Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, Special Issue 13, 305-309

THE NUTRITIONAL STATUS OF PATIENTS TREATED AT THE INTENSIVE CARE UNIT AT MILITARY HOSPITAL 175

Pham Thi Phuong Lam[1], Pham Cong Tinh[1], Ho Thi Nga[2*]

[1]Military Hospital 175 - 786 Nguyen Kiem, Hanh Thong Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam
[2]Pham Ngoc Thach University of Medicine - 2 Duong Quang Trung, Hoa Hung Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 25/05/2026
Revised: 18/06/2026; Accepted: 15/09/2026

ABSTRACT

Objective: To evaluate the nutritional status upon admission and changes in malnutrition risk after 7 days of treatment among patients in the intensive care unit.

Subjects and methods: Descriptive cross-sectional study. Convenience sampling, sample size is 102.

Results: Males accounted for 63.7%, average age 59 (42-69 years). The group of patients with three or more underlying diseases accounted for 35.3%. Regarding clinical and paraclinical characteristics upon ICU admission, 90.2% of patients required invasive mechanical ventilation, and 61.8% were receiving vasopressors. The mean hemoglobin level was 117.49 ± 21.58. The proportion of patients with infection and those receiving hemodialysis was 70,6% and 57,8%, respectively. The mean SOFA score was 10,9 ± 3,00 and the mean APACHE II score was 17.41 ± 5.72. In the first 24 hours, BMI was 22.18 ± 3.08 kg/m2, Albumin group from 28 to < 35 g/L accounted for 48%, SGA-B group accounted for 52%, NRS score 3.15 ± 1.12, NRS group ≥ 3 accounted for 70.6%, MNS score 4.75 ± 1.90, MNS group ≥ 5 points accounted for 54.9%. After 7 days of treatment, the mean MNS score significantly decreased ($p = 0.006$); however, the change in the classification of malnutrition risk levels did not reach statistical significance ($p > 0.05$). Mean hemoglobin levels also significantly decreased after one week of treatment ($p < 0.001$).

Conclusion: Most patients in intensive care have a moderate to high risk of malnutrition.

Keywords: Nutritional status, malnutrition, MNS score.

*Corresponding author
Email: ngautchcm@pnt.edu.vn **Phone**: (+84) 919046746 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD13.6517

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Phạm Thị Phương Lâm[1], Phạm Công Tình[1], Hồ Thị Nga[2*]

[1]Bệnh viện Quân Y 175 - 786 Nguyễn Kiệm, P. Hạnh Thông, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam
[2]Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch - 2 Dương Quang Trung, P. Hòa Hưng, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận: 25/05/2026
Ngày sửa: 18/06/2026; Ngày đăng: 15/09/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tình trạng dinh dưỡng lúc nhập viện và sự thay đổi nguy cơ suy dinh dưỡng sau 7 ngày điều trị của người bệnh tại khoa hồi sức tích cực.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang mô tả. Chọn mẫu thuận tiện, cỡ mẫu là 102.

Kết quả: Giới nam chiếm 63,7%, tuổi trung bình 59 (42-69 tuổi). Nhóm người bệnh mắc từ 3 bệnh trở chiếm 35,3%. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng lúc nhập khoa hồi sức tích cực, người bệnh có thở máy xâm nhập chiếm tỷ lệ 90,2%, có sử dụng vận mạch là 61,8%, điểm trung bình của hemoglobin là 117,49 ± 21,58. Tỷ lệ người bệnh nhiễm trùng và lọc máu lần lượt là 70,6% và 57,8%. Điểm trung bình của thang điểm SOFA là 10,9 ± 3,00 và APACHE II là 17,41 ± 5,72. Trong 24 giờ đầu, BMI 22,18 ± 3,08 kg/m2, nhóm albumin từ 28 đến dưới 35 g/L chiếm 48%, nhóm SGA-B chiếm 52%, điểm NRS 3,15 ± 1,12, nhóm NRS ≥ 3 chiếm 70,6%, điểm MNS 4,75 ± 1,90, nhóm MNS ≥ 5 điểm chiếm 54,9%. Sau 7 ngày điều trị, điểm MNS trung bình giảm có ý nghĩa thống kê (p = 0,006), tuy nhiên sự thay đổi về phân loại mức độ nguy cơ suy dinh dưỡng không có nghĩa thống kê (p > 0,05). Nồng độ hemoglobin trung bình giảm có ý nghĩa sau 1 tuần điều trị (p < 0,001).

Kết luận: Đa số người bệnh hồi sức tích cực có nguy cơ suy dinh dưỡng trung bình, cao.

Từ khóa: Tình trạng dinh dưỡng, suy dinh dưỡng, thang điểm MNS.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình trạng dinh dưỡng có mối liên hệ mật thiết và tác động qua lại lẫn nhau với tình trạng bệnh lý. Theo Hiệp hội Dinh dưỡng lâm sàng và chuyển hóa châu Âu (EPSEN), suy dinh dưỡng (SDD) có liên quan chặt chẽ đến đến bệnh lý nặng, đặc biệt là người bệnh tại các khoa hồi sức tích cực, do tình trạng bệnh lý làm tăng cường quá trình dị hóa các chất dinh dưỡng, điển hình là protein và tăng nhu cầu về năng lượng [1]. Ở những người bệnh nặng, tỷ lệ SDD dao động từ 38-78%, khi nhập viện, ít nhất một phần ba số người bệnh bị SDD ở một mức độ nào đó và hai phần ba trong số họ tiếp tục SDD nếu không được cung cấp dinh dưỡng đầy đủ [2]. Bước sàng lọc dinh dưỡng ban đầu và phân loại người bệnh có nguy cơ SDD hay không là thực sự quan trọng, từ đó người điều dưỡng sẽ hướng tới đánh giá tình trạng dinh dưỡng đồng thời đưa ra kế hoạch chăm sóc dinh dưỡng phù hợp với từng người bệnh, đặc biệt là nhóm người bệnh nặng tại đơn vị hồi sức tích cực.

Tại Khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Quân y 175 đã đánh giá tình trạng dinh dưỡng thường xuyên theo "Hướng dẫn dinh dưỡng trong điều trị bệnh nhân nặng" của Tổng hội Y học Việt Nam năm 2019 [3], từ đó đưa ra kế hoạch can thiệp nhằm nâng cao hiệu quả điều trị và chất lượng chăm sóc người bệnh. Xuất phát từ lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu tình trạng dinh dưỡng của người bệnh điều trị tại Khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Quân y 175 với mục tiêu: khảo sát tình trạng dinh dưỡng lúc nhập viện và sự thay đổi nguy cơ SDD sau 7 ngày điều trị của người bệnh tại khoa hồi sức tích cực.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế, thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả, ttừ tháng 5/2024 đến tháng 5/2025 tại Khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Quân y 175.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh nhập và điều trị tại Khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Quân y 175 và được nuôi ăn theo chế độ dinh dưỡng do Khoa Dinh dưỡng cung cấp.

- *Tiêu chuẩn chọn bệnh:* Người bệnh ≥ 18 tuổi và có thời gian điều trị từ 7 ngày trở lên.
- *Tiêu chuẩn loại trừ:* Người bệnh hoặc thân nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, người bệnh tạm nhịn ăn hoặc chống chỉ định dinh dưỡng đường tiêu hóa, hồ sơ bệnh án không đủ thông tin nghiên cứu.

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu nghiên cứu

Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, lựa chọn tất cả người bệnh trong khoảng thời gian nghiên cứu, thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh. Tổng số 102 người bệnh được thu nhận dữ liệu nghiên cứu.

2.4. Biến số, chỉ số nghiên cứu

Bảng 1. Biến số và chỉ số nghiên cứu

Mục tiêu	Biến số	Định nghĩa/Giá trị	Phân loại
Các biến số cơ bản	Tuổi	Năm hiện tại trừ năm sinh	Định lượng
	Giới tính	Nam, nữ	Nhị giá
Tình trạng SDD	BMI	Cân nặng (kg)/Chiều cao2 (m)	Định lượng
	Albumin	SDD nhẹ: 28 đến < 35 g/l	Định tính
		SDD vừa: 21-27 g/l	
		SDD nặng: < 21 g/l	
	SGA	SGA-A: không SDD	Định tính
		SGA-B: SDD nhẹ	
		SGA-C: SDD nặng	

*Tác giả liên hệ
Email: ngautchcm@pnt.edu.vn **Điện thoại**: (+84) 919046746 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD13.6517

Mục tiêu	Biến số	Định nghĩa/Giá trị	Phân loại
Nguy cơ SDD	Điểm NRS 2002	0-7 điểm	Định lượng
	Nhóm NRS 2002	< 3: không có nguy cơ SDD	Nhị giá
		≥ 3: có nguy cơ SDD	
	Điểm MNS	0-9 điểm	Định lượng
	Nhóm MNS	0-4 điểm: nguy cơ SDD thấp	Nhị giá
		5-9 điểm: nguy cơ SDD cao	
	SOFA	Điểm	Định lượng
	APACHE II	Điểm	Định lượng
Yếu tố liên quan	Lọc máu	Có	Nhị giá
		Không	
	Thở máy	Có	Nhị giá
		Không	
	Nhiễm trùng	Có	Nhị giá
		Không	
	Vận mạch	Có	Nhị giá
		Không	

2.5. Công cụ và phương tiện nghiên cứu

Hồ sơ bệnh án nghiên cứu từ điều tra viên được thu thập đầy đủ, rõ ràng dữ liệu. Các bảng điểm APACHE II, SOFA, SGA, NRS, MNS; và có kiểm tra lại các thông tin sai lệch.

2.6. Xử lý số liệu

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Ý nghĩa thống kê chấp nhận với p < 0,05.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Y đức của Bệnh viện Quân y 175.

Các thông tin thu thập chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu và hoàn toàn giữ bí mật, không ảnh hưởng đến sức khỏe và lợi ích của đối tượng nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm về lâm sàng, cận lâm sàng lúc nhập viện (đánh giá 24 giờ đầu)

Bảng 1. Đặc điểm về lâm sàng, cận lâm sàng lúc nhập viện trong 24 giờ đầu (n = 102)

Đặc điểm		Giá trị
Tuổi (năm) [Trung vị (25%-75%)]		59 (42-69)
Giới tính nam		63,7%
Bệnh mạn tính	Không có bệnh	13,7%
	1 bệnh	25,5%
	2 bệnh	25,5%
	≥ 3 bệnh	35,3%
Hemoglobin	$\bar{X}$ ± SD (g/L)	117,49 ± 21,58
	Min-max (g/L)	6,90-16,10
Điểm SOFA trong 24 giờ đầu	$\bar{X}$ ± SD (điểm)	10,90 ± 3,00
	Min-max (điểm)	2-18
Điểm APACHE II trong 24 giờ đầu	$\bar{X}$ ± SD (điểm)	17,41 ± 5,72
	Min-max (điểm)	4-31
Thở máy xâm nhập trong 24 giờ đầu		90,2%
Vận mạch trong 24 giờ đầu		61,8%
Nhiễm trùng trong 24 giờ đầu		70,6%
Lọc máu trong 24 giờ đầu		57,8%

Giới nam chiếm đa số (63,7%), độ tuổi trung bình là 59 (42-69). Nhóm người bệnh có ≥ 3 bệnh lý mạn tính chiếm 35,3%. Xét nghiệm hemoglobin là 117,49 ± 21,58 g/L. Điểm SOFA là 10,90 ± 3,00 điểm và APACHE II là 17,41 ± 5,72 điểm. Trong 24 giờ đầu nhập viện, tỷ lệ người bệnh có thở máy xâm nhập 90,2%, sử dụng vận mạch là 61,8%, nhiễm trùng 70,6% và lọc máu 57,8%.

3.2. Đặc điểm dinh dưỡng lúc nhập viện (đánh giá trong 24 giờ đầu)

Bảng 2. Đặc điểm dinh dưỡng lúc nhập viện trong 24 giờ đầu (n = 102)

Đặc điểm		Giá trị
BMI	$\bar{X}$ ± SD (kg/m^2)	22,18 ± 3,08
	Min-max (kg/m^2)	17,25-31,25
	> 20,5 kg/m^2	67,6%
	18,5-20,5 kg/m^2	21,6%
	< 18,5 kg/m^2	10,8%
Albumin	$\bar{X}$ ± SD (g/L)	31,16 ± 5,58
	Min-max (g/L)	17,40-47,50
Mức albumin	≥ 35 g/L: không SDD	21,6%
	28 đến dưới 35 g/L: SDD nhẹ	48%
	21 đến dưới 28 g/L: SDD vừa	27,5%
	< 21 g/L: SDD nặng	2,9%
Điểm SGA	A (bình thường)	38,2%
	B (SDD vừa)	52%
	C (SDD nặng)	9,8%
Điểm NRS		3,15 ± 1,12
Nhóm NRS	NRS < 3 điểm	29,4%
	NRS ≥ 3 điểm	70,6%
Điểm MNS		4,75 ± 1,90
Phân nhóm MNS	MNS thấp 0-4 điểm (nguy cơ SDD thấp)	45,1%
	MNS cao 5-9 điểm (nguy cơ SDD cao)	54,9%

Trong 24 giờ đầu nhập viện, BMI là 22,18 ± 3,08 kg/m2, trong đó mức BMI > 20,5 kg/m2 chiếm 67,6%, mức BMI < 18,5 kg/m2 chiếm 10,8%. Xét nghiệm albumin máu là 31,16 ± 5,58 g/L, trong đó mức mức albumin từ 28 đến dưới 35 g/L chiếm 48%, mức albumin dưới 21 g/L chiếm 2,9%. Nhóm người

bệnh có nuôi dưỡng qua sonde dạ dày là 94,1%. Theo thang điểm SGA, tỷ lệ SGA-A là 38,2%, SGA-B 52% và SGA-C 9,8%. Điểm NRS là 3,15 ± 1,12 điểm, trong đó nhóm NRS ≥ 3 điểm chiếm 70,6%. Điểm MNS là 4,75 ± 1,90, trong đó nhóm MNS cao (5-9 điểm) chiếm 54,9%.

3.3. Tình trạng dinh dưỡng sau 1 tuần điều trị

Bảng 3. Tình trạng dinh dưỡng sau 1 tuần điều trị theo thang điểm MNS

Đặc điểm		Nhập viện	Ngày thứ 7	p-value
MNS (điểm)		4,75 ± 1,90	4,41 ± 1,85	0,006*
Phân nhóm nguy cơ SDD theo MNS (%)	Nhóm MNS thấp < 5 điểm	45,1%	49%	0,45**
	Nhóm MNS cao > 5 điểm	54,9%	51%	

**Phép kiểm Paired Student's t-test; **Phép kiểm McNemar test.*

Điểm MNS trung bình giảm có ý nghĩa thống kê sau 7 ngày (p = 0,006), tuy nhiên sự thay đổi về phân nhóm nguy cơ SDD không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05). Sau 1 tuần điều trị, điểm MNS có sự giảm nhẹ từ 4,75 ± 1,90 điểm khi nhập viện xuống còn 4,41 ± 1,85 điểm vào ngày thứ 7 có ý nghĩa thống kê (p = 0,006). Điều này cho thấy tình trạng nguy cơ SDD của người bệnh có xu hướng cải thiện nhẹ sau 7 ngày điều trị.

Phân nhóm nguy cơ SDD theo MNS, tỷ lệ người bệnh thuộc nhóm MNS thấp (nguy cơ SDD thấp) tăng từ 45,1% khi nhập viện lên 49% vào ngày thứ 7. Ngược lại, tỷ lệ người bệnh thuộc nhóm MNS cao (nguy cơ SDD cao) giảm từ 54,9% xuống 51%.

Bảng 4. Tình trạng dinh dưỡng sau 1 tuần điều trị theo chỉ số xét nghiệm

Đặc điểm	Nhập viện	Ngày thứ 7	p-value*
Albumin (g/L)	31,16 ± 5,58	30,85 ± 3,98	0,54
Hemoglobin (g/L)	117,49 ± 21,58	101,74 ± 18,94	< 0,001

**Phép kiểm Paired Student's t-test*

Mức albumin trung bình gần như không thay đổi, từ 31,16 ± 5,58 g/L khi nhập viện xuống 30,85 ± 3,98 g/L vào ngày thứ 7 với p = 0,54 (> 0,05), sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Điều này cũng phù hợp vì albumin có thời gian bán hủy tương đối dài, nên khó có thể thay đổi nhanh trong thời gian ngắn như 7 ngày.

Chỉ số hemoglobin có sự giảm đáng kể từ 117,49 ± 21,58 g/L khi nhập viện xuống còn 101,74 ± 18,94 g/L vào ngày thứ 7 với p < 0,001, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê rất cao. Việc giảm hemoglobin có thể gợi ý tình trạng thiếu máu có thể trở nên rõ rệt hơn hoặc diễn biến trong quá trình điều trị, đây là một điểm cần được chú ý trong quá trình chăm sóc người bệnh.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng của nhóm đối tượng nghiên cứu cho thấy đây là những bệnh nhân có tình trạng bệnh lý phức tạp và mức độ nặng cao. Tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế và đa số người bệnh mắc nhiều bệnh mạn tính đi kèm, tương đối phù hợp với mô hình bệnh tật tại các khoa hồi sức tích cực [4-5]. Điểm SOFA và APACHE II ghi nhận trong nghiên cứu này khá tương đồng với kết quả của Lê Thị Phương Thúy và cộng sự [4], khẳng định mức độ nặng và nguy cơ tử vong cao của nhóm đối tượng khảo sát. Ngoài ra, các can thiệp hỗ trợ tạng như thở máy xâm nhập và vận mạch chiếm tỷ lệ lớn, phù hợp với quan sát trong nghiên cứu của Servia-Goixart L và cộng sự (2021) trên nhóm bệnh nhân nặng [6].

4.2. Tình trạng dinh dưỡng và nguy cơ SDD tại thời điểm nhập viện

Về các đặc điểm dinh dưỡng, mặc dù BMI trung bình của người bệnh nằm trong giới hạn bình thường, tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thư và cộng sự năm 2018 [7] nhưng thấp hơn so với Bianca de Athayde và cộng sự năm 2024 [8], chỉ số này có thể không phản ánh đầy đủ tình trạng dinh dưỡng thực tế do các biến đổi về dịch và phù thường gặp ở bệnh nhân hồi sức tích cực.

Ngược lại, các công cụ đánh giá chuyên sâu cho thấy thực trạng: đa số người bệnh có SDD mức độ vừa theo thang điểm SGA, tương đồng với kết quả của Vũ Thị Ngọc và cộng sự [5]. Tỷ lệ nguy cơ SDD theo thang điểm NRS và MNS trong nghiên cứu này đều ở mức cao. Đáng chú ý, điểm MNS trung bình của chúng tôi cao hơn rõ rệt so với kết quả của Servia-Goix-art L và cộng sự [6]. Sự khác biệt này có thể được giải thích do nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có mức độ nặng (điểm SOFA) cao hơn, dẫn đến quá trình dị hóa protein diễn ra mạnh mẽ hơn. Kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc sàng lọc dinh dưỡng bằng các công cụ định lượng như MNS ngay khi nhập viện để có hướng can thiệp kịp thời.

4.3. Tình trạng dinh dưỡng sau 1 tuần điều trị

Sau 1 tuần điều trị, điểm MNS giảm có ý nghĩa thống kê so với thời điểm nhập viện (p = 0,006), cho thấy nguy cơ SDD có xu hướng được cải thiện. Tuy nhiên, sự thay đổi về phân nhóm nguy cơ SDD chưa đạt ý nghĩa thống kê (p > 0,05), cho thấy thời gian theo dõi ngắn có thể chưa đủ để tạo ra sự chuyển dịch rõ rệt giữa các mức nguy cơ. Kết quả này có sự tương đồng với quan sát của Nguyễn Ngọc Thu và cộng sự khi theo dõi tình trạng dinh dưỡng của người bệnh theo thời gian nằm viện [9].

Ngược lại, nồng độ hemoglobin giảm có ý nghĩa thống kê sau 1 tuần điều trị (p < 0,001). Kết quả này cho thấy bên cạnh cải thiện bước đầu về tình trạng dinh dưỡng, người bệnh hồi sức tích cực vẫn có nguy cơ thiếu máu trong quá trình điều trị [4]. Do đó, việc quản lý dinh dưỡng cần được thực hiện đồng thời với theo dõi các chỉ số huyết học nhằm hỗ trợ quá trình hồi phục của người bệnh.

4.4. Hạn chế của nghiên cứu và hướng khắc phục

Nghiên cứu vẫn tồn tại một số hạn chế nhất định. Đầu tiên, thiết kế cắt ngang mô tả với cỡ mẫu còn hạn chế tại một đơn vị duy nhất có thể làm giảm tính đại diện và khả năng suy rộng kết quả cho toàn bộ quần thể người bệnh hồi sức. Thứ hai, thời gian theo dõi 7 ngày chưa đủ dài để đánh giá các kết cục lâm sàng quan trọng như thời gian thở máy hay tỷ lệ tử vong. Ngoài ra, việc khai thác dữ liệu từ hồ sơ bệnh án có thể dẫn đến sai số về lượng dinh dưỡng thực nạp so với mục tiêu. Trong tương lai, các nghiên cứu tiến cứu đa trung tâm với thời gian theo dõi mở rộng là cần thiết để đánh giá toàn diện tác động của can thiệp dinh dưỡng đối với kết cục điều trị của người bệnh.

5. KẾT LUẬN

Đa số người bệnh nhập khoa hồi sức tích cực có SDD mức độ vừa (đánh giá theo albumin máu, thang điểm SGA) và nguy cơ SDD trung bình đến cao (đánh giá theo thang điểm NRS, MNS). Sau 1 tuần điều trị, nguy cơ SDD đã có xu hướng cải thiện bước đầu về mặt điểm số định lượng, tuy nhiên sự thay đổi giữa các nhóm phân loại mức độ nguy cơ SDD vẫn chưa thực sự rõ rệt. Bên cạnh đó, tình trạng thiếu máu có xu hướng gia tăng trong quá trình hồi sức tích cực. Những kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc sàng lọc dinh dưỡng sớm ngay khi nhập viện, đồng thời cần phối hợp chặt chẽ việc quản lý dinh dưỡng với theo dõi sát các chỉ số huyết học để tối ưu hóa hiệu quả chăm sóc và điều trị cho người bệnh nặng.

Các tác giả cam kết không có bất kỳ mâu thuẫn lợi ích nào liên quan đến việc thực hiện nghiên cứu và công bố kết quả của nghiên cứu này.

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Ban Giám đốc Bệnh viện

Quân y 175, các đồng nghiệp tại Khoa Hồi sức tích cực - Chống độc đã tạo điều kiện thuận lợi và hỗ trợ tận tình trong suốt quá trình triển khai thu thập số liệu. Chúng tôi cũng xin gửi lời cảm ơn sâu sắc đến những người bệnh và thân nhân người bệnh đã đồng ý tham gia, góp phần quan trọng vào sự thành công của nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Singer P, Blaser A.R, Berger M.M et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. Clinical Nutrition, 2019, 38 (1): 48-79. doi: 10.1016/j.clnu.2018.08.037

[2] Narayan S.K, Gudivada K.K, Krishna B. Assessment of nutritional status in the critically ill. Indian J Crit Care Med, 2020, 24 (Suppl 4): S152-S156. doi: 10.5005/jp-journals-10071-23617

[3] Tổng hội Y học Việt Nam. Hướng dẫn dinh dưỡng trong điều trị bệnh nhân nặng. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2019.

[4] Lê Thị Phương Thúy, Nguyễn Phương Thảo và cộng sự. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh thở máy tại Khoa Hồi sức tích cực - Chống độc, Bệnh viện Đa khoa Đống Đa năm 2019. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 2021, 146 (10): 55-63. doi: 10.52852/tcncyh.v146i10.446

[5] Vũ Thị Ngọc, Trần Thị Thu Cúc và cộng sự. Nghiên cứu thực trạng dinh dưỡng theo thời gian nằm viện ở bệnh nhân suy tim cấp tính tại Khoa Hồi sức Tim mạch, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, 2020, 15 (số đặc biệt): 315-320.

[6] Servia-Goixart L, Lopez-Delgado J.C et al. Evaluation of nutritional practices in the critical care patient (the ENPIC study): Does nutrition really affect ICU mortality? Clinical Nutrition ESPEN, 2022, 47: 325-332. doi: 10.1016/j.clnesp.2021.11.018

[7] Nguyễn Thị Thư, Nguyễn Thị Thu Hiền và cộng sự. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân nặng tại Khoa Hồi sức Truyền nhiễm, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, 2018, 13 (2): 140-149.

[8] de Athayde B, Wolf R et al. Prevalence of malnutrition during patient admission to Intensive Care Unit (ICU) using GLIM criteria: a cross-sectional study. BRASPEN Journal, 2024, 39 (2): e202439111. http://dx.doi.org/10.37111/braspenj.2024.39.1.11

[9] Nguyễn Ngọc Thu, Nguyễn Anh Dũng và cộng sự. Tình trạng dinh dưỡng và đặc điểm nuôi dưỡng của bệnh nhân tại Khoa Hồi sức tích cực - Chống độc, Bệnh viện Đa khoa Hà Đông năm 2023. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 2024, 175 (2): 18-27. doi: 10.52852/tcncyh.v175i2.2169

[10] Nguyễn Thị Trang, Phạm Văn Phú và cộng sự. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh cao tuổi và một số yếu tố liên quan tại Khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Lão khoa Trung ương năm 2017-2018. Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm, 2018, 14 (5): 9-16.