

Tình trạng táo bón và các yếu tố liên quan ở người bệnh tại Phòng Hồi sức tích cực, Khoa Nội - Hồi sức Thần kinh, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức năm 2023

Constipation and related factors among patients in ICU of Department of Neurology and Neuro Intensive Care, Viet Duc University Hospital

Nguyễn Thị Hào¹, Dương Minh Đức¹, Nguyễn Anh Tuấn¹, Phạm Thị Ngọc^{1,2}

¹ Khoa Nội – Hồi sức Thần kinh, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

² Khoa Điều dưỡng – Hộ sinh, Trường Đại học Y Hà Nội

Tác giả liên hệ

ThS. Phạm Thị Ngọc

Khoa Điều dưỡng – Hộ sinh, Trường Đại học Y Hà Nội

Khoa Nội – Hồi sức Thần kinh, Bệnh Viện Hữu Nghị Việt Đức

Email: phamngoc@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 17/5/2024

Ngày phản biện khoa học: 18/6/2024

Ngày duyệt bài: 24/6/2024

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng táo bón và các yếu tố liên quan ở người bệnh tại phòng Hồi sức tích cực, Khoa Nội – Hồi sức Thần kinh, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.

Phương pháp: Nghiên cứu thuần tập tiến cứu được thực hiện trên 104 người bệnh ICU. Tình trạng táo bón của người bệnh được xác định mốc thời gian 3 ngày liên tiếp không đi đại tiện kể từ khi nhập ICU.

Kết quả: Tỷ lệ táo bón của người bệnh ICU là 92,3%. Các yếu tố huyết áp, tình trạng bất động, điểm Glasgow và sử dụng Midazolam có liên quan có ý nghĩa thống kê với sự xuất hiện của táo bón ($p < 0,05$) trong đó huyết áp của người bệnh và tình trạng bất động dự đoán có ý nghĩa thống kê với tình trạng táo bón của người bệnh ($p < 0,05$).

Kết luận: Tỷ lệ táo bón của người bệnh ICU trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao. Táo bón là một trong những vấn đề ảnh hưởng rất lớn đến tình trạng người bệnh. Các biện pháp can thiệp sớm tập trung vào các yếu tố nguy cơ như huyết áp và tình trạng bất động sẽ giúp làm giảm tình trạng táo bón ở người bệnh.

Từ khóa: táo bón, yếu tố liên quan, người bệnh ICU.

ABSTRACT

Objective: Assess prevalence of constipation among ICU patients and related factor to constipation in Department of Neurology and Neuro Intensive Care, Viet Duc University Hospital.

Methodology: This is a prospective cohort study performed in 104 ICU patients. Patients had constipation if they have consecutive 3 days without passing stool after admission ICU.

Results: The prevalence of ICU patients had constipation were 92.3%. Related factors to patients' constipation were blood pressure, Glasgow Coma Score, mobility status, and using midazolam ($p < 0.05$); in which mobility status and using midazolam statistically significant predicted patients' constipation ($p < 0.05$).

Conclusion: The prevalence of constipation in ICU patients was considerably high. Constipation is one of the factors remarkably affect to patients. Early intervention focusing on risk factors such as mobility status and blood pressure might be helpful in reducing patients' constipation.

Keywords: constipation, related factors, ICU patients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Táo bón là một trong những vấn đề tiêu hóa thường gặp ở người bệnh đơn vị điều trị tích cực (ICU) được đặc trưng bởi tình trạng nhu động ruột không đạt yêu cầu do đi đại tiện không thường xuyên, khó đi đại tiện hoặc kết hợp cả hai. Các triệu chứng liên quan đến táo bón bao gồm phân cứng, rặn quá mức, đại tiện không thường xuyên, đầy hơi và đau bụng. Khi những triệu chứng này kéo dài hơn một tháng, táo bón được coi là mãn tính¹. Tỷ lệ táo bón ở người bệnh ICU được báo cáo khoảng 15 - 83%². Nghiên cứu của tác giả Guerra và cộng sự cho thấy tỷ lệ táo bón ở ICU là 72% và táo bón trong nghiên cứu này được định nghĩa là tình trạng không đại tiện trong 4 ngày sau khi nhập ICU². Nghiên cứu của tác giả Van và cộng sự cho thấy tỷ lệ đại tiện sau 6 ngày nhập ICU ở những bệnh nhân thở máy nguy kịch là 55%³. Bên cạnh đó, nghiên cứu của tác giả Nasar được thực hiện trên 106 bệnh nhân thở máy cho thấy 70% người bệnh có tình trạng táo bón và cần điều trị bằng thuốc nhuận tràng hoặc thụt⁴. Sự khác biệt về tỷ lệ táo bón giữa các nghiên cứu này là do không có một định nghĩa rõ ràng hoặc

sự đồng thuận về khái niệm táo bón. Các nghiên cứu trước đây thường sử dụng khoảng thời gian không đi đại tiện trong khoảng từ 3 đến 6 ngày⁵. Táo bón được định nghĩa là các giai đoạn 3 ngày⁶, 4 ngày⁷, hoặc 6 ngày liên tục không đi đại tiện⁸. Thời gian trung bình từ lúc nhập ICU đến lần đầu đại tiện trung bình khoảng 4,8 ngày và khoảng 6 ngày ở người bệnh có thở máy⁸.

Ở người bệnh ICU, táo bón là một bệnh đường tiêu hóa phổ biến ảnh hưởng đáng kể đến cá nhân và hệ thống chăm sóc sức khỏe⁹. Táo bón thường phối hợp với tình trạng khó cai máy¹⁰, tăng tỉ lệ nhiễm trùng⁸, không dung nạp dinh dưỡng qua đường ruột, chướng bụng¹¹, suy giảm chức năng các cơ quan, tăng thời gian nằm ICU và tăng tỉ lệ tử vong⁸. Các yếu tố liên quan đến tình trạng táo bón bao gồm hạn chế vận động, cung cấp dịch không đủ và thiếu chất xơ trong dinh dưỡng qua đường miệng, sử dụng thuốc ức chế thần kinh cơ, hạ huyết áp, hạ oxy máu, sử dụng thuốc an thần và opioids, thuốc co mạch.

Nhìn chung, việc theo dõi chức năng tiêu hóa hiện nay trong ICU thường hướng đến việc kiểm soát dịch tồn dư dạ dày và tiêu chảy, do đó thường bỏ qua tình trạng táo bón và những tác động của nó. Bên cạnh đó, các nghiên cứu về rối loạn đường tiêu hóa và tính chất của phân ở người bệnh ICU còn hạn chế vì hầu hết các nghiên cứu tập trung vào việc chậm đại tiện. Khoa Nội – Hồi sức Thần Kinh Bệnh Viện Hữu Nghị Việt Đức gồm 16 giường bệnh ICU, trong quá trình điều trị và chăm sóc người bệnh, chúng tôi thường thấy có sự xuất hiện của người bệnh chậm đại tiện, phân trở nên cứng, thời gian đại tiện kéo dài, phải sử dụng tác động cơ học hoặc thuốc thụt. Ngoài ra, người bệnh của chúng tôi cũng có những triệu chứng của đầy bụng, nôn, trào ngược, những người bệnh này sẽ bị hạn chế việc cho ăn do đó không đạt được mục tiêu dinh dưỡng hàng ngày. Tuy nhiên cho đến thời

diễn hiện tại ở Việt Nam nói chung cũng như ở Bệnh viện Việt Đức nói riêng vẫn chưa có nghiên cứu nào được tiến hành trên người bệnh ICU tập trung vào tình trạng táo bón của người bệnh. Xuất phát từ những lý do trên chúng tôi thực hiện đề tài ***“Tình trạng táo bón và các yếu tố liên quan ở người bệnh tại phòng Hồi sức tích cực, Khoa Nội – Hồi sức Thần kinh, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức năm 2023”*** với 2 mục tiêu:

- 1. Xác định tỷ lệ lưu hành táo bón của người bệnh điều trị tại phòng hồi sức tích cực, Khoa Nội – Hồi sức Thần kinh, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức năm 2023.
- 2. Xác định các yếu tố liên quan đến tình trạng táo bón của người bệnh điều trị tại phòng Hồi sức tích cực, Khoa Nội – Hồi sức Thần kinh, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức năm 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ 01/2023 đến 11/2023 (thời gian thu thập số liệu từ tháng 05/2023 đến tháng 10/2023).

Nghiên cứu được thực hiện tại Phòng hồi sức, Khoa Nội – Hồi sức Thần kinh, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn:
 - + Tất cả bệnh nhân vào điều trị nội trú tại phòng ICU.
 - + Điều trị tại ICU ≥ 7 ngày
- Tiêu chuẩn loại trừ:
 - + Bệnh nhân có phẫu thuật đường tiêu hóa
 - + Bệnh nhân có chỉ định nhịn ăn uống (chỉ nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch).
 - + Bệnh nhân chết não.
 - + Người nhà không đồng ý cho người bệnh tham gia vào nghiên cứu.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thuần tập tiến cứu.

2.4 Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Lấy mẫu toàn bộ, chọn toàn bộ người bệnh ICU thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn. Có 104 người bệnh thỏa mãn tiêu chuẩn được lựa chọn vào nghiên cứu.

2.5. Biến số nghiên cứu

Biến	Định nghĩa	Phân loại biến
Tuổi	Tính theo năm	Rời rạc
Giới	Nam, nữ	Nhị phân
Chẩn đoán	Chẩn đoán của người bệnh tại thời điểm nhập ICU	Liên tục
Dinh dưỡng trong 24h đầu sau nhập ICU	Bệnh nhân có được dinh dưỡng đường ruột trong vòng 24h đầu sau nhập ICU không	Nhị phân
Thông khí nhân tạo	Thông khí nhân tạo tại thời điểm nhập ICU	Nhị phân
Nồng độ Natri máu	Nồng độ Natri máu tại thời điểm nhập ICU	Nhị phân
Nồng độ Kali máu	Nồng độ Kali máu tại thời điểm nhập ICU	Liên tục
Huyết áp trung bình	Huyết áp trung bình tại thời điểm nhập ICU	Liên tục
Nhiệt độ	Nhiệt độ tại thời điểm nhập ICU	Liên tục
Điểm GCS	Thang điểm đánh giá người bệnh hôn mê	Rời rạc
Dinh dưỡng	Số lượng dinh dưỡng trong 1 ngày	Liên tục
Tình trạng bất động	Tình trạng bất động tại thời điểm nhập ICU	Định danh
Tình trạng táo bón	Có hay không có tình trạng táo bón trong quá trình nằm ICU. Tiêu chuẩn xác định táo bón trong nghiên cứu này được xác định là mốc thời gian 3 ngày không đi đại tiện kể từ khi nhập ICU	Nhị phân

2.6. Phân tích số liệu

SPSS 20.0 được sử dụng cho việc nhập và phân tích số liệu. Tất cả số liệu được nhập vào máy tính và kiểm tra cẩn thận, đảm bảo không có sai số. Giả thuyết của nghiên cứu được sử dụng để định hướng cho việc phân tích. Mức ý nghĩa thống kê được sử dụng cho các test thống kê là 0.05. Phân tích mô tả sẽ phân tích giá trị trung bình và độ lệch chuẩn cho các biến liên tục, tần số và phần trăm cho các biến phân loại. Mối liên quan giữa các biến độc lập với tình trạng táo bón được phân tích sử dụng thuật toán Chi-square, Fisher's exact test, Independent Sample T – test. Các biến có liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng táo bón sẽ được đưa vào mô hình hồi quy logistic để tìm ra các yếu tố dự đoán với tình trạng táo bón.

2.7. Quá trình thu thập số liệu

Sau khi đề cương nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng đạo đức – Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, nghiên cứu viên sẽ đào tạo cho người thu thập số liệu, đảm bảo tất cả người tham gia lấy số liệu đều hiểu về mục đích, phương pháp và quy trình lấy số liệu. Người thu thập số liệu là các điều dưỡng trưởng tua trực và Điều dưỡng có kinh nghiệm lâm sàng từ 3 năm trở lên được đào tạo về việc lấy số liệu. Sau khi được đào tạo, người thu thập số liệu sẽ lựa chọn những người tham

gia đáp ứng đủ các tiêu chí lựa chọn của nghiên cứu và thực hiện các cuộc phỏng vấn trực tiếp bao gồm giới thiệu bản thân với những người nhà người bệnh, giải thích mục đích và lợi ích của việc tham gia nghiên cứu, quyền lợi và yêu cầu sự đồng ý để tham gia vào nghiên cứu. Sau khi nhận được sự đồng ý của người nhà người bệnh, người nhà người bệnh sẽ ký vào các mẫu đơn đồng ý. Người thu số liệu sẽ tiến hành lấy số liệu trên người bệnh vào đầu mỗi ca làm việc buổi sáng theo phiếu khảo sát nghiên cứu. Quá trình thu số liệu sẽ dừng lại khi người bệnh xuất đủ 7 ngày điều trị hoặc người bệnh chuyển khỏi ICU, hoặc tử vong. Sau khi tất cả thông tin được thu thập, nghiên cứu viên sẽ mã hóa số liệu và nhập số liệu vào máy tính để chuẩn bị cho quá trình phân tích số liệu.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Để đảm bảo đạo đức nghiên cứu, chúng tôi thực hiện các công việc sau đây: Nghiên cứu được thực hiện sau khi được thông qua Hội đồng phê duyệt đề cương. Nghiên cứu viên tuân thủ quy trình thu thập số liệu, trung thực trong khi phân tích, xử lý số liệu, viết báo cáo và công bố kết quả.

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm chung của người bệnh

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của người bệnh (N = 104)

		Tần số (n)	Phần trăm (%)	Mean ± SD	Min	Max
Tuổi				43,49±18,80	11	87
Giới						
	Nam	84	80,8			
	Nữ	20	19,2			
Chẩn đoán						
	Nội khoa	2	1,9			
	Chấn thương	18	17,3			
	Phẫu thuật	84	80,8			

		Tần số (n)	Phần trăm (%)	Mean ± SD	Min	Max
Dinh dưỡng trong 24h đầu sau nhập ICU						
	Có	101	97,1			
	Không	3	2,9			
Thông khí nhân tạo						
	Có	96	92,3			
	Không	8	7,7			
Natri (mmol/L)				138,83 ± 5,20	128,5	155,7
Kali (mmol/L)				3,73 ± 0,57	2,51	6,61
Huyết áp (mmHg)				91,11 ± 7,2	72,0	120,0
Nhiệt độ (độ C)				38,01 ± 0,70	37,0	40,5
Điểm Glasgow				6,33 ± 1,17	4	11
Dinh dưỡng (ml sữa/soup)				739,42 ± 373,3	0	1500
Tình trạng bất động						
	Hoàn toàn	87	83,7			
	Rất hạn chế	17	16,3			

Nhận xét: Bảng 3.1 cho thấy tuổi trung bình của người bệnh là 43,49±18,80, trong đó đa số người bệnh là nam giới (80,8%). Về chẩn đoán, đa số người bệnh nhập ICU vì lí do sau phẫu thuật (80,8%), bệnh lý nội khoa chiếm tỉ lệ thấp nhất với 1,9%.

Có đến 97,1% người bệnh được dinh dưỡng ngay trong vòng 24h đầu sau nhập ICU. Hầu hết người bệnh đều có tình trạng thông khí nhân tạo khi nhập ICU (92,3%). Có đến 83,7% người bệnh có tình trạng bất động hoàn toàn tại thời điểm nhập ICU.

Nồng độ Natri và Kali trung bình lần lượt là

138,83 ± 5,20 và 3,73 ± 0,57 mmol/L. Huyết áp trung bình của người bệnh tại thời điểm nhập ICU là 91,11 ± 7,2 mmHg. Nhiệt độ trung bình của người bệnh là 38,01 ± 0,70. Điểm GCS trung bình tại thời điểm nhập ICU là 6,33 ± 1,17 với người bệnh có điểm Glasgow thấp nhất là 4 và cao nhất là 11. Số lượng sữa/soup trung bình của người bệnh ngày đầu tiên nhập ICU là 739,42 ± 373,3 trong đó vẫn có tình trạng người bệnh không được dinh dưỡng đường miệng trong ngày đầu nhập ICU.

3.2 Tình trạng táo bón

Bảng 3.2. Tình trạng táo bón (N = 104)

		Tần số (n)	Phần trăm (%)
Tình trạng táo bón			
	Có	96	92,3%
	Không	8	7,7%

Nhận xét: Có 96 người bệnh (chiếm 92,3%) có biểu hiện của tình trạng táo bón, chỉ có 8 người bệnh không có tình trạng táo bón (7,7%).

3.3. Các yếu tố liên quan đến tình trạng táo bón

Bảng 3.3. Các yếu tố liên quan đến tình trạng táo bón (N = 104)

		Có táo bón (n = 96)	Không táo bón (n=8)	Tổng (n=104)	p value
Tuổi (năm)		43,24 (18,30)	46,50 (25,37)	43,49 (18,80)	0,640
Giới					
	Nam	77 (80,21)	7 (87,5)	84 (80,77)	1,000
	Nữ	19 (19,79)	1 (12,5)	20 (19,23)	
Chẩn đoán					
	Nội khoa	2 (2,08)	0 (0,0)	2 (1,92)	0,683
	Chấn thương	16 (16,67)	2 (25,0)	18 (17,31)	
	Phẫu thuật	78 (81,25)	6 (75,0)	84 (80,77)	
Dinh dưỡng trong vòng 24h đầu sau nhập ICU					
	Có	93 (96,88)	8 (100,0)	101 (97,12)	1,000
	Không	3 (3,12)	0 (0,0)	3 (2,88)	
Thông khí nhân tạo					
	Có	90 (93,75)	6 (75,0)	96 (92,31)	0,115
	Không	6 (6,25)	2 (25,0)	8 (7,69)	
Natri		138,86 (5,22)	138,53 (5,24)	138,83 ± 5,20	0,863
Kali		3,74 (0,58)	3,56 (0,48)	3,73 ± 0,57	0,382
Huyết áp		89,99 (7,83)	96,88 (11,50)	91,11 ± 7,2	0,023
Nhiệt độ		38,04 (0,71)	37,69 (0,47)	38,01 ± 0,70	0,173
Điểm Glasgow		6,25 (1,11)	7,25 (1,49)	6,33 ± 1,17	0,019
Dinh dưỡng		746,88 (374,15)	650,0 (375,12)	739,42 ± 373,3	0,483
Tình trạng bất động					
	Hoàn toàn	84 (87,5)	3 (37,5)	87 (83,65)	0,003
	Rất hạn chế	12 (12,5)	5 (62,5)	17 (16,35)	
Fentanyl					
	Có sử dụng	86 (89,6)	5 (62,5)	91 (87,5)	0,06
	Không sử dụng	10 (10,4)	3 (37,5)	13 (12,5)	
Midazolam					
	Có sử dụng	89 (92,7)	5 (62,5)	94 (90,4)	0,028
	Không sử dụng	7 (7,3)	3 (37,5)	10 (9,6)	

Nhận xét: Bảng 3.3 cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về huyết áp trung bình, điểm Glasgow giữa nhóm người bệnh có táo bón và không có táo bón ($p < 0,05$). Có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng bất động, sử

dụng midazolam và tình trạng táo bón của người bệnh ($p < 0,05$).

Các yếu tố tuổi, giới, chẩn đoán, dinh dưỡng trong 24h đầu sau nhập ICU, nồng độ natri, kali, nhiệt độ, số lượng dinh dưỡng/ngày, và sử dụng

Fentanyl đều không có mối liên quan với tình trạng táo bón ($p > 0,05$).

3.4. Các yếu tố dự đoán tình trạng xuất hiện táo bón

Bảng 3.4. Logistic regression các yếu tố dự đoán táo bón ($N = 104$)

Biến	B	SE	Odds ratio	p
Huyết áp	-0,133	0,053	5,826	0,012
Điểm Glasgow	-0,243	0,405	0,075	0,548
Tình trạng bất động	-2,848	1,101	6,356	0,010
Sử dụng Midazolam	0,491	1,252	0,154	0,695

Nagelkerke's R^2 : 0,37

Nhận xét: Mô hình hồi quy logistic được sử dụng để đánh giá liệu các biến dự đoán gồm huyết áp, điểm Glasgow và tình trạng bất động và sử dụng Midazolam có dự đoán có ý nghĩa thống kê với tình trạng táo bón không. Bảng 3.4 cho thấy khi tất cả các biến này được xem xét cùng nhau thì biến huyết áp và tình trạng bất động dự đoán có ý nghĩa thống kê tình trạng táo bón. Độ phù hợp của mô hình hồi quy là 0,37 (Nagelkerke's R^2). Giá trị Hosmer-Lemeshow test là 9,452; $df = 8$, $p = 0,306$ cho thấy rằng giá trị dự đoán của mô hình không có sự khác biệt về mặt thống kê so với các giá trị quan sát.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tình trạng táo bón

Táo bón là một trong những tình trạng phổ biến ở người bệnh ICU. Mặc dù đã có những báo cáo về tỷ lệ táo bón khác nhau tuy nhiên đây có vẻ như là một vấn đề rất phổ biến. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ người bệnh có tình trạng táo bón khá cao với 92,3%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Antonio năm

2009 về đánh giá tỷ lệ táo bón và các yếu tố nguy cơ của táo bón ở những bệnh nhân ICU với tỷ lệ táo bón được tìm thấy là 69,9%¹². Nghiên cứu của tác giả Gaucouin năm 2010 cho thấy tỷ lệ táo bón ở người bệnh thở máy lâu dài là 58%⁸. Một nghiên cứu khác của tác giả Guera năm 2013 cho thấy tỷ lệ táo bón là 72%². Sự khác biệt về tỷ lệ táo bón trong nghiên cứu của chúng tôi so với các nghiên cứu khác có thể là do các định nghĩa khác nhau về táo bón được các nhà nghiên cứu khác nhau áp dụng. Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng giá trị cut off là 3 ngày để xác định tình trạng táo bón, tuy nhiên một số nghiên cứu khác sử dụng giá trị ngưỡng là 3 ngày hoặc 4 ngày^{2,5,8}. Bên cạnh đó, điều đáng chú ý là các nghiên cứu này chỉ tập trung vào thời gian cần thiết để đi đại tiện mà không tập trung vào thời gian nằm viện ban đầu. Nếu định nghĩa được áp dụng cho toàn bộ thời gian nằm viện thì tỷ lệ mắc có thể sẽ cao hơn nhiều. Hơn nữa, định nghĩa này không bao gồm táo bón như một sự phản ánh của rối loạn chức năng cơ quan, điều này sẽ có mối tương quan cao hơn với kết quả của người bệnh. Ngoài ra sự khác biệt về địa điểm tiến hành nghiên cứu, các phương pháp được sử dụng để đánh giá sự xuất hiện của táo bón và sự mâu thuẫn trong việc sử dụng thuật ngữ, khó khăn trong việc phân biệt tình trạng táo bón và chậm đại tiện. Những thách thức này cùng với việc thiếu phương pháp thu thập dữ liệu đã làm tăng thêm sự khác biệt lớn về tỷ lệ táo bón.

4.2. Các yếu tố liên quan đến tình trạng táo bón

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy huyết áp có liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng xuất hiện táo bón, trong đó nhóm có tình trạng táo bón có huyết áp trung bình thấp hơn nhóm không xuất hiện táo bón. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả của một số nghiên cứu khác^{8,13}. Điểm GCS trung bình của người bệnh trong nghiên cứu của chúng

tôi là khá thấp $6,33 \pm 1,17$ cho thấy người bệnh có vấn đề tổn thương thần kinh khá nặng. Glasgow có liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng táo bón, trong đó nhóm có tình trạng táo bón có điểm Glasgow thấp hơn nhóm không xuất hiện táo bón.

Dựa trên các báo cáo chứng minh mối liên quan giữa dinh dưỡng qua đường tiêu hóa sớm/muộn và tỷ lệ tử vong, tỷ lệ mắc bệnh nhiễm trùng và thời gian nằm viện ICU, ASPEN khuyến nghị bắt đầu nuôi dưỡng qua đường tiêu hóa cho người bệnh ICU trong vòng 24–48 giờ sau khi nhập viện¹⁴, trong nghiên cứu của chúng tôi có tới 97,12% người bệnh được dinh dưỡng trong vòng 24h đầu sau nhập ICU, tuy nhiên dinh dưỡng sớm qua đường ruột không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng táo bón. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Guerra². Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của tác giả chỉ ra dinh dưỡng sớm qua đường ruột có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng táo bón¹². Ở những người bệnh có tình trạng bệnh nặng, việc bắt đầu nuôi dưỡng qua đường ruột sớm thường bị ngăn cản do suy giảm nhu động do nhiều nguyên nhân khác nhau như thiếu oxy và hạ huyết áp, những yếu tố nguy cơ đã được xác định trước đây dẫn đến đại tiện muộn⁸. Mặc dù nuôi dưỡng sớm qua đường ruột không phải lúc nào cũng dễ dàng, đặc biệt ở những bệnh nhân bị bệnh nặng, thời điểm nuôi dưỡng qua đường ruột ban đầu trở nên đặc biệt quan trọng. Loại, liều lượng và tỷ lệ dinh dưỡng qua đường ruột cũng ảnh hưởng đến tình trạng táo bón của người bệnh. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy lượng dinh dưỡng qua đường ruột không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng táo bón. Hầu hết người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi được cung cấp dinh dưỡng qua đường ruột liên tục qua ống thông dạ dày. Nồng độ chất dinh dưỡng được giữ ở mức thấp ngay từ đầu, tổng

lượng năng lượng và tốc độ cho ăn qua đường ruột được duy trì ở mức 20–25 kcal/trọng lượng cơ thể lý tưởng (kg)/ngày. Tuy nhiên, lượng dinh dưỡng trung bình người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi nhận được khá thấp, bên cạnh đó sự đa dạng của chế độ ăn uống được áp dụng cho người bệnh trong nghiên cứu, chúng tôi không thể đánh giá được mối liên quan giữa chất lượng dinh dưỡng qua đường ruột và khả năng đại tiện.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tình trạng bất động có liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng táo bón. Hầu hết người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi có tình trạng hạn chế hoàn toàn (83,65%) và rất hạn chế vận động (16,35%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả của một số nghiên cứu khác¹⁵. Bên cạnh đó, hầu hết người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi được dùng thuốc an thần Midazolam, và việc sử dụng Midazolam có liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng táo bón ($p < 0,05$). Việc sử dụng an thần liên tục có ảnh hưởng xấu đến chức năng tiêu hóa và ức chế nhu động ruột¹⁶. Hơn nữa, việc sử dụng thuốc an thần liên tục cũng ức chế các hoạt động cơ thể của bệnh nhân trong vài ngày và có liên quan đến tỷ lệ táo bón cao.

Kết quả nghiên cứu cho thấy không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng thông khí nhân tạo và táo bón ở người bệnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Guerra và tác giả Launey^{2,13}, tuy nhiên kết quả nghiên cứu của tác giả lại chỉ ra có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng táo bón và thông khí nhân tạo với việc chỉ ra thông khí nhân tạo càng dài thì tỉ lệ táo bón càng cao⁸. Ngoài ra các yếu tố tuổi, giới, chẩn đoán lúc nhập ICU không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng táo bón. Kết quả nghiên cứu này cũng tương đồng với một số nghiên cứu khác^{2,8,12,13}.

4.3. Yếu tố dự đoán tình trạng táo bón

Các yếu tố huyết áp, điểm Glasgow, và tình trạng bất động và sử dụng Midazolam được đưa vào mô hình hồi quy cho thấy huyết áp và tình trạng bất động dự đoán có ý nghĩa thống kê với tình trạng táo bón ($p < 0,001$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Morad¹⁵. Tình trạng táo bón có thể được giải thích là do việc thiếu hoạt động, việc ít vận động và bất động là yếu tố nguy cơ gây táo bón, đặc biệt khi liên quan đến tình trạng bệnh lý thần kinh. Do đó, có vẻ hợp lý khi cho rằng hoạt động thể chất có tác dụng bảo vệ chống táo bón, điều này đã được chứng minh bằng bằng chứng từ các nghiên cứu trước đây ở người lớn bị bại não và các bệnh thần kinh nguyên phát khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Scott, S.M., et al., *Chronic constipation in adults: Contemporary perspectives and clinical challenges. 1: Epidemiology, diagnosis, clinical associations, pathophysiology and investigation*. 2021. **33**(6): p. e14050.
2. Guerra, T.L., S.S. Mendonça, and N.G. Marshall, *Incidence of constipation in an intensive care unit*. Rev Bras Ter Intensiva, 2013. **25**(2): p. 87-92.
3. van der Spoel, J.I., et al., *Influence of severity of illness, medication and selective decontamination on defecation*. Intensive Care Med, 2006. **32**(6): p. 875-80.
4. Nassar, A.P., Jr., F.M. da Silva, and R. de Cleva, *Constipation in intensive care unit: incidence and risk factors*. J Crit Care, 2009. **24**(4): p. 630 e9-12.
5. Azevedo, R.P., et al., *Intestinal constipation in intensive care units*. Rev Bras Ter Intensiva, 2009. **21**(3): p. 324-31.
6. McPeake, J., H. Gilmour, and G. MacIntosh, *The implementation of a bowel management protocol in an adult intensive care unit*. Nurs Crit Care, 2011. **16**(5): p. 235-42.
7. Patanwala, A.E., et al., *Pharmacologic management of constipation in the critically ill patient*. Pharmacotherapy, 2006. **26**(7): p. 896-902.
8. Gacouin, A., et al., *Constipation in long-term ventilated patients: associated factors and impact on intensive care unit outcomes*. Crit Care Med, 2010. **38**(10): p. 1933-8.
9. Werth, B.L., et al., *Defining constipation to estimate its prevalence in the community: results from a national survey*. 2019. **19**: p. 1-7.
10. Spodniewska, E. and A. Guha, *Constipation in critically ill patients and its relationship to feeding and weaning from respiratory support*. Critical Care, 2013. **17**(2): p. P241.
11. Masri, Y., J. Abubaker, and R. Ahmed, *Prophylactic use of laxative for constipation in critically ill patients*. Ann Thorac Med, 2010. **5**(4): p. 228-31.
12. Nassar, A.P., F.M.Q. da Silva, and R. de Cleva, *Constipation in intensive care unit: Incidence and risk factors*. Journal of Critical Care, 2009. **24**(4): p. 630. e9-630.e12.
13. Y. Launey, et al., *Factors associated with time to defecate and outcomes in critically ill patients: a prospective, multicentre, observational study*. Anaesthesia, 2020. **76**.
14. McClave, S.A., et al., *Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.)*. JPEN J Parenter Enteral Nutr, 2009. **33**(3): p. 277-316.
15. Morad, M., et al., *Prevalence and risk factors of constipation in adults with intellectual disability in residential care centers in Israel*. Res Dev Disabil, 2007. **28**(6): p. 580-6.
16. Ueki, T., et al., *Case-controlled study on risk factors for the development of constipation in hospitalized patients*. Yakugaku Zasshi, 2011. **131**(3): p. 469-76.