRIC Score (Heyland-2011 and ESPEN Congress- 2014): ≥ 5 điểm

=> Bệnh nhân ICU có nguy cơ DD cao

=> Điều trị dinh dưỡng tích cực là có lợi



***3.1. Clinical question 1: Who should benefit from medical nutrition?
Who should be considered for medical nutrition therapy?***

Recommendation 1

Medical nutrition therapy shall be considered for all patients staying in the ICU, mainly for more than 48h.
Grade of Recommendation: GPP - strong consensus (100% agreement)

=> Tất cả bệnh nhân nặng nhập viện ≥ 48 giờ
đều được xem là có nguy cơ SDD và cần được điều trị dinh dưỡng



Thực hành sàng lọc nguy cơ suy dinh dưỡng

NRS 2002

Phương pháp NRS 2002 (Nutrition Risk Screening)

Bảng 1: Tầm soát ban đầu

	Có	Không
1 BMI có dưới 20,5?		
2 Bệnh nhân có sụt cân trong vòng 3 tháng trước?		
3 Ăn uống của bệnh nhân có sụt giảm trong tuần trước?		
4 Bệnh lý nặng?		

Có. Nếu trả lời là "Có" cho bất kỳ câu hỏi trên, thì thực hiện tiếp tầm soát trong bảng 2
 Không. Nếu câu trả lời "Không" cho tất cả các câu hỏi trên, thì bệnh nhân nên được đánh giá lại sau mỗi tuần. Nếu bệnh nhân như được lên lịch trình mô lớn, thì nên thiết lập kế hoạch chăm sóc dinh dưỡng phòng ngừa, nhằm tránh các yếu tố nguy cơ

Bảng 2: Tầm soát cuối cùng

Tình trạng dinh dưỡng suy giảm		Độ nặng của bệnh lý	
Không	Tình trạng dinh dưỡng bình thường	Không	Nhu cầu dinh dưỡng bình thường
Điểm 0		Điểm 0	
Nhẹ	Sụt >5% CN/ 3 tháng hay ăn uống còn 50-75% của nhu cầu bình thường trong tuần trước	Nhẹ	Gãy xương đùi* Bệnh lý mãn tính, ở những bệnh nhân có biến chứng cấp: xơ gan* COPD* Lọc máu mãn, đái tháo đường, ung thư
Điểm 1		Điểm 1	
Trung bình	Sụt >5% CN/ 2 tháng hay BMI 18,5-20,5 hay ăn uống còn 25-60% của nhu cầu bình thường trong tuần trước	Trung bình	Phẫu thuật lớn ở vùng bụng* Đột quỵ* Viêm phổi nặng, ung thư máu
Điểm 2		Điểm 2	
Nặng	Sụt >5% CN/ 1 tháng hay BMI <18,5 hay ăn uống còn 0-25% của nhu cầu bình thường trong tuần trước	Nặng	Chấn thương đầu* Ghép tủy xương* Bệnh nhân khoa hồi sức (APACHE >10)
Điểm 3		Điểm 3	
Điểm +	+	Điểm =	Tổng số điểm
Tuổi. Nếu ≥ 70 tuổi thì cộng thêm 1 điểm		= tổng số điểm đã hiệu chỉnh theo tuổi	

Điểm ≥ 3: bệnh nhân có nguy cơ dinh dưỡng và bắt đầu kế hoạch chăm sóc dinh dưỡng
Điểm <3: Mỗi tuần đánh giá lại bệnh nhân. Nếu bệnh nhân như được lên lịch trình mô lớn, thì nên thiết lập kế hoạch chăm sóc dinh dưỡng phòng ngừa, nhằm tránh các yếu tố nguy cơ

- Sử dụng thang điểm sàng lọc NRS rút gọn
- Đối tượng: tất cả bệnh nhân nội trú



Công cụ thực hiện

Bệnh án điện tử

The screenshot displays a medical information system interface for a patient named NGUYỄN THỊ THƯƠNG. The interface is divided into several sections:

- Header:** "Phân mềm Quản lý Bệnh viện: BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG".
- Navigation:** "Hệ thống", "Hiện thị", "Công cụ", "Chức năng", "Trợ giúp".
- Left Panel:** A sidebar menu with icons for various system functions like "Hệ thống", "Quản lý dược", "Chẩn đoán hình ảnh", etc.
- Main Content Area:**
 - Thông tin bệnh nhân:** Displays patient ID (21030084), name (NGUYỄN THỊ THƯƠNG), gender (Nữ), date of birth (1933), and address (Đồ Lương - BAO HIEM - 81248421117989 340476).
 - Phân loại:** "Đang điều trị".
 - Phieu danh gia tình trạng dinh dưỡng:** A table with columns for "NGÀY", "Tình trạng", and "Tại Khoa".
 - Form:** A data entry form for patient details, including fields for "Họ và tên", "Mã số BA", "Năm sinh", "Giới tính", "Cân nặng hiện tại", "Cân nặng trước đây", "Chiều cao", and "Chiều dài sải tay".
 - Table:** A table listing admission dates and times, such as "21/05/2021 02:28:39" and "20/06/2021 18:14:49".
- Right Panel:** A sidebar with "Biểu đồ các chỉ số xét nghiệm" and a table for lab results with columns "Chỉ số", "Đơn vị", and "Kết quả".



SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG
BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG
DANANG HOSPITAL
124 Hải Phòng, Thành phố Đà Nẵng



Công cụ thực hiện

Giường đa chức năng



SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ ĐÀ NẲNG
BỆNH VIỆN ĐÀ NẲNG
DANANG HOSPITAL
124 Hải Phòng, Thành phố Đà Nẵng



Công cụ thực hiện

Cân tại giường tại HSTC-CĐ



SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG
BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG
DANANG HOSPITAL
124 Hải Phòng, Thành phố Đà Nẵng



Chẩn đoán suy dinh dưỡng

Clinical Nutrition xxx (2018) 1–9



Contents lists available at ScienceDirect

Clinical Nutrition

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/clnu>



ESPEN Endorsed Recommendation

GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition – A consensus report from the global clinical nutrition community[☆]

T. Cederholm^{a, b, *, 1}, G.L. Jensen^{c, 1}, M.I.T.D. Correia^d, M.C. Gonzalez^e, R. Fukushima^f, T. Higashiguchi^g, G. Baptista^h, R. Barazzoniⁱ, R. Blaauw^j, A. Coats^{k, l}, A. Crivelli^m, D.C. Evansⁿ, L. Gramlich^o, V. Fuchs-Tarlovsky^p, H. Keller^q, L. Llido^r, A. Malone^{s, t}, K.M. Mogensen^u, J.E. Morley^v, M. Muscaritoli^w, I. Nyulasi^x, M. Pirlich^y, V. Pisprasert^z, M.A.E. de van der Schueren^{aa, ab}, S. Siltharm^{ac}, P. Singer^{ad, ae}, K. Tappenden^{af}, N. Velasco^{ag}, D. Waitzberg^{ah}, P. Yamwong^{ai}, J. Yu^{aj}, A. Van Gossum^{ak, 2}, C. Compher^{al, 2}, GLIM Core Leadership Committee, GLIM Working Group³

Suy dinh dưỡng:

BMI < 18,5 kg/m² ở bệnh nhân < 70 tuổi hoặc BMI < 20 kg/m² ở bệnh nhân ≥ 70 tuổi



SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG

BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG

DANANG HOSPITAL

124 Hải Phòng, Thành phố Đà Nẵng



KHẸP PHẪU THUẬT CẤP THIẾT TIM MẠ

BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG



Table 3

Phenotypic and etiologic criteria for the diagnosis of malnutrition

Phenotypic Criteria*		Etiologic Criteria*		
Weight loss (%)	Low body mass index (kg/m ²)	Reduced muscle mass ^a	Reduced food intake or assimilation ^{b, c}	Inflammation ^{d, e, f}
>5% within past 6 months, or >10% beyond 6 months	<20 if <70 years, or <22 if >70 years Asia: <18.5 if <70 years, or <20 if >70 years	Reduced by validated body composition measuring techniques ^a	≤50% of ER >1 week, or any reduction for >2 weeks, or any chronic GI condition that adversely impacts food assimilation or absorption ^{b, c}	Acute disease/injury ^{d, f} or chronic disease-related ^{e, f}

*Requires at least 1 phenotypic criterion and 1 etiologic criterion for diagnosis of malnutrition.

^aFor example fat free mass index (FFMI, kg/m²) by dual-energy absorptiometry (DXA) or corresponding standards using other body composition methods like bioelectrical impedance analysis (BIA), CT or MRI. When not available or by regional preference, physical examination or standard anthropometric measures like mid-arm muscle or calf circumferences may be used. Thresholds for reduced muscle mass need to be adapted to race (Asia). Functional assessments like hand-grip strength may be considered as a supportive measure.

^bConsider gastrointestinal symptoms as supportive indicators that can impair food intake or absorption e.g. dysphagia, nausea, vomiting, diarrhea, constipation or abdominal pain. Use clinical judgement to discern severity based upon the degree to which intake or absorption are impaired. Symptom intensity, frequency, and duration should be noted.

^cReduced assimilation of food/nutrients is associated with malabsorptive disorders like short bowel syndrome, pancreatic insufficiency and after bariatric surgery. It is also associated with disorders like esophageal strictures, gastroparesis, and intestinal pseudo-obstruction. Malabsorption is a clinical diagnosis manifest as chronic diarrhea or steatorrhea. Malabsorption in those with ostomies is evidenced by elevated volumes of output. Use clinical judgement or additional evaluation to discern severity based upon frequency, duration, and quantitation of fecal fat and/or volume of losses.

^dAcute disease/injury-related. Severe inflammation is likely to be associated with major infection, burns, trauma or closed head injury. Other acute disease/injury-related conditions are likely to be associated with mild to moderate inflammation.

^eChronic disease-related. Severe inflammation is not generally associated with chronic disease conditions. Chronic or recurrent mild to moderate inflammation is likely to be associated with malignant disease, chronic obstructive pulmonary disease, congestive heart failure, chronic renal disease or any disease with chronic or recurrent Inflammation. Note that transient inflammation of a mild degree does not meet the threshold for this etiologic criterion.

^fC-reactive protein may be used as a supportive laboratory measure.

GI = gastro-intestinal, ER = energy requirements



Thang điểm đánh giá tổng thể chủ quan (SGA)

Tại Bệnh viện Đà Nẵng:

- Hiện tại SGA là phương pháp đánh giá tình trạng dinh dưỡng người bệnh toàn viện
- Phần mềm bệnh án điện tử



SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG

BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG

DANANG HOSPITAL

124 Hải Phòng, Thành phố Đà Nẵng



Thang điểm đánh giá tổng thể chủ quan (SGA)

Phần mềm Quản lý Bệnh viện : BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG

Hệ thống | Hiện thị | Công cụ | Chức vụ | Trợ giúp

Hệ thống các chức năng

Điều trị nội trú

Bệnh nhân: ADR | Chăm sóc | Y lệnh | Hội chẩn | Sinh hiệu | Dinh dưỡng | Điều trị | Mời hội chẩn | Tam ứng | Thông tin bệnh án | In phôi | Tổng hợp | Tiện ích | Thoát | Hướng dẫn

Thông tin bệnh nhân

Số vào viện: 21030084 | Hẹn phôi quản lý nhiệm/Số tin: hc.couchina.do.thuoc.suv | Hẹn viện đa yếu, llo.suv

Họ tên: NGUYỄN THỊ THƯỢNG | Địa tương: BAO HIEM - BT248482117989 340476

Giới tính: Nữ | Năm sinh: 1933 | Năm: 88 | Số Lưu trú: 001408A9 | BN thanh toán(0%): BHYT thanh toán(100%)

Phiếu đánh giá tình trạng dinh dưỡng

Phân loại: Đang điều trị

Danh sách hiện đến

Bệnh nhân tại: Lão Khoa | Chờ nhập khoa

Mới | Lưu | Xác nhận | Hủy bỏ | In | Thoát | Trợ giúp

Ngày: 20/06/2021 | Ngày: 20/06/2021 | Ngày: 20/06/2021

Bác sĩ: Nguyễn Duy Khoa | Điều dưỡng

3. ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG

Các thông tin	2 Điểm	1 Điểm	0 Điểm
Giảm cân trong 6 tháng	<input type="radio"/> < 5%	<input checked="" type="radio"/> từ 5% đến 10%	<input type="radio"/> > 10%
Thay đổi về khẩu phần	<input type="radio"/> Không	<input checked="" type="radio"/> Cháo đặc/kông	<input type="radio"/> Đặc, nặng lượng thấp
Các triệu chứng dạ dày - ruột	<input type="radio"/> Không	<input checked="" type="radio"/> Chán ăn	<input type="radio"/> Buồn nôn, nôn
Các chức năng của cơ thể	<input checked="" type="radio"/> Bình thường	<input type="radio"/> Giảm lao động, đi lại được	<input type="radio"/> Nằm tại giường
Sang chấn tâm lý	<input type="radio"/> Không	<input type="radio"/> Nhe, vữa	<input type="radio"/> Nặng
Dấu hiệu thực thể	<input checked="" type="radio"/> Bình thường	<input type="radio"/> Giảm tập mồi dùi da, giảm khối cơ	<input type="radio"/> Phù, cổ trướng

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng : 9 đ | Bình thường (9-12 đ)

4. KẾT QUẢ MÁU

Protein máu: 0.00 (g/L) | Albumin máu: 0.00 (g/L) | Lymphocyte: 0.00 (m/M3)

5. KẾ HOẠCH CAN THIỆP

SGA-A hoặc Albumin máu 30 - 35 (g/L): Hướng dẫn BN ăn đúng chế độ ăn của Bệnh viện | Lập lại đánh giá dinh dưỡng mỗi tuần

SGA-B hoặc Albumin máu <30 (g/L): Can thiệp chế độ DD đặc biệt (Mô khoa DD nội chấn, từ bệnh Gna - thần) | Lập lại đánh giá dinh dưỡng mỗi 3 ngày

56 đang: 54

SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG
BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG

Khoa: Lão Khoa
Ngày đánh giá: 14/12/2021

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG NGƯỜI BỆNH

1. THÔNG TIN CƠ BẢN:

Họ tên: NGUYỄN CHÁNH | Mã số BA: :002518A9

Năm sinh: 1936 | Giới: Nam

Cân nặng hiện tại: 55,0 (kg); Cân nặng trước đây: (kg)

Chiều cao: 1.60 (m); Chiều dài sải tay: (cm) (Nếu không đo được chiều cao)

BMI: 21.5 | [Cân nặng hiện tại / (chiều cao (m) x chiều cao (m))]

2. TÂM SOÁT DINH DƯỠNG:

Tâm soát ban đầu : trả lời có hoặc không ?	Có	Không
BMI < 20.5		Không
Sụt cân không chủ ý > 5%		Không
Ăn giảm (ít hơn 50% so với bình thường)		Không
Có bệnh nặng (Chế độ chăm sóc tích cực)	Có	

Nếu trả lời "không" cho các câu hỏi thì đánh giá lại sau 1 tuần
Nếu trả lời "Có" cho các câu hỏi thì đánh giá tiếp theo

3. ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG

Các thông tin	Điểm		
	2 điểm	1 điểm	0 điểm
Giảm cân trong 6 tháng	<input checked="" type="checkbox"/> < 5%	<input type="checkbox"/> từ 5% đến 10%	<input type="checkbox"/> > 10%
Thay đổi về khẩu phần	<input checked="" type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Cháo đặc/lông	<input type="checkbox"/> Đặc, nặng lượng
Các triệu chứng dạ dày - ruột	<input type="checkbox"/> Không	<input checked="" type="checkbox"/> Chán ăn	<input type="checkbox"/> Buồn nôn, nôn
Các chức năng của cơ thể	<input checked="" type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Giảm lao động, đi lại được	<input type="checkbox"/> Nằm tại giường
Sang chấn tâm lý	<input checked="" type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Nhe vữa	<input type="checkbox"/> Nặng
Dấu hiệu thực thể	<input checked="" type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Giảm tập mồi dùi da, giảm khối cơ	<input type="checkbox"/> Phù cổ trướng

Tổng số điểm của thang SGA: A (9-12đ) | Bình thường

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng: B (4-8đ) | C (0-3đ)

4. KẾT QUẢ MÁU

Protid máu (g/L) | Albumin máu (g/L) | Lymphocyte (m/m3)

5. KẾ HOẠCH CAN THIỆP THEO ĐỐI

SGA-A: - Hướng dẫn BN ăn đúng chế độ ăn của Bệnh viện
- Lập lại đánh giá dinh dưỡng mỗi tuần

Phu lục

Bệnh lý	Mức độ Stress
Không có	
Giấy xương chậu, bệnh mạn tính có biến chứng cấp: Xơ gan, COPD, lọc máu mạn, đại tháo đường, ung thư	
Đại phẫu vùng bụng, đột quỵ, viêm phổi nặng, bệnh lý ác tính về huyết học	
Chấn thương đầu, thay hoặc ghép tủy, bệnh hồi sức	

Bác sĩ: Trần Thị Thảo Nhi | Điều Dưỡng

PhotoScan bởi Google Ảnh



SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG
BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG
DANANG HOSPITAL
124 Hải Phòng, Thành phố Đà Nẵng

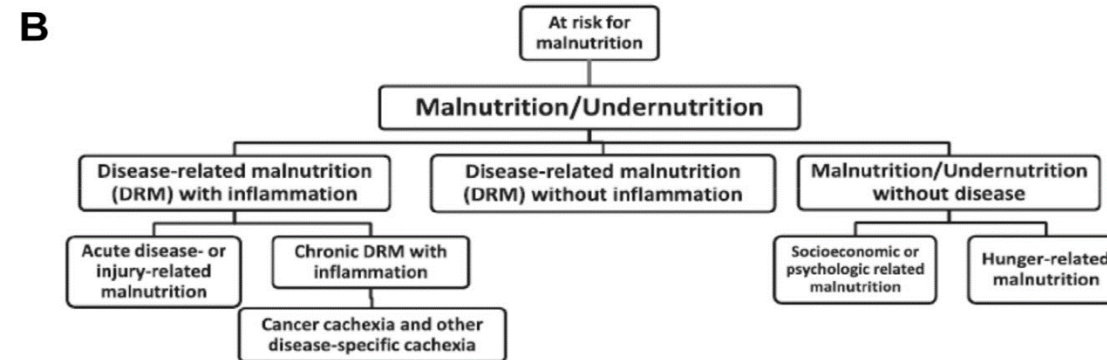
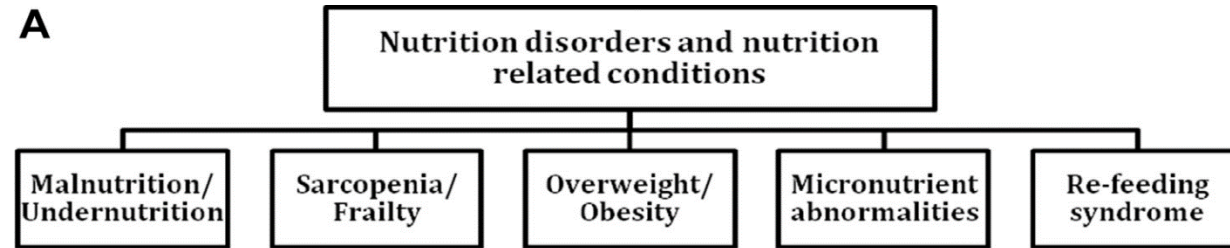


Chẩn đoán suy dinh dưỡng

- Xác định thành phần cơ thể (khối cơ, khối mỡ...): máy đo trở kháng điện, siêu âm cơ, hấp phụ tia X kép
- Sức cơ: như sức co bóp cơ bàn tay, lực chống đẩy...
- Xét nghiệm sinh hóa máu: Albumin, Prealbumin...



Chẩn đoán suy dinh dưỡng



A: Overview of nutrition disorders and nutrition-related conditions .
B: Diagnosis tree of malnutrition; from at risk for malnutrition, basic definition of malnutrition to etiology-based diagnoses.



HƯỚNG DẪN DINH DƯỠNG

ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit

R3: Oral diet shall be preferred over EN or PN in critically ill patients who are able to eat. (100% agreement)

Ăn đường miệng nên được thực hiện hơn là nuôi ăn qua đường ruột hoặc tĩnh mạch ở những người có thể ăn được

R4: If oral intake is not possible, early EN (within 48 h) in critically ill adult patients should be performed/initiated rather than delaying EN. (Grade B)

Ăn đường miệng nên được thực hiện hơn là nuôi ăn qua đường ruột hoặc tĩnh mạch ở những người có thể ăn được

R5: If oral intake is not possible, early EN (within 48 h) shall be performed/initiated in critically ill adult patients rather than early PN. (Grade A)

Nếu không dung nạp được đường miệng, nuôi ăn đường ruột sớm nên được thực hiện hơn là dinh dưỡng tĩnh mạch



HƯỚNG DẪN DINH DƯỠNG

ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit

R6: In case of contraindications to oral and EN, PN should be implemented within three to seven days. (Grade B)

Trong trường hợp CCD nuôi ăn đường tiêu hóa, dinh dưỡng tĩnh mạch nên được thực hiện trong vòng 3 đến 7 ngày.

R7: Early and progressive PN can be provided instead of no nutrition in case of contraindications for EN in severely malnourished patients. (95% agreement)

Dinh dưỡng tĩnh mạch sớm, tăng dần nên thực hiện hơn là không nuôi dưỡng trong trường hợp bệnh nhân SDD nặng có CCD nuôi dưỡng đường tiêu hóa.



HƯỚNG DẪN DINH DƯỠNG

ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. Clinical Nutrition 38 (2019) 48-79

Recommendation 15

In critically ill mechanically ventilated patients, EE should be determined by using indirect calorimetry. Grade B, strong consensus (95% agreement)

Statement 2

If calorimetry is not available, using VO_2 (oxygen consumption) from pulmonary arterial catheter or VCO_2 (carbon dioxide production) derived from the ventilator will give a better evaluation on EE than predictive equations. Consensus (82% agreement)

Đồng thuận

- ACCP (American College of Chest Physicians); ASPEN/SCCM 2016; ESPEN 2018: 25-30 Kcal/kg/ngày
- HoSPEN – Hội HSCCCĐVN: 20-30 Kcal/kg/ngày. Năng lượng đích đạt theo tính toán trong 4-7 ngày



Thực hành can thiệp, theo dõi dinh dưỡng

Xác định tiêu hao năng lượng:

- Hiện BV Đà Nẵng chưa có máy chuyên dụng đo IC
- Xác định EE dựa vào thiết bị gắn vào máy thở đo VCO₂, chưa thực hiện thường quy (do chỉ giới hạn ở một số máy thở)
- Thực hiện nuôi dưỡng theo hướng dẫn, đồng thuận của các hội dinh dưỡng (ESPEN, ASPEN, HoSPEN...)



Thực hành can thiệp, theo dõi dinh dưỡng

Nuôi dưỡng tiêu hóa sớm

1.2. Thời điểm bắt đầu DDTH

Nên bắt đầu sớm DDTH (trong vòng 24-48 giờ) cho bệnh nhân nặng đã ổn định huyết động.

DDTH sớm vẫn nên được thực hiện ở bệnh nhân:

- Điều trị ECMO.
- Bị tổn thương não do chấn thương.
- Đột quy (nhồi máu não hoặc xuất huyết não).
- Chấn thương tủy sống.
- Viêm tụy cấp nặng.
- Phẫu thuật tiêu hóa.
- Phẫu thuật động mạch chủ bụng.
- Chấn thương bụng khi ống tiêu hóa còn nguyên vẹn.
- Được điều trị bằng thuốc giãn thần kinh cơ.
- Phẫu thuật bụng hở.
- Ở bệnh nhân bị tiêu chảy dù có nhu động ruột hay không, ngoại trừ nghi ngờ có tắc ruột hoặc thiếu máu ruột .
- Được điều trị bằng thể nằm sấp [54].



CASE LÂM SÀNG 1

Hướng can thiệp dinh dưỡng:

Ngày 07/6 (N1 sau mổ)	Ngày 08/6 (N2 sau mổ)	Ngày 09/6 (N3 sau mổ)	Ngày 10/6 (N4 sau mổ)
Nước đường 10% 30 ml * 3 cử (5 ml/h)	Sữa Peptamen 30 ml* 3 cử (5 ml/h)	Sữa Peptamen 50 ml * 3 cử (10ml/h)	Sữa Peptamen 100 ml * 3 cử (15ml/h)
Dd Glucose 5% 1000ml TTM E 200	Dd Glucose 5% 1000ml TTM E 290	Dd Glucose 5% 1000ml; dd Amiparen 10% 400ml TTM E 500, P 46	Glucose 10% 1000ml; dd Amiparen 10% 400 ml TTM E 660, P 52
Vitamin B1 200 mg	Vitamin B1 200 mg	Vitamin B1 200 mg	Vitamin B1 200 mg



CASE LÂM SÀNG 1

Hướng can thiệp dinh dưỡng:

Ngày N5 - 7 sau mổ	Ngày N8 -10 sau mổ	Ngày N11 - 14 (SM)	Ngày 15 - 23 (SM)
LS: An thần, thở máy, HA ổn, sốt, nhiễm trùng vết mổ, bụng chướng vừa, dịch tồn lưu dd 50 - 80 ml/6h. DD: E 1000 (75% NC); P 65 (1,3 g/kg)	LS: An thần, thở máy, HA ổn, sốt, nhiễm trùng vết mổ, bụng chướng, nhu động ruột giảm, dịch tồn lưu dd 100 -150ml/6h, tiêu lỏng 5 lần/ ngày DD: E 1400; P 65 - 70	LS: Thở máy, HA ổn, sốt giảm, vết mổ giảm sưng đỏ, giảm tiết dịch, dịch tồn lưu dd giảm dần < 50 ml/6h, đại tiện sệt 2 lần/ ngày DD: E 1400 - 1500; P 70	LS: Thở qua KKQ, sốt nhẹ, HA ổn, Vết mổ khô, bụng mềm không chướng, ăn qua thông dd tiêu tốt, đại tiện sệt 1 - 2 lần/ ngày, loét chợt vùng lưng DD: E 1500; P 70 - 75
Sữa Peptamen: 250 - 300 ml/24h (10 ml/h) Dd Glucose 10% 1000ml; Amiparen 10% 400 ml TTM	Sữa Peptamen 300 - 450 ml/24h (15 ml/h) Túi 3/1 smoffkabiven 1206 ml; Amiparen 10% 200 ml TTM	Sữa Peptamen 250 ml * 2 cử; Súp Bv 100 ml* 3 cử (30 - 40 ml/h); G 10% 500ml; Amiparen 10% 400ml; Smoflipid 20% 200 ml TTM	Súp Bv 300 ml * 4 cử Glucerna 250 ml * 2 cử Amiparen 10% 200 ml TTM
Vitamin B1 200 mg	Vitamin B1 200 mg	Vitamin B1B6B12	Vitamin B1B6B12



CASE LÂM SÀNG 1

	06/6/21	10/6/21	14/6/21	17/6/21	20/6/21	23/6/21	28/6/21
Glucose (mmol/l)	6.92 (HbA1C 9)	9.3	20.4	11.5	11.2	9.7	10.2
HC/BC	3.98/15	3.35/22	3.44/18.6	3.4/17.9			3.37/ 12.7
Albumin	33	30.9		21.7		26	
Na/K	138/ 4.27	142/ 3.47	145/ 3.58	140/ 3.92	135/ 3.3		133/ 4.57
CRP	< 6						
Prealbumin		2.62	2.21	2.7		3.0	3.57



Theo dõi dinh dưỡng



Ngày 10 sau mổ



SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG

BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG

DANANG HOSPITAL

124 Hải Phòng, Thành phố Đà Nẵng



Theo dõi dinh dưỡng



Ngày 14 sau mổ



SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG
BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG
DANANG HOSPITAL
124 Hải Phòng, Thành phố Đà Nẵng



Theo dõi dinh dưỡng



Ngày 20 sau mổ



SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG
BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG
DANANG HOSPITAL
124 Hải Phòng, Thành phố Đà Nẵng



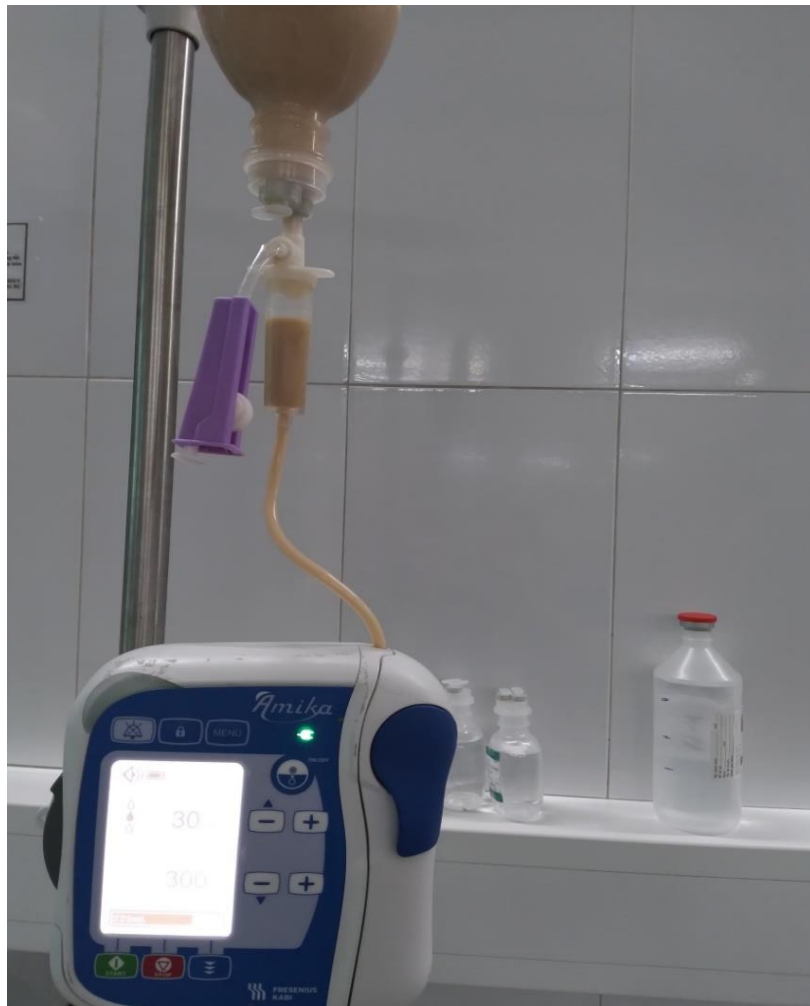
Thực hành can thiệp, theo dõi dinh dưỡng

Tối ưu hóa dinh dưỡng tiêu hóa

- Người bệnh nằm đầu cao 30 - 45⁰
- Kiểm tra dịch tồn lưu dạ dày khi có dấu kém dung nạp tiêu hóa
- Dinh dưỡng dưới môn vị/ dinh dưỡng tiêu hóa tối thiểu khi kém dung nạp vẫn còn sau khi đã dùng tăng nhu động
- Dùng truyền dinh dưỡng ngắt quãng/ liên tục cho bệnh nhân nặng
- Quy trình, bảng theo dõi cho nuôi dưỡng qua ống thông



Thực hành can thiệp, theo dõi dinh dưỡng



SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG
BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG
DANANG HOSPITAL
124 Hải Phòng, Thành phố Đà Nẵng



KHẸP PHẪU THUẬT CAN THIỆP TÂM MÃ
BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG
Đà Nẵng

Thực hành can thiệp, theo dõi dinh dưỡng



SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG
BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG
DANANG HOSPITAL
124 Hải Phòng, Thành phố Đà Nẵng



KHẸP PHẪU THUẬT CẤP THIẾT TIM MÃ
BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG



Thực hành can thiệp, theo dõi dinh dưỡng



Dr:	Quỳnh
Thời gian	...
Nhau thai (g)	...
Huyết áp	...
SuO ₂	...
CVP	...
Glasgow CS	...
Dịch truyền (ml)	...
M	5%
A	XX 4%
J	1.1%
C	XX 2%
H	XX
L	XXxPd
M	XX
Tổng dịch truyền (ml)	125
Thuốc an (ml)	200
Nước tiểu (ml)	100
Dịch khác (ml)	
Cân bằng nước (ml)	
Thực hiện y lệnh thuốc	E, F, I, K
Các ký hiệu thủ thuật chăm sóc	E1, F18, G2, C4, C, 3E, 128

Note: A red arrow points to the 'Tổng dịch truyền (ml)' row.



SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG
BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG
 DANANG HOSPITAL
 124 Hải Phòng, Thành phố Đà Nẵng



Thực hành can thiệp, theo dõi dinh dưỡng

Hội chứng nuôi ăn lại

Dinh dưỡng cho bệnh nhân ICU cần đề phòng các biến chứng trong đó hội chứng nuôi ăn lại (refeeding syndrome) có thể gặp nguyên nhân do:

Dinh dưỡng qua sonde ngay trong 1 - 3 ngày đầu cho ăn quá nhiều, nhanh.

Dinh dưỡng tĩnh mạch truyền lượng nhiều, nhanh.

Đối tượng nguy cơ cao

- BMI < 16 kg/m²
- Sụt cân không chủ ý > 15% cân nặng trong 6 tháng
- Ăn ít hoặc gần như không ăn gì > 10 ngày
- Nồng độ K, Mg và/ hoặc P máu thấp trước nuôi dưỡng



Thực hành can thiệp, theo dõi dinh dưỡng

Cung cấp trước khi bắt đầu can thiệp DD 30 phút:

1. Vitamin B1 200-300mg/ngày (tiêm TM chậm hoặc tiêm bắp)
2. Phức hợp vitamin B 2-3 viên/ngày (hoặc tiêm TM liều cơ bản)

Trong 7 ngày đầu can thiệp dinh dưỡng:

1. Bồi hoàn/ Cân bằng điện giải và dịch: K, Mg, P
2. Cung cấp 5-10Kcal/kg/ngày, tốc độ chậm, tăng chậm dần trong các ngày để đạt đủ nhu cầu dinh dưỡng
3. Bổ sung đa sinh tố và yếu tố vi lượng liều cơ bản mỗi ngày một lần
4. Theo dõi hằng ngày: Ion đồ/máu (gồm cả magne và phosphate), đường máu, cân bằng dịch.



CASE LÂM SÀNG 2

- **Bệnh nhân:** Lê Ngọc N; Nam; 33 tuổi
- **Địa chỉ:** Gia Lai
- **Vào viện:** Đa chấn thương sau tai nạn giao thông
- **Ngày vào viện:** 14h30 ngày 14/6/2021
- **Chẩn đoán:** Đa chấn thương
Chấn thương bụng kín: chấn thương tụy, gan
Chấn thương ngực kín, gãy xương đùi (T)



CASE LÂM SÀNG 2 (tt)

Diễn tiến bệnh: tại SICU

- Tỉnh, Glassgow 15 đ
- Mạch 90 l/p; HA 120/80 mmHg
- Bụng chướng, PUTP (+), ấn đau toàn bụng
- CT scan: chấn thương vùng tụy có thấy khối máu tụ đầu tụy - có dịch & td khí tự do
- Hội chẩn bs Ngoại Tiêu Hóa có chỉ định mổ cấp cứu (23h ngày 15/6/2021)



SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG

BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG

DANANG HOSPITAL

124 Hải Phòng, Thành phố Đà Nẵng



CASE LÂM SÀNG 2



Hậu phẫu
ngày 1



SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG
BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG
DANANG HOSPITAL
124 Hải Phòng, Thành phố Đà Nẵng



CASE LÂM SÀNG 2 (tt)

Hội chẩn dinh dưỡng: 9h ngày 16/6/2021

- Hậu phẫu khâu vỡ tá tràng D3 - vỡ hồng tràng, nối vị tràng, khâu bí môn vị, mở thông hồng tràng ra da, dập đầu tụy, chấn thương gan (độ II) ngày thứ 1
- Tỉnh, thở máy qua nội khí quản, huyết động tạm ổn định; thông mũi dạ dày ít máu loãng; bụng mềm, chướng nhẹ; 03 dẫn lưu ổ bụng # 200 ml dịch, tiểu 1500 ml/24h



CASE LÂM SÀNG 2 (tt)

Khám dinh dưỡng:

- Gầy teo cơ mỡ (thái dương, cơ delta, cơ tứ đầu đùi), sụt cân < 5%, không phù. CNTC: 50 kg; CC: 164 cm; BMI 18.6 kg/m².SGA - B
- Tạm nhịn nuôi ăn tiêu hóa, thông mũi dạ dày máu loãng # 20 ml, mở thông hồng tràng ra da ngày thứ 1 (giờ thứ 10), bụng mềm, 03 dẫn lưu ổ bụng dịch # 200 ml.
- Nuôi dưỡng : Dd Nutriplexperi 1000 ml (40g + 80g); Dd Amiparen 10% 200 ml; Dd Glucose 20% 500 ml (E 960 Kcal, P 60 g); Vitamin B1 200 mg.



CASE LÂM SÀNG 2 (tt)

Các vấn đề trên bệnh nhân

1. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân
2. Bệnh lý, phẫu thuật liên quan dinh dưỡng
3. Can thiệp nuôi dưỡng
4. Thời điểm nuôi dưỡng EN, PN



CASE LÂM SÀNG 2 (tt)

Chẩn đoán dinh dưỡng

Suy dinh dưỡng mức vừa SGA - B/ nguy cơ diễn tiến suy dinh dưỡng mức nặng/ hậu phẫu ống tiêu hóa/ tổn thương ống tiêu hóa nặng sau chấn thương

Bệnh lý, phẫu thuật liên quan nuôi dưỡng

- Chấn thương phức tạp ống tiêu hóa: chấn thương vỡ $\frac{3}{4}$ chu vi tá tràng; vỡ hồng tràng đã khâu; khâu bí môn vị; khâu nối vị tràng; mở thông hồng tràng ra da nuôi ăn; viêm tụy phản ứng
- Gãy xương đùi T



CASE LÂM SÀNG 2 (tt)

Can thiệp nuôi dưỡng:

- Chỉ định khởi động nuôi tiêu hóa/ nuôi ruột tối thiểu: qua mở thông hồng tràng, qua thông mũi dạ dày??
- Thời điểm khởi động nuôi tiêu hóa: tại thời điểm hội chẩn/ trì hoãn chờ ý kiến phẫu thuật viên



CASE LÂM SÀNG 2 (tt)

Đề xuất hướng xử trí: 2 - 3 ngày

- Khởi động nuôi ruột tối thiểu với nước đường 10%, 20 - 30 ml/ cữ × 3 cữ/ ngày qua mở thông hồng tràng 5 - 10 ml/h trong 24h sau mổ
- Nước đường 10% qua đường miệng nuôi dưỡng tế bào đường tiêu hóa trên (thực quản, dạ dày) gồm phần đi qua miệng nói ???
- Nuôi dưỡng qua mở thông hồng tràng ngày thứ 2 sau mổ (17/6): sữa chuẩn 50 ml/ cữ* 4 cữ/ ngày (15ml/h)



CASE LÂM SÀNG 2 (tt)

Dinh dưỡng tĩnh mạch:

- Thời điểm can thiệp nuôi dưỡng: sớm, ngày thứ 2 sau mổ (BN phẫu thuật đường tiêu hóa có suy dinh dưỡng)
- Năng lượng, cơ chất dinh dưỡng: thống nhất trong thời điểm 2 - 3 ngày sau mổ

Dd nutriplex peri 1000 ml (40 + 80g), dd amiparen 10% 200 ml, dd glucose 20% 500 ml (E # 1000, P 60g)

- Vitamin B1 200 mg



CASE LÂM SÀNG 2

Nuôi dưỡng ngày thứ 4 - 7 sau mổ:

E 1700 - 1800 (35 Kcal/kg); P 70 - 75 (1.4g/kg/ngày)

- Nuôi dưỡng qua mở thông hồng tràng: Súp (ÔT) 100 - 150 ml/cữ * 5 cữ; sữa chuẩn 100 - 150 ml/cữ * 3 cữ (30 - 50 ml/h).

⇒ E 1000 kcal, P # 40g.

- Dinh dưỡng TM hỗ trợ: E 700 - 800 kcal, P 35 g

với Smofkabiven 1206 ml (E 780, P 38, L 34.4 MCT) TTM.

- Vitamin B1 200mg/ ngày



CASE LÂM SÀNG 2

Theo dõi điều chỉnh nuôi dưỡng

- Tình trạng vết mổ: khô, chậm
- Miệng nối đường tiêu hóa: dẫn lưu ít dịch
- Dung nạp tiêu hóa: bụng mềm, DTL (-), tức nhẹ bụng sau ăn
- Cân nặng, BMI: khó theo dõi trong tuần đầu (tại hồi sức ngoại). Tại Ngoại Tiêu hóa: sụt cân, ghi nhận cân nặng 46 kg, dấu teo cơ rõ, và duy trì cân nặng sau đó (khi có can thiệp dinh dưỡng tích cực và dung nạp tốt).
- Các chỉ số cận lâm sàng.



CASE LÂM SÀNG 2 (tt)



Ngày 10
sau mổ



SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG
BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG
DANANG HOSPITAL
124 Hải Phòng, Thành phố Đà Nẵng



KHẸP PHẪU THUẬT CẤP THIẾT TIM MẠ
BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG



CASE LÂM SÀNG 2 (tt)

Cận lâm sàng

	lactat	Ure/cre	SGOT/SGPT	K ⁺	Na ⁺	Alb	Pre-alb
14/6	2.74	3.8/88	303/210	2.59	140.6		
16/6	3.42	4.6/70		3.8	143.8	18.6	2.8
20/6	3.45	4.6/70	70.7/75.3	5.33	139.8		3.3
24/6				2.36	140	32.5	3.81
28/6	3.0			3.46	133.5		4.2



CASE LÂM SÀNG 2 (tt)



Ngày 18
sau mổ



SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG
BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG
DANANG HOSPITAL
124 Hải Phòng, Thành phố Đà Nẵng



CASE LÂM SÀNG 3

- **Bệnh nhân:** Nguyễn Phương Đ; Nam; 46 tuổi
- **Địa chỉ:** Sơn Hà - Quảng Ngãi
- **Vv:** 12 h 28 ngày 02/11/2021 tại khoa HSTC- CĐ
- **Lý do vào viện:** Sốt, nôn mửa, đại tiện lỏng
- **Chẩn đoán:**

TD Nhiễm khuẩn huyết tiêu điểm từ đường tiêu hóa/ shock nhiễm khuẩn/ suy đa tạng



CASE LÂM SÀNG 3 (tt)

Diễn tiến lâm sàng:

- An thần, thở máy, da niêm nhạt màu, không phù
- Huyết áp 80/40 - 100/60 mmHg (phụ thuộc 2 vận mạch liều cao - trung bình)
- SOFA: 2đ
- Có chỉ định lọc máu liên tục (CRRT)
- Nhịp tim đều, M 80 l/p, phổi thông khí rõ, ran ẩm rải rác thùy dưới 2 phổi
- Bụng mềm, không chướng
- Tiểu qua thông



CASE LÂM SÀNG 3 (tt)

Cận lâm sàng:

- BC: 20.000; Neu 97.5%: TC 212.000
- Ure/Cre: 12/489; SGOT/SGPT: 84/269; Gmm 24
- ĐGD Na^+/K^+ 127/4.56; Lactat 14 mmol/l
- Khí máu: pH 7.0; HCO_3^- 11; PCO_2 : 45 mmHg
- Albumin: 27.2
- Procalcitonin > 100



CASE LÂM SÀNG 3 (tt)

Hội chẩn Dinh dưỡng: 03/11/2021

- An thần, giãn cơ, thở máy, HA 100/60 mmHg (2 loại vận mạch liều cao), CRRT, không phù
- Không teo cơ mỡ, BMI 22.5 ($62/1.66^2$)
- Đang tạm nhịn nuôi ăn tiêu hóa, dịch qua thông mũi dạ dày ít lộn cợn không máu, bụng mềm, không chướng, đại tiện lỏng màu vàng
- SGA - B



CASE LÂM SÀNG 3



Ngày 2 sau
nhập viện



SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG
BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG
DANANG HOSPITAL
124 Hải Phòng, Thành phố Đà Nẵng



CASE LÂM SÀNG 3

Hướng xử trí:

- Tạm chưa can thiệp nuôi dưỡng ở thời điểm hiện tại: huyết động, lactat, pH máu
- Xem xét chỉ định nuôi ruột tối thiểu (24 - 48h) : khi huyết động xu hướng ổn định dần (kiểm soát được huyết áp, giảm liều vận mạch dần
- Dinh dưỡng tĩnh mạch: CCĐ



CASE LÂM SÀNG 3

03/11	04/11	05/11	06/11	07/11
An thần, giãn cơ, thở máy, HA 100/60 (vận mạch liều cao), CRRT. CN62 Lactat 3.56	An thần, giãn cơ, thở máy, HA 100/60 (vận mạch giảm liều), CRRT. CN61 Lactat 2.77	An thần, giãn cơ, thở máy, HA 100/60 (vận mạch liều thấp), CRRT. Bụng mềm, DTL50, CN60, Lactat 3.05	An thần, giãn cơ, thở máy, HA 120/70 vận mạch (-) CRRT. Bụng mềm, DTL80, CN60, Lactat 3.0	Ngưng an thần, sốt, thở máy, HA 130/70, CRRT. Bụng mềm, DTL 50, CN 57.5 Lactat 1.9
Tạm chưa nuôi dưỡng tiêu hóa; Điều chỉnh glucose máu, nước điện giải, Vit B1	Tạm chưa nuôi dưỡng tiêu hóa; Điều chỉnh glucose máu, nước điện giải; Khởi động nuôi ruột tối thiểu (nước đường 10% 5 ml/h/24h), Vit B1	E 400 (25% NC); P 55 – 60 (70%) Nuôi dưỡng tiêu hóa: Sữa Peptamen 250 ml/24h (10 ml/h) Nuôi dưỡng tĩnh mạch: Amiparen 10% 400 ml Vit B1	E 800 (50% NC); P 75 - 80 (1.3g/kg) Nuôi dưỡng tiêu hóa: Sữa Peptamen 400 ml/24h (15 ml/h) Nuôi dưỡng tĩnh mạch: Amiparen 10% 600 ml, G10% 500 ml, B1	E 1200 (75% NC); P 75 – 80 Nuôi dưỡng tiêu hóa: Sữa Peptamen 750 ml/24h (30 ml/h) Nuôi dưỡng tĩnh mạch: Aminosteril 10% 500 ml, G 10% 500 ml, B1



CASE LÂM SÀNG 3 (tt)



Ngày 08 sau
nhập viện



SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG

BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG

DANANG HOSPITAL

124 Hải Phòng, Thành phố Đà Nẵng



CASE LÂM SÀNG 3 (tt)

Điều chỉnh can thiệp dinh dưỡng:

- Khám dinh dưỡng teo cơ mỡ, da khô, cân nặng sụt giảm (62 → 61;60;57.5kg) trong CRRT, biland dịch (-) khó khi dùng theo dõi điều trị dinh dưỡng

Sốt (+)

- Cận lâm sàng: Prealbumin máu giảm (4 → 2.4 → 1,51)

=> Đo năng lượng gián tiếp: E 2100 – 2200 Kcal



CASE LÂM SÀNG 3



SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG
BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG
DANANG HOSPITAL
124 Hải Phòng, Thành phố Đà Nẵng



KHOA PHẪU THỰC CẬN THIẾT TẾ MÃ
BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG
ĐÀ NẴNG



CASE LÂM SÀNG 3



SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG
BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG
DANANG HOSPITAL
124 Hải Phòng, Thành phố Đà Nẵng



CASE LÂM SÀNG 3 (tt)

- Điều chỉnh can thiệp dinh dưỡng: E 2200, P 85 - 90
- Nuôi dưỡng đường tiêu hóa: E 1500, P 58
 - Súp (ÔT) 300 ml * 4 bữa
 - Sữa chuẩn đậm cao 250 ml * 2 bữa (E 550, P 22)
- Nuôi dưỡng tĩnh mạch hỗ trợ: E 700, P 27 - 32
 - MG Tan 960 ml TTM (E 656, P 22.6)
- Cân bằng nước điện giải
- Theo dõi: Lâm sàng giảm sốt, Prealbumin xu hướng cải thiện (1.51 → 2.2 → 3.8); **PHCN**



KẾT LUẬN

- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng trên người bệnh hồi sức là đặc biệt quan trọng qua đó đưa ra chế độ dinh dưỡng cho người bệnh ICU một cách hợp lý nhất nhằm giúp cho bệnh nhân nhanh chóng phục hồi sức khỏe sau một thời gian dài phải nằm hồi sức hoặc thở máy.
- Bệnh nhân người lớn mắc bệnh nguy kịch được xem là có nguy cơ dinh dưỡng cao có thể được hưởng lợi từ liệu pháp hỗ trợ dinh dưỡng sớm và tích cực



KẾT LUẬN

- Trong trường hợp không có chống chỉ định, dinh dưỡng đường ruột được ưu tiên hơn so với đường tĩnh mạch.
- Dinh dưỡng tĩnh mạch là một sự thay thế an toàn và khả thi khi dinh dưỡng sớm đường ruột bị chống chỉ định hoặc không dung nạp.
- Tối ưu hóa protein có thể có giá trị lớn hơn so với tổng lượng calo. Dữ liệu quan sát cho thấy protein ở liều ≥ 1.2 g/kg/ngày có liên quan đến cải thiện kết cục ICU.



SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG

BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG

DANANG HOSPITAL

124 Hải Phòng, Thành phố Đà Nẵng



KIỂM PHẪU THUẬT CẤP THIẾT TIM MẠCH
BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG





Thank you!



SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG

BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG

DANANG HOSPITAL

124 Hải Phòng, Thành phố Đà Nẵng

