

KHẢO SÁT TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ KHẨU PHẦN ĂN THỰC TẾ Ở BỆNH NHÂN BỎNG NGƯỜI LỚN TẠI KHOA BỎNG NGƯỜI LỚN, BỆNH VIỆN BỎNG QUỐC GIA

Trần Thị Loan¹, Vũ Trí Quang¹, Bạch Thị Lan Anh¹,
Nguyễn Thị Bốn², Nguyễn Duy Đông²

¹Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

²Bộ môn Dinh dưỡng/Bệnh viện Quân y 103

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm khảo sát tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần ăn của bệnh nhân bỏng.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, trên 54 bệnh nhân bỏng người lớn, không có bệnh lý khác kết hợp điều trị tại Khoa Điều trị Bỏng Người lớn từ 4/2020 đến 7/2020, bỏng ngày đầu vào viện và ngày thứ 10 nằm viện. Khảo sát tình trạng dinh dưỡng thời điểm nhập viện bằng chỉ số khối cơ thể, nồng độ Albumin huyết thanh. Khảo sát khẩu phần ăn của bệnh nhân bằng phương pháp hồi ghi 24 giờ, kết hợp với phương pháp hồi tần suất thực phẩm ngày thứ 10 sau nhập viện.

Kết quả: Sau 10 ngày nằm viện tỷ lệ thiếu năng lượng tăng dần theo BMI tăng từ 9,3% đến 22,2%. Có 51,4% bệnh nhân đạt đủ nhu cầu năng lượng, 75,5% bệnh nhân đạt nhu cầu protein khẩu phần. Về một số vitamin và chất khoáng, chỉ có 1,9% bệnh nhân đáp ứng được nhu cầu Glutamine, 25,9% đáp ứng được nhu cầu vitamin A.

Tuy nhiên, có 25,9% bệnh nhân vượt quá nhu cầu Lipid khuyến nghị. Về tần suất tiêu thụ thực phẩm, 81,5% bệnh nhân kiêng không ăn trứng, 72,2% với thịt gà, 66,7% với trứng vịt lộn và tôm, 55 - 60% thịt bò và cá các loại. Riêng thịt lợn 100% bệnh nhân ăn hàng ngày.

Kết luận: Giá trị dinh dưỡng trong khẩu phần ăn hàng ngày của bệnh nhân bỏng hầu hết không cung cấp đủ theo nhu cầu khuyến nghị. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân sau 10 ngày có xu hướng kém đi.

ABSTRACTS

Objective: This study is to investigate the nutritional status and diet of adult burn patients.

Subjects and methods: A cross-sectional study on 54 adult burn patients, no comorbidities in adult Burn Department from April 2010 to July 2020, on the first day of hospital admission and 10th day in the hospital. Assess nutritional status at the time of admission by body mass index serum albumin concentration. Investigation of the

patient's diet by the 24h recall, combined with food frequency questionnaires on the 10th day after admission.

Results: After ten days of hospitalization, the prevalence of chronic energy deficiency according to BMI increased from 9.3% to 22.2% of patients. There were 51.4% of patients meeting dietary energy requirements, 75.5% of patients meeting dietary protein requirements. Only 1.9% of patients met the glutamine needs, 25.9% met vitamin A needs.

However, 25.9% of patients exceeded the recommended lipid requirements. 81.5% of patients abstained from eating eggs, 72.2% with chicken, 66.7% with flipped duck eggs and shrimp, 55 - 60% with beef and fish. Notably, 100% of patients eat pork meat daily. Conclusion: The nutritional value in the daily diet of adult burn patients almost did not provide enough as recommended. The nutrition status of patients tended to deteriorate after ten days of hospitalization.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dinh dưỡng là một phương pháp điều trị hỗ trợ giúp người bệnh tăng hiệu quả điều trị, tăng sức đề kháng, giảm các nguy cơ biến chứng, giảm thời gian nằm viện, giảm chi phí điều trị. Để can thiệp dinh dưỡng kịp thời, phù hợp với bệnh lý cần sàng lọc, đánh giá tình trạng dinh dưỡng (TTDD) của bệnh nhân sớm và chính xác [1] [5] [6] [7]. Giảm cân, suy dinh dưỡng và suy mòn dễ xảy ra ở bệnh nhân bỏng vì bệnh nhân bỏng có chuyển hóa cao sau tổn thương nên dẫn tới nhu cầu cao về năng lượng, protein và các chất dinh dưỡng khác. Bên cạnh đó, quan điểm trong dân gian phải ăn kiêng thức ăn như: trứng (sợ sẹo loang), thịt gà (sợ ngứa), thịt bò (sợ sẹo thâm), các loại cá và hải sản (sợ chất tanh lâu lành vết thương)...cũng ảnh hưởng rất nhiều đến khẩu phần ăn của bệnh nhân bỏng.

Những thiếu hụt dinh dưỡng thường không được chẩn đoán sớm để có thể phòng ngừa. Thực tế, các nghiên cứu cho thấy 60% bệnh nhân nhập viện không được xét nghiệm sàng lọc nguy cơ thiếu hụt dinh dưỡng. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng là xác định chi tiết, đặc hiệu và toàn diện tình trạng dinh dưỡng người bệnh.

Quá trình này giúp xây dựng kế hoạch chăm sóc dinh dưỡng cho bệnh nhân và cũng là cơ sở cho việc theo dõi các can thiệp về dinh dưỡng cho người bệnh, giúp cho các bác sĩ lâm sàng chú ý hơn đến tình trạng bệnh nhân, giúp đề gợi ý chỉ định thêm các xét nghiệm cần thiết. Việc phát hiện sớm tình trạng thiếu dinh dưỡng giúp xây dựng chế độ hỗ trợ dinh dưỡng kịp thời thì hiệu quả sẽ tốt hơn là khi để bệnh nhân rơi vào tình trạng suy kiệt dinh dưỡng quá nặng mới can thiệp [2] [3] [4] [8].

Để điều trị hiệu quả các bệnh nhân bỏng ngoài việc xử trí bước đầu hồi sức chống sốc, chống nhiễm khuẩn bỏng, việc nuôi dưỡng bệnh nhân có vị trí rất quan trọng. Nó cung cấp cho cơ thể những chất dinh dưỡng cần thiết để tái tạo mô, nâng cao sức chống đỡ của cơ thể, bù đắp cho trạng thái dị hóa cao trong bệnh bỏng [4] [9] [10]. Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác là bệnh viện điều trị bỏng đầu ngành, tuyến cuối với đặc điểm bệnh nhân phức tạp, nhưng chưa có tổng kết đánh giá thực trạng dinh dưỡng cho bệnh nhân bỏng người lớn đang điều trị tại khoa bỏng người lớn. Theo Bộ Tiêu chí chất lượng Bệnh viện (2016) có nêu: "Mục C7.3.11. Cần có tiến hành khảo sát (hoặc nghiên

cứu) về việc đánh giá, theo dõi TTDD của người bệnh, mục C7.5.10. Tiến hành khảo sát, đánh giá (hoặc nghiên cứu) việc cung cấp chế độ ăn phù hợp với bệnh lý cho người bệnh.” Nhằm cải tiến chất lượng, nâng cao năng lực thực hành chăm sóc về dinh dưỡng hướng tới sự hài lòng của người bệnh. Xuất phát từ thực tế này chúng tôi thực hiện đề tài với các mục tiêu sau:

- Khảo sát tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân bỏng người lớn đang điều trị tại Khoa Điều trị Bỏng Người lớn - Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác.

- Khảo sát khẩu phần ăn của bệnh nhân bỏng người lớn đang điều trị tại Khoa Điều trị Bỏng Người lớn - Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân bỏng người lớn điều trị tại Khoa Điều trị Bỏng Người lớn - Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác, từ tháng 4/2020 đến 7/2020. Các bệnh nhân sử dụng cùng một chế độ BO14 (chế độ ăn cơm thông thường 87.000đ) áp dụng tại Bệnh viện. Bệnh nhân có thể đứng được trên cân sức khỏe hoặc người nhà bệnh nhân có thể bế để cân. Bệnh nhân và người nhà hợp tác nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang, theo dõi dọc, có phân tích trên 54 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn nghiên cứu.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu:

- + Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới tính, diện tích bỏng được khai thác trực tiếp và qua bệnh án.

- + Đo nhân trắc dinh dưỡng: Bệnh nhân được đo chiều cao, cân nặng ngày đầu vào viện và cân nặng ngày thứ 10 sau nằm viện. Từ đó tính chỉ số khối cơ thể (BMI) theo công thức như sau:

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

Phân loại tình trạng dinh dưỡng theo BMI theo WHO.

- + Khai thác khẩu phần ăn bằng phương pháp hỏi ghi 24 giờ: Bệnh nhân được khai thác tất cả những đồ ăn, đồ uống trong 3 ngày trước đó bao gồm cả số lượng (kích thước) thực phẩm, nơi ăn/uống, phương pháp chế biến. Bao gồm cả ngày thường và ngày nghỉ để đảm bảo tính đa dạng thực phẩm tiêu thụ. Tính toán giá trị năng lượng và các chất dinh dưỡng của khẩu phần theo Bảng thành phần thực phẩm Việt Nam 2016. Lấy giá trị trung bình 3 ngày, tính được tổng trung bình năng lượng và các chất dinh dưỡng (protein, vitamin A, vitamin D, kẽm...). Đối chiếu với bảng nhu cầu khuyến nghị.

- + Khai thác khẩu phần ăn bằng tần suất thực phẩm: Ghi tần suất tiêu thụ một số thực phẩm thông dụng (chủ yếu thực phẩm cung cấp protein) trong tuần ở bệnh nhân bỏng người lớn.

- + Xét nghiệm albumin huyết thanh: Tại Khoa Xét nghiệm - Bệnh viện Bỏng Quốc gia. Phân loại tình trạng dinh dưỡng theo chỉ số albumin huyết thanh theo hằng số sinh học người Việt Nam, và theo máy.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu

Các số liệu, kết quả nghiên cứu được xử lý theo thuật toán thống kê y học sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Các số liệu liên tục được trình bày dưới dạng số trung bình \pm độ lệch chuẩn (SD), tần suất (tỉ lệ phần trăm) với biến phân loại.

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung của các bệnh nhân nghiên cứu

Tỉ lệ nam/nữ là 45/9 tức 5/1. Tỉ lệ BN bị bông gập ở cả nam và nữ và gập chủ yếu là nam trong độ tuổi lao động 18 - 40 (nam 51,8 %, nữ 11,1 %). Tỉ lệ bệnh nhân bông

ở mức độ nhẹ 6 - 15% DTCT gặp nhiều hơn cả (26/54 bệnh nhân chiếm 48,1%), rồi đến nhóm bệnh nhân bông ở mức độ rất nhẹ $\leq 5\%$ DTCT (17/54 bệnh nhân chiếm 31,5%). Ít gặp nhất bệnh nhân bông từ 16 - 24% diện tích cơ thể (11/54 bệnh nhân chiếm 20,4%). Và không có bệnh nhân nào bông $\geq 25\%$ DTCT.

3.2. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân

Bảng 3.3. Mức độ suy dinh dưỡng khi bệnh nhân nhập viện theo các phương pháp

Mức độ	Các phương pháp đánh giá tình trạng dinh dưỡng			
	BMI (n = 54)		Albumin (n = 48)	
	n	%	n	%
Suy dinh dưỡng	5	9,3	9	18,8
Không suy dinh dưỡng	41	80,7	39	81,2

Nhận xét: Qua bảng thấy tỉ lệ suy dinh dưỡng theo nồng độ albumin huyết thanh là 18,8 %, BMI là 9,3%.

Bảng 3.4. Mức độ suy dinh dưỡng ngày thứ 10 nằm viện theo BMI

Mức độ	BMI (n = 54)	
	n	%
Suy Dinh dưỡng	12	22,2
Không suy dinh dưỡng	40	77,8

Nhận xét: Qua bảng thấy tỉ lệ suy dinh dưỡng theo phương pháp BMI là 22,2%. Tỉ lệ thiếu năng lượng trường diễn theo BMI

tăng lên sau 10 ngày nằm viện từ 9,3% lên 22,2%. Tỉ lệ thừa cân, béo phì giảm đi sau 10 ngày nằm viện từ 14,8% xuống 3,7%.

3.3. Đánh giá thực trạng khẩu phần ăn thực tế của bệnh nhân

Bảng 3.6. Giá trị dinh dưỡng khẩu phần ăn hàng ngày của bệnh nhân

Thành phần dinh dưỡng	Giá trị trung bình (TB)	Độ lệch chuẩn (SD)	% Nhu cầu khuyến nghị
Năng lượng (kcal)	1794,3	291,3	51,4
Protein (g)	76,2	12,5	75,5
Lipid (g)	64,6	18,3	< 20%E: 3 (5,6%); 20 - 30%E: 37 (68,5%); > 30%E: 14 (25,9%)
Sắt (mg)	9,2	2,9	67,5
Kẽm (mg)	9,5	1,8	70,4
Vitamin A (mcg)	484,2	280,3	25,9
Vitamin C (mg)	165,7	75,1	68,4
Vitamin B1 (mg)	1,5	0,3	81,9
Glutamin (mg)	10923,2	2119,8	1,9

Nhận xét: Trong khẩu phần ăn hàng ngày của bệnh nhân bỏng: Năng lượng có 51,4% BN đạt đủ yêu cầu, protein có 75,5% BN đạt yêu cầu. Một số chất vitamin và muối khoáng được chọn nghiên cứu, tất cả chất dinh dưỡng này đều không đạt nhu

cầu khuyến nghị. Trong đó thấp nhất là Glutamine chỉ có 1,9% đáp ứng được nhu cầu và vitamin A là 25,9% đáp ứng được nhu cầu. Riêng Lipid là 25,9% vượt quá nhu cầu.

Bảng 3.7. Tần suất tiêu thụ thực phẩm của bệnh nhân bỏng

Tên thực phẩm	Hàng ngày n (%)	3 - 6 lần/tuần n (%)	1 - 2 lần/tuần n (%)	Không ăn do kiêng trong bỏng n (%)	Không ăn do bản thân (bị dị ứng, sợ mùi...) n (%)
Trứng	0	1 (1,9%)	8 (14,8%)	44 (81,5%)	1 (1,9%)
Trứng vịt lộn	0	2 (3,7%)	15 (27,8%)	36 (66,7%)	1 (1,9%)
Thịt gà	0	0	14 (25,9%)	39 (72,2%)	1 (1,9%)
Thịt bò	0	5 (9,3%)	15 (27,8%)	32 (59,3%)	2 (3,7%)
Thịt lợn	54 (100%)	0	0	0	0
Cá các loại	0	8 (14,8%)	14 (25,9%)	30 (55,6%)	2 (3,7%)
Tôm	0	0	15 (27,8%)	36 (66,7%)	3 (5,6%)

Nhận xét: Trong bảng ta thấy, 81,5% BN kiêng không ăn trứng, tiếp đến là thịt gà 72,2% BN kiêng không ăn, tiếp đến là trứng vịt lộn và tôm 66,7% BN không ăn. Thịt bò và các loại cá 55% - 60% BN không ăn. Riêng thịt lợn 100% BN ăn hàng ngày.

4. BÀN LUẬN

- Qua nghiên cứu chúng tôi thấy: Tất cả bệnh nhân nghiên cứu đều có mức độ bỏng nhẹ, không có bệnh nhân nào bỏng > 25% DTCT, trong đó chủ yếu là bệnh nhân bỏng từ 6 - 15% DTCT chiếm 48,1% và nhóm bệnh nhân có tỉ lệ bỏng rất nhẹ <= 5% DTCT chiếm 31,5%. Vậy mà sau 10 ngày nằm viện tỉ lệ thiếu năng lượng trường diễn theo BMI tăng lên từ 5(9,3%) đến 12 (22,2%) và tỉ lệ thừa cân, béo phì giảm đi từ 8(14,8%) xuống 2(3,7%). Chứng tỏ bệnh nhân có sự giảm cân nhiều trong quá trình nằm viện, ít nhất 13(24%) bệnh nhân giảm cân có thay đổi TTDD theo BMI,

chưa tính những bệnh nhân giảm cân mà không thay đổi TTDD theo BMI.

- So sánh với kết quả của Đỗ Thị Ngọc Anh đánh giá TTDD bệnh nhân bỏng vừa và nặng tỷ lệ suy dinh dưỡng theo BMI là 100% bị suy dinh dưỡng [11]. Ta thấy tỷ lệ bệnh nhân bị thiếu năng lượng trường diễn theo BMI tỉ lệ thuận với % diện tích bỏng và độ sâu của bỏng. Bệnh nhân bỏng vừa và nặng 100% bị suy dinh dưỡng, còn đối với bệnh nhân bỏng nhẹ và rất nhẹ trong nghiên cứu này là vẫn có tỉ lệ suy dinh dưỡng theo BMI sau nằm viện 10 ngày là 24%, 4 BN thì có 1 BN bị suy dinh dưỡng.

- Bỏng dù là bỏng nhẹ hoặc rất nhẹ thì cũng gây ra đáp ứng nhiễm trùng hoặc tình trạng viêm làm thay đổi chuyển hóa, ngon miệng, hấp thu hoặc đồng hóa các chất dinh dưỡng. Các bệnh nhân bỏng trong quá trình nằm viện điều trị rất dễ bị SDD do giảm chất dinh dưỡng ăn vào (do chán ăn,

thay đổi khẩu vị, hoặc do các tác dụng phụ của thuốc điều trị...) trong khi đa số các bệnh nhân có tăng nhu cầu dinh dưỡng hơn người bình thường và tăng mất chất dinh dưỡng qua vết bỏng. Giảm khẩu phần ăn vào còn do các yêu cầu nhịn ăn trước khi phẫu thuật. Các nguyên nhân về kinh tế không đủ khả năng chi trả thực phẩm do nghèo đói cũng khiến giảm khẩu phần ăn. Giảm khẩu phần ăn còn do thực phẩm không hợp khẩu vị vì bệnh viện chỉ có thể cung cấp chế độ ăn đại trà cho đại đa số bệnh nhân.

- Khi cung cấp thiếu chất dinh dưỡng, cơ thể có sự thay đổi về thành phần cơ thể, trong đó có sự sụt giảm cả khối mỡ và khối cơ, tuy nhiên thành phần nào giảm nhiều hơn còn tùy thuộc tình trạng của từng cá thể.

*. Đặc điểm khẩu phần ăn của bệnh nhân

Qua bảng 3.6 giá trị dinh dưỡng khẩu phần ăn hàng ngày của 54 BN ta thấy:

Năng lượng: Nhu cầu khuyến nghị tính theo công thức Curreri (1979) [4] có 49,6% BN (gần 1/2 BN) ăn không đủ nhu cầu khuyến nghị. Cung cấp năng lượng không đủ nhu cầu là nguyên nhân dẫn đến giảm cân.

Protein: Tính theo nhu cầu khuyến nghị cho bỏng nhẹ là 1,3g/kg cân nặng/ngày [17] có 75,5% bệnh nhân đạt nhu cầu. 1/4 bệnh nhân không đạt nhu cầu. Giá trị sinh học cho biết khả năng hấp thu và sử dụng của protein. Giá trị sinh học được đặc biệt sử dụng trong protein, bởi vì cơ thể không dự trữ các axit amin dư thừa. Do vậy khẩu phần ăn hàng ngày phải cung cấp đầy đủ protein với chất lượng đảm bảo và đáp ứng nhu cầu của cơ thể.

Mặc dù tất cả các axit amin giúp tân tạo protein là quan trọng trong quá trình

lành vết thương. Nhưng một số axit amin đặc biệt quan trọng trong quá trình này. Ở người khỏe mạnh, cơ thể có thể tự tổng hợp các axit amin này. Ở người bị chấn thương thì các axit amin này trở nên thiết yếu (thiết yếu có điều kiện) cần phải được bổ sung từ thức ăn và các sản phẩm dinh dưỡng từ ngoài vào. Glutamin và Arginin là 2 axit amin thiết yếu có điều kiện. Chúng cải thiện chức năng miễn dịch và chức năng niêm mạc đường ruột, nhờ đó góp phần làm giảm biến chứng nhiễm trùng ở bệnh nhân bỏng. Bổ sung Glutamin là hợp lý vì nó gần như luôn luôn bị cạn kiệt nhanh [33], liều 0,3g - 0,5g/kg/ngày. Người ta đề nghị lên tới 30g Arginin/ngày, nhưng vẫn chưa có dữ liệu kết luận trong bỏng. Dựa trên những bằng chứng hiện nay, chỉ Glutamin nên nằm trong liệu pháp dinh dưỡng thường quy cho bệnh nhân bỏng nặng.

Và một acid amin thiết yếu nữa là acid amin Leucine chuyển hóa thành Beta-Hydroxy-beta-methylbutyrate (HMB). HMB có tác dụng điều tiết giảm tiến trình phân giải protein.

Sự kết hợp HMB, Arginin và Glutamin đóng vai trò quan trọng trong việc làm giảm thiểu sự mất mô cơ và tăng cường sự tổng hợp mô mới.

Glutamin: Tính theo nhu cầu khuyến nghị cho bỏng nhẹ là 0,3g/kg cân nặng/ngày tức = 18.000mg/60kg/ngày thì chỉ có 1,9% đáp ứng đủ nhu cầu khuyến nghị. Có tới 98% số bệnh nhân không đạt nhu cầu.

Dựa vào bảng thành phần dinh dưỡng ta thấy thành phần 3 acid amin thiết yếu trong việc mau lành tổn thương bỏng đều cao trong: Thịt bò, thịt trâu, thịt gà ta, tôm đồng, cá nục. Riêng thịt lợn là thấp nhất. Trong bảng 3.7 tần suất tiêu thụ thực phẩm của bệnh nhân thì 100% bệnh nhân là ăn

thịt lợn, 72,2% không ăn thịt gà, 66,7% không ăn tôm, hơn nửa số bệnh nhân không ăn thịt bò và cá các loại. Điều này đã khiến cho hàm lượng bộ ba acid amin thiết yếu cho bệnh bỏng không đạt nhu cầu khuyến nghị. Ví dụ cụ thể là glutamin có tới 98% bệnh nhân không đạt nhu cầu.

Lipid: Kết quả nghiên cứu có: 68,5% đạt nhu cầu 20 - 30% năng lượng, có tới 25,9% vượt quá nhu cầu khuyến nghị. Theo khuyến nghị cung cấp lipid không nên vượt quá 30% năng lượng. Một nghiên cứu tiền cứu ngẫu nhiên đề nghị mạnh mẽ rằng việc cung cấp chất béo bình thường có thể tạo thuận lợi cho biến chứng nhiễm trùng. Giảm tỉ lệ chất béo (15% tổng năng lượng) có thể hạ thấp tỷ lệ nhiễm trùng [29]. Chế độ ăn của bệnh nhân là từ Khoa Dinh dưỡng, khoa cần xây dựng thực đơn hạn chế hơn nữa những món xào rán quay nhiều dầu mỡ và lựa chọn các loại thịt nạc, cá nạc cho bệnh nhân.

Sắt: Kết quả giá trị sắt trung bình là 9,2mg/ngày có 67,5% BN đạt nhu cầu khuyến nghị, 32,5% BN không đạt nhu cầu khuyến nghị.

Kẽm: Kết quả giá trị kẽm trung bình là 9,5mg/ngày có 70,4% BN đạt nhu cầu khuyến nghị, 29,6% BN không đạt nhu cầu khuyến nghị.

Hàm lượng sắt trong thịt lợn, thịt chó, sữa Ensure đều < Hàm lượng sắt trong thịt bò, trứng gà, trứng vịt, trứng vịt lộn, cá nục, tôm, thịt gà.

Hàm lượng kẽm trong thịt lợn < Hàm lượng kẽm trong thịt bò. Trong bảng 3.7. tần suất tiêu thụ thực phẩm của bệnh nhân thì 100% bệnh nhân ăn thịt lợn hàng ngày, hơn nửa số bệnh nhân kiêng không ăn thịt bò, thịt gà, cá, trứng. Điều này đã khiến cho giá trị dinh dưỡng của kẽm và đặc biệt là sắt trong khẩu phần ăn hàng ngày thấp

khoảng 1/3 số bệnh nhân không đạt nhu cầu khuyến nghị.

Vitamin A: Kết quả giá trị dinh dưỡng Vitamin A trong khẩu phần ăn hàng ngày là: Giá trị trung bình là 484,2mcg/ngày chỉ có 25,9% số bệnh nhân đạt nhu cầu khuyến nghị có tới gần ¾ số bệnh nhân không đủ nhu cầu khuyến nghị.

Dựa vào bảng thành phần dinh dưỡng ta thấy hàm lượng vitamin A rất cao trong các loại trứng, một số loại cá, cua đồng và thịt gà. Hàm lượng vitamin A trong thịt lợn rất thấp. Việc đa số bệnh nhân ăn kiêng trứng, thịt gà, các loại cá hải sản và chủ yếu ăn thịt lợn là một nguyên nhân khiến giá trị vitamin A trong khẩu phần không đạt nhu cầu khuyến nghị.

Vitamin C: Kết quả trong bảng 3.6 giá trị vitamin C trung bình là 123mg/ngày, chưa tính lượng hao hụt do chế biến, nấu nướng do vitamin C dễ bị phá hủy bởi quá trình oxy hóa, ánh sáng, kiềm và nhiệt độ. Kết quả có 68,4% số bệnh nhân đạt nhu cầu khuyến nghị, gần 1/3 số bệnh nhân ăn không đủ nhu cầu khuyến nghị. Vitamin C có nhiều trong các loại hoa quả và rau lá như: bưởi, cam, ổi, xoài, rau ngót, mùi tàu... nhưng chỉ khoảng 50% số BN ăn hoa quả hàng ngày khiến cho giá trị vitamin C trong khẩu phần không đạt nhu cầu khuyến nghị.

Vitamin B1: Kết quả có 76,1% số bệnh nhân đạt nhu cầu khuyến nghị. Gần ¼ số BN không đạt nhu cầu khuyến nghị. Vitamin B1 tan trong nước, hoạt động như một coenzym trong 2 loại phản ứng sau: Oxy hóa khử carboxyl và transketol hóa. Những phản ứng này rất quan trọng trong chuyển hóa glucid. Thiếu vitamin B1 sẽ dẫn đến rối loạn chuyển hóa Glucid và acid amin, gây hậu nặng như giảm Acetylcholine ảnh hưởng đến chức năng hoạt động của hệ thần kinh.

* **Trong nguyên tắc về xây dựng thực đơn có nói:** Mỗi bữa ăn không chỉ cần có đủ các nhóm thực phẩm (chất bột đường, chất đạm, chất béo, vitamin và muối khoáng), mà ngay trong cùng một nhóm thực phẩm cũng nên thay thế nhiều loại khác nhau. Mục đích là để: Đảm bảo tính đa dạng về giá trị dinh dưỡng và giúp ngon miệng hơn, ăn được nhiều hơn [18].

* Ăn trứng với mức 1 quả/ngày không làm tăng cholesterol trong máu, kể cả đối với BN có nguy cơ tim mạch. Protein của trứng là protein chuẩn, trứng chứa Lutein và Xeranthin là hai chất chống oxi hóa mạnh, bảo vệ sức khỏe tim mạch. Tuy nhiên khuyến nghị về tiêu thụ trứng vẫn chưa đạt được sự đồng thuận của nhiều tổ chức hiệp hội quốc gia [34].

* Theo PGS.TS Nguyễn Thanh Chò - Chủ nhiệm bộ môn Dinh dưỡng - Bệnh viện 103 (2005), “ *Dinh dưỡng trong các bệnh ngoại khoa*”, [4] “Thực tế trứng không gây biến đổi màu sắc của da sau bỏng, mà là do độ sâu của bỏng quyết định, ở những vùng bỏng nông sau khỏi bỏng màu sắc của da dần trở về bình thường. Nhưng ở những vùng bỏng sâu khi khỏi, da thường có màu khác với màu da bình thường... Trứng là một thực phẩm rất cần cho người bị bỏng, trứng có hệ số sử dụng protein cao: 100”.

* Quan niệm ăn kiêng nhiều loại thực phẩm của đa số người dân đã làm sụt giảm rất nhiều sự hài lòng của người bệnh đối với chế độ ăn (xuất ăn), dẫn đến sụt giảm sự hài lòng đối với bệnh viện. Đã thống kê thấy nhiều bệnh nhân cảm thấy bất mãn với việc: “Tại sao tôi bị bỏng bệnh viện lại cho chúng tôi ăn trứng, ăn thịt bò, ăn thịt gà, cá, tôm...” Mặc dù khoa dinh dưỡng đã rất nhiều lần thay đổi thực đơn, hạn chế đưa những thực phẩm mà bệnh

nhân ăn kiêng vào thực đơn, chỉ để 2 bữa trứng/tuần, 2 bữa cá/tuần, 1 bữa thịt bò/tuần, 1 bữa thịt gà/tuần, các bữa ăn đều có thịt lợn. Nhưng chúng tôi không thể bỏ đi hết những thực phẩm mà BN ăn kiêng ra khỏi thực đơn vì không đúng nguyên tắc về xây dựng thực đơn và không phù hợp với một số nhỏ BN không ăn kiêng, ngày nào bữa nào cũng ăn mỗi thịt lợn (giảm sự ngon miệng).

5. KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần ăn thực tế của 54 bệnh nhân bỏng người lớn nằm điều trị nội trú tại Khoa Điều trị Bỏng Người lớn - BV BQG chúng tôi đưa ra những kết luận sau:

- Sau 10 ngày nằm viện, tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn theo BMI tăng lên từ 5 (9,3%) đến 12 (22,2%).

- Giá trị dinh dưỡng trong khẩu phần ăn hàng ngày của bệnh nhân bỏng hầu hết không cung cấp đủ theo nhu cầu khuyến nghị.

- Trong thời gian nằm viện, có 81,5% BN kiêng không ăn trứng, 72,2% với thịt gà, 66,7% với trứng vịt lộn và tôm, 55 - 60% thịt bò và cá các loại. Riêng thịt lợn 100% BN ăn hàng ngày.

*. KIẾN NGHỊ

- Bệnh nhân bỏng cần được cung cấp đầy đủ năng lượng và các chất dinh dưỡng từ khẩu phần ăn, giúp hạn chế tình trạng suy dinh dưỡng

- Cần có các biện pháp thay đổi quan niệm ăn kiêng nhiều loại thực phẩm đã ăn sâu vào tiềm thức của đa số người dân: tăng cường tư vấn truyền thông về dinh dưỡng, về tác hại của việc ăn kiêng đến việc mau lành tổn thương bỏng định kì hàng tuần, hàng tháng cho tất cả các

BN và người nhà BN bị bỏng. Có thể mời các chuyên gia về dinh dưỡng về hỗ trợ khoa dinh dưỡng qua các buổi truyền thông sức khỏe toàn viện nói về chuyên đề Bỏng cho BN và cả nhân viên y tế trong toàn viện.

- Không chỉ có nhân viên khoa dinh dưỡng, mà nhân viên tại các khoa lâm sàng hàng ngày tiếp xúc trực tiếp với bệnh nhân, đặc biệt là các Điều dưỡng trưởng cũng phải có tư vấn, truyền thông cho BN và người nhà về chế độ ăn điều trị bỏng.

- Cần tăng cường xét nghiệm đánh giá tình trạng thiếu hụt một số chất dưỡng thường quy như: xét nghiệm đánh giá tình trạng vitamin A, vitamin C, sắt, kẽm, albumin, triglyceride.

- Khi cung cấp dinh dưỡng đường miệng không đủ nhu cầu khuyến nghị, thì phải bổ sung dinh dưỡng bằng đường uống hoặc truyền tĩnh mạch. Bổ sung này nên càng chuyên biệt càng tốt đối với thiếu hụt dinh dưỡng ở từng bệnh nhân. Nên bổ sung thêm viên đa vi chất (vitamin A, B, C...+ chất khoáng: kẽm...) cho BN bỏng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2007), *Hướng dẫn chế độ ăn bệnh viện*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. **Bộ Y tế** (2014), *Nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị cho người Việt Nam*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. **Nguyễn Thanh Chò** (2005), "*Dinh dưỡng trong các bệnh ngoại khoa*", *tập san dinh dưỡng sức khỏe và đời sống*, Viện Dinh dưỡng Quốc gia, (số 3), tr.24-25.
4. **Nguyễn Thanh Chò** (2011), "*Các phương pháp đánh giá tình trạng dinh dưỡng*", *Tài liệu tập huấn toàn quán*, tr.20-25.
5. **Bộ môn dinh dưỡng - an toàn thực phẩm** (2013), *Dinh dưỡng học*, Trường đại học y khoa Phạm Ngọc Thạch, Nhà xuất bản y học, pp. 359-363.
6. **Đỗ Thị Ngọc Anh** (2017), *Khảo sát tình trạng dinh dưỡng và tình hình cung cấp dinh dưỡng ở bệnh nhân bỏng người lớn khoa Hồi sức Cấp cứu - Viện Bỏng quốc gia, Đề tài nghiên cứu khoa học điều dưỡng lần 1 - Viện Bỏng quốc gia.*
7. **Lubos Sobotka** (2014), "*Các khái niệm cơ bản trong dinh dưỡng*", *Những vấn đề cơ bản trong dinh dưỡng lâm sàng*, Nhà xuất bản Y học, thành phố Hồ Chí Minh, tr.1-45.
8. **Bộ Y tế** (2019), "*Dinh dưỡng lâm sàng*", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.55-56.