

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU CAN THIỆP DINH DƯỠNG TRÊN BỆNH NHÂN BỎNG TẠI KHOA BỎNG VÀ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH DI CHỨNG, BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Nguyễn Hoài Linh✉, Nguyễn Đức Hạnh, Trần Thị Kim Chi, Nguyễn Thị Quỳnh Châu, Nguyễn Trung Huy, Hồ Đỗ Vinh, Nguyễn Thị Hồng Liên, Cao Đình Quý, Ngô Trần Nhật Huy

Bệnh viện Trung ương Huế

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá kết quả bước đầu can thiệp dinh dưỡng trên bệnh nhân bỏng.

Đối tượng, phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu trên 20 bệnh nhân điều trị nội trú tại Khoa Bỏng & Phẫu thuật tạo hình Di chứng (Bệnh viện Trung ương Huế) từ tháng 01/2025 - 05/2025. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng tại thời điểm nhập viện (T0) và chuẩn bị xuất viện (T1) qua sự thay đổi cân nặng, chỉ số cận lâm sàng và công cụ SGA. Xử lý số liệu bằng SPSS 20.

Kết quả: Nam giới chiếm 55%, chủ yếu dưới 45 tuổi. Nguyên nhân bỏng phổ biến là bỏng điện cao áp và bỏng nhiệt, diện tích bỏng trung bình $13,6 \pm 10,5\%$. Thời gian nằm viện trung bình $20,5 \pm 9,0$ ngày. 15% bệnh nhân suy dinh dưỡng theo BMI, 80% có nguy cơ suy dinh dưỡng theo SGA. Bệnh nhân được ăn trung bình $6,9 \pm 0,7$ bữa/ngày, cung cấp năng lượng $1842,8 \pm 138,1$ Kcal và protein $74,1 \pm 6,8$ g/ngày. Chỉ số protein huyết thanh cải thiện đáng kể sau can thiệp ($p < 0,05$).

Kết luận: Can thiệp dinh dưỡng đóng vai trò quan trọng trong điều trị bệnh nhân bỏng, giúp cải thiện tình trạng dinh dưỡng, nâng cao hiệu quả điều trị và chất lượng cuộc sống.

Từ khóa: Bỏng, can thiệp dinh dưỡng, tình trạng dinh dưỡng, Bệnh viện Trung ương Huế

ABSTRACT

Aims: This study aims to evaluate the effectiveness of nutritional interventions in burn patients.

Subjects and methods: A prospective interventional study was conducted on 20 inpatients at the Burn and Reconstructive Plastic Surgery, Hue Central Hospital, from January to May 2025. Nutritional status was assessed upon admission (T0) and at

1Chịu trách nhiệm: Nguyễn Hoài Linh, Bệnh viện Trung ương Huế

Email: linh.nguyenhoai5@gmail.com

Ngày gửi bài: 05/4/2025; Ngày nhận xét: 06/6/2025; Ngày duyệt bài: 26/8/2025

<https://doi.org/10.54804/>

discharge preparation (T1) by evaluating changes in body weight, paraclinical indices, and the Subjective Global Assessment (SGA) tool. Data were analyzed using SPSS 20.

Results: Males accounted for 55%, mostly under 45 years old. The primary causes of burns were high-voltage electrical burns and thermal burns, with an average burn area of $13.6 \pm 10.5\%$. The average hospital stay was 20.5 ± 9.0 days. Malnutrition was observed in 15% of patients based on BMI, while 80% were at risk according to SGA. Patients received an average of 6.9 ± 0.7 meals/day, providing 1842.8 ± 138.1 Kcal and 74.1 ± 6.8 g of protein per day. Serum protein levels significantly improved after nutritional intervention ($p < 0.05$).

Conclusion: Nutritional interventions play a crucial role in optimizing burn patient treatment, improving nutritional status, enhancing treatment outcomes, and ultimately contributing to better quality of life.

Keywords: Burns, Nutritional Intervention, Nutritional Status, Hue Central Hospital.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), bỏng được xếp hạng là một trong những chấn thương phổ biến nhất, đứng thứ tư trên toàn cầu sau tai nạn giao thông, té ngã và bạo lực cá nhân. Mỗi năm, có khoảng 180.000 ca tử vong liên quan đến bỏng, đặc biệt tập trung ở các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình [1]. Điều trị bỏng không chỉ đòi hỏi các biện pháp y tế chuyên sâu mà còn cần sự hỗ trợ dinh dưỡng tích cực để thúc đẩy quá trình hồi phục, tái tạo mô và ngăn ngừa các biến chứng nghiêm trọng như nhiễm trùng, suy dinh dưỡng và suy giảm chức năng miễn dịch [2]. Dinh dưỡng đóng vai trò then chốt trong việc cung cấp năng lượng, protein và các vi chất thiết yếu, giúp tối ưu hóa quá trình chữa lành và phục hồi cho bệnh nhân [3, 4].

Tại Bệnh viện Trung ương Huế, công tác chăm sóc toàn diện cho người bệnh luôn được chú trọng thông qua mô hình phối hợp đa chuyên ngành, bao gồm bác sĩ điều trị, điều dưỡng, dược sĩ lâm sàng và chuyên gia dinh dưỡng. Đối với bệnh nhân bỏng - nhóm đối tượng có nhu cầu

dinh dưỡng đặc biệt cao và phải đối mặt với những tổn thương sinh lý phức tạp, nguy cơ suy dinh dưỡng, nhiễm trùng và các biến chứng nghiêm trọng là rất lớn [3, 5]. Việc thiết kế các phác đồ dinh dưỡng cá nhân hóa, phù hợp với tình trạng và nhu cầu cụ thể của từng bệnh nhân, trở thành yếu tố không thể thiếu trong quá trình điều trị.

Xuất phát từ thực tế đó, nghiên cứu "Đánh giá kết quả can thiệp dinh dưỡng trên bệnh nhân bỏng tại Khoa Bỏng & Phẫu thuật tạo hình Di chứng (Bệnh viện Trung ương Huế) được thực hiện nhằm mục tiêu bước đầu phân tích hiệu quả của các hỗ trợ dinh dưỡng đã được áp dụng. Kết quả nghiên cứu không chỉ đánh giá tác động của can thiệp dinh dưỡng đến quá trình hồi phục của bệnh nhân mà còn là nền tảng để đề xuất các giải pháp tối ưu, góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc dinh dưỡng và cải thiện toàn diện kết quả điều trị cho bệnh nhân bỏng tại đơn vị.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu gồm 20 người bệnh từ 18 tuổi trở lên đang điều trị nội trú tại Khoa Bỏng & Phẫu thuật tạo hình Di chứng (Bệnh viện Trung ương Huế), có hồ sơ lưu trữ đầy đủ, có thể mắc hoặc không mắc bệnh nền kèm theo, loại trừ những bệnh nhân có bệnh lý nặng đặc biệt hoặc những bệnh nhân có những rối loạn về chuyển hóa nặng. Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, người bệnh hoặc người nhà đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Từ tháng 1 đến tháng 5 năm 2025, Khoa Bỏng & Phẫu thuật tạo hình Di chứng (Bệnh viện Trung ương Huế).

* Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp tiến cứu, không nhóm chứng, đánh giá kết quả can thiệp dựa trên sự thay đổi đặc điểm về cân nặng, các chỉ số cận lâm sàng, bộ công cụ đánh giá tình trạng dinh dưỡng Chủ quan Toàn cầu (SGA).

* Phương tiện, vật liệu nghiên cứu

Hồ sơ bệnh án, các biểu mẫu đánh giá tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân; Cân và thước đo chiều cao; Bệnh án nghiên cứu với các dữ liệu lâm sàng, cận lâm sàng; Điện thoại, laptop/ máy tính.

* Nội dung nghiên cứu

Bệnh nhân tham gia nghiên cứu được đánh giá tình trạng dinh dưỡng qua chỉ số khối cơ thể (BMI), một số chỉ số cận lâm sàng (Albumin, Protein huyết thanh, huyết sắc tố), bộ công cụ SGA trước khi được can thiệp dinh dưỡng. Sau khi đánh giá và phân loại tình trạng dinh dưỡng, bác sĩ Khoa Dinh dưỡng sẽ trao đổi với bác sĩ điều trị, lập kế hoạch can thiệp dinh dưỡng.

Điều dưỡng sẽ hướng dẫn và theo dõi chăm sóc dinh dưỡng hàng ngày cho bệnh nhân, nhằm duy trì và nâng cao thể trạng trong suốt quá trình nằm viện.

Mục tiêu của can thiệp dinh dưỡng là đáp ứng đủ nhu cầu dinh dưỡng theo khuyến nghị của Bộ Y tế:

- Năng lượng: $(25 \times \text{Trọng lượng cơ thể (kg)}) + (40 \times \% \text{ diện tích bỏng})$
- Protid: 16 - 20% tổng năng lượng hoặc 1,2 - 1,5g/kg/ngày, cân đối với các thành phần dinh dưỡng khác.
- Lipid: 15 - 20% tổng năng lượng. Acid béo chưa no một nối đôi chiếm 1/3, nhiều nối đôi chiếm 1/3 và acid béo no chiếm 1/3 trong tổng số lipid.
- Đảm bảo đủ vitamin và khoáng chất: bổ sung thêm viên sủi đa vi chất Multivitamin (vitamin A, B, C... và khoáng chất như kẽm...).

Chế độ can thiệp được cá thể hóa cho từng bệnh nhân, chia thành nhiều bữa trong ngày, chủ yếu qua đường miệng. Bệnh nhân được cung cấp suất ăn theo chế độ ăn của bệnh viện trong các bữa chính. Các bữa phụ được hướng dẫn tùy theo nhu cầu năng lượng của từng bệnh nhân, với các sản phẩm dinh dưỡng phù hợp (1ml/1-1,5Kcal và 100ml/4-6g Protid). Chúng tôi theo dõi khả năng dung nạp và ghi nhận khẩu phần ăn hàng ngày của bệnh nhân để đánh giá và điều chỉnh chế độ ăn (nếu cần), nhằm đảm bảo nhu cầu năng lượng tối ưu. Bệnh nhân và người nhà có thể liên hệ với chúng tôi bất cứ lúc nào nếu có khó khăn hoặc thắc mắc trong quá trình chăm sóc dinh dưỡng.

Chúng tôi đánh giá bệnh nhân qua hai thời điểm: T0: Thời điểm nhập viện; T1: Thời điểm chuẩn bị xuất viện. Việc đánh giá bao gồm sự thay đổi cân nặng, chỉ số cận lâm sàng và nguy cơ suy dinh dưỡng theo bộ công cụ SGA.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được làm sạch và nhập bằng phần mềm Execl, phân tích bằng SPSS 20. Các giá trị biến định tính được trình bày

dưới dạng tần suất và tỷ lệ. Biến định lượng dưới dạng trung bình, độ lệch chuẩn. Tìm mối liên quan giữa hai biến sử dụng các test thống kê phù hợp. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

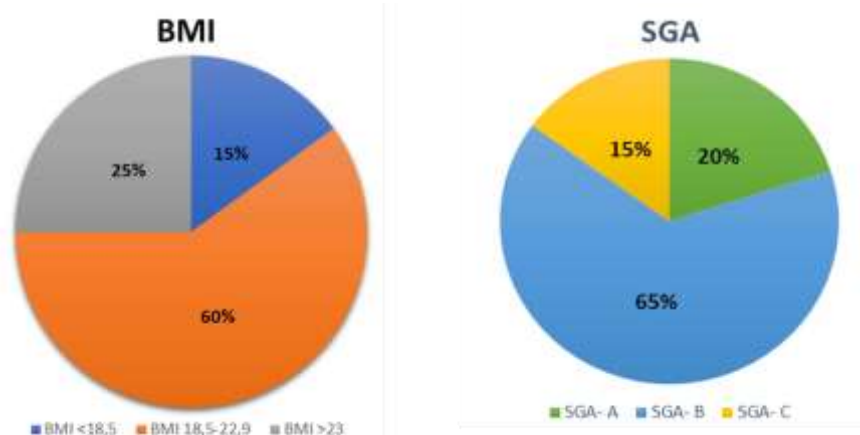
3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Biến số		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	11	55
	Nữ	9	45
Tuổi	< 45	12	60,0
	45 - 65	6	30,0
	> 65	2	10,0
Tác nhân gây bỏng	Bỏng điện	7	35
	Bỏng nhiệt ướt	7	35
	Bỏng nhiệt khô	6	30
Diện tích bỏng chung (%)		13,6 ± 10,5	
Phân độ bỏng	Độ II	5	25
	Độ III	13	65
	Độ IV	2	10
Vị trí tổn thương	Đầu mặt cổ	1	5
	Thân trước	3	15
	Thân sau	3	15
	Chi trên	9	45
	Chi dưới	4	20
Vết thương nhiễm trùng/ hoại tử	Có	3	15
	Không	17	85
Bệnh lý kèm	Có (ĐTĐ)	3	15
	Không	17	85
Thời gian nằm viện		20,5 ± 9,0	

Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu là nam chiếm đa số (55%); nhóm tuổi dưới 45 chiếm tỷ lệ cao nhất là 60%. Tác nhân gây bỏng hầu hết là bỏng điện cao áp và bỏng nhiệt (nước sôi, lửa) với diện tích bỏng chung

trung bình là 13,6 ± 10,5%, vị trí tổn thương chủ yếu là chi trên chiếm 45%. Có 3/20 đối tượng nghiên cứu được ghi nhận có vết thương nhiễm trùng/ hoại tử. Thời gian nằm viện trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 20,5 ± 9,0 ngày.



Biểu đồ 3.1. Đặc điểm tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu lúc nhập viện

Đa số các đối tượng nghiên cứu được đánh giá BMI từ 18,5 - 22,9 chiếm 60%, tuy nhiên có 80% bệnh nhân được đánh giá có nguy cơ suy dinh dưỡng dựa theo bộ công cụ SGA.

Bảng 3.2. Mô tả khẩu phần ăn 24 giờ trung bình trong khoảng thời gian nằm viện của các đối tượng nghiên cứu sau can thiệp dinh dưỡng

Chỉ tiêu theo dõi	Trị giá
Số bữa ăn trung bình/ngày	6,9 ± 0,7
Năng lượng trung bình (Kcal)	1842,8 ± 138,1
Protid (g)	74,1 ± 6,8
Lipid (g)	41,1 ± 3,0
Vitamin A (mcg)	892,0 ± 146,3
Vitamin C (mg)	318 ± 24,8
Sắt (mg)	11,8 ± 1,5
Kẽm (mg)	11,9 ± 1,1

Số bữa ăn trung bình trong ngày là 6,9 ± 0,7 bữa. Hầu hết các đối tượng nghiên cứu sau can thiệp tư vấn dinh dưỡng đều đảm bảo ăn đủ theo nhu cầu khuyến nghị, năng lượng trung bình/24 giờ là 1842,8 ± 138,1 Kcal với lượng Protid: 74,1 ± 6,8 g.

Bảng 3.3. Đánh giá kết quả can thiệp dinh dưỡng theo chỉ số cân nặng, các chỉ số cận lâm sàng và SGA

Biến số		T0 ($\bar{X} \pm SD$)	T1 ($\bar{X} \pm SD$)	p
Cân nặng (kg)		56,7 ± 8,6	56,6 ± 8,3	0,817*
Chỉ số cận lâm sàng	Albumin (g/L)	34,1 ± 6,3	34,7 ± 6,2	0,189*
	Protein (g/L)	68,3 ± 6,6	71,0 ± 5,3	0,003*
	Hemoglobin (g/dL)	12,6 ± 1,7	13,0 ± 1,6	0,085*

* Paired Samples t-test

Tất cả các chỉ số cận lâm sàng của các đối tượng nghiên cứu tăng sau thời điểm có can thiệp dinh dưỡng, ngược lại chỉ số cân nặng trung bình giảm. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa chỉ số Protein huyết thanh trung bình trước và sau đánh giá ($p < 0,05$).

Bảng 3.4. Đánh giá kết quả can thiệp dinh dưỡng từ xa dựa trên bộ công cụ SGA

Đánh giá xếp loại		T0 (n, %)	T1 (n, %)	p
SGA	A	4 (20)	6 (30)	0,5**
	B+C	16 (80)	14 (70)	

** Chi-square

Tỷ lệ bệnh nhân được đánh giá phân loại tình trạng dinh dưỡng SGA - A tăng từ 20% lên 30%. Tuy nhiên không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa phân loại đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo SGA trước và sau đánh giá ($p > 0,05$)

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu và tình trạng dinh dưỡng trước khi can thiệp

Nghiên cứu cho thấy phần lớn đối tượng bị bỏng là nam giới trẻ tuổi, chủ yếu do bỏng điện cao áp và bỏng nhiệt, với diện tích bỏng trung bình là 13,6%. Mặc dù diện tích bỏng trung bình không quá lớn (dưới 25%), nhưng vẫn có 3 trường hợp nhiễm trùng/hoại tử. Nguy cơ này có thể xuất phát từ nhiều yếu tố như tình trạng miễn dịch suy giảm, kiểm soát đường huyết chưa tốt (đặc biệt ở bệnh nhân đái tháo đường), hoặc chăm sóc vết thương chưa tối ưu.

Tình trạng dinh dưỡng ban đầu của

bệnh nhân được đánh giá dựa trên chỉ số BMI, trong đó 60% bệnh nhân có BMI trong giới hạn bình thường. So sánh với kết quả nghiên cứu của Trần Thị Loan & cs cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng theo BMI trong nhóm bỏng nhẹ là 9,3% ($n = 54$), trong khi đó, kết quả của Đỗ Thị Ngọc Anh là 100% bị suy dinh dưỡng trên các bệnh nhân bỏng vừa và nặng [6]. Điều này cho thấy mức độ suy dinh dưỡng có mối liên hệ chặt chẽ với diện tích và độ sâu của bỏng, đồng thời phản ánh xu hướng gia tăng nhu cầu dinh dưỡng song song với mức độ tổn thương.

Bỏng, bất kể mức độ, đều kích hoạt phản ứng viêm hệ thống và dị hóa, gây rối loạn trao đổi chất, ảnh hưởng đến khả năng tiêu hóa, hấp thụ và đồng hóa chất dinh dưỡng. Do đó, nguy cơ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân bỏng nhập viện rất cao, do sự kết hợp của giảm lượng dinh dưỡng nạp vào (chán ăn, thay đổi vị giác, tác dụng phụ của thuốc) và tăng nhu cầu dinh dưỡng để phục hồi vết thương. Điều này một phần giải thích lý do tại sao trong nghiên cứu của chúng tôi, có đến 80% bệnh nhân bỏng được đánh giá có nguy cơ suy dinh dưỡng theo công cụ SGA. Bộ công cụ Đánh giá Chủ quan Toàn cầu SGA hiện nay được công nhận là phương pháp sàng lọc dinh dưỡng ưu tiên do tính đơn giản, độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong việc xác định nhanh chóng tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân nhập viện [7].

4.2. Đặc điểm khẩu phần ăn của các đối tượng nghiên cứu

Để tối ưu hóa hấp thụ dinh dưỡng và đáp ứng nhu cầu năng lượng cao của bệnh nhân, chúng tôi áp dụng chế độ ăn chia nhỏ bữa, kết hợp với thực phẩm bổ sung dinh dưỡng (nước ép trái cây, sữa hạt, sữa

cao năng lượng...). Thực đơn tại bệnh viện được xây dựng dựa trên nguyên tắc đa dạng hóa, không chỉ cung cấp đầy đủ các nhóm thực phẩm (tinh bột, đạm, béo, vitamin và khoáng chất) trong mỗi bữa ăn, mà còn thay đổi nhiều loại thực phẩm khác nhau trong cùng một nhóm, từ đó đảm bảo sự phong phú về giá trị dinh dưỡng và đồng thời kích thích cảm giác ngon miệng cho bệnh nhân.

Việc ước tính chính xác nhu cầu năng lượng và protein là rất quan trọng để ngăn ngừa suy dinh dưỡng và thúc đẩy quá trình lành vết thương ở bệnh nhân bỏng [8, 9]. Mặc dù tất cả các axit amin đều đóng vai trò quan trọng trong quá trình tổng hợp protein và phục hồi vết thương, nhưng vẫn có một số axit amin đặc biệt thiết yếu đối với bệnh nhân bỏng (Glutamine, Arginine, Leucine) giúp giảm thiểu sự mất khối cơ, thúc đẩy quá trình tổng hợp mô mới, tăng cường miễn dịch và giảm nguy cơ nhiễm trùng [10, 11]. Do đó nhằm tối ưu hóa quá trình phục hồi mô ở bệnh nhân bỏng, bên cạnh hướng dẫn bệnh nhân lựa chọn các sản phẩm dinh dưỡng bổ sung thích hợp, chúng tôi cũng đã thiết kế chế độ ăn tại bệnh viện tập trung vào việc cung cấp đầy đủ các acid amin thiết yếu trên. Dựa trên phân tích thành phần dinh dưỡng từ Bảng Thành phần thực phẩm Việt Nam của Viện Dinh Dưỡng Quốc gia, các nguồn thực phẩm như thịt bò, thịt gà, tôm đồng, cá nục, thịt heo, đậu phụ... được chúng tôi ưu tiên lựa chọn.

Đối với Lipid, các đối tượng nghiên cứu đều đảm bảo nhu cầu khuyến nghị từ 15 - 20%. Chúng tôi xây dựng thực đơn hạn chế chất béo xấu và ưu tiên các chất béo tốt như Omega-3 (cá, các loại đậu hạt, đậu phụ, trứng, rau họ cải), một số nghiên cứu RCT cũng đã chứng minh được

Omega-3 giúp giảm viêm, giảm biến chứng nhiễm trùng, rút ngắn thời gian nằm viện và tăng cường lành vết thương ở bệnh nhân bỏng [12, 13].

Hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu đều được cung cấp khẩu phần ăn giàu vitamin và khoáng chất, thậm chí vượt xa nhu cầu khuyến nghị của người khỏe mạnh. Mỗi vi chất dinh dưỡng đóng vai trò quan trọng trong quá trình hồi phục vết thương bỏng, trong đó vitamin C giúp tăng cường tổng hợp collagen và cải thiện chức năng miễn dịch, còn vitamin A và kẽm hỗ trợ tái tạo biểu mô, đồng thời giảm nguy cơ nhiễm trùng [14].

4.3. Đánh giá kết quả can thiệp dinh dưỡng

Sau can thiệp, tỷ lệ bệnh nhân SGA-A tăng từ 20% lên 30%, cho thấy sự cải thiện về nguy cơ suy dinh dưỡng, mặc dù chưa đạt ý nghĩa thống kê. Protein huyết thanh trung bình tăng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), phản ánh sự cải thiện trong tổng hợp protein và chuyển hóa dinh dưỡng. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu RCT trong đó việc bổ sung dinh dưỡng đầy đủ giúp tăng tổng hợp protein, giảm mất cơ và cải thiện miễn dịch [15, 16].

Một điểm đáng chú ý là cân nặng trung bình của bệnh nhân không tăng đáng kể, thậm chí có xu hướng giảm nhẹ. Điều này có thể do mất nước và khối cơ trong giai đoạn đầu của bỏng, cũng như do protein cung cấp chủ yếu được sử dụng cho phục hồi mô và duy trì miễn dịch.

4.4. Hạn chế nghiên cứu

Mặc dù cỡ mẫu của nghiên cứu chúng tôi còn nhỏ và chưa có tính đại diện cao, nhưng đây vẫn là một nghiên cứu mang tính mới, cung cấp những bằng chứng

khoa học ban đầu về can thiệp dinh dưỡng tại Việt Nam. Ngoài ra, việc tuân thủ chế độ dinh dưỡng cá thể hóa còn bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như khẩu vị, tâm lý và điều kiện kinh tế. Những hạn chế này đặt ra nhu cầu nghiên cứu sâu hơn nhằm tối ưu hóa chiến lược dinh dưỡng, nâng cao chất lượng điều trị cho bệnh nhân bỏng.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu bước đầu đã khẳng định tầm quan trọng của can thiệp dinh dưỡng trong điều trị bệnh nhân bỏng, không chỉ giúp cải thiện tình trạng dinh dưỡng mà còn tối ưu hóa quá trình hồi phục và hạn chế nguy cơ biến chứng. Kết quả nghiên cứu cho thấy, sau can thiệp, phần lớn bệnh nhân đạt được mức cung cấp năng lượng, protein và vi chất dinh dưỡng phù hợp theo khuyến nghị. Đáng chú ý, chỉ số protein huyết thanh có sự cải thiện rõ rệt và đạt ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), phản ánh sự tác động tích cực của chế độ dinh dưỡng đối với quá trình chuyển hóa và phục hồi của bệnh nhân.

Tỷ lệ bệnh nhân được phân loại có tình trạng dinh dưỡng tốt theo bộ công cụ đánh giá chủ quan toàn cầu (SGA) tăng từ 20% lên 30%. Mặc dù sự thay đổi này chưa đạt ý nghĩa thống kê, nhưng vẫn cho thấy xu hướng cải thiện về nguy cơ suy dinh dưỡng khi được can thiệp hợp lý. Kết quả nghiên cứu nhấn mạnh vai trò thiết yếu của chiến lược dinh dưỡng cá thể hóa trong điều trị bệnh nhân bỏng, giúp nâng cao hiệu quả chăm sóc và tối ưu hóa quá trình hồi phục.

Tuyên bố về xung đột lợi ích: Nghiên cứu chúng tôi thực hiện một cách độc lập, không chịu ảnh hưởng từ bất kỳ tổ chức, cá nhân hay nguồn tài trợ nào có thể tác động đến kết quả hoặc diễn giải dữ liệu.

Đồng thời, bài báo không có sự trùng lặp hoặc cạnh tranh với bất kỳ nghiên cứu hoặc ấn phẩm khoa học nào khác.

Tuyên bố về y đức: Người bệnh hoàn toàn tự nguyện tham gia nghiên cứu và có quyền rút khỏi nghiên cứu bất cứ khi nào. Người bệnh được giải thích đầy đủ những lợi ích và quyền lợi khi tham gia nghiên cứu. Dữ liệu cá nhân của người bệnh được bảo mật tuyệt đối và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mai XT, Ngô MĐ, Chu AT, Lê QC: Đặc điểm bỏng người lớn và thách thức trong điều trị. Tạp chí Y học Thảm họa và Bỏng 2021(4): tr.19-29.
2. Mistiaen P, Van den Heede K: Nutrition Support Teams: A Systematic Review. JPEN Journal of parenteral and enteral nutrition 2020, 44(6):1004-1020.
3. Nunez JH, Clark AT: Burn Patient Metabolism and Nutrition. Physical medicine and rehabilitation clinics of North America 2023, 34(4):717-731.
4. Grada A, Phillips TJ: Nutrition and cutaneous wound healing. Clinics in dermatology 2022, 40(2):103-113.
5. Nguyễn NL, Phan QK, Ngô TH, Nguyễn HA: Nghiên cứu xác định công thức tối ưu tính nhu cầu năng lượng cho bệnh nhân bỏng nặng. Tạp chí Y học Thảm họa và Bỏng 2022(4): tr. 80-86.
6. Trần TL, Vũ TQ, Bạch TLA, Nguyễn TB, Nguyễn DĐ: 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. Tạp chí Y học Thảm họa và Bỏng 2023(5): tr. 45-53.
7. Shirodkar M, Mohandas KM: Subjective global assessment: a simple and reliable screening tool for malnutrition among Indians. Indian journal of gastroenterology : official journal of the Indian Society of Gastroenterology 2005, 24(6):246-250.

8. Gottschlich MM, DeLegge MH, Guenter P, Parenteral ASf, Nutrition E: The ASPEN nutrition support core curriculum: a case-based approach-the adult patient, vol. 1: Citeseer; 2007.
9. Shields BA, Nakakura AM: Nutrition Considerations for Burn Patients: Optimizing Recovery and Healing. 2023, 4(4):537-547.
10. Biolo G, Fleming Rd, Maggi Sp, Nguyen Tt, Herndon Dn, Wolfe Rrjcs: Inhibition of muscle glutamine formation in hypercatabolic patients. 2000, 99(3):189-194.
11. Yu Y-M, Young VR, Castillo L, Chapman TE, Tompkins RG, Ryan CM, Burke JFJM: Plasma arginine and leucine kinetics and urea production rates in burn patients. 1995, 44(5):659-666.
12. Gottschlich MM, Jenkins M, Warden GD, Baumer T, Havens P, Snook JT, Alexander JWJJoP, Nutrition E: Differential effects of three enteral dietary regimens on selected outcome variables in burn patients. 1990, 14(3):225-236.
13. Tihista S, Echavarría EJCN: Effect of omega 3 polyunsaturated fatty acids derived from fish oil in major burn patients: A prospective randomized controlled pilot trial. 2018, 37(1):107-112.
14. McKeever LJTAANSCCreSS, MD: American Society for Parenteral, Nutrition E: Vitamins and trace elements. 2017:143-149.
15. van Zanten AR, Petit L, De Waele J, Kieft H, de Wilde J, van Horssen P, Klebach M, Hofman ZJCC: Very high intact-protein formula successfully provides protein intake according to nutritional recommendations in overweight critically ill patients: a double-blind randomized trial. 2018, 22:1-12.
16. Azevedo JRAd, Lima HCM, Montenegro WS, Souza SCdC, Nogueira IROM, Silva MM, Muniz NdAJRBdti: Optimized calorie and high protein intake versus recommended caloric-protein intake in critically ill patients: a prospective, randomized, controlled phase II clinical trial. 2019, 31:171-179.