Tạp chí Khoa học Điều dưỡng
Journal of Nursing Science
Journal homepage: www.jns.vn

Khảo sát tình trạng dinh dưỡng ở người bệnh viêm tụy cấp điều trị tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Vũ Thị Nhàn[1], La Văn Hà[1], Lê Quang Đậu[1], Trần Thị Hạnh[1], Luân Ngọc Chiến[1], Trịnh Thu Phương[1], Lê Thanh Hà[1], Lương Tuấn Anh[1], Hoàng Thị Loan[1], Đỗ Thị Mai Hương[1], Lê Thị Huyền[2]
[1]Bệnh viện Trung ương Quân đội 108; [2]Bệnh viện Quân y 103

TÓM TẮT

Mục tiêu: *Khảo sát tình trạng dinh dưỡng và phân tích một số yếu tố liên quan ở người bệnh viêm tụy cấp điều trị tại khoa Cấp cứu tiêu hóa - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.* ***Đối tượng và phương pháp****: Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang trên 90 người bệnh viêm tụy cấp đang điều trị trong khoảng thời gian từ tháng 6/2025 đến tháng 9/2025. Tình trạng dinh dưỡng được xác định thông qua thang điểm SGA kết hợp với chỉ số khối cơ thể (BMI).* ***Kết quả:*** *Phân loại theo thang điểm SGA cho thấy tỷ lệ có tình trạng dinh dưỡng bình thường (SGA-A) là 34,4%. Trong khi đó, nhóm có nguy cơ suy dinh dưỡng mức độ trung bình (SGA-B) chiếm 53,3% và nhóm suy dinh dưỡng nặng (SGA-C) chiếm 12,3%. Tỷ lệ người bệnh có suy dinh dưỡng theo BMI chiếm 35,5%, thừa cân béo phì chiếm 19,0%. Có mối liên quan giữa nguy cơ suy dinh dưỡng đánh giá theo thang điểm SGA với giới, các bệnh đồng mắc và hút thuốc lá. Nam giới bị viêm tụy cấp có nguy cơ suy dinh dưỡng cao hơn 2,2 lần so với nữ giới. Những đối tượng mắc > 2 bệnh có nguy cơ cao hơn 1,5 lần so với nhóm ≤ 2 bệnh. Nhóm người bệnh có thói quen hút thuốc lá ghi nhận nguy cơ cao hơn khoảng 2,3 lần so với nhóm không hút thuốc (p < 0,05).* ***Kết luận****: Cần tiến hành đánh giá và sàng lọc tình trạng dinh dưỡng ngay từ thời điểm nhập viện đối với tất cả người bệnh viêm tụy cấp, nhằm kịp thời triển khai các biện pháp can thiệp dinh dưỡng và góp phần giảm thiểu nguy cơ biến chứng.*

Từ khóa*: Dinh dưỡng, viêm tụy cấp*

Nutritional status and related factors in inpatient treatment among acute pancreatitis at 108 Military Central Hospital

Vu Thi Nhan[1], La Van Ha[1], Le Quang Dau[1], Tran Thi Hanh[1], Luan Ngoc Chien[1], Trinh Thu Phuong[1], Le Thanh Ha[1] , Luong Tuan Anh[1], Hoang Thi Loan[1], Do Thi Mai Huong[1], Le Thi Huyen[2]
[1]108 Military Central Hospital; [2]Military Hospital 103

ABSTRACT

Objective*: To assess the nutritional status and analyze several associated factors among patients with acute pancreatitis treated at the Gastrointestinal Emergency Department of the 108 Military Central Hospital.* ***Subjects and methods****: A cross-sectional descriptive study was conducted on 90 patients with acute pancreatitis undergoing treatment from June 2025 to September 2025. Nutritional status was evaluated using the Subjective Global Assessment (SGA) in combination with Body Mass Index (BMI).* ***Results****: According to the SGA classification; 34,4% of patients were well-nourished (SGA-A), while 53,3% were at moderate risk of malnutrition (SGA-B); and 12,3% had severe malnutrition (SGA-C). Based on BMI, the prevalence of malnutrition was 35,5%, whereas 19,0% of patients were overweight or obese. A significant association was found between malnutrition risk assessed by SGA and gender, comorbidities, and smoking status. Male patients with acute pancreatitis had a 2,2-fold higher risk of malnutrition compared to females. Patients with more than two comorbidities had a 1,5-fold higher risk than those with two or fewer comorbidities. Additionally, smokers had approximately a 2,3-fold higher risk compared to non-smokers (p < 0,05).* ***Conclusion****: Nutritional assessment and screening should be performed at hospital admission for all patients with acute pancreatitis to enable timely nutritional interventions and help reduce the risk of complications.*

Keywords*: Nutritional, acute pancreatitis.*

Tác giả: Vũ Thị Nhàn
Email: mrsvuthinhan1084@gmail.com
DOI: 10.54436/jns.2026.06.1186
Ngày nhận bài: 18/11/2025
Ngày hoàn thiện: 02/11/2026
Ngày đăng bài: 03/11/2026

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp (VTC) là một rối loạn viêm đột ngột của tuyến tụy do một loạt các nguyên nhân gây ra, thường liên quan đến phản ứng viêm toàn thân, ảnh hưởng đến nhiều cơ quan khác nhau. Diễn tiến lâm sàng của viêm tụy cấp rất đa dạng, dao động từ thể nhẹ đến các trường hợp nặng có kèm hoại tử tụy. Ở những trường hợp nặng, người bệnh có thể xuất hiện hội chứng đáp ứng viêm toàn thân, dẫn đến rối loạn chức năng đa cơ quan và nguy cơ tử vong [1].

Ở người bệnh VTC, nhu cầu dinh dưỡng tăng cao cùng với tình trạng tăng chuyển hóa làm tăng nhu cầu về vitamin B, C, A và kẽm cùng nhiều chất khác do quá trình viêm. Vì vậy, người bệnh VTC rất dễ xuất hiện suy dinh dưỡng (SDD) ngay từ khi nhập viện hoặc trong quá trình điều trị nếu không được hỗ trợ dinh dưỡng kịp thời. Một nghiên cứu tại Cộng hòa Ireland (2014) báo cáo, tỷ lệ (SDD) được báo cáo ở người bệnh VTC dao động từ 8 đến 39% [2]. Tại Việt Nam, đã có một số nghiên cứu bước đầu đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở người bệnh VTC. Tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội (2025), một nghiên cứu trên 113 người bệnh VTC ghi nhận tỷ lệ SDD là 8,9% khi đánh giá BMI và 15,9% khi sử dụng thang điểm mNUTRIC[3]. Tình trạng SDD lại có liên quan chặt chẽ với tiên lượng người bệnh VTC, SDD làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn, hoại tử tụy, suy đa tạng, kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị và tăng tỷ lệ tử vong. Việc đánh giá nguy cơ dinh dưỡng ngay từ thời điểm người bệnh nhập viện đóng vai trò rất quan trọng. Các bằng chứng trong nước hiện còn hạn chế về số lượng, chủ yếu được thực hiện tại một trung tâm và sử dụng các phương pháp đánh giá khác nhau, dẫn đến khó khăn trong việc so sánh và xác định chính xác gánh nặng SDD ở người bệnh VTC. Do đó, việc tiếp tục nghiên cứu tình trạng dinh dưỡng ở người bệnh VTC là cần thiết nhằm bổ sung bằng chứng tại Việt Nam. Xuất phát từ những vấn đề nêu trên, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá tình trạng dinh dưỡng và phân tích một số yếu tố liên quan ở người bệnh VTC đang điều trị nội trú tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Được xác định chẩn đoán viêm tụy cấp. Những người bệnh hoặc thân nhân hợp pháp đồng ý tham gia đã được tuyển chọn vào nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ: Những người bệnh mắc rối loạn tâm thần hoặc gặp hạn chế về giao tiếp (ngôn ngữ, thính giác) khiến không thể thu thập thông tin đã được loại khỏi nghiên cứu.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 6 năm 2025 đến tháng 9 năm 2025 tại Khoa Cấp cứu tiêu hóa, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Chọn mẫu toàn bộ: Trong khoảng thời gian nghiên đã lựa chọn được 90 người bệnh.

Phương pháp thu thập số liệu và tiêu chí đánh giá

- *Quy trình lấy số liệu:*

+ Bước 1: Lựa chọn người bệnh đủ tiêu chuẩn tại thời điểm nhập viện.

+ Bước 2: Thu thập thông tin chung, chiều cao, cân nặng, tiền sử viêm tụy cấp, thói quen hút thuốc, uống rượu bia, bệnh đồng mắc.

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng qua chỉ số BMI (Body Mask Index), SGA (Subjective Global Assessment) SGA là

công cụ sàng lọc và đánh giá dinh dưỡng được sử dụng rộng rãi trên thế giới gồm 2 phần chính: khai thác về tiền sử (thay đổi cân nặng, khẩu phần ăn, triệu chứng tiêu hóa, khả năng hoạt động và mức độ bệnh) và khám thực thể (đánh giá mất mỡ dưới da, teo cơ và phù/cổ trướng). SGA đã được chứng minh có độ tin cậy tốt, với hệ số đồng thuận giữa các đánh giá viên (Cohen's kappa) dao động từ 0,78 đến 0,88[4], cho thấy mức độ nhất quán cao trong phân loại tình trạng dinh dưỡng.

- Đối với các người bệnh có khả năng đứng, chiều cao được đo bằng thước đo chiều cao Seca (Đức) với độ chính xác 0,1 cm. Khi đo, người bệnh đứng thẳng, lưng áp sát vào thước đo, hai gót chân chụm lại, trục cơ thể thẳng hàng với thước và hai tay thả tự nhiên dọc theo thân.

- Cân nặng của người bệnh có thể đứng được được xác định bằng cân điện tử TANITA với độ chính xác 0,1 kg. Trong quá trình cân, người bệnh mặc trang phục nhẹ và không mang giày dép nhằm đảm bảo độ chính xác của kết quả.

- Đối với những người bệnh không thể đứng, chiều cao và cân nặng được ước tính bằng giường Hillrom có tích hợp chức năng đo. Trường hợp cần thiết, người bệnh được đặt ở tư thế nằm thẳng và đo chiều dài cơ thể từ gót chân đến đỉnh đầu bằng thước dây. Các số liệu này được sử dụng để tính chỉ số khối cơ thể (BMI).

- Công thức tính chỉ số khối cơ thể (BMI):

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

+ Bước 3: Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng qua SGA với các đặc điểm (tuổi, giới, bệnh đồng mắc, BMI, thói quen, hút thuốc lá, uống rượu bia, lối sống tĩnh tại).

- Các chỉ tiêu phân loại:

+ SGA (Subjective Global Assessment):

Nguy cơ SDD nặng (SGA-C): thường ghi nhận tình trạng sụt cân trên 10%. Ở nhóm này, khẩu phần ăn giảm đáng kể, với lượng ăn vào thấp hơn mức bình thường trên 50%. Đồng thời, có biểu hiện giảm rõ rệt lớp mỡ dưới da và mất khối cơ ở mức độ nặng.

Nguy cơ SDD vừa (SGA-B): được xác định khi người bệnh có tình trạng sụt cân từ 5–10% trước thời điểm nhập viện. Khẩu phần ăn ở nhóm này có sự giảm sút so với bình thường nhưng chưa ở mức nghiêm trọng (dưới 50%).

Không có nguy cơ SDD (SGA-A): thường duy trì cân nặng ổn định hoặc có xu hướng tăng cân trở lại trong thời gian gần đây. Chế độ ăn của nhóm này nhìn chung ở mức bình thường hoặc có dấu hiệu cải thiện. Tình trạng mỡ dưới da và khối cơ hầu như không thay đổi hoặc chỉ giảm rất nhẹ, không có ý nghĩa lâm sàng.

+ Phân loại BMI: được sử dụng để phân loại tình trạng dinh dưỡng ở người trưởng thành theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO, 2000) và điều chỉnh cho khu vực châu Á, với các ngưỡng: thiếu dinh dưỡng khi BMI < 18,5; bình thường từ 18,5–22,9; và thừa cân/béo phì khi BMI ≥ 23,0 [5].

Xử lý và phân tích số liệu: Sau khi thu thập, dữ liệu được kiểm tra, làm sạch và nhập liệu hai lần nhằm hạn chế sai sót. Quá trình nhập liệu được thực hiện bằng phần mềm Epidata 3.1, sau đó số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm Stata 12.0. Các biến định tính được mô tả dưới dạng tỷ lệ phần trăm. Phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến được áp dụng để xác định mối liên quan giữa một số yếu tố (tuổi, giới, bệnh kèm theo, chỉ số BMI, thói quen

hút thuốc, sử dụng rượu bia và mức độ hoạt động thể lực) với tình trạng dinh dưỡng theo SGA. Kết quả được trình bày dưới dạng OR kèm khoảng tin cậy 95% (95% CI); giá trị p < 0,05 được xem là có ý nghĩa thống kê.

Đạo đức nghiên cứu: Trước khi tham gia, các đối tượng nghiên cứu được cung cấp đầy đủ thông tin về mục tiêu và nội dung nghiên cứu, đồng thời việc tham gia hoàn toàn dựa trên sự tự nguyện. Toàn bộ dữ liệu thu thập được chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học, được bảo mật và không phục vụ cho bất kỳ mục đích nào khác; đồng thời không gây ảnh hưởng đến sức khỏe cũng như quyền lợi của người tham gia.

KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung (n = 90)

Đặc điểm		n	%
Nhóm tuổi	20 - 39 tuổi	42	46,6
	40 - 59 tuổi	27	30,0
	≥ 60 tuổi	21	23,4
	Trung bình: 58,4 ± 23,8 tuổi		
Giới	Nam	54	60,0
	Nữ	36	40,0
Tiền sử VTC	Có	25	27,7
	Không	65	72,3

Phân bố theo độ tuổi cho thấy nhóm 20–39 tuổi chiếm ưu thế (46,6%), tiếp đến là nhóm 40–59 tuổi (30,0%) và nhóm ≥80 tuổi chiếm 23,4%. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 58,4 ± 23,8 tuổi. Tỷ lệ Nam chiếm đa số là 60%.

Bảng 2. Tình trạng dinh dưỡng (n = 90)

Tình trạng dinh dưỡng		n	%
SGA	SGA-A (không có nguy cơ SDD)	31	34,4
	SGA-B (nguy cơ SDD vừa)	48	53,3
	SGA-C (nguy cơ SDD nặng)	11	12,3
BMI	Suy dinh dưỡng (BMI<18,5)	32	35,5
	Bình thường (BMI 18,5 – 22,9)	41	45,5
	Thừa cân – béo phì (BMI ≥ 23,0)	17	19,0

Khi áp dụng công cụ SGA, tỷ lệ thuộc nhóm dinh dưỡng bình thường (SGA-A) là 34,4%, trong khi nhóm suy dinh dưỡng mức độ vừa và nặng (SGA-B và SGA-C) lần lượt chiếm 53,3% và 12,3%.

Tỷ lệ người bệnh có SDD theo BMI chiếm 35,5%, thừa cân – béo phì chiếm 19,0%.

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan giữa với tình trạng dinh dưỡng (n = 90)

Đặc điểm		SGA-A n = 31, %	SGA-B và SGA-C n = 59, %	OR (95%CI)	p
Tuổi	< 60 tuổi	26 (37,6)	43 (62,4)	1	0,16
	≥ 60 tuổi	5 (23,8)	16 (76,2)	1,1 (0,4 – 1,3)	
Giới	Nữ	19 (52,7)	17 (47,3)	1	**0,02**
	Nam	12 (22,2)	42 (77,8)	2,2 (0,8 – 3,2)	
BMI	Bình thường	15 (36,6)	26 (63,4)	1	
	Suy dinh dưỡng	7 (22,5)	25 (77,5)	1,2 (0,5 – 2,0)	0,09
	Thừa cân – béo phì	8 (50,0)	8 (50,0)	0,6 (0,2 – 1,1)	0,72
Bệnh đồng mắc	≤ 2 bệnh	18 (45,0)	22 (55,0)	1	**0,04**
	> 2 bệnh	13 (26,0)	37 (74,0)	1,5 (1,1 – 2,8)	
Tiền sử VTC	Không	21 (32,3)	44 (67,7)	1	0,63
	Có	10 (40,0)	15 (60,0)	0,7 (0,9 – 2,1)	
Uống rượu bia	Không	11 (32,3)	18 (67,7)	1	0,13
	Có	20 (32,7)	41 (67,3)	0,9 (1,3 – 2,4)	
Hút thuốc lá	Không	18 (56,2)	14 (43,8)	1	**0,01**
	Có	13 (22,4)	45 (77,6)	2,3 (1,5 – 3,9)	
Lối sống tĩnh tại	Không	13 (29,5)	31 (70,5)	1	0,59
	Có	18 (39,1)	28 (60,9)	0,8 (0,9 – 2,1)	

Qua bảng 3 nhận thấy, nguy cơ suy dinh dưỡng đánh giá theo thang điểm SGA ở những người bệnh ≥ 60 tuổi cao hơn 1,1 lần so với nhóm < 60 tuổi. Nam giới bị VTC có nguy cơ SDD cao hơn 2,2 lần so với nữ giới. Những đối tượng mắc > 2 bệnh có nguy cơ cao hơn 1,5 lần so với nhóm ≤ 2 bệnh. Người bệnh hút thuốc lá có nguy cơ cao hơn 2,3 lần so với những người không hút thuốc, các sự biệt này có ý nghĩa thống kê (OR 95% CI, p < 0,05).

Bảng 4. Hồi quy logistic đa biến các yếu tố liên quan đến nguy cơ suy dinh dưỡng SGA (n = 90)

Yếu tố	OR hiệu chỉnh (aOR)	95% CI	p
Tuổi ≥ 60	1,2	0,5 – 2,9	0,18
Nam	2,0	1,1 – 3,8	0,03
BMI suy dinh dưỡng	1,3	0,6 – 2,5	0,10
>2 bệnh đồng mắc	1,6	1,1 – 2,9	0,04
Hút thuốc lá	2,1	1,3 – 3,7	0,01

Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy một số yếu tố liên quan độc lập đến tình trạng SDD Cụ thể, nam giới có nguy cơ SDD cao hơn nữ giới 2,0 lần (aOR = 2,0; KTC 95%: 1,1–3,8; p = 0,03). Người bệnh có trên 2 bệnh đồng mắc có nguy cơ SDD cao hơn 1,6 lần so với nhóm ≤ 2 bệnh (aOR = 1,6; KTC 95%: 1,1–2,9; p = 0,04). Hút thuốc lá cũng là yếu tố liên quan độc lập, làm tăng nguy cơ SDD lên 2,1 lần (aOR = 2,1; KTC 95%: 1,3–3,7; p = 0,01).

BÀN LUẬN

Đặc điểm chung: Trong nghiên cứu này, 90 người bệnh VTC điều trị nội trú tại Khoa Cấp cứu Tiêu hóa, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 đã được đưa vào phân tích. Kết quả cho thấy nam giới chiếm 60,0%, trong khi nữ giới chiếm 40,0%. Phân bố theo độ tuổi cho thấy nhóm 20–39 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (46,6%), tiếp đến là nhóm 40–59 tuổi (30,0%), trong khi nhóm ≥ 80 tuổi chiếm 23,4%. Sự phân bố này phù hợp với đặc điểm dịch tễ của VTC được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu, trong đó nam giới thường chiếm tỷ lệ cao hơn, đặc biệt ở những quần thể có tỷ lệ sử dụng rượu và hút thuốc lá cao. Một nghiên cứu được thực hiện trên 445 người bệnh VTC tại Thổ Nhĩ Kỳ nhận thấy, độ tuổi trung bình VTC là 65 tuổi, các yếu tố nguy cơ liên quan đến rượu và thường ở nam giới chiếm đa số [6].

Tình trạng dinh dưỡng: SDD là vấn đề thường gặp ở người bệnh VTC, chủ yếu liên quan đến tình trạng rối loạn tiêu hóa, giảm hấp thu và biến đổi chuyển hóa trong quá trình bệnh. Các nghiên cứu cho thấy sụt cân và SDD là hậu quả của VTC và có thể ảnh hưởng đến tiên lượng bệnh. Những lý do chính bao gồm đau bụng, chán ăn, nôn, buồn nôn trong những ngày đầu trước khi nhập viện, dẫn đến tăng tỷ lệ trao đổi chất cơ bản và nhu cầu dinh dưỡng [7]. Kết quả đánh giá bằng thang điểm SGA cho thấy tỷ lệ người bệnh có tình trạng dinh dưỡng bình thường (SGA-A) là 34,4%, trong khi SDD mức độ vừa (SGA-B) và nặng (SGA-C) lần lượt chiếm 53,3% và 12,3%. Như vậy, tổng cộng 65,6% người bệnh thuộc nhóm SGA-B hoặc SGA-C. Đây là một tỷ lệ đáng chú ý, cho thấy SDD không chỉ xuất hiện ở một bộ phận nhỏ người bệnh VTC mà là vấn đề cần được quan tâm ngay trong giai đoạn điều trị nội trú. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Thantry (2022) thực hiện trên 64 người bệnh VTC tại Ấn Độ nhận thấy, có 72% có SDD ở mức trung bình và nặng theo thang điểm PG – SGA[8], có mức sụt cân ở thời điểm nhập viện so với thời điểm ra viện (p < 0,05). Giảm cân trong thời gian nằm viện chủ yếu là thường ở những ngày đầu do người bệnh VTC có chỉ định nhịn ăn hoàn toàn và chỉ được nuôi dưỡng thông qua đường tĩnh mạch. Nghiên cứu của Zahariev Ol (2024), thực hiện trên 1078 người bệnh VTC tại Hungary nhận thấy: khi sàng lọc tình trạng dinh dưỡng bằng thang điểm MUST (Malnutriton Universal Screening Tool) có 25% người bệnh có nguy cơ SDD vừa và nặng [9]. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi, sự khác biệt có thể liên quan đến nhiều yếu tố, trong đó có sự khác nhau về công cụ đánh giá. MUST chủ yếu là công cụ sàng lọc nguy cơ SDD, trong khi SGA là phương pháp đánh giá tổng hợp dựa trên tiền sử dinh dưỡng và thăm khám lâm sàng. Do đó, hai công cụ có thể nhận diện các mức độ và khía cạnh khác nhau của tình trạng suy dinh dưỡng. Bên cạnh SGA, nghiên cứu còn sử dụng chỉ số khối cơ thể (BMI) để đánh giá tình trạng dinh dưỡng. Kết quả cho thấy tỷ lệ SDD theo BMI là 35,5%, trong khi thừa cân và béo phì chiếm 19,0%. Nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Nam (2025) thực hiện trên 113 người bệnh VTC tại bệnh viện Đại

học Y Hà Nội thấy: có 15,9% có nguy cơ SDD theo thang điểm mNUTRIC (Modified NUTRIC Score); 8,9% SDD theo BMI [2]. Nguyên nhân tỷ lệ SDD trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn Nguyễn Hoàng Nam có thể là do tuổi, tuổi trung bình trung bình đối tượng nghiên cứu của tôi cao hơn 58,4 ± 23,8 tuổi so với 49,9 ± 13,2 tuổi, tuổi cao là một trong những yếu tố nguy cơ gây SDD, tuổi càng cao khả năng hấp thu các chất dinh dưỡng thấp, sức cơ giảm, khối lượng cơ bắp giảm, cùng với mắc kèm nhiều các bệnh mạn tính như đái tháo đường, tăng huyết áp, alzheimer…[10].

Một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng: Khi tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng, chúng tôi thấy: nam giới bị VTC có nguy cơ SDD cao hơn 2,2 lần so với nữ giới ($p < 0,05$). Các nguyên nhân là do, tỷ lệ nghiện rượu ở nam giới cao hơn nữ giới, rượu gây tổn thương tế bào tụy, giảm hấp thu chất dinh dưỡng. Cùng với đó nam giới có khối lượng cơ nhiều hơn nữ, khi cơ thể bị stress do VTC, cơ bị dị hóa và tiêu nhanh để tạo năng lượng [11]. Một nghiên cứu của Alexander Le (2023) được trích xuất dữ liệu từ năm 2008 đến năm 2014 trên 102.056 người bệnh VTC thấy, tỷ lệ nam giới SDD cao hơn nữ giới là 51% so với 49% [12].

Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm người bệnh mắc trên hai bệnh lý kèm theo có nguy cơ cao hơn khoảng 1,5 lần so với nhóm chỉ mắc hai bệnh. Thói quen hút thuốc lá được ghi nhận làm tăng nguy cơ khoảng 2,3 lần so với nhóm không hút; sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (OR, 95% CI; $p < 0,05$). Những người mắc nhiều bệnh lý khác nhau thường phải dùng nhiều loại thuốc, dễ gây tình trạng rối loạn tiêu hóa, tiêu chảy, giảm thèm ăn, viêm loét dạ dày, dẫn đến tình trạng giảm hấp thu. Cùng với đó tâm lý lo âu, căng thẳng khi mắc nhiều bệnh lý dẫn đến rối loạn giấc ngủ cũng là yếu tố nguy cơ gây SDD. Hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ gây viêm tụy cấp, nicotin trong khói thuốc gây tổn thương tế bào tụy, tăng tính nhạy cảm của tế bào tụy với yếu tố viêm, khi chức năng tụy yếu và viêm kéo dài sẽ dễ hình thành VTC. Một nghiên cứu tổng quan tài liệu của Yuhara (2014), tổng hợp kết quả từ 5 nghiên cứu quan sát đã thấy: hút thuốc lá gây tăng nguy cơ VTC gấp 1,74 lần so với những người không hút [13].

Hạn chế của nghiên cứu: Trong nghiên cứu cỡ mẫu chỉ là 90 người bệnh VTC, sự hạn chế về đối tượng nghiên cứu dẫn đến khó có thể thực hiện pilot test (thí điểm thử nghiệm) nhằm khảo sát sơ bộ tỷ lệ SDD trên đối tượng nghiên cứu.

KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 90 người bệnh VTC rút ra kết luận sau:

Tỷ lệ người bệnh có nguy cơ SDD cao, có mối liên quan giữa nguy cơ SDD với giới, các bệnh đồng mắc và hút thuốc lá.

Do số lượng người bệnh VTC đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn còn hạn chế, cỡ mẫu nghiên cứu chỉ gồm 90 người bệnh, nên chưa có điều kiện thực hiện nghiên cứu thí điểm (pilot test) trước khi triển khai nghiên cứu chính thức. Đề xuất, các nghiên cứu trong tương lai nên được thực hiện với cỡ mẫu lớn hơn và tại nhiều cơ sở y tế nhằm nâng cao tính đại diện và khả năng khái quát hóa kết quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Valverde LF, Wilcox CM, Redondo CE. Evaluation and management of acute pancreatitis in Spain. Gastroenterol Hepatol; 2018. 41(10):618-628. doi. 10.1016/j.gastrohep.2018.06.012

2. Duggan SN, Smyth ND, O'Sullivan M et al. The prevalence of malnutrition and fat-soluble vitamin deficiencies in chronic pancreatitis. Nutr Clin Pract; 2014. 29(3): 348-54. doi:10.1177/0884533614528361

3. Nguyễn Hoàng Nam. Thực trạng chăm sóc nuôi dưỡng người bệnh viêm tụy cấp tại bệnh viện Đại Học Y Hà Nội. Tạp chí Y học Việt Nam; 2025. 556 (1): 116-119. doi: 10.51298/vmj.v556i1.16263

4. Steenson J, Vivanti A, Isenring E. Inter - rater reliability of the Subjective Global Assessment: a systematic literature review. Nutrition; 2013. 29(1):350-352. doi: 10.1016/j.nut.2012.05.006

5. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. Lancet; 2004. 363(9403):157-63. doi:10.1016/s0140 6736(03)15268-3.

6. Akca S, Ocal S, Koc SG et al. Epidemiology of acute pancreatitis: the influence of age and gender in a regional population. BMC Gastroenterology; 2025. 25(1):627. doi:10.1186/s12876-025-04240-z.

7. Ioannidis O, Lavrentieva A, Botsios D. Nutrition support in acute pancreatitis; 2008. 9(4):375-90. doi: 10.12998/wjcc.v8.i9.1561.

8. Thantry AN, Urooj A, Nagappa DH. Screening of malnutrition using Patient-Generated Subjective Global Assessment tool and hand muscle strength in subjects with pancreatitis. Chronic Diseases and Translational Medicine; 2022. 8(04):314-321. doi: 10.1002/cdt3.48.

9. Zahariev OJ, Vámossy KL, Budai BC. Nutritional status of acute pancreatitis patients. Clinical Nutrition ESPEN; 2024. 63:1166-1167.

10. Volkert D, Visser M, Corish C, et al. Joint action malnutrition in the elderly (MaNuEL) knowledge hub: summary of project findings. European Geriatric Medicine; 2020. 11(1):169-177. doi: 10.1007/s41999-019-00264-3.

11. Hijazi M, Albuni MK, Bitar B, et al. Protein Calorie Malnutrition Effect on Clinical Outcomes And Resource Utilization in Patients Admitted with Acute Pancreatitis And Dyslipidemia. Journal of Clinical Lipidology; 2024. 18(4):e533-e534. https://doi.org/10.1016/j.jacl.2024.04.058.

12. Le A, Shaikh A, Ali M ET AL. Malnutrition Imparts Worse Outcomes in Patients Admitted for Acute Pancreatitis. Cureus; 2023. 15(3):e35822. doi:10.7759/cureus.35822. doi: 10.7759/cureus.35822

13. Yuhara H, Ogawa M, Kawaguchi Y ET AL. Smoking and risk for acute pancreatitis: a systematic review and meta-analysis. Pancreas; 2014. 43(8):1201-1207. doi: 10.1097/MPA.0000000000000176.