



Thực Phẩm Dùng Cho Chế Độ Ăn Đặc Biệt:

Hỗn Hợp Dinh Dưỡng Công Thức 1- Hương Bạc Hà Sô cô la

(Food For Special Dietary Uses: Formula 1 Nutritional Shake Mix - Mint Chocolate)

Hỗn Hợp Dinh Dưỡng Công Thức 1 (Shake): cung cấp sự cân bằng protein và chất dinh dưỡng một cách phù hợp. Mỗi hỗn hợp chứa 21 vitamin, khoáng chất, chất chống ôxi hóa và chất xơ. Mỗi khẩu phần Hỗn Hợp Dinh Dưỡng Công Thức 1 chỉ có 90 calo và khi pha với 240ml sữa không béo thì hỗn hợp này cũng chỉ có 170 calo. Thường thức sản phẩm này cho bữa sáng, bữa trưa hay bữa tối giúp bạn có sức khỏe tốt.

Công dụng:

Hỗ trợ cung cấp sự cân bằng protein và dinh dưỡng, hỗ trợ giúp sức khỏe tốt và kiểm soát cân nặng.

Hướng dẫn sử dụng:

Lắc nhẹ hộp trước khi sử dụng. Pha hoặc khuấy 2 thìa đầy (26g) của Hỗn Hợp Dinh Dưỡng Công Thức 1 với 240ml sữa không béo hoặc sữa đậu nành. Để có một bữa ăn đầy đủ, thêm 28g trái cây tươi và thưởng thức.

Đối tượng sử dụng:

Người trưởng thành (từ 18 tuổi trở lên) muốn có sức khỏe tốt và kiểm soát cân nặng.

Lưu ý:

- Trước khi bắt đầu chương trình giảm cân, bạn nên tham khảo ý kiến tư vấn của bác sĩ. Một chương trình giảm cân lành mạnh nên bao gồm lượng calo vừa phải đưa vào cơ thể, chế độ dinh dưỡng cân bằng và thể dục đều đặn;
- Sản phẩm chứa đậu nành, lúa mì và các chế phẩm từ sữa.

Bảo quản:

Đóng nắp chặt và để nơi khô, mát.

Thông Tin Dinh Dưỡng

Khẩu phần : 26g (2 thìa)
Số khẩu phần trong mỗi hộp : 22

Thông tin dinh dưỡng trong mỗi khẩu phần

Calo	90 Kcal	
Calo từ chất béo	9,4 Kcal	
Tổng chất béo	1 g	
Chất béo bão hòa	0 g	
Chất béo trans	0 g	
Cholesterol	0 mg	
Natri	95 mg	
Kali	237 mg	
Tổng Carbohydrate	12,5 g	
Chất xơ	3,25 g	
Đường	8,5 g	
Protein	9,3 g	
		% RNI(*)
Vitamin A	468 mcg RE	85%
Vitamin C	16,5 mg	24%
Vitamin D3	3,0 mcg	30%
Vitamin E	6,2 mg α-TE	52%
Vitamin B1	0,5 mg	42%
Vitamin B2	0,5 mg	42%
Vitamin B3	6,25 mg NE	42%
Vitamin B6	0,62 mg	48%
Acid Folic	120 mcg	30%
Vitamin B12	1,9 mcg	79%
Biotin	84 mcg	†
Acid Pantothenic	3,5 mg	†
Canxi	85 mg	12%
Sắt	3,4 mg	16%
Phốt pho	125 mg	18%
Magnesi	49 mg	24%
Kẽm	5,1 mg	142%
Selen	20 mcg	67%
Đồng	0,61 mg	†
Crôm	15 mcg	†
Molybden	20 mcg	†

(*) Bảng khuyến nghị nhu cầu dinh dưỡng Việt Nam ban hành kèm theo Thông tư 43/2014/TT-BYT, tính toán dựa trên khuyến nghị nhu cầu dành cho người trưởng thành.

(†) RNI: Vietnam không thiết lập.

THÀNH PHẦN: Protein Đậu Nành Phân Lập (39%) (Biến Đổi Gen), Đường Fructose, Bột Lúa Mỳ, Bột Cellulose, Bột Bắp, Đường, Gôm Gừa (Chất Làm Dầy), Dầu Canola, Kali Clorid, Hương Bạc Hà Sôcôla Tự Nhiên, Canxi Caseinate, Casein, Dicalci Phosphat, Chất Xơ Từ Gạo, Lecithin Từ Đậu Nành (Chất Nhũ Hóa), Bột Ca Cao, Carrageenan (Chất Làm Dầy), Triglycerit Chuối Trung Bình, DL-Methionine, Inulin, Magnesi Oxyd, Dyoxyd Silic Vô Định Hình (Chất Chống Đông Vón), DL-Alpha Tocopheryl Acetat, Acid Ascorbic, Bột Hạt Cây Mạ Đẻ, Bột Củ Gừng, Pectin Từ Ho Cam Quýt, Men Protease Chiết Xuất Từ Aspergillus niger Và Aspergillus oryzae (Từ Aminogen®), Bột Mát Ong, Sucralose (Chất Tạo Ngọt), Muối, Natri Hydro Carbonat (Chất Tạo Xốp), Biotin, Bột Quả Đu Đủ, Bột Quả Lựu, Bột Quả Việt Quất, Natri Selenite, Natri Molybdate, Beta Caroten, Niacinamid, Sắt Fumarat, Kẽm Oxyd, Đồng Gluconat, Canxi D-Pantothenat, Bromelain, Bột Papain, Cyanocobalamin, Sunset Yellow FCF (Phẩm Màu Tổng Hợp), Cholecalciferol, Acid Folic, Crôm Clorid, Brilliant Blue FCF (Phẩm Màu Tổng Hợp), Pyridoxin Hydrochlorid, Thiamin Mononitrat, Riboflavin.

Thực phẩm này không phải là thuốc và không có tác dụng thay thế thuốc chữa bệnh

Nhập khẩu, phân phối và chịu trách nhiệm về chất lượng sản phẩm:

CÔNG TY TNHH MTV HERBALIFE VIỆT NAM

26 Trần Cao Vân, Phường Võ Thị Sáu, Quận 3, Thành phố Hồ Chí Minh

Xuất xứ: Hoa Kỳ



Y HỌC
CỘNG ĐỒNG

Vol. 64, Special Issue 10, 2023

ISSN 2354-0613

TẠP CHÍ

Y HỌC CỘNG ĐỒNG

VIETNAM JOURNAL OF COMMUNITY MEDICINE

SỐ CHUYÊN ĐỀ

KỶ NIỆM 10 NĂM ĐÀO TẠO
CỬ NHÂN DINH DƯỠNG
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI



Vol. 64, Special Issue 10, 2023



Editor-in-Chief

Le Bach Quang - Vietnam Institute of Community Health

Deputy Editor-in-Chief

Tran Quoc Thang - Vietnam Institute of Community Health

Advisory Editorial Board

- Nguyen Thi Kim Tien - Ministry of Health, Vietnam
Pham Thanh Ky - Hanoi University of Pharmacy, Vietnam
Dao Van Dung - Vietnam Institute of Community Health
Pham Ngoc Dinh - National Institute of Hygiene and Epidemiology, Vietnam
Hoang Nang Trong - Thai Binh University of Medicine and Pharmacy, Vietnam
Le Gia Vinh - Vietnam Medical Association
Do Tat Cuong - Vin University, Vietnam
Dang Tuan Dat - Buon Ma Thuot University, Vietnam
Pham Van Thuc - Hai Phong University of Medicine and Pharmacy, Vietnam
Luong Xuan Hien - Thai Binh University of Medicine and Pharmacy, Vietnam
Nguyen Duc Trong - Thang Long University

Editors

- Pham Ngoc Chau - Vietnam Institute of Community Health
Nguyen Ngoc Chau - 108 Military Central Hospital, Vietnam
Vu Binh Duong - Vietnam Military Medical University
Pham Van Dung - Thong Nhat General Hospital, Dong Nai, Vietnam
Tran Van Huong - Thang Long University, Vietnam
Dang Duc Nhu - Ministry of Health, Vietnam
Phan Van Tuong - Hanoi University of Public Health, Vietnam
Ngo Van Toan - Hanoi Medical University, Vietnam
Nguyen Anh Tuan - Vietnam Military Medical University
Pham Trung Kien - University of Medicine and Pharmacy - Vietnam National University, Hanoi
Pham Van Thao - Vietnam Institute of Community Health
Nguyen Van Ba - Vietnam Military Medical University
Nguyen Sinh Hien - Hanoi Heart Hospital, Vietnam
Nguyen Xuan Bai - Thai Binh University of Medicine and Pharmacy, Vietnam
Vu Van Du - National Hospital of Obstetrics and Gynecology, Vietnam
Thai Doan Ky - 108 Military Central Hospital, Vietnam
Dinh Ngoc Sy - Vietnam Medical Association
Le Dinh Thanh - Thong Nhat Hospital, Vietnam
Nguyen Linh Toan - Vietnam Military Medical University
Nguyen Ngo Quang - Ministry of Health, Vietnam
Do Van Minh - Hanoi Medical University, Vietnam
Nguyen Thanh Chung - National Institute of Hygiene and Epidemiology, Vietnam
Cao Ba Loi - National Institute of Malariology, Parasitology and Entomology, Vietnam

Secretary

- Nguyen Van Chuyen - Vietnam Military Medical University
Nguyen Thai Duc - Ministry of Health, Vietnam
Pham The Thach - Bach Mai Hospital, Vietnam
Dao Thi Mai Huong - National Children's Hospital, Vietnam
Ngo Thi Tam - Dai Nam University, Vietnam
Phan Hai - Vietnam National University, Hanoi, Vietnam

Email: tapchihcd@gmail.com Telephone: (+84) 24 3762 1898

Publication Information

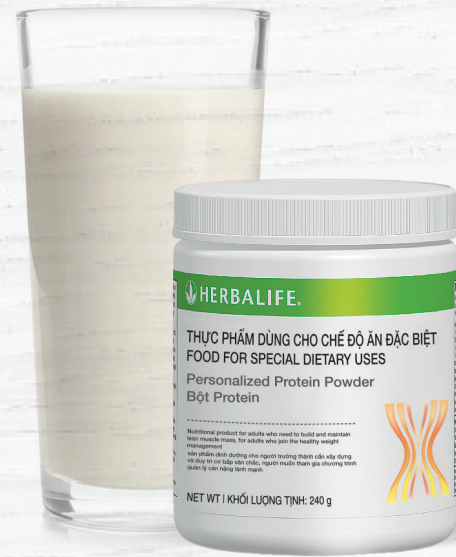
The Vietnam Journal of Community Medicine (VJCM) is a fully open access journal publishing double-blinded peer-reviewed publication, which offers the Original Articles, Review Article, Case Report, and Short Communication dealing with: preventive medicine, health manpower, disease prevention, health care services, health promotion, and health insurance programs.

VJCM publishes bimonthly by the Institute of Community Health. As a fully open access publication, the journal will provide maximum exposure for published articles, making the research available to all to read and share. A corresponding print version is also available.

Any suitable manuscript followed the journal's scope and author guideline will be undergone double-blinded peer-reviewed by at least one independent expert in the field. The Handling Associate Editors make an editorial decision, which is subject to endorsement by the Editor-in-Chief.

Further Information is available through the journal website: https://tapchihcd.vn

Publication Permit No. 229/GP-BTTTT issued on June 19, 2013. Printed at Tan Hue Hoa Printing House, Phuc Dien ward, Bac Tu Liem district, Hanoi, Vietnam. Legal Deposit: November 2023



Thực Phẩm Dùng Cho Chế Độ Ăn Đặc Biệt: Bột Protein (Food For Special Dietary Uses: Personalized Protein Powder)

Công dụng:

Sản phẩm Bột Protein giúp xây dựng và duy trì cơ bắp săn chắc, có thể được kết hợp sử dụng với Hỗn Hợp Dinh Dưỡng Công Thức 1 Herbalife® hỗ trợ tăng cường kiểm soát cơn đói và cung cấp năng lượng kéo dài.

Hướng dẫn sử dụng:

1 thìa (1 phần ăn) cung cấp 5g protein. Dùng từ 1 đến 4 lần mỗi ngày. Có thể trộn với Hỗn Hợp Dinh Dưỡng Công Thức 1 của Herbalife® hoặc pha với những loại thực phẩm và đồ uống khác như ngũ cốc, sữa chua, nước cốt và súp.

Đối tượng sử dụng:

Phù hợp với người trưởng thành và người muốn tham gia chương trình quản lý cân nặng lành mạnh. Đây chính là một phần của chương trình quản lý cân nặng bao gồm chế độ dinh dưỡng cân bằng và việc tập luyện thể dục thường xuyên.

Lưu ý:

- Sản phẩm chứa đậu nành và các chế phẩm từ sữa;
Nên tham khảo ý kiến tư vấn của chuyên gia dinh dưỡng trước khi sử dụng. Sản phẩm có chứa đậu nành sử dụng công nghệ chuyển gen.

Bảo quản:

Đóng nắp chặt và để nơi khô, mát.

Thông Tin Dinh Dưỡng

Khẩu phần : 6g (1 thìa)
Số khẩu phần trong mỗi hộp : 40
Thông tin dinh dưỡng trong mỗi khẩu phần

Table with 2 columns: Nutrient and Amount. Includes Calo, Tổng chất béo, Cholesterol, Natri, Kali, Protein.

THÀNH PHẦN: Protein Đậu Nành Phân Lập (93%) (Biến Đổi Gen), Whey Protein Cô Đặc, Hương Kem vani Tự Nhiên, Dioxyd Silic Vô Định Hình (Chất Chống Đông Vón)

Thực phẩm này không phải là thuốc và không có tác dụng thay thế thuốc chữa bệnh

Chịu trách nhiệm về chất lượng sản phẩm: CHI NHÁNH CÔNG TY TNHH MTV HERBALIFE VIỆT NAM, Tầng 03, Tòa nhà Artemis, Số 3 Lê Trọng Tấn, phường Khương Mai, Quận Thanh Xuân, Thành phố Hà Nội, Việt Nam. Xuất xứ: Hoa Kỳ



CONTENTS

1. **Đánh giá dịch tồn dư dạ dày ở người bệnh nuôi dưỡng qua ống thông điều trị tại khoa Hồi sức tích cực - Chống độc Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn** 1
Evaluation of gastric residual volume inpatient use tube feeding treatment at intensive Care - Poison Control Department, Saint Paul Hospital
Trần Minh Anh, Nguyễn Thị Hương Lan, Vũ Thị Hà, Nguyễn Đăng Hưng, Nguyễn Thị Thu Huyền, Lê Văn Lượng, Lê Hoài Thương
2. **Hoạt động chức năng cơ bản hàng ngày và một số yếu tố liên quan trên người cao tuổi ở một trung tâm dưỡng lão tại thành phố Hà Nội** 9
Basic daily functional activities and some related factors in the elderly in a residents center in Hanoi city
Nguyễn Thùy Linh, Ninh Thị Oanh, Lê Hương Giang, Phạm Thị Tuyết Chinh, Nguyễn Thị Ngọc Lan
3. **Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của người bệnh đái tháo đường típ 2 điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2023** 17
Nutritional status and associated factors in type 2 diabetes patients at Hanoi Medical University Hospital in 2023
Hà Văn Sơn, Dương Thị Phương, Nguyễn Thị Thảo, Lê Thị Hương
4. **Tình trạng dinh dưỡng, sức mạnh cơ của người bệnh ung thư dạ dày trước và sau phẫu thuật tại Bệnh viện K năm 2023** 25
Nutritional status and muscle strength of gastric cancer patients before and after surgery at the National Cancer Hospital in 2023
Nguyễn Thị Đình, Hoàng Việt Bách, Nguyễn Thị Thanh Hòa, Nguyễn Thị Dung, Nguyễn Đức Diệu, Nguyễn Thị Hồng Tiến, Lê Thị Hương
5. **Hiệu quả bổ sung dung dịch Maltodextrin đường uống lên mức độ đói khát trên người bệnh phẫu thuật cắt túi mật nội soi** 33
Effectiveness of oral Maltodextrin supplementation on preoperative hunger and thirst levels in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy
Nguyễn Thị Hà Thu, Nguyễn Thùy Linh
6. **Khả năng đáp ứng các mục tiêu dinh dưỡng khi sử dụng công thức đường ruột giàu Peptide ở người bệnh nuôi dưỡng qua ống thông** 41
Ability to meet enteral nutritional needs with a Peptide-rich formula in patient's feeding tube
Nguyễn Thị Hương Lan, Lê Thị Hương, Đặng Kim Anh, Trần Minh Anh, Nguyễn Thành Tiến, Nguyễn Thị Hiền, Nguyễn Huy Bình
7. **Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của sinh viên năm thứ nhất và năm thứ ba tại trường Đại học Y Hà Nội năm 2023** 49
Nutritional status and some associated factors of students in first and third years at Hanoi Medical University in 2023
Trịnh Thanh Tân, Tạ Đăng Quang, Trần Thị Quỳnh Trang, Nguyễn Thùy Linh, Vũ Phạm Kim Chi, Đỗ Việt Hải Nam, Bùi Huyền Trang, Nguyễn Quỳnh Trang, Nguyễn Thị Thu Hà
8. **Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An năm 2022 - 2023** 57
Nutritional status and some related factors of hepatocellular carcinoma at Nghe An Oncology Hospital in 2022-2023
Nguyễn Thị Tuyết, Lê Thị Hương

9. **Tác động của đại dịch Covid-19 tới sức khỏe tâm thần của nhân viên y tế năm 2021-2022** 66
The impact of the Covid-19 pandemic on the mental health of healthcare workers in 2021-2022
Nguyễn Thanh Thảo, Lê Thị Thanh Xuân, Nguyễn Ngọc Anh, Triệu Thị Thu Trang, Nguyễn Hữu Đức Anh
10. **Hội chứng chuyển hóa của người trưởng thành đến khám tại Viện Dinh dưỡng năm 2022-2023** 75
Prevalence of metabolic syndrome among adults examination the national institute of nutrition in 2022-2023
Đoàn Thị Hương, Nguyễn Trọng Hưng, Nguyễn Thùy Linh
11. **Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở người bệnh suy tim tại Khoa Nội tim mạch, Bệnh viện hữu nghị Việt Nam - Cuba Đồng Hới năm 2022 - 2023** 82
Nutritional status and some related factor in heart failure patients in the Cardiovascular Department, friendly Hospital of Vietnam-Cuba Dong Hoi in 2022-2023
Dương Thùy Chi, Lê Thị Hương
12. **Thực trạng an toàn vệ sinh thực phẩm tại bếp ăn tập thể của một số bệnh viện tại Hà Nội năm 2020** 91
Status of food safety and hygiene in collective kitchen of some hospitals in Hanoi in 2020
Nguyễn Thị Thu Hà, Trịnh Bảo Ngọc, Trần Ngọc Tú
13. **Đặc điểm nồng độ Vitamin D huyết thanh trên bệnh nhân mắc bệnh lý hô hấp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội** 100
Characteristics of serum Vitamin D concentrations in patients with some respiratory diseases at Hanoi Medical University Hospital
Lưu Văn Thái, Nguyễn Đức Tuấn, Nguyễn Thị Ngọc Lan
14. **Tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần thực tế của phụ nữ mang thai điều trị nội trú tại Khoa Sản bệnh lý Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2023** 108
Nutritional status and actual diet of pregnant women receiving inpatient treatment at the Obstetric Pathology Department of national Hospital of Obstetric and Gynecology
Nguyễn Thị Thu Liễu, Phạm Thùy Linh
15. **Suy dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của trẻ dưới 5 tuổi bị nhiễm khuẩn hô hấp cấp tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Cam Ranh** 115
Undernutrition status and some related factors of children under 5 years old with acute respiratory infections at Cam Ranh regional Hospital
Đỗ Nam Khánh, Trần Lê Hồng Giang, Lê Quang Vinh, Nguyễn Thị Hồng Thắm, Nguyễn Thùy Linh, Phạm Văn Phú
16. **Kiến thức dinh dưỡng của bà mẹ có con 6-23 tháng tuổi đến khám tại phòng khám - tư vấn dinh dưỡng và tiêm chủng, Viện đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng** 123
Nutritional knowledge of mothers with children 6-23 months old who come for examination at the clinic - nutritional consultation and vaccination, School of Preventive Medicine and Public Health
Phan Quốc Anh, Phạm Đức Minh, Nguyễn Thị Hương Lan
17. **Tỷ lệ thừa cân-béo phì và các yếu tố liên quan của trẻ 2 đến dưới 5 tuổi tại quận 1, thành phố Hồ Chí Minh năm 2022** 130
Overweight-obesity prevalence and related factors of children 2 to under 5 years in district 1, Ho Chi Minh city in 2022
Phạm Thị Lan Anh, Võ Văn Tâm, Nguyễn Thị Thanh Xuân
18. **Chế độ nuôi dưỡng của bệnh nhi sau mổ viêm phúc mạc ruột thừa tại Bệnh viện Nhi trung ương năm 2022-2023** 138
Feeding regime of pediatric patients after appendicitis peritonitis surgery at Vietnam National Hospital of Pediatrics in 2022 - 2023
Lưu Thị Mỹ Thục, Nguyễn Thị Kim Anh, Lê Trần Mai Anh, Võ Thị Thành An, Vũ Ngọc Hà, Lê Thị Hương
19. **Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh trước phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày do ung thư tại Bệnh viện K năm 2023** 144
Nutritional status among patients with gastric cancer before total gastrectomy at Vietnam National Cancer Hospital in 2023
Nguyễn Thị Thanh Hòa, Phạm Văn Bình, Nguyễn Thị Đính, Hoàng Việt Bách, Lê Thị Hương

20. **Xác định chỉ số đường huyết (GI) của sản phẩm soup cao năng lượng Suppro Cerna** 152
 Determination of glycemic index (GI) of a high energy soup called Suppro Cerna
Hoàng Việt Bách, Nguyễn Thị Thanh, Đặng Bảo Ngọc, Nguyễn Thị Thanh Hòa, Trần Mai Lan, Lê Thị Hương
21. **Tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật của người bệnh ung thư đường tiêu hóa tại Bệnh viện K năm 2021** 160
 Nutritional status of perioperative gastrointestinal cancer patients at Vietnam National Cancer Hospital in 2021
Nguyễn Thị Dung, Nguyễn Thị Thanh Hòa, Hoàng Việt Bách, Nguyễn Thị Hồng Tiến, Nguyễn Thị Đinh, Lê Thị Hương
22. **Tình trạng dinh dưỡng và chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư tuyến giáp sau khi thực hiện chế độ ăn hạn chế Iod tại Bệnh viện K năm 2022** 168
 The nutritional status and quality of life of thyroid cancer patients were assessed after implementing an Iodine-restricted diet at Vietnam National Cancer Hospital in 2022
Nguyễn Thị Hồng Tiến, Hoàng Việt Bách, Lê Trần Mai Anh, Dương Thị Yến, Nguyễn Thị Dung, Nguyễn Thị Thanh Hòa, Nguyễn Thị Đinh, Đặng Bảo Ngọc, Lê Thị Hương
23. **Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở trẻ dưới 5 tuổi tại phòng khám khoa Nhi Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam-Cuba Đồng Hới năm 2022 - 2023** 175
 Nutritional status and associated factors among under 5-year-old children at pediatrics clinic, Vietnam - Cuba Dong Hoi friendship Hospital in 2022 - 2023
Bùi Thị Nhị Sen, Dương Thị Phương, Lê Thị Hương
24. **Tổng quan chương trình đào tạo cử nhân dinh dưỡng tại một số trường Đại học ở Việt nam** 182
 Review of bachelor's degree nutrition programs at several Universities in Vietnam
Hoàng Thị Hồng Nhung, Nguyễn Thùy Linh, Nguyễn Đỗ Huy, Trần Thị Minh Xuân
25. **Tổng quan về NST - Vai trò quan trọng trong quản lý dinh dưỡng và chăm sóc sức khỏe** 189
 Review of NST - Important role in nutrition management and healthcare
Hoàng Thị Hồng Nhung, Nguyễn Đỗ Huy, Nguyễn Thùy Linh, Vũ Văn Quyết
26. **Hiệu quả can thiệp dinh dưỡng bằng Soup thủy phân lên tình trạng dinh dưỡng và khối cơ trên siêu âm ở người cao tuổi** 195
 Effectiveness of nutritional intervention with hydlyzed Soup on nutritional status and muscle mass on ultrasonic in elderly
Phạm Thị Tuyết Chinh, Tạ Thanh Nga, Nguyễn Thúy Nam, Dương Quý Đông, Nguyễn Thùy Linh
27. **Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở trẻ dưới 5 tuổi đến khám tại phòng khám dinh dưỡng Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2022 - 2023** 202
 Nutritional status and some related factors in children under 5 years old visiting the nutrition clinic of Hanoi Medical University Hospital in 2022 - 2023
Lê Thị Hương, Nguyễn Hà Thu, Nguyễn Thị Hiền Trang, Nguyễn Thị Minh Ngọc, Bùi Thị Trà Vi
28. **Tình trạng dinh dưỡng và nguy cơ hội chứng nuôi ăn lại của người bệnh trong khoa điều trị tích cực Bệnh viện điều trị người bệnh Covid-19, năm 2021-2022** 209
 The nutritional status and the risk of refeeding syndrome of Covid-19 patients in ICU at Covid-19 treatment Hospital in 2021-2022
Hoàng Trường Giang, Nguyễn Thùy Linh, Hoàng Hải My, Hoàng Thị Hòa, Phạm Thị Tuyết Chinh, Bùi Thị Cẩm Trà
29. **Mức tăng cân và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ mang thai đến khám tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2023** 217
 Weight gain and some related factors in pregnant women visiting the National Hospital of Obstetrics and Gynecology in 2023
Nguyễn Thị Thu Liễu, Nguyễn Quỳnh Nhung

30. **Giá trị dự báo tiên lượng nặng của một số chỉ dấu xét nghiệm huyết học trên bệnh nhân Covid-19 tại Bệnh viện Việt Nam Thụy Điển Uông Bí** 225
 Predictional value of some hematology test in Covid-19 patients for severe prognosis at Vietnam Sweden - Uong Bi Hospital
Nguyễn Thị Ngọc Lan, Nguyễn Đức Tuấn
31. **Một số đặc điểm của nhóm bệnh nhân xơ gan, ung thư biểu mô tế bào gan có tiền sử viêm gan B tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội** 234
 Some characteristics of cirrhosis patients and hepatocellular carcinoma patients with history of hepatitis B virus infection at Hanoi Medical University Hospital
Nguyễn Thị Ngọc Lan, Nguyễn Đức Tuấn
32. **Kiến thức, thực hành về an toàn vệ sinh thực phẩm trong chế biến và bảo quản thực phẩm của người dân tại xã Tầm Xá, Đông Anh, Hà Nội, năm 2023** 241
 Knowledge and pratice on food safety and hygiene in food processing and preservation of people in Tam Xa commune, Dong Anh, Ha Noi 2023
Vũ Thị Quý, Hoàng Thị Hải Yến
33. **Thực trạng thừa cân- béo phì và một số yếu tố liên quan ở người trưởng thành từ 25 đến 64 tuổi tại xã Cổ Loa, huyện Đông Anh, thành phố Hà Nội năm 2019** 248
 Current situation of weight- observation and some related factors in adults 25 to 64 ages in Co Loa commune, Dong Anh district, Hanoi city in 2019
Vũ Thị Quý, Nguyễn Quang Dũng, Trương Mai Phương
34. **Tình trạng suy dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của trẻ mầm non ở 2 quận, huyện của Hà Nội** 256
 Under-nutrition status and some relevant factors among preschool children at 2 districts in Hanoi
Lê Thị Tuyết, Nguyễn Thị Hồng Thắm, Trịnh Thị Bảo Ngọc, Lê Chí Bằng, Trần Lê Hồng Giang, Lê Thị Hương, Đỗ Nam Khánh
35. **Giá trị của một số xét nghiệm phát hiện *Mycobacterium Tuberculosis* trong chẩn đoán nhiễm lao** 263
 Evaluation of some tests for the detection of *Mycobacterium Tuberculosis*
Nguyễn Thị Hằng, Phạm Thị Thuận, Phan Thị Hằng Giang, Nguyễn Thị Huy
36. **Kiến thức, thái độ, thực hành về rác thải nhựa của sinh viên hệ bác sỹ y học dự phòng trường Đại học Y Hà Nội năm 2021** 269
 Knowledge, attitude, practice about plastic waste of students prevention medical doctor system Hanoi Medical University 2021
Lê Thị Linh, Đặng Quang Tân, Lê Thị Hoàn
37. **Kết quả tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm điều trị sỏi thận tại Bệnh viện 19-8, Bộ Công an** 278
 The results of mini-percutaneous nephrolithotomy under ultrasound guidance for treatment of kidney stones at 19-8 Hospital, Ministry of Public Security
Trần Hoài Nam, Nguyễn Trần Thành
38. **Đánh giá kết quả thử nghiệm chương trình ngoại kiểm huyết thanh học viêm gan siêu vi B và C** 285
 Evaluating the trial external quality assessment plot of hepatitis B and C programe
Lê Văn Chương, Ngô Quốc Đạt, Trần Nhật Nguyên, Bùi Thị Lệ Xuân, Đậu Thị Xuyên, Huỳnh Thị Diễm Phúc, Nguyễn Tiến Huỳnh, Lê Phú Cường, Đặng Hùng Linh, Nguyễn Thị Tú Anh
39. **Một số kết quả triển khai hiến, lấy, điều phối và ghép tạng tại Việt Nam từ ngày 04/6/1992 đến ngày 30/9/2023** 293
 Some results of implementing organ donation, research, coordination and transplantation in Vietnam from june 4, 1992 to september 30, 2023
Trịnh Hồng Sơn, Đồng Văn Hệ, Nguyễn Hoàng Phúc, Nguyễn Tiến Thành, Nguyễn Tiến Dũng, Nguyễn Mạnh Hùng, Nguyễn Thúy An, Nguyễn Thị Vui
40. **Thực trạng tuân thủ điều trị của người bệnh lao kháng thuốc tại Bệnh viện Phổi Hà Nội** 302
 The current situation of treatment adherence to drug-resistant tuberculosis of patients at Hanoi Lung Hospital
Trần Thị Lý, Nguyễn Thị Nguyệt, Đặng Thị Anh

EVALUATION OF GASTRIC RESIDUAL VOLUME INPATIENT USE TUBE FEEDING TREATMENT AT INTENSIVE CARE – POISON CONTROL DEPARTMENT, SAINT PAUL HOSPITAL

Tran Minh Anh^{1*}, Nguyen Thi Huong Lan^{1,2}, Vu Thi Ha³, Nguyen Dang Hung²,
Nguyen Thi Thu Huyen⁴, Le Van Luong¹, Le Hoai Thuong¹

¹Saint Paul Hospital - 12 Chu Van An, Ba Dinh, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

³Hong Ngoc Phuc Truong Minh General Hospital- 8 Chau Van Liem, Nam Tu Liem, Hanoi, Vietnam

⁴Tam Anh Hospital - 108 Hoang Nhu Tiep, Long Bien, Hanoi, Vietnam

Received: 08/09/2023

Revised: 29/09/2023; Accepted: 31/10/2023

ABSTRACT

Objective: Evaluate the characteristics of gastric residual volume (GRV) and describe some factors related to GRV and the patient's clinical characteristics

Subject and method: Cross-sectional descriptive study on 152 patients using feeding-tube treatment at the Intensive Care - Poison Control Department from April 2023 to August 2023. Monitor gastric residual characteristics during the first 3 days of feeding tube such as volume, color and number of times large GRV appears, and evaluate feeding characteristics. The threshold for determining high GRV is >200mL/measurement.

Results: The proportion of patients with high GRV in 1 measurement of 1 patient monitored during the first 3 days of tube-feeding was 17.8%. High GRV does not increase the patient's risk of death with OR =2,14; 95%CI: 0,7-6,7. Univariate regression analysis shows that factors such as female gender, pneumonia, mechanical ventilation, septic shock, and syringe feeding are all factors related to the risk of high GRV occurrence in patients with p-value <0.05 is statistically significant.

Conclusion: High GRV is not a risk factor for death in tube-feeding patients. However, pneumonia, mechanical ventilation, septic shock, and syringe feeding are all factors associated with a high risk of larger GRV in patients.

Keywords: Gastric residual volume, feeding tube, Intensive Care, Saint Paul Hospital.

*Corresponding author

Email address: tranminhanh2412@gmail.com

Phone number: (+84) 357 327 222

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>



ĐÁNH GIÁ DỊCH TỒN DƯ DẠ DÀY Ở NGƯỜI BỆNH NUÔI DƯỠNG QUA ỐNG THÔNG ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC - CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN

Trần Minh Anh^{1*}, Nguyễn Thị Hương Lan^{1,2}, Vũ Thị Hà³, Nguyễn Đăng Hưng², Nguyễn Thị Thu Huyền⁴, Lê Văn Lượng¹, Lê Hoài Thương¹

¹Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn - 12 Chu Văn An, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

²Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

³Bệnh viện Đa khoa Hồng Ngọc Phúc Trường Minh - 8 Châu Văn Liêm, Nam Từ Liêm, Hà Nội, Việt Nam

⁴Bệnh viện Tâm Anh - 108 Hoàng Như Tiếp, Long Biên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 08 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 29 tháng 09 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 31 tháng 10 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm dịch tồn dư dạ dày (Gastric Residual Volume - GRV) và mô tả một số yếu tố liên quan giữa dịch tồn dư với đặc điểm lâm sàng của người bệnh.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 152 người bệnh nuôi dưỡng qua ống thông điều trị tại khoa Hồi sức tích cực - Chống độc từ tháng 4/2023 đến tháng 8/2023. Theo dõi đặc điểm dịch tồn dư trong 3 ngày đầu nuôi dưỡng như thể tích, màu sắc, số lần xuất hiện dịch tồn dư lớn và đặc điểm nuôi dưỡng. Ngưỡng xác định GRV cao là >200mL/lần đo.

Kết quả: Tỷ lệ người bệnh có GRV cao trong 1 lần đo của 1 người bệnh theo dõi trong 3 ngày đầu nuôi dưỡng là 17,8%. GRV cao không làm tăng nguy cơ tử vong của người bệnh với OR=2,14; KTC 95% 0,7-6,7. Phân tích hồi quy đơn biến cho thấy các yếu tố như giới tính nữ, viêm phổi, thở máy, sốc nhiễm khuẩn, bơm ăn bằng xilanh đều là các yếu tố liên quan đến nguy cơ xảy ra dịch tồn dư cao ở người bệnh với giá trị $p < 0,05$.

Kết luận: Dịch tồn dư cao không phải là yếu tố nguy cơ tử vong của người bệnh nuôi dưỡng qua ống thông. Nhưng viêm phổi, thở máy, sốc nhiễm khuẩn, bơm ăn bằng xilanh đều là các yếu tố liên quan đến nguy cơ xảy ra dịch tồn dư cao ở người bệnh.

Từ khóa: Dịch tồn dư, nuôi dưỡng ống thông, hồi sức tích cực, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

*Tác giả liên hệ

Email: tranminhanh2412@gmail.com

Điện thoại: (+84) 357 327 222

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dinh dưỡng qua đường ruột (Enteral nutrition - EN) luôn được khuyến nghị là liệu pháp dinh dưỡng hàng đầu ở người bệnh nặng vì nó giúp mang lại nhiều lợi ích, nâng cao hiệu quả điều trị. Việc nuôi dưỡng qua sonde dạ dày được chỉ định khi dinh dưỡng đường miệng không đáp ứng đủ nhu cầu khuyến nghị nhưng người bệnh lại có nguy cơ xảy ra viêm phổi hít sặc, đặc biệt ở nhóm bệnh nặng và phải thở máy. Năm 2021, Nguyễn Thị Huệ và Phạm Minh Tuấn tiến hành nghiên cứu (NC) tại Viện Tim Mạch Quốc gia Việt Nam thấy rằng tỷ lệ bệnh nhân bị gián đoạn nuôi ăn là 60,2%. Lý do gây ra gián đoạn nhiều nhất là do tồn dư dịch dạ dày cao chiếm 56,5% [2].

Dịch tồn dư dạ dày (Gastric Residual Volume – GRV) là thể tích chất lỏng còn lại trong dạ dày tại một thời điểm trong quá trình nuôi dưỡng qua ống thông. Chất lỏng này bao gồm chủ yếu là các công thức dinh dưỡng được nuôi ăn qua ống thông hoặc nước và dịch tiêu hoá tiết ra [3]. Theo dõi dịch tồn dư dạ dày là một thực hành thường quy để đánh giá dung nạp dinh dưỡng, phát hiện rối loạn chức năng đường tiêu hóa ở người bệnh nuôi dưỡng qua ống thông và kiểm tra sự rỗng của dạ dày tại các đơn vị chăm sóc đặc biệt. Năm 2019 ESPEN (Hội dinh dưỡng tĩnh mạch và đường ruột Châu Âu) đã đưa ra khuyến cáo đo lượng dịch tồn dư có thể không cần thực hiện định kỳ trên người bệnh ICU ăn qua sonde nhưng nuôi dưỡng qua sonde nên bị trì hoãn nếu GRV >500ml/6h [4], [5].

Năm 2019, theo Hướng dẫn dinh dưỡng trong điều trị bệnh nhân nặng của Hội hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam đã khuyến cáo ngưỡng xác định GRV cao tùy thuộc vào thực hành tại cơ sở khám chữa bệnh. Tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn việc đánh giá dịch tồn dư là một quy trình thường quy ở người bệnh nuôi dưỡng qua ống thông. Hướng tới mục tiêu thực hành lâm sàng tốt, chúng tôi tiến hành NC với mục tiêu: *Đánh giá đặc điểm dịch tồn dư dạ dày và mô tả một số yếu tố liên quan giữa dịch tồn dư với đặc điểm lâm sàng của người bệnh.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: NC mô tả cắt ngang

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Từ tháng 4 đến tháng 8/2023 tại khoa Hồi sức tích cực – Chống

độc, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh từ 16 tuổi trở lên, có chỉ định nuôi dưỡng qua ống thông mũi – dạ dày, thời gian nằm điều trị tại khoa Hồi sức tích cực từ 10 ngày trở lên.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh hoặc người nhà từ chối tham gia nghiên cứu; người bệnh đang chuẩn bị hoặc vừa phẫu thuật đường tiêu hoá, viêm tụy cấp, xuất huyết tiêu hoá, tắc ruột; người bệnh cắt dạ dày một phần hoặc toàn bộ, người bệnh đang mang thai hoặc cho con bú.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện. Tất cả người bệnh nhập viện điều trị trong thời gian tiến hành NC và thoả mãn tiêu chuẩn lựa chọn đều được chọn vào NC. Sau thời gian nghiên cứu, 152 người bệnh đủ tiêu chuẩn.

2.5. Biến số/ chỉ số/ nội dung/ chủ đề nghiên cứu

- Thông tin chung của người bệnh: tuổi, giới, chỉ số khối cơ thể (BMI), chẩn đoán khi nhập viện, kết cục lâm sàng và đặc điểm về nuôi dưỡng của người bệnh.
- Đặc điểm dịch tồn dư của người bệnh bao gồm thể tích, màu sắc dịch.
- Tỷ lệ gặp các biến chứng tiêu hoá khác, tỷ suất chênh giữa thể tích dịch tồn dư cao với các đặc điểm lâm sàng khác của người bệnh

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

- **Quy trình thu thập số liệu:** Sau khi bác sĩ chỉ định nuôi dưỡng qua ống thông mũi – dạ dày, điều dưỡng viên đặt sonde dạ dày, nuôi dưỡng qua sonde và hút dịch tồn dư dạ dày trước mỗi bữa ăn của người bệnh và ghi vào hồ sơ bệnh án. Điều tra viên thu thập số liệu về dịch tồn dư trong 3 ngày đầu nuôi dưỡng qua ống thông của người bệnh, phỏng vấn thu thập các thông tin khác trên bệnh án điện tử. Theo dõi và thu thập số liệu về kết cục lâm sàng của người bệnh tại thời điểm ra viện.

- Người bệnh được xác định có dịch tồn dư cao khi thể tích lớn nhất trong 1 lần đo của 1 người bệnh theo dõi trong 3 ngày đầu nuôi dưỡng >200mL (ngưỡng áp dụng dựa trên Quy trình nuôi dưỡng ngắt quãng tại Khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Bạch Mai).

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Xử lý và làm sạch số liệu bằng phần mềm Excel 2010. Các phép phân tích số liệu được thực hiện bằng phần mềm SPSS 20.0. Sự



khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Thông tin thu thập được chỉ nhằm mục đích nghiên cứu. Thực hiện với tinh thần trung thực. Tôn trọng người bệnh. Đảm bảo giữ bí mật tuyệt đối mà cá nhân đối tượng đã cung cấp. Nghiên

cứ thông qua hội đồng xét duyệt đề cương đề tài cơ sở của Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của người bệnh

Đặc điểm	Chung (n=152)
Tuổi ($\pm SD$)	71,5 \pm 15,9
Tuổi (Giá trị nhỏ nhất – lớn nhất)	38 – 95
Nhóm tuổi (n,%)	
Từ 50 – 75 tuổi	57 (37,5)
>75 tuổi	67 (44,1)
Giới nam (n,%)	51,3
Số ngày điều trị tại khoa ICU ($\pm SD$)	17,6 \pm 5,9
Chẩn đoán khi nhập viện (n,%)	
Tăng huyết áp	60 (39,5)
Suy hô hấp	59 (38,8)
ĐTĐ	50 (32,9)
Viêm phổi	48 (31,6)
Sốc nhiễm khuẩn	38 (25,0)
Suy tim	36 (23,7)
Nhiễm khuẩn huyết	32 (21,1)
Nhồi máu não	33 (21,7)
Kết cục lâm sàng (n,%)	
Ra viện dùng thuốc theo đơn	115 (75,6)
Chuyển viện	20 (13,2)
Tử vong hoặc gia đình xin về	17 (11,2)

Bảng 1 cho thấy tuổi trung bình của 152 người bệnh là 71,5 \pm 15,9 tuổi với chủ yếu là từ 50 tuổi trở lên (81,6%). Tỷ lệ người bệnh nam giới là 51,3%. Người bệnh chủ yếu ra viện dùng thuốc theo đơn, chiếm

75,6%. Tăng huyết áp, suy hô hấp, đái tháo đường và viêm phổi là những chẩn đoán thường gặp nhất với tỷ lệ đều trên 30%.

Bảng 2. Đặc điểm dịch tồn dư phân chia theo kết cục của người bệnh

Đặc điểm	Phân loại	Chung (n=152)	Nhóm không tử vong thời điểm ra viện (n=135)	Nhóm tử vong/ gia đình xin về (n=17)	p
GRV* lớn nhất trong 1 lần đo của 1 người bệnh theo dõi trong 3 ngày đầu nuôi dưỡng	GRV cao (>200mL)	27 (17,8)	22 (19,1)	5 (29,4)	>0,05 (OR=2,14; KTC 95% 0,7-6,7)
	GRV thấp (<200mL)	135 (82,2)	113 (80,9)	12 (70,6)	
GRV trung bình: (± SD) (mL)	GRV cao	217,8±41,5	210±22,4	219,5±45,0	<0,05**
	GRV thấp	25,8±11,5	23,8±8,1	43,3±20,8	<0,05**
Màu sắc	Không màu	55 (36,2)	53 (39,3)	2 (11,8)	-
	Màu sữa/ súp	43 (28,3)	37 (27,4)	6 (35,3)	
	Xanh	8 (5,3)	6 (4,4)	2 (11,8)	
	Có máu hoặc đen	7 (4,6)	4 (3,0)	3 (17,6)	
	Vàng sậm	10 (6,6)	9 (6,7)	1 (5,9)	
	Không ra dịch	29 (19,1)	26 (19,3)	3 (17,6)	

* GRV: Gastric Residual Volume – thể tích dịch tồn dư dạ dày, ** T-test

Bảng 2 cho thấy tỷ lệ người bệnh có GRV cao trong 1 lần đo của 1 người bệnh theo dõi trong 3 ngày đầu

nuôi dưỡng là 17,8%. Tỷ lệ người bệnh có GRV cao là 29,4% ở nhóm có kết cục tử vong/ gia đình xin về cao hơn so với nhóm có GRV thấp. GRV cao không làm tăng nguy cơ tử vong của người bệnh với OR=2,14; KTC 95% 0,7-6,7.

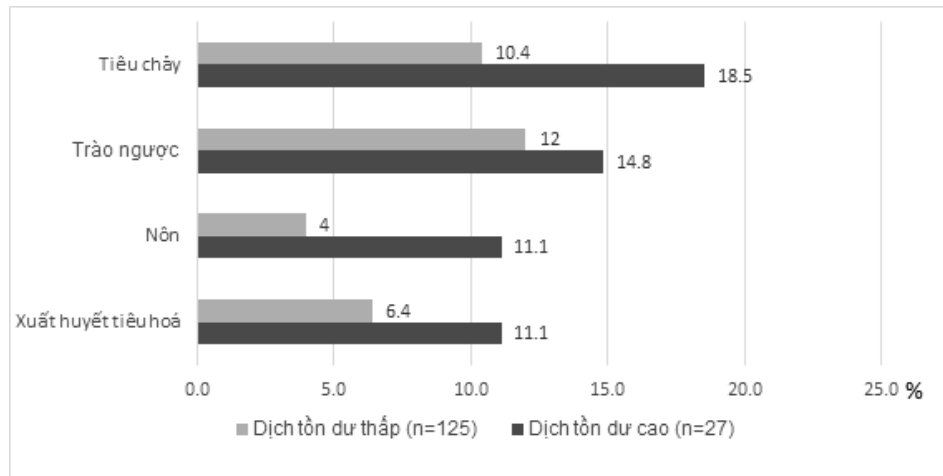
Bảng 3. Số lần xuất hiện dịch tồn dư lớn phân chia theo kết cục lâm sàng

Số lần xuất hiện dịch tồn dư cao	Ra viện dùng thuốc theo đơn (n=115)(n,%)	Chuyển viện (n=20) (n,%)	Tử vong/ gia đình xin về (n=17) (n,%)
0	98 (85,2)	15 (75,0)	12 (70,6)
1	3 (2,6)	2 (10,0)	0
2	2 (1,7)	0	0
3	2 (1,7)	1 (5,0)	2 (11,8)
4	4 (3,5)	1 (5,0)	3 (17,7)
5	6 (5,2)	1 (5,0)	0

Bảng 3 cho thấy tỷ lệ người bệnh xuất hiện dịch tồn dư từ 1 lần trở lên cao nhất ở nhóm tử vong/ xin về, thấp nhất ở nhóm ra viện dùng thuốc theo đơn. Tỷ lệ người

bệnh có số lần xuất hiện dịch tồn dư cao nhất ở nhóm ra viện dùng thuốc theo đơn với 15,2%.

Biểu đồ 1. Tỷ lệ người bệnh có các biến chứng tiêu hoá khác theo phân loại nhóm dịch tồn dư



Biểu đồ 1 cho thấy tỷ lệ người bệnh xuất hiện tiêu chảy ở nhóm có GRV cao là 18,5% trong khi tỷ lệ này ở nhóm còn lại là 10,4%. Biến chứng tiêu hoá có tỷ lệ cao nhất ở nhóm có GRV thấp là trào ngược với tỷ lệ 12,0%.

Bảng 4. Đặc điểm nuôi dưỡng phân loại theo nhóm dịch tồn dư

Đặc điểm nuôi dưỡng	Nhóm dịch tồn dư cao (n=27)	Nhóm dịch tồn dư thấp (n=125)	p
<i>Năng lượng trong công thức nuôi dưỡng (n,%)</i>			
<1,0kcal/ml	13 (48,1)	54 (43,2)	>0,05
1,0kcal/ml	14 (51,9)	71 (56,8)	
<i>Nuôi dưỡng tĩnh mạch bổ sung (n,%)</i>			
Có	14 (51,8)	10 (8,0)	<0,001*
Không	13 (48,1)	115 (92,0)	
Dừng nuôi dưỡng sau 3 ngày điều trị vì dịch tồn dư lớn	6 (22,2)	9 (7,2)	<0,05**
<i>Phương pháp nuôi qua sonde (n,%)</i>			
Bơm tay bằng xi lanh	22 (81,5)	73 (58,4)	<0,05*
Sử dụng túi nhỏ giọt	5 (18,5)	52 (41,6)	
Số ngày nuôi dưỡng trung bình (\pm SD)	13,5 \pm 7,9	15,2 \pm 7,0	>0,05

* Chi-square test, ** Fisher exact test

Bảng 4 cho thấy ở nhóm người bệnh có GRV cao, tỷ lệ người bệnh được nuôi tĩnh mạch bổ sung cao hơn so

với nhóm có GRV thấp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Tỷ lệ người bệnh sử dụng bơm tay bằng xi lanh ở nhóm GRV cao lớn hơn nhiều so với nhóm GRV thấp, $p < 0,05$.

Bảng 5. Tỷ suất chênh giữa thể tích dịch tồn dư cao với các đặc điểm của người bệnh

Yếu tố dự đoán	Nhóm dịch tồn dư cao (n=27)	Nhóm dịch tồn dư thấp (n=125)	Odd Ratio (KTC 95%)	P
Giới tính nữ	20 (74,1)	54 (43,2)	3,8 (1,5 – 9,5)	<0,01
Tuổi >70	18 (66,7)	65 (52,0)	1,8 (0,8 – 4,4)	>0,05
Sốc nhiễm khuẩn (n,%)	15 (55,5)	23 (18,4)	5,5 (2,3 – 13,4)	<0,01
Viêm phổi (n,%)	16 (59,3)	32 (25,6)	4,2 (1,8 – 10,0)	<0,01
Có thở máy (n,%)	25 (92,6)	86 (68,8)	5,7 (1,3 – 25,1)	<0,05
Bơm ăn bằng xilanh	22 (81,5)	73 (58,4)	3,1 (1,1 – 8,8)	<0,05
Kích cỡ ống nuôi ăn lớn (18Fr)	15 (55,6)	91 (72,8)	0,5 (0,2 – 1,1)	>0,05

Bảng 5 cho thấy khi phân tích hồi quy đơn biến các yếu tố như giới tính nữ, có thở máy, sốc nhiễm khuẩn, viêm phổi, bơm ăn bằng xilanh đều là các yếu tố liên quan đến nguy cơ xảy ra dịch tồn dư cao ở người bệnh với giá trị $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê.

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ người bệnh có dịch tồn dư cao trong 1 lần đo của 1 người bệnh theo dõi trong 3 ngày đầu nuôi dưỡng là 17,8%. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Metheny N.A. khi có 27% người bệnh có 1 thể tích 200mL. Tần suất đo GRV (ví dụ sáu giờ một lần) và chiến lược can thiệp đối với người bệnh có GRV lớn (ví dụ: nếu GRV trên 500 mL, ngừng cho ăn trong hai giờ và kiểm tra lại GRV) thường được quyết định dựa trên tình huống lâm sàng và nhu cầu thực tế của người bệnh [6], [3]. Giới hạn thể tích dịch tồn dư dạ dày là 200mL, 250mL hay 500mL trong hạn chế dinh dưỡng đường tiêu hóa vẫn chưa rõ ràng trong các khuyến cáo trên thế giới và tại Việt Nam. Bởi việc đo GRV và đưa ra giá trị giới hạn phải đi kèm với đánh giá lâm sàng trước khi đi đưa ra quyết định “cho ăn hay không cho ăn”. Một số nghiên cứu ở trẻ sơ sinh non tháng cho thấy khi đánh giá thể tích và màu sắc dịch còn sót lại trong dạ dày, màu xanh đậm của dịch

mật thường được hiểu là dấu hiệu không dung nạp thức ăn và sẽ bỏ đi dịch này, còn nếu hút ra dịch màu trắng đục thì có thể bơm trả lại [7]. Sự khác biệt trong đánh giá màu sắc dịch tồn dư có thể ảnh hưởng đến quyết định cho ăn.

Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy người bệnh có thở máy có nguy cơ xuất hiện GRV lớn cao gấp 5,5 lần so với nhóm không viêm phổi với OR = 5,7 (KTC 95% 1,3 -25,1). Năm 2021, Nguyễn Thị Huệ và cộng sự tiến hành đánh giá khả năng hấp thu qua dạ dày sau phẫu thuật tim 6 giờ. Nếu tổng số giờ thở máy tăng thêm 1 giờ thì tồn dư sẽ tăng 5,38 ml và thời gian sử dụng thuốc an thần tăng cũng làm tăng số lượng dịch tồn dư [8]. Các nguyên nhân có thể làm tăng dịch tồn dư ở người bệnh thở máy như: chậm quá trình làm rỗng dạ dày, chế độ ăn có đậm độ năng lượng cao hoặc ảnh hưởng của thuốc và các thủ thuật cấp cứu và quá trình chăm sóc thường quy cũng tác động làm ứ đọng dịch trong dạ dày. Dịch tồn dư cao kèm theo nôn hoặc trào ngược ở người bệnh thở máy có thể làm tăng nguy cơ viêm phổi liên quan đến thở máy. Một số biện pháp can thiệp đã được đề xuất để giảm thiểu hít sặc. Theo một hướng dẫn dựa trên nghiên cứu do Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh ban hành khuyến nghị nâng đầu giường lên ít nhất 30 độ để giảm nguy cơ viêm phổi do hít phải.

Một đánh giá có hệ thống đã được tiến hành như một phần của hướng dẫn ESPEN gần đây để điều tra xem liệu bolus EN (enteral nutrition) có lợi thế hơn EN được sử dụng liên tục hay không, tỷ lệ tiêu chảy giảm đáng kể đã được quan sát thấy khi sử dụng EN liên tục so với bolus (RR 0,42, KTC 95% 0,19–0,91, $p = 0,03$) [5]. Tuy nhiên không quan sát thấy sự khác biệt về thể tích dạ dày, tốc độ hít sặc hoặc viêm phổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi phân tích hồi quy đơn biến yếu tố bơm ăn bằng xilanh có liên quan đến nguy cơ xảy ra dịch tồn dư cao ở người bệnh. Điều này có thể do tốc độ bơm qua xilanh quá nhanh. Nhưng vì nhiều lí do nên tại Việt Nam hiện nay, tỷ lệ người bệnh được nuôi nhỏ giọt còn hạn chế hơn rất nhiều so với bơm bằng xi lanh, một số lí do được đưa ra có thể là: giá thành của túi ăn sonde, thay túi thường xuyên, tăng thời gian tráng rửa và làm sạch túi ăn sonde sau mỗi bữa ăn, ngoài ra còn do các loại súp tự nấu khó có thể nhỏ giọt qua các túi ăn sonde và tăng nguy cơ tắc sonde.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế, bao gồm cỡ mẫu nhỏ, nghiên cứu chỉ được thực hiện ở đơn vị hồi sức tích cực nội khoa của người lớn và do đó kết quả có thể không phản ánh các đơn vị hồi sức khác. Bên cạnh đó, phương pháp đo GRV bằng xilanh bị gây nhiễu rất nhiều yếu tố như đường kính và số lỗ thông ở đoạn cuối của ống, vị trí của ống nằm trong dạ dày có chạm đúng ổ dịch tồn dư hay không, khi ống ở sai vị trí hoặc đầu ống bị tắc thì lượng dịch thu được có thể không đúng với thực tế.

5. KẾT LUẬN

Dịch tồn dư cao không phải là yếu tố nguy cơ gây tử vong ở người bệnh nuôi dưỡng qua ống thông. Nhưng viêm phổi, thở máy, sốc nhiễm khuẩn, bơm ăn bằng xilanh đều là các yếu tố liên quan đến nguy cơ xảy ra dịch tồn dư cao ở người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Blaser AR, Starkopf J, Kirsimägi Ü et al., Definition, prevalence, and outcome of feeding intolerance in intensive care: a systematic review and meta-analysis. *Acta Anaesthesiol Scand*, 58(8), 2014, 914-922.
- [2] Nguyễn Thị Huệ, Phạm Minh Tuấn, Tình trạng dinh dưỡng và thực trạng nuôi dưỡng của bệnh nhân suy tim cấp tại Viện Tim mạch Việt Nam 2020, *Tạp chí Nghiên cứu Y học Việt Nam*, 149(1), 2022, 50-59.
- [3] Yasuda H, Kondo N, Yamamoto R et al., Monitoring of gastric residual volume during enteral nutrition. *Cochrane Database Syst Rev*, 2019(5), 2019, CD013335.
- [4] Boullata JI, Carrera AL, Harvey L et al., ASPEN Safe Practices for Enteral Nutrition Therapy. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*, 41(1), 2017, 15-103.
- [5] Singer P, Blaser AR, Berger MM et al., ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. *Clinical Nutrition*, 38(1), 2019, 48-79.
- [6] Bounoure L, Gomes F, Stanga Z et al., Detection and treatment of medical inpatients with or at-risk of malnutrition: Suggested procedures based on validated guidelines. *Nutrition*, 32(7-8), 2016, 790-798.
- [7] Athalye-Jape G, Nettleton M, Lai CT et al., Composition of Coloured Gastric Residuals in Extremely Preterm Infants-A Nested Prospective Observational Study, *Nutrients*, 12(9), 2020, 2585.
- [8] Nguyễn Thị Huệ, Lê Văn Hiếu, Đánh giá kết quả nuôi ăn sớm qua ống thông dạ dày ở bệnh nhân sau phẫu thuật tại Bệnh viện Tim Hà Nội. *Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam*, 35, 2021, 34-41.

BASIC DAILY FUNCTIONAL ACTIVITIES AND SOME RELATED FACTORS IN THE ELDERLY IN A RESIDENTS CENTER IN HANOI CITY

Nguyen Thuy Linh^{1,2}, Ninh Thi Oanh¹, Le Huong Giang², Pham Thi Tuyet Chinh¹,
Nguyen Thi Ngoc Lan^{1*}

¹Hanoi Medical University Hospital - 1 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

Received:: 08/09/2023

Revised: 30/09/2023; Accepted: 31/10/2023

ABSTRACT

Objective: Evaluate basic daily functional activities and some factors related to functional decline at a nursing center in Hanoi.

Method: Cross-sectional descriptive study was conducted on 85 elderly people at the Elderly Care Center in Dong Anh district, Hanoi city in 2023 to describe basic daily functional activities and a number of relevant factors.

Results: The rate of elderly people with reduced basic daily functioning was high with 43.5% partially dependent on caregivers, 23.5% completely dependent. Among them, bowel and bladder control is the activity with the lowest average score of 0.122 points. Elderly people with 3 or more comorbidities, elderly people with dementia have a higher risk of reduced basic daily functioning. Malnourished elderly people according to MNA are 13.3 times more likely to have reduced basic daily functioning than the non-malnourished group with a 95% CI of 4.5 - 39.49. No relationship was found between decreased albumin and serum protein and decreased basic daily functioning.

Conclusion: Basic daily functioning of the elderly decreases, the rate of complete dependence and partial dependence is high, accounting for 23.5 and 43.5%. There is a statistically significant association between comorbidities, dementia, and malnutrition with a statistically significant decrease in basic daily functioning.

Keyword: Elderly people, daily functional activities, Elderly Care Center.

*Corresponding author

Email address: ngoclannguyen@hmu.edu.vn

Phone number: (+84) 964 311 285

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>



HOẠT ĐỘNG CHỨC NĂNG CƠ BẢN HÀNG NGÀY VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN NGƯỜI CAO TUỔI Ở MỘT TRUNG TÂM DƯỠNG LÃO TẠI THÀNH PHỐ HÀ NỘI

Nguyễn Thùy Linh^{1,2}, Ninh Thị Oanh¹, Lê Hương Giang², Phạm Thị Tuyết Chinh¹, Nguyễn Thị Ngọc Lan^{1*}

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội - Số 1 Tôn Thất Tùng, quận Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

²Trường Đại học Y Hà Nội - Số 1 Tôn Thất Tùng, quận Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 08 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 30 tháng 09 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 31 tháng 10 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hoạt động chức năng cơ bản hàng ngày và một số yếu tố liên quan đến việc suy giảm chức năng tại một trung tâm dưỡng lão tại Hà Nội.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 85 người cao tuổi tại Trung tâm chăm sóc người cao tuổi tại huyện Đông Anh, thành phố Hà Nội năm 2023.

Kết quả: Tỷ lệ người cao tuổi giảm chức năng hoạt động cơ bản hàng ngày cao với 43,5% phụ thuộc một phần vào người chăm sóc, 23,5% phụ thuộc hoàn toàn. Trong đó, đại tiểu tiện tự chủ là hoạt động có điểm trung bình thấp nhất 0,122 điểm. Người cao tuổi có từ 3 bệnh lý đi kèm, người cao tuổi bị sa sút trí tuệ có nguy cơ giảm chức năng hoạt động cơ bản hàng ngày cao hơn. Người cao tuổi suy dinh dưỡng theo MNA có nguy cơ giảm chức năng hoạt động cơ bản hàng ngày cao gấp 13,3 lần nhóm không suy dinh dưỡng với 95%CI là 4,5 – 39,49.

Kết luận: Chức năng hoạt động cơ bản hàng ngày của người cao tuổi giảm, tỷ lệ phụ thuộc hoàn toàn và phụ thuộc một phần cao chiếm 23,5 và 43,5%. Có mối liên quan giữa bệnh đồng mắc, tình trạng sa sút trí tuệ, suy dinh dưỡng với sự giảm chức năng hoạt động cơ bản hàng ngày có ý nghĩa thống kê.

Từ khóa: Người cao tuổi, hoạt động hàng ngày, trung tâm dưỡng lão.

*Tác giả liên hệ

Email: ngoclannguyen@hmu.edu.vn

Điện thoại: (+84) 964 311 285

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tốc độ già hóa của dân số ở Việt Nam được xếp vào một trong những nước có tốc độ già hóa nhanh nhất thế giới[1] Tỷ lệ người cao tuổi (NCT) từ 60 tuổi trở lên ở Việt Nam được dự đoán sẽ tăng từ 11,9% năm 2019 lên 16,5% (khoảng 17,28 triệu người) năm 2029[2] . Bởi vậy, gánh nặng về bệnh tật vì thế cũng tăng lên cùng với gánh nặng về hệ thống chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi. Tuổi già thường liên quan đến sự suy giảm chức năng và tăng sự phụ thuộc trong các hoạt động hàng ngày. Ở Việt Nam, báo cáo từ Điều tra biến động dân số và Kế hoạch hóa gia đình năm 2021, có khoảng 796.000 NCT cần được hỗ trợ chăm sóc trong sinh hoạt hàng ngày. Nhu cầu tham gia vào mô hình viện dưỡng lão đang gia tăng do thay đổi loại hình gia đình và tốc độ già hóa nhanh. Mặc dù đã có nhiều nghiên cứu trên thế giới về tình trạng sức khỏe trên người cao tuổi tại các trung tâm dưỡng lão, nhưng rất ít dữ liệu ở Việt Nam do vấn đề còn khá mới mẻ. Do đó, nghiên cứu **“Hoạt động chức năng cơ bản hàng ngày và một số yếu tố liên quan trên người cao tuổi ở một trung tâm dưỡng lão tại thành phố Hà Nội”** đã được tiến hành với mục tiêu đánh giá hoạt động chức năng cơ bản hàng ngày và nhận xét một số yếu tố liên quan.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Đối tượng nghiên cứu từ 65 tuổi trở lên; đối tượng có khả năng giao tiếp và đồng ý tham gia nghiên cứu; đối tượng có mặt tại trung tâm dưỡng lão Tuyết Thái.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Đối tượng không đồng ý tham gia nghiên cứu; đối tượng được chăm sóc đặc biệt như thở oxy, nuôi dưỡng tình mạch hoàn toàn; đối tượng không có mặt tại Trung tâm ở thời điểm nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

- Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu thực hiện tại tại Trung tâm chăm sóc người cao tuổi Tuyết Thái, huyện Đông Anh, thành phố Hà Nội từ tháng 12/2022 đến tháng 6/2023.

- Cỡ mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức ước tính một tỷ lệ trong quần thể:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{(\epsilon.p)^2}$$

Trong đó:

- n: Cỡ mẫu cần thu thập.
- p: Tỷ lệ suy giảm hoạt động chức năng ở người cao tuổi từ nghiên cứu trước là 35,6%[3]
- ϵ : Mức sai lệch tương đối, chọn $\epsilon = 0,3$.
- α : mức ý nghĩa thống kê, lấy $\alpha = 0,05$ thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

Từ công thức tính ra $n = 77$. Thêm 10% dự phòng cho những trường hợp bỏ cuộc, cỡ mẫu tối thiểu là 85 người.

- Chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, chọn người bệnh đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu cho đến khi đạt đủ cỡ mẫu.

- Phương pháp thu thập: Điều tra viên tiến hành phỏng vấn NCT theo bộ câu hỏi được thiết kế sẵn.

2.3. Biến số và tiêu chuẩn đánh giá

- Thông tin chung bao gồm: tuổi, giới, bệnh lý đi kèm, số thuốc sử dụng hàng ngày, thời gian nằm viện dưỡng lão (số năm).

- Tình trạng dinh dưỡng (TTDD) bằng nhân trắc: cân nặng, chiều cao, BMI

- Tình trạng dinh dưỡng dựa trên chỉ số hóa sinh: định lượng Albumin, định lượng Protein toàn phần trong huyết thanh. Nồng độ Albumin huyết thanh < 35 g/L được chẩn đoán là giảm; Nồng độ Protein huyết thanh < 65 g/L được chẩn đoán là thiếu protein huyết thanh.

- Phương pháp chẩn đoán TTDD theo MNA bản đầy đủ bao gồm: phần hỏi tiền sử y học, qua quan sát và thăm khám thực thể với các chỉ tiêu như tình trạng chán ăn, sụt cân, các chỉ số nhân trắc học, đánh giá chủ quan và chế độ ăn uống, khả năng di chuyển, sa sút trí tuệ, trầm cảm, bệnh cấp tính và sử dụng thuốc. Phân loại MNA: suy dinh dưỡng: (< 17 điểm), có nguy cơ suy dinh dưỡng ($17 - 23,5$ điểm), dinh dưỡng tốt ($24 - 30$ điểm) [4].

- Mức độ phụ thuộc: Dựa trên đánh giá chức năng hoạt động cơ bản hàng ngày (Activities Daily Living

- ADL) theo thang điểm Katz⁵. Thang điểm đánh giá 6 hoạt động cơ bản để duy trì sự sống bao gồm: tắm, mặc quần áo, đi vệ sinh, di chuyển, tiểu tiện và ăn uống với điểm là 1 hoặc 0 để đánh giá tình trạng độc lập hay phụ thuộc. Cộng điểm cho 6 hoạt động này để phân loại mức độ phụ thuộc: phụ thuộc hoàn toàn (0 – 2 điểm),

phụ thuộc một phần (3 – 5 điểm), độc lập (6 điểm) [3]

2.4. Xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu được nhập bằng phần mềm REDCAP và phân tích bằng phần mềm SPSS Statistics 20.0.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y Hà Nội số 807/GCN-HĐ ĐĐNCYSH-ĐHYHN.

3. KẾT QUẢ

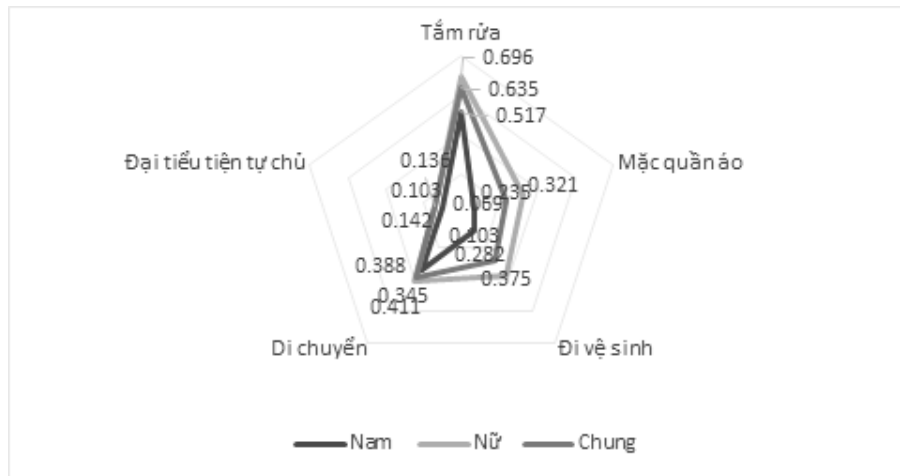
Bảng 1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Thông tin		Tổng (n=85)	Tuổi <75 (n=31)	Tuổi 75 (n=54)	P-value
Tuổi (TB ± SD)		78,5 ± 8,0	70 ± 3	83,3 ± 5,7	
Giới, n (%)	Nam	29 (34,1)	16 (51,6)	13 (24,1)	0,01
	Nữ	56 (65,9)	15 (48,4)	41 (75,9)	
Bệnh lý kèm theo	Đái tháo đường	17 (20)	7 (22,6)	10 (18,5)	
	Tăng huyết áp	41 (48,2)	17 (54,8)	24 (44,4)	
	Tai biến mạch não	19 (22,4)	7 (22,6)	12 (22,2)	
	Tim mạch	8 (9,4)	2 (6,5)	6 (11,1)	
	Suy thận	2 (2,4)	0 (0)	2 (3,7)	
	Bệnh lý về gan	1 (1,2)	0 (0)	1 (1,9)	
	Bệnh lý dạ dày	13 (15,3)	8 (25,8)	5 (9,3)	
	Sa sút trí tuệ	50 (58,8)	17 (54,8)	33 (61,1)	
	Bệnh khác	11 (12,9)	4 (12,9)	7 (13,0)	
Không bệnh	10 (11,8)	6 (16,1)	5 (9,3)		
Số loại thuốc sử dụng mỗi ngày	< 3 loại	56 (65,9)	20 (64,5)	36 (66,7)	0,840
	3 loại	29 (34,1)	11 (35,5)	18 (33,3)	
BMI (kg/m ²) (TB ± SD)		20,1 ± 3,0	20,6 ± 3,3	19,8 ± 2,8	0,259
MNA (TB ± SD) (Min-max)		20,9 ± 4,3 (8,5 – 30)	22,3 ± 3,9 (14 – 27)	20,2 ± 4,3 (8,5 – 30)	0,03
Albumin huyết thanh (TB ± SD)		36.98 ± 4.26	38.87 ± 4.04	35.89 ± 4.02	0,23
Protein huyết thanh (TB ± SD)		63.69 ± 4.89	65.19 ± 4.45	62.83 ± 4.96	0,16
Thời gian nằm viện dưỡng lão (TB ± SD)		2,6 ± 2,0	2,5 ± 1,9	2,7 ± 2,1	0,760

Nhận xét: Tỷ lệ NCT từ 75 tuổi trở lên là nữ giới cao hơn nhóm dưới 75 tuổi (75,9% so với 48,4%) với $p < 0,05$. Đa số NCT đều có bệnh lý nền kèm theo, trong đó 2 bệnh mắc nhiều nhất là sa sút trí tuệ và tăng huyết áp với tỷ lệ lần lượt là 58,8% và 48,2%.

Điểm MNA trung bình là $20,9 \pm 4,3$ điểm, có sự khác biệt giữa 2 nhóm tuổi khi nhóm NCT từ 75 tuổi trở lên có nguy cơ SDD cao hơn với $p < 0,05$. Chỉ số Albumin huyết thanh trung bình và Protein huyết thanh của NCT lần lượt là 36.98 ± 4.26 và 63.69 ± 4.89 , không có sự khác biệt giữa 2 nhóm tuổi.

Hình 1: Mức độ phụ thuộc các hoạt động chức năng cơ bản hàng ngày theo thang điểm Katz



Hình 1 cho thấy tỷ lệ NCT cần được hỗ trợ chủ yếu cho các hoạt động chức năng cơ bản hàng ngày. “Tắm rửa” là yếu tố có điểm trung bình cao nhất 0,6 điểm. Hoạt động “đại tiểu tiện tự chủ” có điểm trung bình thấp nhất 0,122 điểm.

Bảng 2. Hoạt động chức năng hàng ngày và thông tin chung của đối tượng nghiên cứu (n=85)

Đặc điểm		Độc lập	Phụ thuộc 1 phần	Phụ thuộc hoàn toàn	p, X ²
Tuổi (n,%)	< 75	14 (45,1)	15 (48,4)	2 (6,5)	0,014
	≥ 75	14 (25,9)	22 (40,8)	18 (33,3)	
Giới (n,%)	Nam	13 (44,8)	14 (48,3)	2 (6,9)	0,026
	Nữ	15 (26,8)	23 (41,1)	18 (32,1)	
Số lượng bệnh đồng mắc (n,%)	≤ 2 bệnh	24 (41,4)	24 (41,4)	10 (17,2)	0,027
	> 2 bệnh	4 (14,8)	13 (48,1)	10 (37)	
BMI (kg/m ²) (TB ± SD)		20,5 ± 3,3	20,7 ± 2,9	18,4 ± 2,2	0,011
Số loại thuốc sử dụng mỗi ngày	< 3 loại	22 (39,3)	22 (39,3)	12 (21,4)	0,224
	≥ 3 loại	6 (20,7)	15 (51,7)	8 (27,6)	
MNA (TB ±SD) (Min-max)		24,1 ± 2,7 (16 – 28)	21,0 ± 3,5 (14 – 30)	16,4 ± 3,2 (8,5 – 22,5)	0,000
Thời gian nằm viện (TB ± SD)		2,4 ± 1,9	2,7 ± 2,1	2,9 ± 2,1	0,604
Tổng n(%)		28 (33,0)	37 (43,5)	20 (23,5)	

Bảng 2 cho thấy tỷ lệ người cao tuổi có khả năng sinh hoạt độc lập thấp, chỉ chiếm 33% trong khi đó tỷ lệ phụ thuộc một phần vào người chăm sóc là 43,5% và 23,5% phụ thuộc hoàn toàn. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống

kê giữa nhóm tuổi, giới, số bệnh đồng mắc, tình trạng dinh dưỡng theo BMI, MNA về mức độ phụ thuộc với $p < 0,05$.



Bảng 3. Mối liên quan giữa một số yếu tố và hoạt động chức năng cơ bản hàng ngày của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Hoạt động chức năng cơ bản hàng ngày		OR (95%CI)
		Giảm n(%)	Không giảm n(%)	
Nhóm tuổi	< 75T	17 (54,8)	14 (45,2)	2,36 (0,93 - 5,98)
	≥ 75T	40 (74,1)	14 (25,9)	
Giới tính	Nam	16 (55,2)	13 (44,8)	2,22 (0,87 - 5,69)
	Nữ	41 (73,2)	15 (26,8)	
Số lượng bệnh đồng mắc	≤ 2 bệnh	34 (58,6)	24 (41,1)	4,06 (1,24 - 13,25)
	> 2 bệnh	23 (85,2)	4 (14,8)	
Đang điều trị thuốc	Có	38 (67,9)	18 (32,1)	1,11 (0,43 - 2,87)
	Không	19 (65,5)	10 (34,5)	
Số loại thuốc sử dụng mỗi ngày	< 3 loại	34 (60,7)	22 (39,3)	2,48 (0,87 - 7,06)
	≥ 3 loại	23 (79,3)	6 (20,7)	
Sa sút trí tuệ	Có	37 (77,1)	11 (22,9)	2,86 (1,12 - 7,27)
	Không	20 (54,1)	17 (45,9)	

Nhận xét: Người cao tuổi nhiều hơn 2 bệnh đồng mắc và có sa sút trí tuệ có nguy cơ suy giảm hoạt động chức năng hàng ngày cao gấp 4,06 lần và 2,86 lần so với nhóm còn lại. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Bảng 4: Mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng và chức năng hoạt động cơ bản hàng ngày của người cao tuổi

	Chức năng hoạt động cơ bản		OR (95%CI)
	Giảm (n=57)	Không giảm (n= 28)	
MNA			
Có SDD (n=56) (n%)	48 (83,3)	8 (16,7)	13,3 (4,5 - 39,49)
TTDD bình thường (n = 29) (n%)	9 (31)	20 (69)	
Albumin huyết thanh			
< 35 g/L (n=20)	17 (85,0)	3 (15,0)	3,54 (0,94 - 13,33)
≥ 35 g/L (n=65)	40 (61,5)	25 (38,5)	
Protein huyết thanh			
< 65 g/L (n= 18)	11 (61,1)	7 (38,9)	0,72 (0,24 - 2,11)
≥ 65 g/L (n=67)	46 (68,7)	21 (31,3)	

Bảng 4 cho thấy NCT có suy dinh dưỡng có nguy cơ giảm hoạt động chức năng cơ bản hàng ngày cao hơn 13,3 lần so với nhóm không suy dinh dưỡng. Không tìm thấy mối liên quan giữa tình trạng giảm Albumin và Protein huyết thanh với tình trạng giảm ADLs.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành trên 85 NCT đang điều trị và sinh sống tại một trung tâm chăm sóc sức khỏe dài hạn với phần lớn đối tượng tham gia nghiên cứu là nữ

giới (chiếm 65,9%). Tỷ lệ NCT là nữ giới chiếm phần lớn chủ yếu trong các trung tâm dưỡng lão cũng được ghi nhận ở Ý có 66,67% là nữ [6]. Tuổi trung bình của đối tượng tham gia nghiên cứu là $78,5 \pm 8,0$ tuổi, nhóm tuổi trên 75 tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất, có sự tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Trung Anh (2021) được thực hiện tại bệnh viện Lão khoa Trung ương có độ tuổi trung bình là $79 \pm 8,9$ tuổi. Tỷ lệ NCT có độ tuổi từ 75 tuổi trở lên trong nghiên cứu của tác giả Saka cũng chiếm tỷ lệ chủ yếu, tương đồng với kết quả của chúng tôi [7]. Trong nghiên cứu đa số NCT đều có bệnh lý nền kèm theo, trong đó 2 bệnh mắc nhiều nhất là sa sút trí tuệ và tăng huyết áp với tỷ lệ lần lượt là 58,8% và 48,2%, có 10 người không mắc bệnh lý nào. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lê Thị Ngọc Trân (2019) khi nhóm bệnh NCT hay gặp là: tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh lý về dạ dày [8] ... Tuy nhiên sa sút trí tuệ và tai biến mạch máu não ở 2 nghiên cứu trên lại có tỷ lệ thấp hơn so với nghiên cứu của tôi. Lý giải cho điều này là do nghiên cứu đều thực hiện trên những bệnh nhân đến khám tại các bệnh viện, tỷ lệ NCT có khả năng độc lập tự đi khám cao hơn và NCT ít quan vấn đề sức khỏe, thường là không có thói quen khám sức khỏe định kỳ.

Tỷ lệ NCT cần nhận sự hỗ trợ cho các hoạt động hàng ngày dễ gặp hơn ở nhóm người trên 75 tuổi, trong đó nữ giới có tỷ lệ phụ thuộc hoàn toàn cao hơn nam giới với tỷ lệ là 32,1% và 6,9%. Phân nhóm NCT có số lượng bệnh lý mắc kèm khi nhóm từ 3 bệnh lý trở lên có tỷ lệ phụ thuộc hoàn toàn cao hơn so với các nhóm còn lại là 62,5%. Cùng với đó, BMI thấp có liên quan lớn đến tỷ lệ NCT phụ thuộc hoàn toàn vào các hoạt động, nhóm người cao tuổi NCT bị phụ thuộc hoàn toàn vào các hoạt động chức năng hàng ngày có chỉ số BMI thấp là $18,4 \pm 2,2$ kg/m².

Tuổi cao thường kéo theo quá trình lão hóa và sự suy giảm các chức năng của cơ thể, số lượng bệnh lý mắc phải, làm suy giảm đáng kể tính độc lập của NCT thông qua sự phụ thuộc một phần hay hoàn toàn trong các hoạt động chức năng cơ bản hàng ngày. Khi xét về mối liên quan giữa số lượng bệnh đồng mắc của ĐTNC, nghiên cứu tìm thấy được mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng suy giảm hoạt động chức năng với yếu tố sa sút trí tuệ. Nghiên cứu này chỉ ra NCT có sa sút trí tuệ thì nguy cơ suy giảm hoạt động chức năng tăng lên 2,86 lần. Kết quả này có cao hơn với nghiên cứu của tác giả Phạm Ngân Giang khi NCT có sa sút trí tuệ có nguy cơ suy giảm hoạt động chức năng cao

gấp 2,39 lần so với NCT không mắc hội chứng [9]. Đây là một trong những yếu tố có mối liên quan tới sự phụ thuộc vào các hoạt động chức năng cơ bản hàng ngày ảnh hưởng tiêu cực đến chất lượng cuộc sống trong dân số lão khoa. Điều này gợi ý sự cần thiết của việc cần có những nghiên cứu chuyên sâu trong việc tìm kiếm các nguyên nhân làm suy giảm ADL trên NCT trong tương lai để có những đánh giá chi tiết hơn và có chiến lược cải thiện sức khỏe phù hợp hơn cho NCT.

Theo kết quả nghiên cứu, chúng tôi tìm thấy được mối liên quan với tình trạng dinh dưỡng được đánh giá theo MNA, Albumin huyết thanh và Protein huyết thanh. Kết quả cho thấy vai trò của albumin huyết thanh và protein huyết thanh như một chỉ số hữu ích về tình trạng dinh dưỡng ở NCT. Suy dinh dưỡng làm giảm khả năng hoạt động thể chất, suy giảm chất lượng cuộc sống và dẫn đến sự gia tăng nhu cầu vào các cơ sở dưỡng lão. Mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng và suy giảm khả năng độc lập thực hiện các hoạt động chức năng được ghi nhận tương tự ở nghiên cứu của tác giả Boyanagari (2018) [10].

5. KẾT LUẬN

Chức năng hoạt động cơ bản hàng ngày của NCT giảm, tỷ lệ phụ thuộc hoàn toàn và phụ thuộc một phần cao. Có mối liên quan giữa bệnh đồng mắc, tình trạng sa sút trí tuệ, suy dinh dưỡng với sự giảm chức năng hoạt động cơ bản hàng ngày có ý nghĩa thống kê.

Lời cảm ơn:

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Trung tâm dưỡng lão Tuyết Thái, huyện Đông Anh, thành phố Hà Nội đã tạo điều kiện trong suốt quá trình tiến hành nghiên cứu. Chúng tôi cũng xin gửi lời cảm ơn đến những người người cao tuổi đã đồng ý tham gia nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Già hóa dân số. UNFPA Vietnam. Published October 13, 2021. Accessed June 1, 2023. <https://vietnam.unfpa.org/vi/topics/gi%C3%A0-h%C3%B3a-d%C3%A2n-s%E1%BB%91>
- [2] Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2019, Già Hóa Dân Số và Người Cao Tuổi ở Việt Nam.
- [3] Tran Thai Van, Huynh Dang Kim Khanh, Pham



- Duyen Vinh Hanh et al., The investigation of the level of activities of daily living by Katz index and related factors in elderly inpatients at department of cardiology of Thong Nhat hospital. VNUHCM Journal of Health Sciences. 2021;2(2):222-228.
- [4] MNA-english.pdf. Accessed May 4, 2023. <https://www.mna-elderly.com/sites/default/files/2021-10/MNA-english.pdf>
- [5] Katz S, Ford AB, Moskowitz RW et al., Studies of Illness in the Aged: The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. JAMA. 1963;185(12):914-919. doi:10.1001/jama.1963.03060120024016
- [6] Donini LM, Poggiogalle E, Molfino A et al., Mini-Nutritional Assessment, Malnutrition Universal Screening Tool, and Nutrition Risk Screening Tool for the Nutritional Evaluation of Older Nursing Home Residents. J Am Med Dir Assoc. 2016;17(10):959.e11-18.
- [7] Saka B, Kaya O, Ozturk GB et al., Malnutrition in the elderly and its relationship with other geriatric syndromes. Clin Nutr. 2010;29(6):745-748. doi:10.1016/j.clnu.2010.04.006
- [8] Lê Thị Ngọc Trân, Hoàng Hà, Thực trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của người cao tuổi đến khám bệnh tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương năm 2019. Sở Khoa Học & Công Nghệ Bình Dương. Accessed August 28, 2023. <http://sokhcn.binhduong.gov.vn>
- [9] Nghiên cứu thực trạng hạn chế hoạt động sinh hoạt hàng ngày của người cao tuổi, một số yếu tố ảnh hưởng và thử nghiệm một giải pháp can thiệp dự phòng 2011 — LUẬN ÁN TIẾN SĨ - Cơ sở dữ liệu toàn văn. Accessed August 28, 2023. <http://luanan.nlv.gov.vn/luanan?a=d&d=TTcFfqzHcEFS2011>
- [10] Boyanagari VK, Panda P, Boyanagari M et al., Assessment of nutritional status, psychological depression, and functional ability of elderly population in South India. Archives of Mental Health. 2018;19(2):150.

NUTRITIONAL STATUS AND ASSOCIATED FACTORS IN TYPE 2 DIABETES PATIENTS AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL IN 2023

Ha Van Son¹, Duong Thi Phuong^{2*}, Nguyen Thi Thao¹, Le Thi Huong^{1,2}

¹Hanoi Medical University - No. 1 Ton That Tung, Dong Da, Ha Noi, Viet Nam

²Hanoi Medical University Hospital - No. 1 Ton That Tung, Dong Da, Ha Noi, Viet Nam

Received: 08/09/2023

Revised: 05/10/2023; Accepted: 01/11/2023

ABSTRACT

Objective: To describe the nutritional status and some related factors among patients with type 2 diabetes mellitus (T2DM) at Hanoi Medical University Hospital in 2023.

Subject and method: A cross-sectional study was conducted on 80 patients diagnosed with type 2 diabetes, evaluating their nutritional status using Body mass index (BMI) standards for Asians, and measuring waist circumference and waist-to-hip ratio based on the World Health Organization's 2008 guidelines.

Results: The average BMI was 22.8 ± 3.5 kg/m². Notably, 10% of patients suffered from chronic energy deficiency, while 50% were overweight or obese. Furthermore, a high waist circumference was observed in 45% of patients, with a significant gender disparity, particularly among females (77.2%) compared to males (32.8%, $p < 0.001$). An alarming 86.3% of patients illustrated a high waist-to-hip ratio. Factors associated with overweight and obesity included gender, education level, waist circumference and dyslipidemia ($p < 0.05$).

Conclusion: The prevalence of overweight and obese and waist-to-hip ratios is notably high among T2DM patients.

Keywords: Nutritional status, type 2 diabetes, Hanoi Medical University Hospital.

*Corresponding author

Email address: duongphuong.hmu@gmail.com

Phone number: (+84) 349 696 484

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>



TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI NĂM 2023

Hà Văn Sơn¹, Dương Thị Phương^{2*}, Nguyễn Thị Thảo¹, Lê Thị Hương^{1,2}

¹Trường Đại học Y Hà Nội - Số 1 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội - Số 1 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 08 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 05 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 01 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên của người bệnh đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2023.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 80 người bệnh được chẩn đoán mắc đái tháo đường típ 2. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo tiêu chuẩn chỉ số khối cơ thể (BMI) dành cho người châu Á, đồng thời xác định vòng eo và tỉ số vòng eo/vòng hông cao dựa trên hướng dẫn của Tổ chức Y tế thế giới năm 2008.

Kết quả: Chỉ số BMI trung bình là $22,8 \pm 3,5$ kg/m². Trong khi tỉ lệ thiếu năng lượng trường diễn ở nhóm người bệnh ĐTD típ 2 chỉ là 10%, thì tỉ lệ bị thừa cân/ béo phì lên tới 50%. Hơn nữa, chu vi vòng eo cao được quan sát ở 45% bệnh nhân; với sự chênh lệch đáng kể về giới tính, đặc biệt là ở nữ giới (77,2%) so với nam giới (32,8%; $p < 0,001$). Một con số đáng báo động là 86,3% bệnh nhân có tỉ số VE/VM cao. Các yếu tố liên quan đến thừa cân, béo phì bao gồm: giới tính, trình độ học vấn, chu vi vòng eo và mắc rối loạn mỡ máu ($p < 0,05$).

Kết luận: Tỉ lệ thừa cân béo phì và tỉ lệ người có tỉ số VE/VM cao ở người bệnh ĐTD típ 2 là khá cao.

Từ khóa: Tình trạng dinh dưỡng, đái tháo đường típ 2, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

*Tác giả liên hệ

Email: duongphuong.hmu@gmail.com

Điện thoại: (+84) 349 696 484

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một trong bốn bệnh không lây nhiễm chính và tỉ lệ mắc bệnh toàn cầu đang gia tăng nhanh chóng trong những năm gần đây [1]. Theo WHO, khoảng 422 triệu người trên toàn thế giới mắc ĐTĐ, phần lớn sống ở các nước thu nhập thấp và trung bình, và 1,5 triệu ca tử vong trực tiếp do ĐTĐ mỗi năm [1]. Tại Việt Nam, ĐTĐ được dự báo là một trong bảy căn bệnh gây tử vong và tàn tật hàng đầu vào năm 2030 [2]. Tác động của ĐTĐ típ 2 là làm gia tăng tỉ lệ tử vong, giảm chất lượng cuộc sống, các biến chứng ĐTĐ gây tăng gánh nặng kinh tế cho bản thân người bệnh, cho gia đình và cho xã hội. Tỉ lệ mắc bệnh ĐTĐ típ 2 gia tăng liên quan với tần suất thừa cân, béo phì tăng trong cộng đồng [3]. Thừa cân, béo phì gây ra nhiều vấn đề sức khỏe đối với người ĐTĐ. Béo phì khiến cơ thể kém nhạy cảm với insulin hơn, do đó khó ổn định đường huyết và HbA1c. Béo phì gia tăng nguy cơ bệnh lí tim mạch và đột quy, hội chứng ngưng thở khi ngủ và thoái hóa khớp. Béo phì còn liên quan với tăng nguy cơ một số loại ung thư, bao gồm ung thư nội mạc tử cung, ung thư vú, ung thư thực quản, gan và đại tràng...

Dinh dưỡng là phương pháp điều trị cơ bản, cần thiết cho người bệnh ĐTĐ típ 2 ở bất kỳ loại hình điều trị nào. Một chế độ ăn uống lành mạnh, hoạt động thể chất thường xuyên, duy trì trọng lượng cơ thể bình thường và tránh sử dụng thuốc lá là những cách để ngăn ngừa hoặc trì hoãn sự khởi phát của bệnh ĐTĐ típ 2. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và tìm hiểu mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng và các yếu tố liên quan là cần thiết để có cái nhìn tổng quát về tình trạng dinh dưỡng của người bệnh, góp phần vào việc kiểm soát ĐTĐ tốt hơn, nâng cao chất lượng điều trị. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của người bệnh ĐTĐ típ 2 điều trị tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2023.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Thời gian nghiên cứu được thực hiện từ 2/2023-6/2023 tại khoa Nội tiết hô hấp và Trung tâm tim mạch - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

➤ **Tiêu chuẩn lựa chọn:** người bệnh từ 18 tuổi trở lên đang điều trị nội trú tại khoa Nội tiết hô hấp và Trung tâm tim mạch Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong khoảng thời gian nghiên cứu, được chẩn đoán ĐTĐ típ 2 theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ĐTĐ típ 2 của Bộ Y tế năm 2020 [4].

➤ **Tiêu chuẩn loại trừ:** Người đang có biến chứng nặng, cấp tính như hôn mê, đột quy não,... Người đang mang thai, đang trong tình trạng nhiễm trùng nặng hoặc bị phù, cong vẹo cột sống.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

Cỡ mẫu

Dùng công thức ước lượng 1 tỉ lệ để tính cỡ mẫu:

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{p(1-p)}{\Delta^2}$$

Trong đó:

- n: cỡ mẫu nghiên cứu.

- $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ là giá trị của hệ số giới hạn tin cậy ứng với $\alpha=0,05$ với độ tin cậy của ước lượng là 95%.

- Δ = Khoảng sai lệch mong muốn, chọn $\Delta=0,05$.

- $p = 0,047$ là tỉ lệ người bệnh ĐTĐ típ 2 có tình trạng thiếu năng lượng trường diễn tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương năm 2020 [5]. Vậy cỡ mẫu tối thiểu là 69 người bệnh cộng thêm 10% nguy cơ bỏ cuộc là 76 người bệnh. Thực tế lấy được 80 người bệnh.

Chọn mẫu: Lấy mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân nhập viện trong thời gian tiến hành nghiên cứu, thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn nêu trên đều được chọn vào nghiên cứu cho đến khi đủ cỡ mẫu.

2.5. Biến số, chỉ số và nội dung nghiên cứu

- Đặc điểm chung: tuổi, giới, nghề nghiệp, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, thời gian phát hiện bệnh, bệnh lý kèm theo.

- Tình trạng dinh dưỡng: chiều cao, cân nặng hiện tại, vòng eo (VE), vòng hông (VM), tỉ số VE/VM, chỉ số khối cơ thể (BMI), các chỉ số về mỡ máu: Cholesterol, Triglycerid, LDL - C, HDL - C.

Phương pháp đánh giá

Đo các chỉ số nhân trắc: cân nặng, chiều cao, vòng eo (VE), vòng hông (VM). Đánh giá dựa vào chỉ số khối



ơ thể (BMI) theo tiêu chuẩn của Văn phòng tổ chức Y tế thế giới khu vực Tây Thái Bình Dương (WPRO) năm 2004 dành cho người châu Á với chẩn đoán thừa cân – béo phì khi BMI $\geq 23 \text{ kg/m}^2$:

Đánh giá chu vi VE, tỉ số VE/VM lớn theo Tổ chức Y

tế thế giới năm 2008: VE $\geq 90 \text{ cm}$ ở nam và VE $\geq 80 \text{ cm}$ ở nữ; VE/VM $\geq 0,9$ ở nam và VE/VM $\geq 0,85$ ở nữ.

Đánh giá rối loạn mỡ máu dựa vào mục tiêu điều trị theo hướng dẫn chẩn đoán ĐTĐ típ 2 của Bộ Y tế năm 2020 [4]:

STT	Chỉ số		Mục tiêu điều trị		Đơn vị
			Đạt	Không đạt	
1	HDL - C máu	Nam	$> 1,0$	$\leq 1,0$	mmol/l
		Nữ	$> 1,3$	$\leq 1,3$	
2	LDL - C máu (nếu chưa có biến chứng tim mạch)		$< 2,6$	$\geq 2,6$	mmol/l
3	LDL - C máu (nếu đã có biến chứng tim mạch)		$< 1,8$	$\geq 1,8$	mmol/l
4	Cholesterol toàn phần		3,1 – 5,2	$< 3,1$ hoặc $> 5,2$	mmol/l
5	Triglycerid		$< 1,7$	$\geq 1,7$	mmol/l

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Kỹ thuật thu thập thông tin: phương pháp phỏng vấn trực tiếp đối tượng theo bộ câu hỏi, kết hợp phương pháp quan sát, đo lường các chỉ số nhân trắc học, thu thập chỉ số hoá sinh từ hồ sơ bệnh án.

Kỹ thuật đo chiều cao: Dùng thước đo chiều cao chuyên dụng với độ chia nhỏ nhất là 0,1cm. Kết quả được ghi theo đơn vị là Centimet với 1 số lẻ sau dấu phẩy thập phân.

Kỹ thuật cân: Dùng cân TANITA có độ chia nhỏ nhất là 0,1kg, kết quả được ghi theo đơn vị là Kilogram với 1 số lẻ sau dấu phẩy thập phân.

Kỹ thuật đo chu vi vòng eo, vòng hông: Dùng thước dây không co giãn có độ chia nhỏ nhất là 0,1cm. Kết quả được ghi theo đơn vị là Centimet với 1 số lẻ sau dấu phẩy thập phân.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Sử dụng phần mềm Epidata 3.1 để làm sạch và nhập số liệu và được xử lý bằng phần mềm Stata 16.0. Kiểm định sự khác biệt bằng các test thống kê Fisher's exact test với tỉ lệ, T - test đối với giá trị trung bình.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua và được sự đồng ý của Viện đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng - Trường Đại học Y Hà Nội quyết định số M.04.DTĐH.11. Các đối tượng tham gia nghiên cứu một cách tự nguyện, không bắt buộc và có quyền từ bỏ không tham gia nghiên cứu. Các thông tin về đối tượng được giữ bí mật và chỉ được sử dụng với mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc tính		Số lượng (n=80)	Tỉ lệ (%)
Giới	Nam	58	72,5
	Nữ	22	27,5
Nhóm tuổi TB: 53,2 ± 13,1	≤ 49	21	26,2
	50 - 69	47	58,8
	≥ 70	12	15,0
Nghề nghiệp	Làm ruộng	17	21,3
	Công nhân/Cán bộ	14	17,5
	Buôn bán/nghề tự do	23	28,7
	Hưu trí	16	20,0
	Nghề khác/không việc làm	10	12,5
Trình độ học vấn	Tiểu học/không đi học	15	18,8
	Trung học cơ sở	28	35,0
	Trung học phổ thông	17	21,2
	Trung cấp /Đại học	20	25,0
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	5	6,3
	Có vợ/chồng	72	90,0
	Khác (ly thân/ly hôn/góa)	3	3,7

Có 80 đối tượng tham gia nghiên cứu trong đó 72,5% là nam, 27,5% là nữ. Tuổi trung bình: 53,2 ± 13,1 tuổi. Đa số các đối tượng có độ tuổi từ 50-69 tuổi (57,85%). 28,25% đối tượng làm nghề buôn bán/nghề tự do, 21,25% đối tượng làm nông nghiệp, 20% đối tượng là

hưu trí, cán bộ và công nhân chỉ chiếm lần lượt là 10%, 7,5%. Người bệnh có trình độ học vấn từ trung học cơ sở trở xuống chiếm 53,75%, người bệnh có trình độ từ trung học phổ thông trở lên chiếm 46,25%. 90% đối tượng đang sống cùng vợ/chồng.

Bảng 2. Tình trạng dinh dưỡng theo giới của người bệnh ĐTĐ típ 2

Giới tính	Phân loại BMI								BMI $\bar{X} \pm SD$ (kg/m ²)
	Thiếu năng lượng trường diễn		Bình thường		Thừa cân		Béo phì		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Nam (n=58)	8	13,8	19	32,8	16	27,6	15	25,8	22,69±3,7
Nữ (n=22)	0	0	13	59,1	3	13,6	6	27,3	23,25±2,8
Tổng (n=80)	8	10	32	40	19	23,7	21	26,3	22,8±3,5
P	0,072*								0,53**

*Fisher exact test

22,8±3,5 kg/m², tỉ lệ thừa cân ở nam (27,6%) cao hơn ở nữ (13,6) tuy nhiên tỉ lệ béo phì ở nữ (27,3%) lại cao hơn ở nam (25,8%).

**T-test

Bảng 2 cho thấy: BMI trung bình của người bệnh là

Bảng 3. Phân bố chu vi vòng eo của người bệnh theo giới tính

Giới tính	Chu vi vòng eo cao (cm)		Chu vi vòng eo bình thường (cm)		$\bar{X} \pm SD$ (cm)
	n	%	n	%	
Nam (n=58)	19	32,8	39	67,2	84,9±9,2
Nữ (n=22)	17	77,2	5	22,8	85±6,7
Tổng (n=80)	36	45	44	55	84,9±8,5
P	<0,001*				0,984**

*Fisher exact test

ở nam giới là 84,9±9,2 cm. Tỉ lệ người bệnh có chu vi VE cao là 45%; trong đó tỉ lệ này ở nữ giới là 77,2% cao hơn ở nam (32,8%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,001).

**T-test

Bảng 3 cho thấy: VE trung bình của nữ là 85±6,7 cm,

Bảng 4. Phân bố tỷ số vòng eo/vòng hông của người bệnh theo giới tính

Giới tính	Tỷ số VE/VM cao (nam > 0,9, nữ > 0,85)		Tỷ số VE/VM bình thường	
	n	%	n	%
Nam (n=58)	48	82,8	10	17,2
Nữ (n=22)	21	95,4	1	4,6
Tổng (n=80)	69	86,3	11	13,7
P	0,274*			

*Fisher exact test

cao là 86,3%. Trong đó, tỉ lệ nữ có chỉ số VE/VM cao (95,4%) cao hơn ở nam (82,8%).

Bảng 4 cho thấy : Tỉ lệ người bệnh có chỉ số VE/VM

Bảng 5: Một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu

TTDD		Thiếu năng lượng trường diễn n=8 (%)	Bình thường n=32 (%)	Thừa cân - Béo phì n=40 (%)	P*
Giới	Nam	8 (13,8)	19 (32,8)	31 (53,4)	<0,05
	Nữ	0	13 (59,1)	9 (40,9)	
Học vấn	THCS trở xuống	2 (4,6)	23 (53,5)	18 (41,8)	<0,05
	THPT trở lên	6 (16,2)	9 (24,3)	22 (59,5)	
Vòng eo	Bình thường	8 (18,2)	23 (52,3)	13 (28,5)	<0,05
	Cao	0	9 (25,0)	27 (75,0)	
Mức RLMM	Không	7 (15,2)	21 (45,7)	18 (39,1)	<0,05
	Có	1 (2,9)	11 (32,4)	22 (64,7)	

**Fisher exact test*

Kết quả cho thấy nam có tỉ lệ thừa cân béo phì (TCBP) là 53,4% cao hơn so với nữ; người bệnh có trình độ từ THPT trở lên có tỉ lệ TCBP cao hơn nhóm trình độ THCS trở xuống là 59,5%, người bệnh có chu vi VE cao có tỉ lệ TCBP cao hơn nhóm có chu vi VE bình thường, người bệnh mắc rối loạn mỡ máu có tỉ lệ TCBP cao hơn nhóm không mắc là 64,7%. Tất cả các sự khác biệt trên đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4. BÀN LUẬN

Trong dự phòng bệnh ĐTD típ 2, các khuyến nghị cần đạt và duy trì cân nặng ở mức độ hợp lý (BMI: 21 – 23 kg/m^2) với mức BMI lý tưởng bằng 22. Kết quả nghiên cứu phù hợp với khuyến nghị khi kết quả BMI trung bình là $22,8 \pm 3,5 \text{ kg}/\text{m}^2$. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Đồng Thị Phương [6] với BMI trung bình $22,7 \pm 2,6 \text{ kg}/\text{m}^2$. Theo tiêu chuẩn đánh giá tình trạng dinh dưỡng của WPRO - 2004, kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ TCBP (BMI ≥ 23) là 50%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Trọng Hưng [7] với tỉ lệ người bệnh TCBP là 49,5% nhưng cao hơn so với các nghiên cứu của Trịnh Thị Ngọc Huyền [5] là 33,3%. Do các nghiên cứu này sử dụng tiêu chuẩn BMI chung trên toàn thế giới, TCBP được xác định khi BMI ≥ 25 cho nên tỉ lệ TCBP thấp hơn. Mỗi quan hệ giữa béo phì và ĐTD típ 2 đã được xác định có mối quan hệ hai chiều với nhau. Béo phì được thừa nhận là yếu tố nguy cơ chính dẫn đến sự phát triển của bệnh ĐTD típ 2, vì mỡ thừa trong cơ thể đặc biệt là quanh vùng bụng, có thể dẫn đến kháng insulin - một đặc điểm chính của ĐTD típ 2. Ngược lại, ĐTD típ 2 cũng có thể làm tăng nguy cơ tăng cân, một phần là do người mắc bệnh ĐTD típ 2 tiêu thụ lượng calo dư thừa để bù đắp cho nhu cầu năng lượng tăng lên do kháng insulin. Sự xuất hiện đồng thời của bệnh ĐTD típ 2 và béo phì gây ra những hậu quả đáng kể đối với sức khỏe, bao gồm cả việc giảm chất lượng cuộc sống, cũng như làm tăng nguy cơ mắc các bệnh tim mạch [8]. Do đó, Hiệp hội đái tháo đường Hoa Kỳ (ADA) khuyến nghị giảm 5% cân nặng đối với những người mắc bệnh ĐTD típ 2 bị TCBP để đảm bảo sức khỏe tối ưu.

Béo bụng là một yếu tố nguy cơ quan trọng hơn so với béo phì tổng thể trong việc dự đoán sự phát triển của bệnh ĐTD típ 2. Trong khi chỉ số BMI chỉ đánh giá mức độ béo phì mà bỏ qua sự phân bố mỡ trên cơ thể

thì việc đo chu vi vòng eo (VE) là một cách đơn giản để đánh giá phân bố mỡ nội tạng đặc biệt là ở những đối tượng có tình trạng dinh dưỡng thiếu cân hoặc bình thường. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng béo bụng có mối tương quan với các yếu tố nguy cơ bệnh tim mạch liên quan đến béo phì bao gồm tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu và tăng đường huyết [9] và kết quả trong nghiên cứu này cũng chỉ ra người bệnh có chu vi VE lớn có tỉ lệ TCBP cao hơn nhóm có VE bình thường ($p < 0,05$). Số đo VE và chỉ số VE/VM phản ánh tốt hơn về béo phì trung tâm và nguy cơ mắc các bệnh ĐTD típ 2, tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu. Chu vi VE trung bình của đối tượng là $84,9 \pm 8,5 \text{ cm}$, trong đó VE trung bình nữ ($85 \pm 6,7 \text{ cm}$) nhỉnh hơn so nam ($84,9 \pm 9,2 \text{ cm}$). Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Đồng Thị Phương [6] với VE trung bình của nam và nữ lần lượt là $82,2 \pm 9,44 \text{ cm}$ và $80 \pm 5,8 \text{ cm}$. Tỉ lệ người bệnh có chu vi VE cao là 45% trong đó tỉ lệ nữ có chu vi VE cao (77,2%) cao hơn nam (32,8%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương Lan [10] khi có tỉ lệ người bệnh có chu vi VE cao là 52,6%, trong đó tỉ lệ nữ có chu vi VE cao (63,9%) cao hơn nam (34,1%). Tỉ lệ người bệnh có VE/VM cao là 86,3% trong đó tỉ lệ nữ có VE/VM cao (95,4%) cao hơn nam (82,8%) tương đồng với nghiên cứu của Đồng Thị Phương [8] có tỉ lệ người bệnh có VE/VM cao là 87,7%, trong đó tỉ lệ nữ có VE/VM cao (98,6%) cao hơn nam (76,8%). Có thể thấy chỉ số VE/VM trong nghiên cứu cao cho thấy đối tượng có nguy cơ cao đối với một số bệnh chuyển hóa và tim mạch, đặc biệt không tốt cho sức khỏe của người bệnh ĐTD típ 2. Người bệnh ĐTD típ 2 có chỉ số VE/VM cao dễ bị biến chứng về bệnh tim mạch hơn những người bệnh có chỉ số VE/VM ở ngưỡng bình thường bởi béo phì trung tâm có liên quan đến việc giảm dung nạp glucose, thay đổi cân bằng nội môi insulin, giảm độ thanh thải của insulin và giảm mức độ nhạy cảm với insulin.

Kết quả nghiên cứu chỉ ra nam giới có tỉ lệ TCBP (53,4%) cao hơn so với nữ (40,9%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, phù hợp với nghiên cứu của Đồng Thị Phương [6] cũng chỉ ra tỉ lệ TCBP ở nam cao hơn so với nữ. Sự khác nhau về yếu tố hành vi giữa hai giới cần được nhắc đến vì phần đa nam giới được xem là có lối sống kém lành mạnh hơn, tần suất cũng như mức độ sử dụng rượu bia, thuốc lá cao hơn nhiều so với nữ trong khi đây là 2 yếu tố nguy cơ gia tăng khả năng bị TCBP. Người có thói quen hút thuốc, sử dụng rượu bia có nguy cơ bị thừa cân béo phì cao hơn ngoài ra đây



còn là 2 yếu tố nguy cơ hàng đầu dẫn đến các bệnh lý về tim mạch, rối loạn chuyển hoá, ung thư. Tỷ lệ TCBP ở những người bệnh có rối loạn mỡ máu (RLMM) cao hơn so với nhóm còn lại ($p < 0,05$). Các nghiên cứu cho thấy RLMM ở người bệnh ĐTDĐ típ 2 làm tăng nguy cơ xơ vữa mạch máu, gây nhồi máu cơ tim và đột quỵ. Nghiên cứu Lê Đình Tuân [11] chỉ ra trên người bệnh ĐTDĐ típ 2 có TCBP thấy tỷ lệ RLMM lên đến 84,8% trong đó tăng triglycerid và cholesterol là nhiều nhất. Từ đó cần có biện pháp kiểm soát mỡ máu song song với việc kiểm soát đường huyết để đạt được kết quả điều trị tốt nhất cho người bệnh.

5. KẾT LUẬN

Tình trạng thừa cân - béo phì ở người bệnh ĐTDĐ típ 2 còn khá cao. Ngoài ra, hầu hết người bệnh có tỉ số VE/VM cao và tỉ lệ béo bụng ở nữ cao hơn nhiều so với nam. Các yếu tố: giới tính, trình độ học vấn, chu vi VE và mức RLMM là các yếu tố có mối liên quan đến tỉ lệ thừa cân - béo phì.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Diabetes, <https://www.who.int/health-topics/diabetes> (accessed 19 October 2023).
- [2] Việt Nam có khoảng 3,5 triệu người sống chung với đái tháo đường - Chương trình mục tiêu quốc gia - Công thông tin Bộ Y tế, https://moh.gov.vn/chuong-trinh-muc-tieu-quoc-gia/-/asset_publisher/7ng11fEWgASC/content/viet-nam-co-khoang-3-5-trieu-nguoi-song-chung-voi-ai-thao-uong (accessed 7 November 2022).
- [3] Nguyen CT, Pham NM, Lee AH, et al. Prevalence of and Risk Factors for Type 2 Diabetes Mellitus in Vietnam: A Systematic Review. *Asia Pac J Public Health* 2015; 27: 588–600.
- [4] Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2 (Ban hành kèm quyết định số 5481/QĐ - BYT ngày 30 tháng 12 năm 2020 của Bộ Y tế); 2020: 8-11, 19-20, 27-32.
- [5] Trịnh Thị Ngọc Ngọc Huyền, Nguyễn Trọng Hưng, Nguyễn Huy Bình, và cs. Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương năm 2020. *Tạp chí Nghiên cứu Y học* 2021; 146: 150–157.
- [6] Đồng Thị Phương, Hoàng Thị Thuý, Nguyễn Trọng Hưng, và cs. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Đông Anh, Hà Nội năm 2020. *Tạp chí Nghiên cứu Y học* 2021; 144: 91–99.
- [7] Nguyễn Trọng Hưng, Vũ Thị Lan Phương, Phan Hường Dương. Tình trạng dinh dưỡng ở người bệnh đái tháo đường type 2 khi nhập viện tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương, năm 2019 – 2020. *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm* 2020; 16: 119–126.
- [8] Grams J, Garvey WT. Weight Loss and the Prevention and Treatment of Type 2 Diabetes Using Lifestyle Therapy, Pharmacotherapy, and Bariatric Surgery: Mechanisms of Action. *Curr Obes Rep* 2015; 4: 287–302.
- [9] Siren R, Eriksson JG, Vanhanen H. Waist circumference a good indicator of future risk for type 2 diabetes and cardiovascular disease. *BMC Public Health* 2012; 12: 631.
- [10] Nguyễn Thị Hương Lan, Đỗ Thị Mai Phương, Nguyễn Thị Khánh Huyền, và cs. Tình trạng dinh dưỡng và đặc điểm khẩu phần của người bệnh đái tháo đường type 2 tại Bệnh viện Đa khoa Xanh pôn năm 2019 - 2020. *Tạp chí Nghiên cứu Y học* 2021; 146: 130–139.
- [11] Lê Đình Tuân, Nguyễn Thị Phi Nga, Trần Thị Thanh Hóa, và cs. Mối liên quan giữa rối loạn lipid máu và glucagon-like peptide-1 ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 chẩn đoán lần đầu có thừa cân béo phì. *Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy*. Epub ahead of print 1 April 2021. DOI: 10.52389/ydls.v16iDB4.953.

NUTRITIONAL STATUS AND MUSCLE STRENGTH OF GASTRIC CANCER PATIENTS BEFORE AND AFTER SURGERY AT THE NATIONAL CANCER HOSPITAL IN 2023

Nguyen Thi Dinh^{1*}, Hoang Viet Bach¹, Nguyen Thi Thanh Hoa¹, Nguyen Thi Dung¹,
Nguyen Duc Diu¹, Nguyen Thi Hong Tien¹, Le Thi Huong^{1,2}

¹Vietnam National Cancer Hospital - 30 Cau Buou street, Tan Trieu, Thanh Tri, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Medical University - No.1, Ton That Tung street, Khuong Thuong, Dong Da, Hanoi, Vietnam

Received: 08/09/2023

Revised: 07/10/2023; Accepted: 30/10/2023

ABSTRACT

Objective: To describe the nutritional status and muscle strength of gastric cancer patients before and after surgery at Hospital K.

Subjects and Methods: The study describes a cross-sectional examination of 178 gastric cancer patients before and after surgery at Hospital K in 2023.

Results: According to BMI classification, the prevalence of malnutrition before surgery was 20.8%, which increased to 34.3% after surgery. Within one month before surgery, 141 patients (79.2%) unintentionally lost weight, which increased to 177 patients (99.4%) after surgery. The rate of weight loss within six months before surgery was 83.75%, which increased to 97.8% after surgery. Before surgery, 41% of patients had decreased muscle strength, which nearly doubled to 80.3% after surgery.

Conclusion: The nutritional status of gastric cancer patients worsened after surgery compared to before surgery. The rate of gastric cancer patients muscle strength significantly decreases after surgery, nearly doubling compared to before the surgery.

Keywords: Nutritional status, muscle strength, gastric cancer.

*Corresponding author

Email address: dinhhy15@gmail.com

Phone number: (+84) 966 306 995

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>



TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG, SỨC MẠNH CƠ CỦA NGƯỜI BỆNH UNG THƯ DẠ DÀY TRƯỚC VÀ SAU PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN K NĂM 2023

Nguyễn Thị Đính^{1*}, Hoàng Việt Bách¹, Nguyễn Thị Thanh Hòa¹, Nguyễn Thị Dung¹, Nguyễn Đức Diệu¹, Nguyễn Thị Hồng Tiến¹, Lê Thị Hương^{1,2}

¹Bệnh viện K - 30 đường Cầu Bươu, xã Tân Triều, huyện Thanh Trì, Hà Nội, Việt Nam

²Trường Đại học Y Hà Nội - số 1 phố Tôn Thất Tùng, phường Khương Thượng, quận Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 08 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 07 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 30 tháng 10 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tình trạng dinh dưỡng, sức mạnh cơ của người bệnh ung thư dạ dày trước và sau phẫu thuật tại Bệnh viện K.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 178 người bệnh ung thư dạ dày trước và sau phẫu thuật tại Bệnh viện K năm 2023.

Kết quả: Theo phân loại BMI, tỷ lệ suy dinh dưỡng trước phẫu thuật là 20,8%, tỷ lệ này tăng lên 34,3% sau phẫu thuật. Trong vòng 1 tháng trước phẫu thuật có 141 người bệnh (79,2%) giảm cân không chủ ý, sau phẫu thuật đã tăng lên 177 người bệnh (99,4%). Tỷ lệ giảm cân tính trong vòng 6 tháng trước phẫu thuật là 149 (83,75%) tăng lên 174 (97,8%) sau phẫu thuật. Trước phẫu thuật, có 41% người bệnh sức mạnh cơ giảm, sau phẫu thuật tỷ lệ này đã tăng lên gần gấp đôi với 80,3%.

Kết luận: Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ung thư dạ dày sau phẫu thuật giảm hơn so với trước phẫu thuật. Tỷ lệ người bệnh ung thư dạ dày sau phẫu thuật giảm sức mạnh cơ là rất cao, gần gấp đôi so với trước phẫu thuật.

Từ khóa: Tình trạng dinh dưỡng, sức mạnh cơ, ung thư dạ dày.

*Tác giả liên hệ

Email: dinhhy15@gmail.com

Điện thoại: (+84) 966 306 995

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Cơ quan nghiên cứu ung thư quốc tế Globocan năm 2020, ung thư dạ dày (UTDD) là bệnh ung thư phổ biến thứ năm trên toàn thế giới. Cũng theo báo cáo trên thì tại Việt Nam năm 2020 ước tính có 17.906 ca mắc mới đứng thứ tư và chiếm 9,8% trong các loại ung thư [1]. Phẫu thuật hiện là phương pháp điều trị chủ yếu cho người bệnh UTDD. Người bệnh phẫu thuật UTDD bị suy dinh dưỡng (SDD) có nguy cơ có kết cục lâm sàng kém hơn: tỷ lệ biến chứng cao hơn, thời gian nằm viện kéo dài, tỷ lệ sống thấp hơn. Vì vậy, việc quan tâm, hỗ trợ dinh dưỡng ở người bệnh có chỉ định phẫu thuật là một trong những khâu quyết định sự hồi phục của người bệnh UTDD.

Người bệnh ung thư đường tiêu hóa có tình trạng SDD theo phân loại BMI tăng từ 24,0% trước phẫu thuật lên 37,6% sau phẫu thuật [2]. Nghiên cứu của chúng tôi sẽ tiến hành nghiên cứu sâu hơn trên đối tượng là người bệnh mắc UTDD. Tình trạng giảm cân, mất cơ là tình trạng thường thấy trên người bệnh UTDD. Việc đánh giá dinh dưỡng bằng dụng cụ đo sức mạnh cơ trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu tiến hành, tuy nhiên chưa phổ biến tại Việt Nam. Nghiên cứu của chúng tôi sẽ làm rõ tình trạng sức mạnh cơ của người bệnh UTDD trước và sau phẫu thuật.

Để trả lời những nội dung trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Mô tả tình trạng dinh dưỡng, sức mạnh cơ của người bệnh ung thư dạ dày trước và sau phẫu thuật.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Từ tháng 3 năm 2023 đến tháng 10 năm 2023 tại 3 khoa Ngoại Bụng 1, Ngoại Bụng 2, Ngoại Quán Sứ Bệnh viện K.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh từ 20 tuổi trở lên được chẩn đoán xác định ung thư dạ dày có chỉ định phẫu thuật cắt dạ dày tại 3 khoa Ngoại Bụng 1, Ngoại Bụng 2, Ngoại Quán Sứ Bệnh viện K. Người bệnh không đồng ý tham gia, người bệnh rối loạn tâm thần không lựa chọn vào nghiên cứu.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

Cỡ mẫu nghiên cứu: Tính theo công thức cỡ mẫu cho

việc ước tính một tỷ lệ trong quần thể:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{\epsilon \cdot p^2}$$

p: Tỷ lệ người bệnh ung thư đường tiêu hóa suy dinh dưỡng lấy từ nghiên cứu trước là $p = 0,5$ [3].

ϵ : Là sai số tương đối của nghiên cứu, lấy $\epsilon = 0,15$

α : Mức ý nghĩa thống kê, lấy $\alpha = 0,05$. Khi đó, $Z^2_{1-\alpha/2} = 1,96$.

Thay vào công thức tính được cỡ mẫu của nghiên cứu là $n = 170$. Lấy thêm 5% người bệnh bỏ cuộc hoặc có các vấn đề khác ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu, cỡ mẫu cuối cùng thu được là 178.

Chọn mẫu: Phương pháp chọn mẫu thuận tiện, chọn người bệnh đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu cho đến khi cỡ mẫu đạt 178 người bệnh.

2.5. Biến số nghiên cứu và tiêu chuẩn đánh giá

Biến số/chỉ số nghiên cứu chính:

- Về tình trạng dinh dưỡng gồm: chiều cao, cân nặng trước phẫu thuật, BMI trước phẫu thuật, % cân nặng giảm 1 tháng, 6 tháng trước phẫu thuật, cân nặng sau phẫu thuật, BMI sau phẫu thuật, % cân nặng giảm tính từ 1 tháng, 6 tháng vừa qua sau phẫu thuật.

- Về sức mạnh cơ gồm: sức mạnh cơ trước, sau phẫu thuật của nam, nữ.

Tiêu chí đánh giá:

- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng chỉ số BMI (SDD khi BMI $< 18,5$ kg/m², không SDD khi BMI $\geq 18,5$ kg/m²) [4].

- Phân nhóm mức độ giảm cân trong 1 tháng qua: nhóm 1: giảm 0-5%, nhóm 2: giảm $\geq 5\%$.

- Phân loại giảm cân trong 6 tháng qua: nhóm 1: giảm 0-10%; nhóm 2: giảm $\geq 10\%$.

- Đánh giá sức mạnh cơ cánh tay: Giảm lực cơ cánh tay (nam < 26 kg, nữ < 18 kg), lực cơ cánh tay bình thường (nam ≥ 26 kg, nữ ≥ 18 kg) [5].

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu:

Kỹ thuật sử dụng trong nghiên cứu: nghiên cứu áp dụng kỹ thuật thu thập thông tin bằng bảng câu hỏi phỏng vấn, đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng các chỉ tiêu nhân trắc: cân cân nặng bằng cân TANITA, đo chiều cao bằng thước Microtoise, đo sức mạnh cơ bằng



máy đo lực bóp tay điện tử CAMRY EH101 (handgrip). Thu thập thông tin cách thức mổ, giai đoạn bệnh trong hồ sơ bệnh án.

Quy trình thu thập số liệu:

Bước 1: (Trước phẫu thuật): Buổi sáng ngày phẫu thuật phỏng vấn đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) để thu thập thông tin về tuổi, giới, nơi ở, nghề nghiệp, tiền sử bệnh lý mạn tính khác, cân nặng 1 tháng trước, cân nặng 6 tháng trước. Cân, đo chiều cao, đo sức mạnh cơ cánh tay của người bệnh.

Bước 2: (Sau phẫu thuật): Buổi sáng ngày người bệnh được ra viện/chuyển khoa/về nghỉ sau phẫu thuật, phỏng vấn ĐTNC các triệu chứng liên quan đến ăn uống của người bệnh trong thời gian nằm viện sau phẫu thuật. Cân, đo người bệnh, đo sức mạnh cơ cánh tay. Một số thông tin về cách thức phẫu thuật, giai đoạn bệnh được lấy từ hồ sơ bệnh án.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu nghiên cứu được mã hoá, xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0.

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Đối tượng được giải thích rõ ràng về mục đích, ý nghĩa của nghiên cứu và tự nguyện tham gia nghiên cứu. Các thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, không sử dụng cho mục đích khác và hoàn toàn được giữ bí mật, không ảnh hưởng đến sức khỏe và lợi ích của ĐTNC. ĐTNC có thể từ chối tham gia nghiên cứu bất kỳ lúc nào.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên 178 người bệnh ung thư dạ dày có chỉ định phẫu thuật dạ dày. Kết quả cho thấy đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 60,6 ± 9,9 (tuổi) trong đó tuổi nhỏ nhất là 35 và lớn nhất là 83.

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=178)

Đặc điểm chung		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	107	60,1%
	Nữ	71	39,9%
Nghề nghiệp	Công nhân/viên chức	49	27,5%
	Nông dân	65	36,5%
	Tự do	22	12,4%
	Hưu trí/người cao tuổi	42	23,6%
Nơi ở	Nông thôn	112	62,9%
	Thành phố/thị trấn	66	37,1%
Giai đoạn bệnh	I	21	11,8%
	II	52	29,2%
	III	98	55,1%
	IV	7	3,9%
Bệnh lý mạn tính khác	0	146	82,0%
	I	25	14,0%
	≥2	7	3,9%
Cách thức phẫu thuật	Cắt toàn bộ dạ dày	61	34,3%
	Cắt gần toàn bộ dạ dày	98	55,1%
	Cắt bán phần dạ dày	19	10,7%

Kết quả này cho thấy giới nam chiếm tỷ lệ lớn hơn với 60,1%, nữ chiếm 39,9%. Nông dân và công nhân/viên chức là hai nhóm nghề nghiệp lớn nhất trong nhóm nghiên cứu (lần lượt 36,5% và 27,5%), người cao tuổi hiện ở nhà nghỉ ngơi và người hưu trí cũng chiếm tỷ lệ

cao 23,6%. Hầu hết ĐTNC sống ở nông thôn (62,9%), trong khi 37,1% sống ở thành phố hoặc thị trấn. Người bệnh đang ở giai đoạn III chiếm tỷ lệ lớn nhất (55,1%), giai đoạn I và II chiếm tỷ lệ thấp hơn (lần lượt là 11,8% và 29,2%), giai đoạn IV chiếm tỷ lệ thấp nhất với 3,9%.

Hơn 80% ĐTNC không mắc bệnh lý mạn tính nào khác, trong khi một số ít (14%) mắc 1 bệnh và 3,9% mắc từ 2 bệnh mạn tính trở lên. Cát gần toàn bộ dạ dày là phương pháp phẫu thuật phổ biến nhất trong nhóm nghiên cứu (chiếm 55,1%), tiếp theo là cắt toàn bộ dạ dày (34,3%), và cuối cùng là cắt bán phần dạ dày (10,7%).

Bảng 2: Đặc điểm chỉ số nhân trắc theo giới tính

		Chung (TB ± SD)	Nam (TB ± SD)	Nữ (TB ± SD)	p
Chiều cao (cm)		160,1 ± 7,2	164 ± 5,5	154,2 ± 5,0	<0,001*
Cân nặng (kg)	Trước phẫu thuật	53,5 ± 8,5	55,0 ± 8,8	51,2 ± 7,6	0,005*
	Sau phẫu thuật	50,9 ± 8,2	52,2 ± 8,6	48,9 ± 7,2	0,01**
BMI (kg/m ²)	Trước phẫu thuật	20,8 ± 2,7	20,4 ± 2,7	21,5 ± 2,6	0,012*
	Sau phẫu thuật	19,8 ± 2,6	19,4 ± 2,7	20,5 ± 2,4	0,003*
Sức mạnh cơ (kg)	Trước phẫu thuật	24,6 ± 8,5	27,9 ± 8,0	19,5 ± 6,5	<0,001*
	Sau phẫu thuật	16,7 ± 7,1	20,0 ± 6,2	11,7 ± 5,2	<0,001*

***: Mann Whitney test**

Kết quả trên cho thấy chiều cao trung bình chung của toàn bộ ĐTNC là 160,1 cm, với độ lệch chuẩn ± 7,2 cm, trong đó trung bình chiều cao nam 164 ± 5,5 (cm), nữ 154,2 ± 5,0 (cm). Trước phẫu thuật cân nặng của nam là 55,0 ± 8,8 (kg), nữ là 51,2 ± 7,6 (kg). Sau phẫu thuật cân nặng của nam là 52,2 ± 8,6 (kg), nữ 48,9 ± 7,2 (kg).

Trước phẫu thuật, BMI của nam giới là 20,4 ± 2,7 (kg/m²) nữ giới là 21,5 ± 2,6 (kg/m²). Sau phẫu thuật, BMI của nam giới là 19,4 ± 2,7 (kg/m²), nữ giới là 20,5 ± 2,4 (kg/m²). Về sức mạnh cơ, trước phẫu thuật sức mạnh cơ trung bình nam là 27,9 ± 8,0 (kg), nữ là 19,5 ± 6,5 (kg), sau phẫu thuật sức mạnh cơ trung bình nam là 20,0 ± 6,2, nữ 11,7 ± 5,2. Các chỉ số trên đều có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nam giới và nữ giới (p< 0,05).

Bảng 3: Tỷ lệ SDD trước và sau phẫu thuật theo chỉ số BMI

		Trước phẫu thuật n(%)	Sau phẫu thuật n(%)	p
BMI	Suy dinh dưỡng	37(20,8%)	61(34,3%)	<0,001 ^a
	Không suy dinh dưỡng	141(79,2%)	117(65,7%)	

^a: McNemar test

Từ bảng kết quả trên ta thấy, theo phân loại BMI có 37 trường hợp, chiếm 20,8% người bệnh trước phẫu thuật suy dinh dưỡng và đa số mẫu nghiên cứu với 141 người

bệnh (79,2%) không bị suy dinh dưỡng. Sau phẫu thuật, tỷ lệ suy dinh dưỡng tăng lên 61 người bệnh (34,3%). Sự khác biệt về tình trạng dinh dưỡng của người bệnh trước và sau phẫu thuật có ý nghĩa thống kê với p<0,001.

Bảng 4: Tình trạng giảm cân của đối tượng nghiên cứu

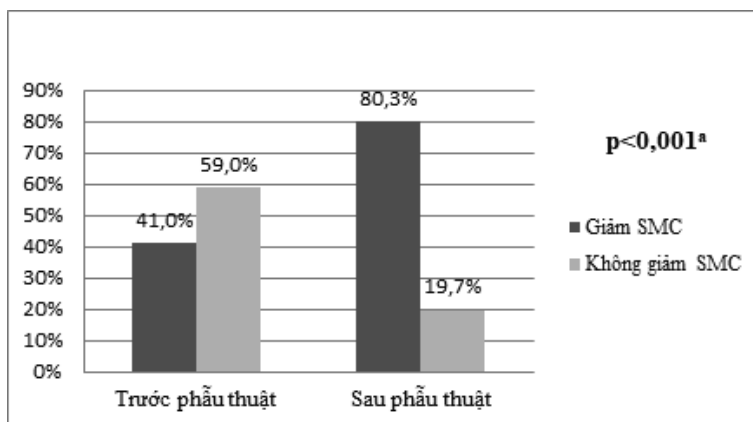
		Trước phẫu thuật n(%)	Sau phẫu thuật n(%)	p
Tỷ lệ giảm cân 1 tháng qua	Giảm 0-5%	81(57,4%)	46(26,0%)	p<0,001 ^a
	Giảm 5%	60(42,6%)	131(74,0%)	
	Tổng	141	177	
Tỷ lệ giảm cân 6 tháng qua	Giảm 0 – 10%	70(47,0%)	104(59,8%)	p<0,001 ^a
	Giảm 10%	79(53,0%)	70(40,2%)	
	Tổng	149	174	

^a: McNemar test

Kết quả cho thấy trước phẫu thuật, có 141 người bệnh có tình trạng giảm cân trong 1 tháng qua, trong đó tỷ lệ giảm 5% cân nặng là 60 trường hợp chiếm 42,6%; tính trong 6 tháng gần đây thì có 149 trường hợp trong

đó có 53% giảm cân 10%. Sau phẫu thuật tỷ lệ giảm cân tính trong 1 tháng qua là 177 người bệnh, có 74% người bệnh giảm cân 5%, tỷ lệ giảm cân tính trong 6 tháng qua cũng tăng lên 174 trường hợp. Khác biệt về tỷ lệ giảm cân trước và sau phẫu thuật có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Biểu đồ 1: Đánh giá mức độ sức mạnh cơ trước và sau phẫu thuật

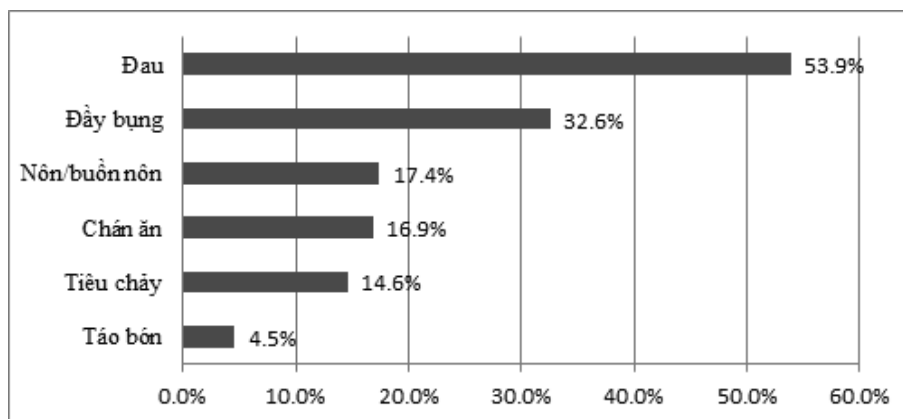


^a:(McNemar test)

Từ biểu đồ trên ta thấy, trước phẫu thuật tỷ lệ người bệnh có sức mạnh cơ bình thường là 59% cao hơn tỷ lệ người bệnh bị giảm sức mạnh cơ (41%). Tỷ lệ giảm

sức mạnh cơ đã tăng lên gần gấp đôi sau phẫu thuật với 80,3%, tỷ lệ sức mạnh cơ bình thường chỉ còn chiếm 19,7%. Sự khác biệt sức mạnh cơ trước và sau phẫu thuật này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Biểu đồ 2 : Các triệu chứng tiêu hóa sau mổ ảnh hưởng đến ăn uống trong thời gian nằm viện



Nghiên cứu cho thấy có 53,9% người bệnh có triệu chứng đau chiếm tỷ lệ cao nhất; 32,6% có triệu chứng đầy bụng, 17,4% có triệu chứng nôn hoặc buồn nôn, 16,9% là triệu chứng chán ăn. Tỷ lệ người bệnh tiêu chảy và táo bón lần lượt là 14,9%, 4,5% là 2 triệu chứng tiêu hóa liên quan đến dinh dưỡng có tỷ lệ thấp nhất.

4. BÀN LUẬN

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng chỉ số khối cơ thể (BMI) là phương pháp phổ thông thường xuyên được sử dụng trong cộng đồng và lâm sàng. Theo BMI, tỷ lệ SDD trước phẫu thuật của ĐTNC là 20,8%. Tỷ lệ này khá tương đồng so với nghiên cứu của Lai Nam Tài năm

2022 trên nhóm bệnh ung thư dạ dày trước phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh là 19,6% [6]. Sau phẫu thuật tỷ lệ SDD của nghiên cứu tăng lên 34,3%, kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Phạm Thị Thanh Hoa năm 2018, Nguyễn Thị Thúy năm 2020 cũng trên nhóm người bệnh ung thư dạ dày trước điều trị hóa chất lần lượt là 38,8% và 48% [7],[8]. Hai nghiên cứu của các tác giả trên đều thực hiện trên người bệnh ung thư dạ dày trước điều trị hóa chất và đa số đều là sau phẫu thuật tiến hành hóa trị hỗ trợ tại Bệnh viện K. Điều này có thể thấy nhóm bệnh nhân 2 nghiên cứu trên đang ở giai đoạn muộn hơn so với nghiên cứu của chúng tôi, điều này có thể lý giải về sự khác biệt giữa kết quả tỷ lệ SDD.

Trọng lượng là chỉ số cơ bản và quan trọng cho việc đánh giá tình trạng dinh dưỡng và tình trạng sức khỏe của cá thể. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ giảm cân tính trong vòng 6 tháng trước phẫu thuật là 83,75% tăng lên 97,8% sau phẫu thuật. Tỷ lệ này khá tương đồng với kết quả của Ngô Thị Linh có 80,8% người bệnh giảm cân trong vòng 6 tháng trước phẫu thuật, sau 7 ngày phẫu thuật có tới 98,4% người bệnh bị giảm cân [2]. Tính trong vòng 1 tháng trước phẫu thuật có 42,6% người bệnh giảm cân nhiều 5% cân nặng và sau phẫu thuật con số này đã tăng lên gần gấp đôi là 74%. Sự giảm cân nhiều trong thời gian ngắn là một trong những dấu hiệu ban đầu của nguy cơ SDD trên người bệnh. Người bệnh ung thư mang khối u tại dạ dày ảnh hưởng để việc ăn vào của người bệnh, người bệnh có thể đau, chán ăn, khó nuốt, đầy bụng dẫn đến lượng ăn vào thiếu, khối u ảnh hưởng đến chuyển hóa dẫn đến kém hấp thu. Việc kiểm tra sức khỏe định kỳ, phát hiện sớm luôn có ý nghĩa quan trọng trong điều trị và tiên lượng ung thư. Người bệnh phát hiện sớm luôn có chiến lược điều trị tốt nhất, can thiệp dinh dưỡng đúng thời điểm giúp người bệnh thoát khỏi nguy cơ suy kiệt, suy mòn trong ung thư.

Đo sức mạnh cơ có giá trị chẩn đoán phát hiện SDD cao hơn so với các công cụ khác như đo chu vi vòng cánh tay và bề dày lớp mỡ dưới da [5]. Theo biểu đồ 1, tỷ lệ giảm sức mạnh cơ sau phẫu thuật của nghiên cứu là 80,3% kết quả ngày tương tự với kết quả của Johanna Moreau và cộng sự nghiên cứu trên 201 người bệnh ung thư tiêu hóa đang hóa trị cũng có 80% người bệnh giảm sức mạnh cơ [9]. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thùy Linh năm 2020 trên người bệnh xơ gan là 75% giảm sức mạnh cơ [10]. Sự khác biệt giữa nghiên cứu của chúng tôi với tác giả Nguyễn Thùy Linh

có thể lý giải do đối tượng nghiên cứu của 2 nghiên cứu là khác nhau. Sức mạnh cơ được đo bằng dụng cụ handgrip được xem là chỉ số dinh dưỡng tốt để đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh.

Kết quả của nghiên cứu này sẽ là tiền đề, cơ sở để chúng tôi có thể tiến hành những nghiên cứu thử nghiệm can thiệp nhằm cải thiện tình trạng dinh dưỡng của nhóm người bệnh ung thư dạ dày trước và sau phẫu thuật.

5. KẾT LUẬN

Kết quả của nghiên cứu cho thấy trước phẫu thuật người bệnh ung thư dạ dày có tỷ lệ suy dinh dưỡng theo phân loại BMI khá cao, tỷ lệ này càng tăng cao sau phẫu thuật. Tỷ lệ người bệnh ung thư dạ dày sau phẫu thuật giảm sức mạnh cơ là rất cao, gần gấp đôi so với trước phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Edited by Wild CP, Weiderpass E, Stewart BW, World Cancer Report: Cancer Research for Cancer Prevention. International Agency for Research on Cancer 2020, LYON, p.p 333-344.
- [2] Ngô Thị Linh, Phạm Văn Phú, Tình trạng dinh dưỡng và biến chứng của bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức; Tạp chí Y học Cộng đồng, 4(57), 2020, 83-89.
- [3] Nguyễn Thùy Linh, Dương Thị Phương và cộng sự, Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư tại Bệnh viện Đại học Y năm 2016; Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm, 13(4), 2017, 8-15.
- [4] Body mass index (BMI). <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/body-mass-index>. Accessed September 27, 2023.
- [5] Praveen Sharma, Handgrip Strength as an Important Bed Side Tool to Assess Malnutrition in Patient with Liver Disease. Journal of Clinical and Experimental Hepatology, 7(1), 2017, 16-22.
- [6] Lai Nam Tài, Trương Thanh An và cộng sự, Tỷ lệ suy dinh dưỡng trước phẫu thuật ở bệnh nhân ung thư dạ dày tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh năm 2022; Tạp chí Y học Việt Nam, 527(1), 2023, 124-129.



- [7] Phạm Thị Thanh Hoa, Lê Thị Hương, Tình trạng dinh dưỡng và chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư đường tiêu hóa có hóa trị tại Bệnh viện K năm 2018; Tạp chí Nghiên cứu Y học, 120(4), 2019, 27-35.
- [8] Nguyễn Thị Thúy, Lê Thị Hương, Nguyễn Thị Thanh, Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ung thư dạ dày trong quá trình điều trị hóa chất tại Bệnh viện K năm 2020-2021, Tạp chí Nghiên cứu Y học, 146(10), 2021, 140-149.
- [9] Moreau J, Ordan MA, Barbe C et al., Correlation between muscle mass and handgrip strength in digestive cancer patients undergoing chemotherapy. *Cancer Medicine*, 8(8), 2019, 3677-3684.
- [10] Nguyễn Thùy Linh, Phạm Thị Tuyết Chinh và cộng sự, Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của người bệnh xơ gan tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội; Tạp chí Nghiên cứu Y học, 146(10), 2021, 91-103.

EFFECTIVENESS OF ORAL MALTODEXTRIN SUPPLEMENTATION ON PREOPERATIVE HUNGER AND THIRST LEVELS IN PATIENTS UNDERGOING LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

Nguyen Thi Ha Thu¹, Nguyen Thuy Linh^{2,3*}

¹Hospital of Post and Telecommunications - 49 Tran Dien, Dinh Cong, Hoang Mai, Hanoi, Vietnam

²Hanoi University of Medicine Hospital - No.1 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

³Institute of Preventive Medicine and Public Health - No.1 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

Received: 08/09/2023

Revised: 30/09/2023; Accepted: 27/10/2023

ABSTRACT

Objective: To evaluate the effectiveness of oral maltodextrin supplementation on preoperative hunger and thirst levels in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy at the General Surgery Department of Hospital of Post and Telecommunications.

Subject and method: A randomized controlled clinical trial was conducted on 70 patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. These patients were divided into two groups: the intervention group, which received 400ml of Maltodextrin solution starting at 21:00 the night before the surgery and continued with 200ml of Maltodextrin solution 2-3 hours before the surgery, resuming normal eating once bowel sounds were audible. The control group abstained from eating starting at 21:00 the night before the surgery and resumed eating after first flatus.

Results: Preoperative oral maltodextrin supplementation significantly reduced the average hunger and thirst scores in the intervention group compared to the control group ($p < 0.0001$). The incidence of mild abdominal distention after surgery was 14.3% in the control group and 2.9% in the intervention group, with no statistically significant difference ($p > 0.05$). The rates of postoperative nausea/vomiting were not significantly different between the two groups, with a rate of 57.1% in both groups.

Conclusion: Preoperative oral maltodextrin supplementation (400ml the day before surgery and 200ml 2-3 hours before surgery) following the ERAS program has demonstrated its effectiveness in reducing hunger and thirst sensations in patients before and after laparoscopic cholecystectomy.

Keywords: ERAS, maltodextrin solution, carbohydrate, hunger, thirst.

*Corresponding author

Email address: linhngthuy@hmu.edu.vn

Phone number: (+84) 932 214 168

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>



HIỆU QUẢ BỔ SUNG DUNG DỊCH MALTODEXTRIN ĐƯỜNG UỐNG LÊN MỨC ĐỘ ĐÓI KHÁT TRÊN NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT CẮT TÚI MẬT NỘI SOI

Nguyễn Thị Hà Thu¹, Nguyễn Thùy Linh^{2,3*}

¹Bệnh viện Bưu Điện - 49 Trần Diên, Định Công, Hoàng Mai, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội - Số 1 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

³Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng - Số 1 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 08 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 30 tháng 09 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 27 tháng 10 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả bổ sung dung dịch Maltodextrin đường uống lên mức độ đói, khát trên người bệnh phẫu thuật nội soi cắt túi mật tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Bưu điện.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng trên 70 người bệnh phẫu thuật cắt túi mật nội soi được chia thành 2 nhóm: nhóm can thiệp được uống 400ml Maltodextrin 12,5% từ 21 giờ tối trước hôm phẫu thuật, và 200ml Maltodextrin 12,5% trước phẫu thuật 2-3 giờ, ăn trở lại sau khi có nhu động ruột. Nhóm chứng nhịn ăn từ 21 giờ hôm trước cho đến thời điểm phẫu thuật và ăn trở lại sau khi trung tiện được.

Kết quả: Uống dung dịch đường Maltodextrin trước phẫu thuật làm giảm điểm trung bình cảm giác đói và khát của người bệnh ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,0001$). Tỷ lệ người bệnh có tình trạng bụng chướng nhẹ sau phẫu thuật ở nhóm chứng là 14,3%, trong khi ở nhóm can thiệp tỷ lệ chướng nhẹ là 2,9%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tỷ lệ người bệnh có nôn/ buồn nôn sau phẫu thuật ở cả 2 nhóm không có sự khác biệt với tỷ lệ là 57,1%.

Kết luận: Bổ sung dung dịch maltodextrin đường uống trước phẫu thuật theo chương trình ERAS đã chứng minh được hiệu quả làm giảm cảm giác đói, khát của người bệnh trước và sau quá trình phẫu thuật cắt túi mật nội soi.

Từ khóa: ERAS, dung dịch maltodextrin, carbohydrate, cảm giác đói, khát.

*Tác giả liên hệ

Email: linhngthuy@hmu.edu.vn

Điện thoại: (+84) 932 214 168

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhịn đói qua đêm trước phẫu thuật đã trở thành một quy tắc phổ biến để tránh biến chứng như trào ngược dạ dày và hít sặc phổi trong quá trình gây mê. Tuy nhiên, từ năm 1999 đến nay, Hiệp hội Gây mê Hoa Kỳ (ASA) khuyến cáo nhịn ăn 6 đến 8 giờ đối với thức ăn đặc nhưng cho phép uống dịch trong đến 2 giờ trước mổ [1]. Điều này cũng được đề cập đến trong chương trình hồi phục sớm sau phẫu thuật (ERAS) khi mà có những bằng chứng mạnh mẽ cho thấy lợi ích uống dung dịch maltodextrin 12,5% đến 2 giờ trước gây mê làm giảm đề kháng insulin và đường huyết sau mổ..., đồng thời làm giảm cảm giác khát, giảm buồn nôn và nôn sau mổ.[2], [3].

Nhiều nghiên cứu về thực hành dinh dưỡng trong ERAS được tiến hành, trong đó Heli Helminen [4] và cộng sự nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng trên 210 người bệnh chia làm ba nhóm truyền đường, nhóm nhịn ăn và nhóm uống đường cho kết quả: mức độ khát tăng từ đêm đến 2 giờ trước gây mê ở cả 3 nhóm, nhưng sau đó nhóm truyền đường và nhóm nhịn ăn vẫn tiếp tục tăng đến ngay trước khởi mê còn bệnh nhân nhóm uống đường giảm cảm giác khát có ý nghĩa với $p < 0,05$. Mức độ khát ở nhóm uống dung dịch đường là thấp nhất.

Phẫu thuật cắt túi mật nội soi là một phương pháp phẫu thuật phổ biến, trên thế giới cũng như tại Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu sử dụng dung dịch maltodextrin 12,5%, trước phẫu thuật cho các bệnh nhân trong trường hợp này. Những nghiên cứu này đã chỉ ra những cải thiện đáng kể lên tình trạng của người bệnh sau phẫu thuật [5], [6], [7].

Tuy nhiên, tại nhiều bệnh viện tuyến cơ sở trong đó có Bệnh viện Bưu điện, thực hành nhịn ăn qua đêm trước phẫu thuật vẫn còn phổ biến, thông tin về hiệu quả và tác dụng không mong muốn của việc sử dụng dung dịch maltodextrin 12,5% đường uống trước phẫu thuật cho bệnh nhân cắt túi mật bằng nội soi vẫn hạn chế. Vì vậy, để cung cấp thêm thông tin về vấn đề này, nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả bổ sung dung dịch Maltodextrin đường uống lên mức độ đói, khát trên người bệnh phẫu thuật nội soi cắt túi mật tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Bưu điện.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Tại khoa Ngoại Tổng hợp - Bệnh viện Bưu điện từ 4/2022 - 8/2023.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh được phẫu thuật nội soi cắt túi mật theo chương trình tại khoa Ngoại Tổng hợp - Bệnh viện Bưu điện từ 4/2022 - 8/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh trên 20 tuổi, phân loại nguy cơ phẫu thuật theo thang điểm ASA \leq III, phẫu thuật nội soi cắt túi mật có chương trình.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh không đảm bảo được giờ uống dung dịch, mắc đái tháo đường, người bệnh có nguy cơ đầy dạ dày cao: mang thai, béo phì, trào ngược dạ dày, thực quản, người bệnh chuyển mổ mở, mổ cấp cứu.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

Nghiên cứu triển khai trên 74 đối tượng nghiên cứu phân bổ ngẫu nhiên vào 2 nhóm can thiệp – chứng, trong quá trình triển khai loại bỏ 4 đối tượng nghiên cứu do tuân theo tiêu chuẩn loại trừ, cỡ mẫu cuối cùng thu được là 70 người bệnh. Nhóm can thiệp được uống 400ml Maltodextrin 12,5% (Leisure Preop hộp giấy 200ml dạng lỏng với thành phần: Nước, Complex carbohydrate (maltodextrin, isomaltodextrin, tapioca), palatinose, isomalt, Mineral Premix, hương táo giống tự nhiên, chất điều chỉnh độ acid (330), chất ổn định (414,466,460i), chiết xuất cỏ ngọt, Vitamin Premix, táo. Công bố chỉ tiêu dinh dưỡng: 100kcal, 25g complex carbohydrate trên 200ml) từ 21 giờ tối trước hôm phẫu thuật, tiếp tục uống 200ml Maltodextrin 12,5% (Leisure Preop) trước phẫu thuật 2-3 giờ, ăn trở lại sau khi có nhu động ruột. Nhóm chứng nhịn ăn từ 21 giờ hôm trước cho đến thời điểm phẫu thuật và ăn trở lại sau khi trung tiện được.

2.5. Biến số/ chỉ số nghiên cứu

Cảm giác đói/khát của người bệnh: trước khi phẫu thuật, sau khi phẫu thuật (khi tỉnh mê chưa ăn uống trở lại) theo thang điểm Visual Analogue Scale (VAS) 0-5 điểm [8].

Triệu chứng tiêu hóa sau phẫu thuật: tình trạng bụng sau mổ, tình trạng nôn/ buồn nôn sau mổ.

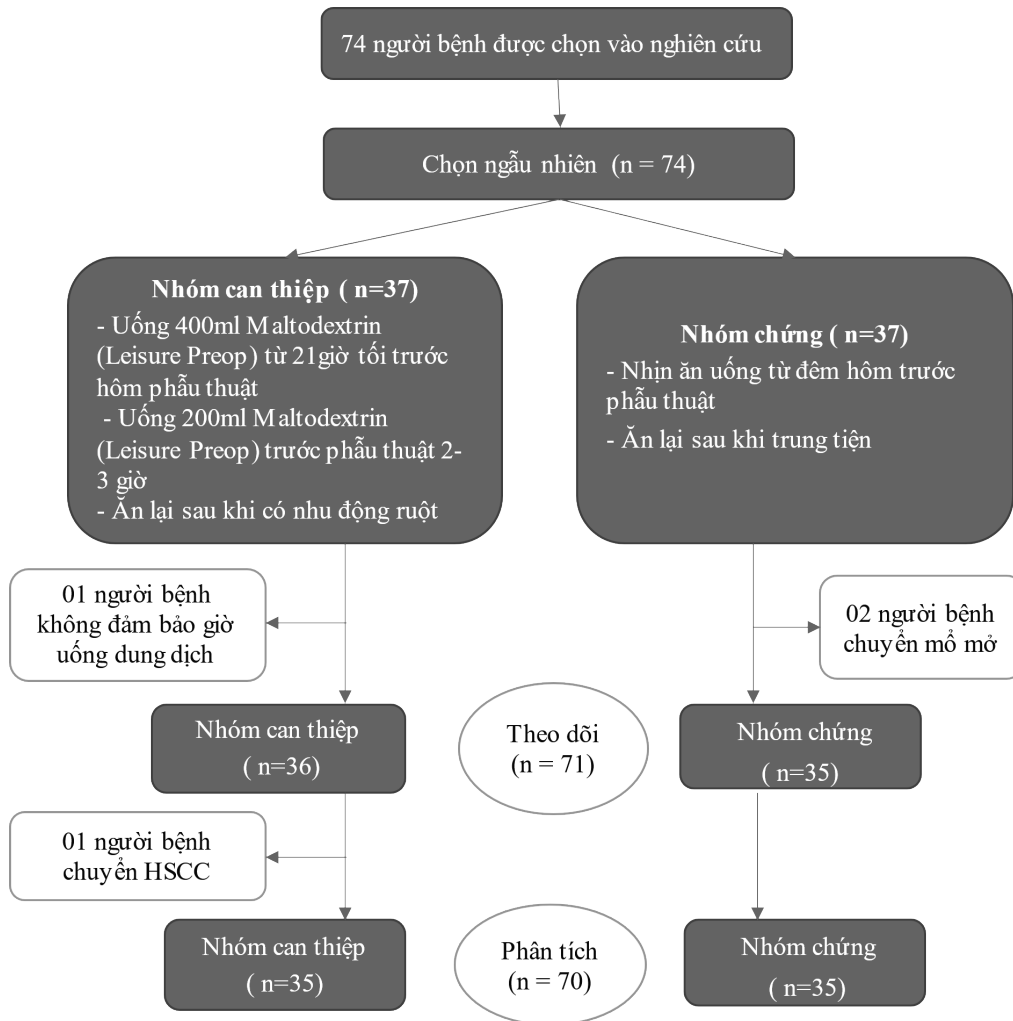


2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Các chỉ số được thu thập trong 48 giờ sau khi nhập viện và ghi vào hồ sơ bệnh án. Đánh giá nguy cơ trước phẫu thuật theo thang điểm phân loại sức khỏe ASA của hội gây mê Hoa Kỳ. Đo mức độ đói/ khát của người bệnh bằng thang điểm cảm giác chủ quan VAS là biến liên

tục, khoảng thay đổi từ 0 – 5 với điểm 0 là không khát cho đến 5 là khát không chịu được. Phòng vấn và khám lâm sàng người bệnh trước phẫu thuật 1-2 giờ, và sau khi người bệnh tỉnh mê, chưa ăn trở lại. Các số liệu được ghi nhận vào bệnh án điều trị và một bảng thu thập số liệu được soạn sẵn, mỗi bệnh nhân một phiếu.

Sơ đồ tiến hành nghiên cứu



2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Tất cả các số liệu được ghi nhận lại trong bệnh án và phiếu theo dõi nghiên cứu. Nhập liệu bằng công cụ Kobotoolbox, phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 26. Giá trị trung bình được trình bày dưới dạng $x \pm s$ và được kiểm định bằng T-test hoặc Mann Whitney test. Các biến số tỷ lệ được kiểm tra bằng test χ^2 hoặc Fisher-exact test. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức của trường Đại học Y Hà Nội theo giấy chứng nhận số 740/GCN-HĐĐĐNCYSH ĐHYHN.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Biến		Nhóm chứng (n=35)	Nhóm can thiệp (n=35)	p
Tuổi	Trung bình	52,8 ± 15,9 (20-86)	49,2 ± 12,3 (31-74)	0,289**
	Giới			
	Nam	11 (31,4%)	9 (25,7%)	0,597*
	Nữ	24 (68,6%)	26 (74,3%)	
Điểm ASA	I	26 (74,3%)	22 (62,9%)	0,303*
	II	9 (25,7%)	13 (37,1%)	
BMI	Trung bình	22,2 ± 1,7 (17,9 - 24,9)	22,3 ± 1,9 (17,6 - 24,9)	0,677**

* χ^2 test

** t-test

Bảng 1 cho thấy: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 50,9 ± 14,2 (19-86) nhóm chứng là 52,8 ± 15,9 và nhóm can thiệp là 49,2 ± 12,3.

Tỷ lệ nữ giới trong toàn bộ đối tượng nghiên cứu là 71,4%, trong 2 nhóm can thiệp và nhóm chứng lần lượt là 74,3% và 68,6% đều cao gần gấp 3 lần tỷ lệ nam giới.

Tỷ lệ người bệnh có điểm ASA là 1 trong tổng số đối tượng nghiên cứu là 68,6%, trong đó nhóm chứng là

74,3% và nhóm can thiệp là 62,9%.

BMI trung bình của của đối tượng nghiên cứu là 22,6 ± 2,6 (17,6 - 24,9), trong đó nhóm chứng là 22,2 ± 1,7 và nhóm can thiệp là 22,3 ± 1,9 (kg/m²).

Không có sự khác biệt về giới tính, tuổi, phân loại sức khỏe người bệnh trước phẫu thuật theo thang điểm ASA, chỉ số BMI giữa người bệnh thuộc nhóm can thiệp và nhóm chứng (p>0,05).

3.2. Hiệu quả bổ sung dung dịch Maltodextrin 12% đường uống cho người bệnh phẫu thuật

Bảng 2: So sánh cảm giác đói/ khát của 2 nhóm can thiệp tại 2 thời điểm

Biến số	Nhóm chứng (n=35)	Nhóm can thiệp (n=35)	p
Trước khi phẫu thuật 1-2 tiếng			
Đói	2,4 ± 1,2	0,4 ± 0,7	0,000*
Khát	2,1 ± 1,0	0,6 ± 0,8	
Sau khi tỉnh mê sau phẫu thuật, chưa ăn trở lại			
Đói	2,6 ± 0,9	1,1 ± 0,9	0,000*
Khát	2,6 ± 0,9	1,1 ± 0,8	

*Mann Whitney test

Kết quả bảng 2 cho thấy: Điểm trung bình về cảm giác đói trước khi phẫu thuật của người bệnh trong nhóm chứng là 2,4 ± 1,2 cao hơn ở nhóm can thiệp là 0,4 ± 0,7, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,0001. Điểm trung bình về cảm giác khát trước khi phẫu thuật của người bệnh trong nhóm chứng là 2,1 ± 1,0 cao hơn ở nhóm can thiệp là 0,6 ± 0,8, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,0001.

Điểm trung bình về cảm giác đói sau phẫu thuật của người bệnh trong nhóm chứng là 2,6 ± 0,9 cao hơn ở nhóm can thiệp là 1,1 ± 0,9, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,0001. Điểm trung bình về cảm giác khát sau phẫu thuật của người bệnh trong nhóm chứng là 2,6 ± 0,9 cao hơn ở nhóm can thiệp là 1,1 ± 0,8, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,0001.

3.3. Triệu chứng tiêu hóa sau phẫu thuật

Bảng 3: Tình trạng bụng sau phẫu thuật

Tình trạng bụng sau mổ	Nhóm chứng (n=35)		Nhóm can thiệp (n=35)	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Mềm	30	85,7	33	94,3
Chướng nhẹ	5	14,3	1	2,9
Chướng căng	0	0	1	2,9
p = 0,493*				

*fisher's exact test

Tỷ lệ người bệnh có tình trạng chướng nhẹ sau phẫu thuật ở nhóm chứng là 14,3%, trong khi ở nhóm can

thiệp tỷ lệ chướng nhẹ là 2,9% và chướng căng là 2,9%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 4: Tình trạng buồn nôn/ nôn sau phẫu thuật

Tình trạng nôn	Nhóm chứng (n=35)		Nhóm can thiệp (n=35)	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Không nôn/buồn nôn	15	42,9	15	42,9
Nôn/ Buồn nôn	20	57,1	20	57,1
Tổng số	35	100	35	100

Bảng 4 cho kết quả: Tỷ lệ người bệnh có nôn/ buồn nôn sau phẫu thuật ở cả 2 nhóm là tương đồng nhau với tỷ lệ là 57,1%.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được thiết kế là thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng được thực hiện trên 70 người bệnh chia làm 2 nhóm: nhóm có can thiệp dinh dưỡng theo ERAS và nhóm chứng nhận ăn thường quy. Kết quả cho thấy việc uống dung dịch đường Maltodextrin trước phẫu thuật làm giảm cảm giác đói và khát của người bệnh ở nhóm ERAS so với nhóm chứng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Phần lớn các nghiên cứu của tác giả trên cùng nhóm đối tượng cắt túi mật nội soi như Đỗ Nguyễn Trọng Nhân (2020) [9], Vũ Hoàng Oanh (2020) [5], Madhumita Udayasankar (2020) [10] hunger, thirst, fatigue, pain along with nausea and vomiting can influence a patient's recovery after surgery. We aimed to compare 'enhanced recovery after surgery' (ERAS đều ghi nhận mức độ khát trước khi khởi mê và sau phẫu thuật 2 giờ của bệnh nhân

uống maltodextrin đều thấp hơn bệnh nhân nhận hoàn toàn trước mổ. Ngoài ra các nghiên cứu khác mở rộng trên các nhóm đối tượng người bệnh khác nhau như phẫu thuật cắt tuyến giáp của Lý Huyền Hòa (2019) [11], Nguyễn Thị Phương (2022) [12] trên người bệnh cắt đoạn đại tràng, Nguyễn Thị Ngọc Mai (2022) [12] trên 102 người bệnh phẫu thuật cột sống đều cho kết quả: mức độ khát và mức độ đói tại các thời điểm của nhóm can thiệp đều thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng với $p < 0,05$, có sự khác biệt về sự hài lòng của nhóm uống dung dịch maltodextrin trước phẫu thuật đối với nhóm chứng.

Sự hồi phục chức năng tiêu hóa sau phẫu thuật góp phần nâng cao thể trạng bệnh nhân sau phẫu thuật nói chung, được đánh giá qua các yếu tố liên quan đến biến chứng tiêu hóa sau phẫu thuật. Tỷ lệ người bệnh có tình trạng chướng nhẹ sau phẫu thuật ở nhóm chứng là 14,3%, trong khi ở nhóm can thiệp tỷ lệ chướng nhẹ là 2,9% và chướng căng là 2,9%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương (2022) [12] tại bệnh viện Việt Đức khi chỉ có 4,5% người bệnh

có chướng bụng ở nhóm can thiệp, trong khi tỷ lệ dung nạp tốt chiếm khá cao tới 72,7%. Sau phẫu thuật đường tiêu hóa nói chung, một số trường hợp người bệnh đầy hơi do bơm hơi ổ bụng trong quá trình nội soi hoặc tăng trương lực cơ thành bụng do đau nên cảm giác bụng chướng nhẹ. Việc cho ăn sớm kích thích nhu động ruột trở lại sớm hơn, tăng hấp thu các dịch tiêu hóa tiết ra hàng ngày giúp đẩy hơi xuống trực tràng, rút ngắn thời gian đánh hơi và giảm tình trạng chướng hơi sau mổ. Nhiều nghiên cứu nước ngoài cũng chỉ ra số liệu tương tự: So Huynh Kang (2018) [13] randomized, control trials are needed to evaluate fully its safety and efficacy in the field of gastric cancer. This study aims to compare the enhanced recovery after surgery (ERAS cũng công bố có 13,6% người bệnh nhóm can thiệp có biến chứng sau phẫu thuật, tỷ lệ ở nhóm chứng là 17,6% và sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tác giả Haverkamp (2012) [14] cho thấy có 26% người bệnh có biến chứng tiêu hóa ở nhóm chứng, không có sự khác biệt với nhóm can thiệp là 13,8%.

5. KẾT LUẬN

Việc bổ sung dung dịch maltodextrin đường uống trước phẫu thuật (400ml Leisure Preop trước ngày phẫu thuật và 200ml Leisure Preop trước phẫu thuật 2-3 giờ) theo chương trình ERAS đã chứng minh được hiệu quả: làm giảm cảm giác đói, khát của người bệnh trước và sau quá trình phẫu thuật cắt túi mật nội soi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration: Application to Healthy Patients Undergoing Elective Procedures: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration. *Anesthesiology*, 126(3), 2017, 376–393.
- [2] Wang ZG, Wang Q, Wang WJ et al., Randomized clinical trial to compare the effects of preoperative oral carbohydrate versus placebo on insulin resistance after colorectal surgery. *Br J Surg*, 97(3), 2010, 317–327.
- [3] Faria MSM, de Aguilar-Nascimento JE, Pimenta OS et al., Preoperative fasting of 2 hours minimizes insulin resistance and organic response to trauma after video-cholecystectomy: a randomized, controlled, clinical trial. *World J Surg*, 33(6), 2009, 1158–1164.
- [4] Helminen H, Branders H, Ohtonen P et al., Effect of pre-operative oral carbohydrate loading on recovery after day-case cholecystectomy: A randomised controlled trial. *Eur J Anaesthesiol*, 36(8), 2019, 605–611.
- [5] Vũ Hoàng Oanh, Dương Thị Phượng, Lê Thị Hương và cộng sự, Hiệu quả của dung dịch Maltodextrin 12,5% đường uống 2 - 4 giờ trước phẫu thuật cắt túi mật nội soi. *Tạp Chí Nghiên cứu Y học*, 146(10), 2021, 11-19. <https://doi.org/10.52852/tcncyh.v146i10.514>
- [6] Zhang N, Wu G, Zhou Y et al., Use of Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) in Laparoscopic Cholecystectomy (LC) Combined with Laparoscopic Common Bile Duct Exploration (LCBDE): A Cohort Study. *Med Sci Monit Int Med J Exp Clin Res*, 26, 2020, e924946-1-e924946-6.
- [7] Trần Đoàn Huy, Nguyễn Toàn Thắng, Ảnh hưởng của uống dung dịch giàu carbohydrate trước phẫu thuật đến tồn dư dịch dạ dày, đường máu và nôn - buồn nôn sau phẫu thuật lồng ngực; *Journal of 108 - Clinical Medicine and Phamarcy*, 18(1), 2023.
- [8] McCormack HM, Horne DJ de L, Sheather S, Clinical applications of visual analogue scales: a critical review. *Psychol Med*, 18(4), 1988, 1007–1019.
- [9] Đỗ Nguyễn Trọng Nhân, Đánh giá thể tích tồn lưu dạ dày của dung dịch maltodextrin 25% uống 2 giờ trước gây mê, *Ho Chi Minh City Journal of Medicine Supplement of Vol. 24 - No. 3 - 2020*: 119 - 126. accessed: 25/11/2022.
- [10] Udayasankar M, Udipi S, Shenoy A, Comparison of perioperative patient comfort with “enhanced recovery after surgery (ERAS) approach” versus “traditional approach” for elective laparoscopic cholecystectomy. *Indian J Anaesth*, 64(4), 2020, 316–321.



- [11] Lý Huyền Hòa, Đánh giá thể tích tồn lưu dạ dày của dung dịch maltodextrin 12,5% uống 2 giờ trước gây mê, luận văn tốt nghiệp BSNT, trường Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh, 2019.
- [12] Nguyễn Thị Phương, Trịnh Thị Thanh Bình, Ngô Thị Linh và cộng sự, Hiệu quả can thiệp dinh dưỡng theo chương trình ERAS trên bệnh nhân cắt đoạn dạ dày do ung thư. Tạp chí Y Học Việt Nam, 517(1), 2022 <https://doi.org/10.51298/vmj.v517i1.3166>.
- [13] Kang SH, Lee Y, Min SH et al., Multimodal Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Program is the Optimal Perioperative Care in Patients Undergoing Totally Laparoscopic Distal Gastrectomy for Gastric Cancer: A Prospective, Randomized, Clinical Trial. Ann Surg Oncol, 25(11), 2018, 3231–3238.
- [14] Haverkamp M.P., de Roos M. a. J., Ong K.H., The ERAS protocol reduces the length of stay after laparoscopic colectomies. Surg Endosc, 26(2), 2012, 361–367.

ABILITY TO MEET ENTERAL NUTRITIONAL NEEDS WITH A PEPTIDE-RICH FORMULA IN PATIENT'S FEEDING TUBE

Nguyen Thi Huong Lan^{1,2*}, Le Thi Huong¹, Dang Kim Anh¹, Tran Minh Anh²,
Nguyen Thanh Tien², Nguyen Thi Hien², Nguyen Huy Binh¹

¹Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

²Saint Paul Hospital - 12 Chu Van An, Ba Dinh, Hanoi, Vietnam

Received: 08/09/2023

Revised: 29/09/2023; Accepted: 30/10/2023

ABSTRACT

Objective: To evaluate the ability to meet enteral nutritional needs and tolerability using a peptide-rich formula.

Subject and method: A randomized controlled intervention study was conducted on 72 patients divided into intervention group and control group receiving tube feeding treatment at the Intensive Care - Poison Control Department from October 2022 to April 2023. Evaluate the patient's clinical characteristics, diet, and adverse events related to digestion of patients 3 times during hospital stay after 5 days and 10 days of starting nutrition.

Results: After 10 days of feeding, in the intervention group, average energy intake increased from 1254,3kcal/day to 1605,1kcal/day (reaching 120,8% recommended dietary allowance – RDA) average protein intake increased from 0,71g/kg/day to 1,45g/kg/day (reaching 111,9% RDA). At the same time in the control group, energy intake reached 107,0% RDA and protein reached 79,8% RDA. The proportion of patients with loose stools over 3 times/day decreased both in intervention group (from 22,2% to 5,6%) and control group (from 30,6% to 25,0%)

Conclusion: Using a peptide-enrich enteral nutrition formula is proper for achieving recommended energy and protein needs more quickly.

Keywords: Peptide, feeding tube, intensive care unit, Saint Paul Hospital.

*Corresponding author

Email address: huonglandd@hmu.edu.vn

Phone number: (+84) 936 195 676

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>



KHẢ NĂNG ĐÁP ỨNG CÁC MỤC TIÊU DINH DƯỠNG KHI SỬ DỤNG CÔNG THỨC ĐƯỜNG RUỘT GIÀU PEPTIDE Ở NGƯỜI BỆNH NUÔI DƯỠNG QUA ỐNG THÔNG

Nguyễn Thị Hương Lan^{1,2*}, Lê Thị Hương¹, Đặng Kim Anh¹, Trần Minh Anh², Nguyễn Thành Tiến², Nguyễn Thị Hiền², Nguyễn Huy Bình¹

¹Trường Đại học Y Hà Nội - Số 1 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn - 12 Chu Văn An, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 08 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 29 tháng 09 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 30 tháng 10 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá khả năng đáp ứng các mục tiêu dinh dưỡng và khả năng dung nạp khi sử dụng công thức đường ruột giàu peptide.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu bán thực nghiệm tiến hành trên 72 người bệnh chia thành 2 nhóm: nhóm can thiệp (CT) và nhóm chứng nuôi dưỡng qua ống thông điều trị tại khoa Hồi sức tích cực – chống độc từ tháng 10/2022 đến tháng 4/2023. Đánh giá đặc điểm lâm sàng, khẩu phần ăn và các biến cố bất lợi có liên quan đến tiêu hoá của người bệnh tại 3 thời điểm lúc vào viện, sau 5 ngày và 10 ngày bắt đầu nuôi dưỡng.

Kết quả: Sau 10 ngày nuôi dưỡng, ở nhóm CT, năng lượng trung bình (TB) tăng từ 1254,3kcal/ngày lên 1605,1kcal/ngày (đạt 120,8% so với nhu cầu khuyến nghị - NCKN), protein TB tăng từ 0,71g/kg/ngày lên 1,45g/kg/ngày (đạt 111,9% so với NCKN). Cùng thời điểm ở nhóm chứng, năng lượng ăn vào đạt 107,0% so với NCKN và protein đạt 79,8% so với NCKN. Tỷ lệ người bệnh đi ngoài phân lỏng trên 3 lần/ngày giảm từ 22,2% xuống 5,6% ở nhóm CT và giảm từ 30,6% xuống 25,0% ở nhóm chứng.

Kết luận: Sử dụng công thức nuôi dưỡng đường ruột giàu peptide có khả năng đạt mục tiêu năng lượng và protein theo nhu cầu khuyến nghị nhanh hơn.

Từ khóa: Peptide, nuôi dưỡng ống thông, hồi sức tích cực, Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn.

*Tác giả liên hệ

Email: huonglandd@hmu.edu.vn

Điện thoại: (+84) 936 195 676

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nuôi ăn qua ống thông là một phương pháp hỗ trợ dinh dưỡng an toàn, đạt hiệu quả cao, đảm bảo cung cấp dinh dưỡng trực tiếp theo đường tiêu hoá cho người bệnh. Các khuyến cáo mới đây của Hội dinh dưỡng lâm sàng và chuyển hoá Châu Âu (ESPEN) và Hội dinh dưỡng đường tĩnh mạch và tiêu hoá Hoa Kỳ (ASPEN) đều khuyến nghị nuôi dưỡng qua đường ruột sớm vì dữ liệu chứng minh sự cải thiện kết quả của bệnh nhân như giảm các biến chứng nhiễm trùng, giảm thời gian thở máy và giảm tổng thời gian nằm viện, ngoài ra còn đưa chức năng đường ruột trở lại bình thường sớm hơn và giảm tổng thời gian nằm viện [1], [2].

Có nhiều công thức được sử dụng để nuôi dưỡng qua ống thông trong đó có công thức bán thủy phân có chứa các protein đã được thủy phân để tạo ra các peptide có độ dài khác nhau, công thức này mặc dù có giá thành cao hơn so với công thức tiêu chuẩn (chứa protein nguyên vẹn, carbohydrate phức hợp và LCT) nhưng đã được chứng minh là hấp thu và dung nạp tốt hơn ở người bệnh có tình trạng kém hấp thu [3].

METHODS: We conducted a comprehensive literature search of Pubmed and Embase databases. We manually screened articles that examined nutritional and health outcomes (e.g., growth, disease activity, gastrointestinal impairment, mortality, and economic impact. Để làm sáng tỏ vấn đề này chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Đánh giá khả năng đáp ứng các mục tiêu dinh dưỡng khi sử dụng công thức đường ruột giàu peptide và khả năng dung nạp của công thức này so với các sản phẩm có công thức tiêu chuẩn.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu bán thực nghiệm (Quasi-experimental study)

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Từ tháng 10/2022 đến tháng 4/2023 tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh điều trị nội trú tại khoa Hồi sức tích cực - Chống độc, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn bao gồm:** Người bệnh từ 20

tuổi trở lên; được chỉ định nuôi dưỡng hoàn toàn qua ống thông (bao gồm cả ống thông mũi – dạ dày và mở thông qua da); được dự đoán là sẽ ở lại lâu hơn 10 ngày trong ICU và nhận được thức ăn qua ống thông trong tối thiểu 10 ngày; được giải thích đầy đủ và đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm:** Mắc bệnh thận mạn giai đoạn 3-5 chưa điều trị lọc máu; đang mang thai hoặc cho con bú; bị dị ứng hoặc không dung nạp với bất kỳ thành phần nào trong công thức dinh dưỡng đường ruột được sử dụng trong nghiên cứu; đang mắc bệnh cấp tính về đường tiêu hoá như viêm tụy cấp, đang xuất huyết tiêu hoá, bệnh viêm ruột cấp tính, tắc ruột hoặc thiếu máu cục bộ ở ruột, viêm phúc mạc,... hoặc đang ở trạng thái sốc nặng (≥ 2 thuốc vận mạch); không có hội chứng nuôi ăn lại.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

Chọn toàn bộ người bệnh đủ tiêu chuẩn nghiên cứu theo danh sách người bệnh mới vào điều trị tại khoa Hồi sức tích cực – Chống độc, người bệnh được ghép cặp tương đồng về tuổi, giới, sau đó phân chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm: nhóm can thiệp (36 người bệnh), nhóm đối chứng (36 người bệnh).

2.5. Biến số, chỉ số nghiên cứu

- **Thông tin chung của người bệnh** (tuổi, giới, BMI, triệu chứng lâm sàng, thời gian điều trị, thời gian thở máy); các chỉ số cận lâm sàng; xác định nguy cơ dinh dưỡng theo modified Nutrition Risk in the Critically Ill (mNUTRIC) từ 0-9 điểm trong đó điểm mNUTRIC >4 là nguy cơ cao, từ 0-4 điểm là nguy cơ thấp; đường nuôi dưỡng.

- **Đánh giá khẩu phần ăn của người bệnh** tại thời điểm vào viện, ngày thứ 5 và ngày thứ 10 sau khi nuôi dưỡng về năng lượng và protein, so sánh với mức năng lượng khuyến nghị của Hội Dinh dưỡng lâm sàng và chuyển hoá Châu Âu (ESPEN) là năng lượng - 25kcal/kg cân nặng/ngày và protein - 1,3g/kg cân nặng/ngày.

- **Khả năng đáp ứng dung nạp và biến cố bất lợi trên đường tiêu hoá** của người bệnh như số lần đi ngoài phân lỏng, chướng bụng, nôn, trào ngược dạ dày thực quản,...

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

+ Nhóm chứng: Tư vấn dinh dưỡng, chế độ ăn bệnh viện theo bác sĩ chỉ định hoặc gia đình tự chuẩn bị theo hướng dẫn của khoa Dinh dưỡng.



+ Nhóm can thiệp: Tư vấn dinh dưỡng, cung cấp chế độ ăn với sản phẩm dinh dưỡng có chứa peptide (sản phẩm Fomeal Peptides cung cấp 250ml = 250kcal trong đó Protein 12,5g; Lipid 7,8g (MCT: 2,8g); Carbohydrate 32,5g).

- Đánh giá tại 3 thời điểm: 24-48h đầu nhập viện, ngày thứ 5 và ngày thứ 10 sau khi nuôi dưỡng qua ống thông.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Xử lý và làm sạch số liệu bằng phần mềm Excel 2010. Các phép phân tích số liệu được thực hiện bằng phần mềm Stata 20.0.

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Bệnh nhân được cung cấp thông tin đầy đủ về lợi ích, rủi ro khi tham gia nghiên cứu và kí cam kết tình nguyện tham gia, trong quá trình nghiên cứu đối tượng có quyền bỏ cuộc nếu không muốn tham gia tiếp.

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức của Viện Nghiên cứu Y học Đinh Tiên Hoàng phê duyệt ngày 15/10/2022, mã số IRB-2205.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của người bệnh

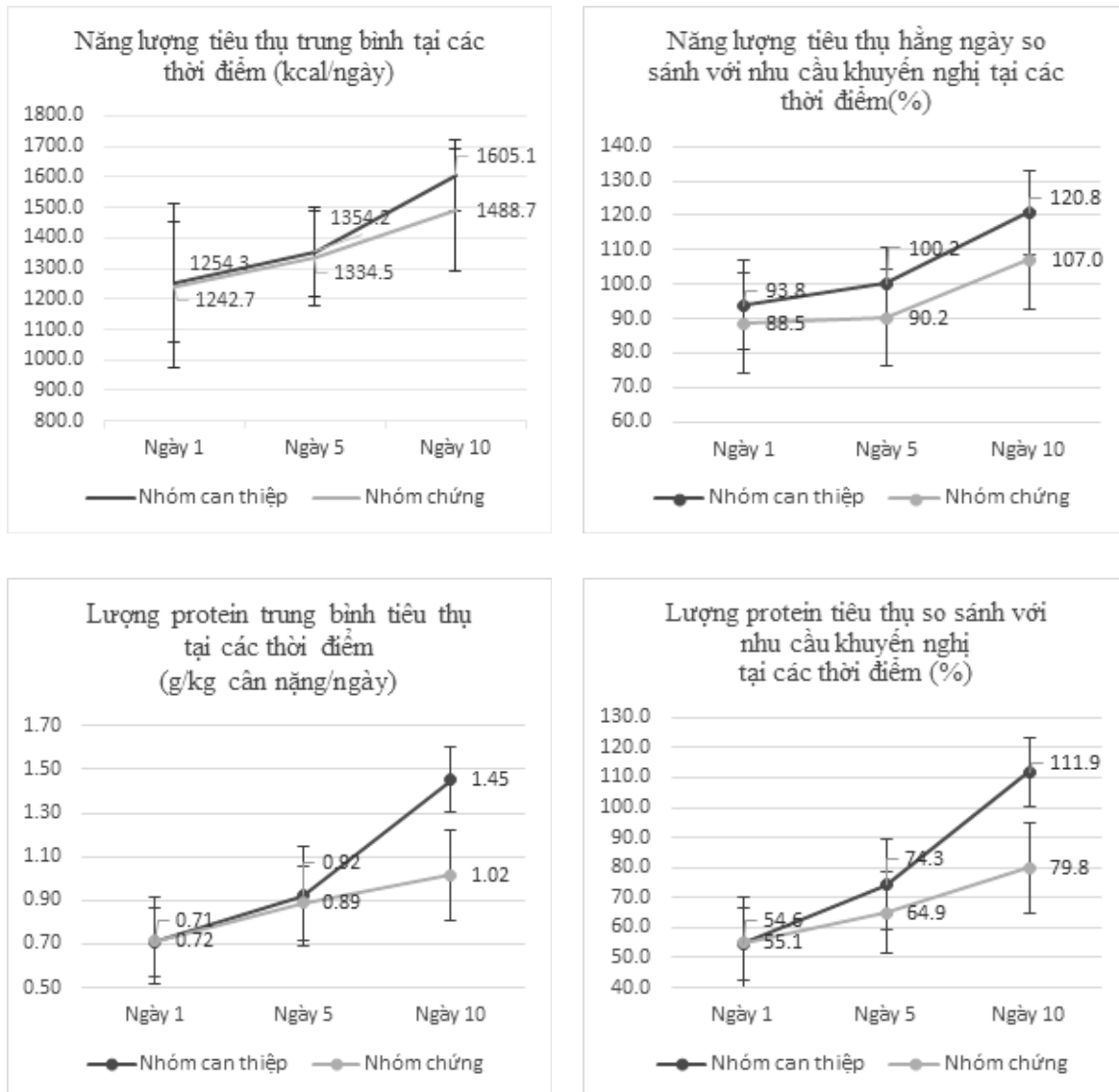
Đặc điểm	Nhóm can thiệp	Nhóm chứng	p
Số lượng người bệnh	36	36	-
Giới tính, nam, n (%)	20 (55.5)	17 (47.2)	0.48
Tuổi ($\bar{X} \pm SD$)	63.1 \pm 7.7	62.4 \pm 7.8	0.69
BMI ($\bar{X} \pm SD$) (kg/m ²)	21.4 \pm 2.4	22.4 \pm 2.3	0.09
Triệu chứng lâm sàng			
Nhiệt độ trung bình ($\bar{X} \pm SD$)(°C)	37.0 \pm 0.5	36.9 \pm 0.6	0.84
Nhịp thở ($\bar{X} \pm SD$) (lần/phút)	21.6 \pm 7.1	20.5 \pm 8.2	0.15
Nhịp tim ($\bar{X} \pm SD$) (lần/phút)	98.2 \pm 17.1	105.1 \pm 21.3	0.003*
Có thở máy, n (%)	22 (61.1)	15 (41.7)	0.09
Thời gian điều trị tại ICU ($\bar{X} \pm SD$) (ngày)	13.3 \pm 4.5	15.4 \pm 6.4	0.1
Thời gian thở máy trung bình ($\bar{X} \pm SD$) (ngày)	4.5 \pm 1.5	4.8 \pm 1.5	0.5
<i>mNUTRIC</i>			
Điểm mNUTRIC ($\bar{X} \pm SD$)	4.5 \pm 2.2	4.3 \pm 1.9	0.68
Điểm mNUTRIC \leq 4, n (%)	22 (38.9)	16 (44.4)	0.15
Điểm mNUTRIC $>$ 4, n (%)	14 (61.1)	20 (55.6)	
mNUTRIC $>$ 4 có thở máy, n (%)	10 (45.5)	8 (53.5)	0.63
Đường nuôi dưỡng			
Ống thông mũi - dạ dày, n (%)	30 (83.3)	33 (91.7)	0.28
Mở thông dạ dày/ hồng tràng, n (%)	6 (16.7)	3 (8.3)	

*T-test, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$

Bảng 1 cho thấy ở cả hai nhóm tuổi trung bình đều trên 60 tuổi và không có sự khác biệt về giới tính, chỉ số BMI,

nhiệt độ, nhịp thở. Tỷ lệ người bệnh có nguy cơ dinh dưỡng phân loại theo mNUTRIC (mNUTRIC \geq 5 điểm) là 61,1% ở nhóm can thiệp và 55.6% ở nhóm chứng.

Biểu đồ 1. Năng lượng và protein trung bình và so sánh với nhu cầu khuyến nghị tại các thời điểm



(Nhóm ăn chế độ ăn bệnh viện (n=36); Nhóm gia đình tự chuẩn bị (n=36). Mục tiêu năng lượng theo nhu cầu khuyến nghị là 25 kcal/kg/ngày và mục tiêu protein là 1.3g/kg/ngày)

Biểu đồ 1 cho thấy sau 10 ngày nuôi dưỡng qua ống thông, năng lượng và protein tiêu thụ hằng ngày tăng

dần ở cả hai nhóm, tuy nhiên ở nhóm can thiệp tăng cao hơn so với nhóm chứng. Ở nhóm ăn chế độ ăn bệnh viện, năng lượng tại thời điểm T0 và T1 tương ứng là 1254,3 ± 195,8kcal/ngày và 1605,1 ± 115,1kcal/ngày; protein tiêu thụ hằng ngày tại thời điểm T0 và T1 tương ứng là 0,71±0,16g/kg/ngày và 1,45±0,15g/kg/ngày.



Bảng 2. Sự thay đổi các chỉ số cận lâm sàng

Chỉ số	Nhóm can thiệp		Nhóm chứng	
	Ngày 1	Ngày 10	Ngày 1	Ngày 10
n	36	36	36	36
Glucose máu (mmol/L)	7.4 ± 2.9	7.2 ± 2.4	7.5 ± 2.9	7.7 ± 3.8
CRP (mg/L)	35.9 (59.6)	15.1 (23.5)	20.7 (60.5)	12.6 (16.6)
Protein toàn phần (g/L)	54.3 ± 7.0	55.9 ± 6.8	53.4 ± 4.8	54.8 ± 5.2
Albumin (g/L)	29.9 ± 4.1	32.8 ± 3.2*	29.6 ± 4.2	31.3 ± 3.7
Prealbumin (mg/dL)	17.2 ± 4.7	20.1 ± 5.5*	17.0 ± 4.1	18.9 ± 4.3
Canxi ion (mmol/L)	1.1 ± 0.1	1.1 ± 0.1	1.1 ± 0.1	1.1 ± 0.1

*T-test, Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 thời điểm ở nhóm can thiệp với $p < 0.05$

Bảng 2 cho thấy ở nhóm can thiệp các chỉ số Albumin

và Prealbumin tăng lên sau 10 ngày và Albumin trung bình ở thời điểm T0 là 29,9±4,1g/L và tăng lên đạt mức trung bình là 32,8±3,2g/L ở thời điểm T1, sự khác biệt có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

Bảng 3. Khả năng đáp ứng dung nạp và biến cố bất lợi trên đường tiêu hoá của người bệnh

Đặc điểm	Nhóm can thiệp		Nhóm chứng		Nhóm can thiệp	Nhóm chứng
	Ngày 5	Ngày 10	Ngày 5	Ngày 10	Tại 2 thời điểm	Tại 2 thời điểm
n	36	36	36	36	72	72
Tần suất đại tiện mỗi ngày Median, SD)	1.0 (2.1)	1.5 (1.5)	1.5 (1.9)	1.5 (1.5)	1 (1.8)	1.9 (1.8)
[tối thiểu, tối đa]	0;10	0;6	0;8	1;8	0;10	0;8
Đi ngoài phân lỏng >3 lần/ngày	8 (22.2)	2 (5.6)*	11 (30.6)	9 (25.0)	10 (13.8)	20 (27.8)**
Có tình trạng phân lỏng hoặc dạng lỏng không thành khuôn	11 (35.5)	4 (12.9)*	10 (27.8)	9 (25.0)	15 (20.8)	19 (26.4)
Chướng bụng	5 (13.8)	1 (2.8)	4 (11.1)	3 (8.3)	6 (8.3)	7 (9.7)
Nôn	2 (5.6)	0 (0)	1 (2.8)	1 (2.8)	2 (2.8)	2 (2.8)
Trào ngược dạ dày thực quản	2 (5.6)	0 (0)	5 (8.3)	3 (5.6)	2 (2.8)	8 (11.1)**
Có lượng dịch tồn dư >100ml/3giờ	4 (11.1)	2 (5.6)	5 (13.9)	2 (5.6)	6 (8.3)	7 (9.7)
Tỷ lệ bơm trả dịch tồn dư lại đường tiêu hoá (%)	25	50	60	0	33.3	42.9
Nếu có, lượng dịch tồn dư TB [min,max] mL	142.5 [110;160]	150 [120;180]	142 [120;150]	195 [190;200]	145 [110;180]	157.1 [120;200]
Lý do không bơm trả dịch tồn dư	- Dịch tồn dư đen bẩn - Do tồn dư nhiều, điều dưỡng không bơm lại hoặc chỉ bơm lại 1 phần - Do chưa có khuyến cáo rõ ràng về việc có bơm lại hay không trong hướng dẫn thực hành lâm sàng.					

* Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 thời điểm ở nhóm can thiệp với $p < 0.05$; ** Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm sử dụng công thức giàu peptide và công thức tiêu chuẩn với $p < 0.05$.

Bảng 3 cho thấy tỷ lệ người bệnh đi ngoài phân lỏng không thành khuôn dao động 20,8 – 26,4%. Ở nhóm can thiệp, người bệnh có tỷ lệ đi ngoài phân lỏng >3 lần/ngày và trào ngược dạ dày – thực quản thấp hơn so với nhóm chứng. Không có sự khác biệt ở các triệu chứng chướng bụng, nôn và lượng dịch tồn dư lớn.

4. BÀN LUẬN

Người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao tuổi với tuổi trung bình ở 2 hai nhóm là 62,4 và 63,1 tuổi. Người lớn tuổi có nguy cơ cao mắc các bệnh đi kèm khiến họ dễ bị suy dinh dưỡng. Tỷ lệ thiếu hụt dinh dưỡng ở người cao tuổi là 25-60% ở người bệnh điều trị nội trú và 35-65% ở người bệnh mới nhập viện [4]. Theo nghiên cứu của Kalaiselvan M.S. báo cáo rằng 42.5% người bệnh thở máy có điểm mNUTRIC >4 điểm [5] Điều này khá tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi khi tỷ lệ này dao động từ 45.5 đến 53.5%. Lý do là bởi nhóm đối tượng ở hai nghiên cứu đều là người lớn được đưa vào điều trị tại đơn vị hồi sức tích cực (ICU).

Các công thức đường ruột dựa trên peptide có thể tạo điều kiện tối ưu cải thiện khả năng dung nạp trên đường tiêu hoá so với các công thức tiêu chuẩn do có thể cải thiện khả năng giữ nitơ, do đó có thể tăng cường vi tuần hoàn đường ruột [3], [6]. Hiện tại các loại công thức dựa trên peptide có bán trên thị trường có thể chứa nhiều chuỗi peptide có độ dài ngắn khác nhau và người ta vẫn chưa chỉ rõ kích thước nào hay chuỗi nào thuận lợi nhất để cải thiện khả năng dung nạp đường tiêu hoá. Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy khả năng đạt mức năng lượng và protein theo nhu cầu khuyến nghị ở nhóm can thiệp nhanh hơn so với nhóm chứng ($p < 0,05$). Việc đạt được mục tiêu protein 1,3g/kg cân nặng/ngày vẫn còn vô cùng khó khăn với nhiều rào cản trong nuôi dưỡng, đòi hỏi công thức có hàm lượng protein rất cao để tránh việc cho người bệnh ăn quá nhiều [7]. Thử nghiệm của Rice T.W. với công thức có whey peptide cao (37%) và ít carbohydrate (29%) so với công thức tiêu chuẩn với protein 25% và carbohydrate 45%. Vào ngày 1 và ngày 5, họ cung cấp tương ứng là $1,1 \pm 0,3$ g/kg/ IBW/ngày và $1,2 \pm 0,4$ g/kg protein IBW/ngày đồng thời cũng báo

cáo rằng có sự gia tăng số lượng người bệnh có biểu hiện chướng bụng ở nhóm ăn nhiều đạm [8].

Không dung nạp đường tiêu hoá là một mối quan tâm lớn vì nó góp phần gây ra tình trạng suy dinh dưỡng ở người bệnh nặng điều trị tại ICU. Nghiên cứu của Yamamoto S. sử dụng công thức 100% đạm whey thủy phân bằng men vi sinh nhận thấy khoảng 40% người bệnh đi ngoài phân lỏng hoặc có dạng lỏng [9]. Tác giả de Brito-Ashurst I. cũng nhận thấy không có sự khác biệt về tiêu chảy, GRV cao, nôn mửa và táo bón trong năm ngày đầu tiên sử dụng công thức peptide so với công thức đạm chuẩn. [10] Trong nghiên cứu hiện tại, chúng tôi cũng gặp một tỷ lệ nhỏ người bệnh có chướng bụng, nôn, trào ngược dạ dày thực quản và có dịch tồn dư >100ml/3 giờ. Trên 20% người bệnh có tình trạng phân lỏng không thành khuôn. Theo các tài liệu hiện có về ảnh hưởng của chế độ ăn peptide so với polypeptide đối với tiêu chảy đưa ra các kết quả trái ngược nhau [10], [11]. Các nguyên nhân phổ biến bao gồm do nhiều bệnh lý phối hợp, thuốc kháng sinh hoặc thuốc có chứa sorbitol và nhiễm trùng như Clostridium difficile.

Nghiên cứu của Liu M.Y. sử dụng công thức dipeptide và tripeptide ở người bệnh ICU dường như được hấp thu một cách hiệu quả, dẫn đến mức prealbumin, albumin ở ngày 10 cao hơn so với nhóm chứng. Xét về giá thành, công thức peptide đắt hơn gấp 5 lần so với chế độ ăn thông thường. Nhưng nếu rút ngắn thời gian nằm viện cho người bệnh thì chi phí dành cho chế độ ăn vẫn thấp hơn nhiều so với chi phí một ngày điều trị tại ICU. [12]

Một số hạn chế của nghiên cứu này đó là người bệnh cao tuổi sẽ làm hạn chế khả năng khái quát hoá các kết quả nghiên cứu. Tính không đồng nhất trong tình trạng y tế và phương pháp điều trị cũng cần phải xem xét khi phân giải các dữ liệu. Ngoài ra, sự khác biệt về thời gian can thiệp và sử dụng bổ sung một số nguồn dinh dưỡng khác do mong muốn của người nhà cũng có ảnh hưởng tới kết quả nghiên cứu.

5. KẾT LUẬN

Sử dụng công thức nuôi dưỡng đường ruột giàu peptide có khả năng đạt mục tiêu về năng lượng và protein theo nhu cầu khuyến nghị nhanh hơn và cải thiện khả năng dung nạp qua đường tiêu hoá khi so sánh với công thức protein tiêu chuẩn.



TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Singer P, Blaser AR, Berger MM et al., ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. *Clinical Nutrition*, 38(1), 2019, 48–79.
- [2] Boullata JI, Carrera AL, Harvey L et al., ASPEN Safe Practices for Enteral Nutrition Therapy. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*, 41(1), 2017, 15–103.
- [3] Alexander DD, Bylsma LC, Elkayam L et al., Nutritional and health benefits of semi-elemental diets: A comprehensive summary of the literature. *World J Gastrointest Pharmacol Ther*, 7(2), 2016, 306–319.
- [4] Vellas B, Lauque S, Andrieu S et al., Nutrition assessment in the elderly. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*, 4(1), 2001, 5–8.
- [5] Kalaiselvan MS, Renuka MK, Arunkumar AS, Use of Nutrition Risk in Critically ill (NUTRIC) Score to Assess Nutritional Risk in Mechanically Ventilated Patients: A Prospective Observational Study. *Indian J Crit Care Med*, 21(5), 2017, 253–256.
- [6] DeLegge MH, Enteral feeding. *Curr Opin Gastroenterol*, 24(2), 2008, 184–189.
- [7] Van Zanten ARH, Petit L, De Waele J et al., Very high intact-protein formula successfully provides protein intake according to nutritional recommendations in overweight critically ill patients: a double-blind randomized trial. *Crit Care*, 22, 2018, 156.
- [8] Rice TW, Files DC, Morris PE et al., Dietary Management of Blood Glucose in Medical Critically Ill Overweight and Obese Patients: An Open-Label Randomized Trial. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*, 43(4), 2019, 471–480.
- [9] Yamamoto S, Allen K, Jones KR et al., Meeting Calorie and Protein Needs in the Critical Care Unit: A Prospective Observational Pilot Study. *Nutr Metab Insights*, 13, 2020, 1178638820905992.
- [10] De Brito-Ashurst I, Klebach M, Tsompanaki E et al., Gastrointestinal Tolerance and Protein Absorption Markers with a New Peptide Enteral Formula Compared to a Standard Intact Protein Enteral Formula in Critically Ill Patients. *Nutrients*, 13(7), 2021, 2362.
- [11] Jakob SM, Bütikofer L, Berger D et al., A randomized controlled pilot study to evaluate the effect of an enteral formulation designed to improve gastrointestinal tolerance in the critically ill patient-the SPIRIT trial. *Crit Care*, 21, 2017, 140.
- [12] Liu MY, Tang HC, Hu SH et al., Peptide-based enteral formula improves tolerance and clinical outcomes in abdominal surgery patients relative to a whole protein enteral formula. *World J Gastrointest Surg*, 8(10), 2016, 700–705.

NUTRITIONAL STATUS AND SOME ASSOCIATED FACTORS OF STUDENTS IN FIRST AND THIRD YEARS AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY IN 2023

Trinh Thanh Tan¹, Ta Dang Quang², Tran Thi Quynh Trang¹, Nguyen Thuy Linh¹, Vu Pham Kim Chi¹, Do Viet Hai Nam¹, Bui Huyen Trang¹, Nguyen Quynh Trang¹, Nguyen Thi Thu Ha^{1*}

¹Institute for Preventive Medicine and Public Health - No.1 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Medical University - No.1 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

Received: 08/09/2023

Revised: 09/10/2023; Accepted: 02/11/2023

ABSTRACT

Objectives: This study aimed to assess the nutritional status, and describe some associated factors among the first and third-year students at Hanoi Medical University.

Subject and method: A cross-sectional descriptive study on 553 students (256 first-year students and 297 third-year students) at Hanoi Medical University in 2023. Nutritional status was evaluated using BMI criteria by WPRO; data on dietary intake were collected through the KomPAN questionnaire. The relationship between associated factors and nutritional status was assessed by a χ^2 test.

Results: 60.8% of students had normal BMI, 22,8% had CED and 17,4% were overweight/obese. The percentage of abdominal obesity made up 77.2%. Most students had a healthy diet (68.54%). A healthy diet according to the subject's assessment and the frequency of eating on time were associated with levels of the nutritional status ($p < 0.05$).

Conclusion: The prevalence of CED and overweight/obesity among students at Hanoi Medical University remains high, despite a generally healthy diet. It is necessary to have some intervention strategies to control and prevent risk factors, then improve the nutritional status among students of Hanoi Medical University.

Keywords: Nutritional status, diet, medical students, Hanoi.

*Corresponding author

Email address: nguyenha@hmu.edu.vn

Phone number: (+84) 973 404 966

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>



TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA SINH VIÊN NĂM THỨ NHẤT VÀ NĂM THỨ BA TẠI TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI NĂM 2023

Trịnh Thanh Tân¹, Tạ Đăng Quang², Trần Thị Quỳnh Trang¹, Nguyễn Thuỳ Linh¹, Vũ Phạm Kim Chi¹, Đỗ Việt Hải Nam¹, Bùi Huyền Trang¹, Nguyễn Quỳnh Trang¹, Nguyễn Thị Thu Hà^{1*}

¹Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng - Số 1 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

²Trường Đại học Y Hà Nội - Số 1 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 08 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 09 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 02 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và mô tả một số yếu tố liên quan đến dinh dưỡng của sinh viên năm thứ nhất và năm thứ ba trường Đại học Y Hà Nội.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 553 sinh viên (256 sinh viên Y1 và 297 sinh viên Y3). Tình trạng dinh dưỡng được đánh giá theo BMI khuyến nghị của WPRO, thông tin về chế độ ăn được khai thác bằng bộ câu hỏi KomPAN. Các yếu tố liên quan với tình trạng dinh dưỡng được kiểm định bằng test χ^2 .

Kết quả: 60,8% sinh viên có BMI bình thường, 22,8% bị CED và 17,4% thừa cân/béo phì, tỷ lệ sinh viên bị béo bụng tới 77,2%. Đa số sinh viên có chế độ ăn lành mạnh (68,5%). Một chế độ ăn lành mạnh theo đánh giá chủ quan của đối tượng và tần suất ăn uống đúng giờ có mối liên quan với các mức độ của tình trạng dinh dưỡng ($p < 0,05$).

Kết luận: Tỷ lệ CED và thừa cân/béo phì của sinh viên trường Đại học Y Hà Nội còn cao, mặc dù chế độ ăn nhìn chung lành mạnh. Cần tăng cường các chiến lược can thiệp để kiểm soát, phòng ngừa các yếu tố nguy cơ, nhằm cải thiện tình trạng dinh dưỡng cho sinh viên trường Đại học Y Hà Nội.

Từ khóa: Tình trạng dinh dưỡng, chế độ ăn, sinh viên Y, Hà Nội.

*Tác giả liên hệ

Email: nguyenha@hmu.edu.vn

Điện thoại: (+84) 973 404 966

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình trạng dinh dưỡng có mối liên hệ mật thiết với việc lựa chọn chế độ ăn và mức tiêu thụ thực phẩm hàng ngày của cá nhân. Việc thay đổi nơi ở, tình hình kinh tế không ổn định, khối lượng học tập tăng cao, thời gian hạn chế và thiếu kiến thức về dinh dưỡng dẫn đến các thói quen ăn uống không tốt và một chế độ ăn thiếu lành mạnh ở sinh viên đặc biệt là sinh viên y. [1] Sinh viên Y năm thứ nhất cần thích nghi với môi trường đại học áp lực, xa gia đình và sinh viên năm thứ ba tuy đã có sự ổn định trong cuộc sống nhưng lượng kiến thức dày đặc cùng các tiết học lâm sàng tại bệnh viện là yếu tố khiến họ phải đối diện với nhiều thách thức để có thể duy trì chế độ ăn uống lành mạnh.

Dù được đào tạo kiến thức chuyên sâu về các lĩnh vực chăm sóc sức khỏe, tình trạng dinh dưỡng (TTDD) và chế độ ăn của sinh viên Y nói chung vẫn chưa được đảm bảo. Một nghiên cứu Hoàng Thị Linh Ngọc và cộng sự trên sinh viên Y1 trường Đại học Y Hà Nội năm 2020 cho thấy 6,7% sinh viên bị thừa cân/béo phì; 31,0% sinh viên bị thiếu năng lượng trường diễn (Chronic energy deficiency - CED), trong đó chủ yếu là CED độ 1 (68,9%).[2] Ngoài ra, lối sống không lành mạnh như ít hoạt động thể lực, hút thuốc cũng được coi là yếu tố nguy cơ có thể gây ảnh hưởng xấu đến tình trạng dinh dưỡng.[3]

Vì vậy, việc đánh giá tình trạng dinh dưỡng và xác định một số yếu tố liên quan tạo tiền đề cho những chương trình can thiệp về dinh dưỡng trên cả hai đối tượng này trong tương lai, nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của sinh viên năm thứ nhất và năm thứ ba trường Đại học Y Hà Nội năm 2023” với hai mục tiêu:

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của sinh viên Y1 và Y3 trường Đại học Y Hà Nội năm 2023;

Mô tả một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của sinh viên Y1 và Y3 trường Đại học Y Hà Nội năm 2023.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Từ tháng 03/2023 đến tháng 09/2023 tại trường Đại học Y Hà Nội.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là sinh viên năm thứ nhất (Y1) và năm thứ 3 (Y3) đang theo học chương trình đào tạo chính quy ở tất cả các khối ngành tại trường Đại học Y Hà Nội. Các sinh viên có vấn đề về sức khỏe thể chất và tinh thần hoặc vắng mặt tại thời điểm khảo sát bị loại trừ khỏi nghiên cứu.

2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Nghiên cứu áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho ước tính một tỷ lệ trong quần thể với khoảng sai lệch tương đối

$$n_1 = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p_1(1-p_1)}{(p_1-\epsilon)^2} [4]$$

Trong đó, $p_1 = 0,27$, tỷ lệ về tình trạng thiếu năng lượng trường diễn của sinh viên trường Đại học Y Hà Nội là 26,5% dựa theo kết quả nghiên cứu trước.[5] $\alpha = 0,05$ tương đương với độ tin cậy 95%,

$Z^2_{(1-\alpha/2)} = 1,96$. Tổng cỡ mẫu cần thiết là 462 mẫu, tổng số mẫu dự kiến là **508 mẫu** (dự phòng 10%). Trên thực tế có 553 sinh viên tham gia nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu: Nghiên cứu sử dụng cách chọn mẫu thuận tiện. Tiến hành liên hệ với ban cán sự các lớp Y1 và Y3 thuộc tất cả các ngành chính quy 2023, tiến hành đo nhân trắc và thu thập số liệu cho tới khi đủ cỡ mẫu.[4]

2.4. Phương pháp và công cụ thu thập số liệu

Các phép đo nhân trắc học sử dụng để đánh giá tình trạng dinh dưỡng được tiến hành theo hướng dẫn của WHO. Đánh giá TTDD dựa vào chỉ số khối cơ thể (BMI) theo khuyến cáo của hiệp hội đái tháo đường các nước châu Á (WPRO). Chế độ ăn được khai thác bằng bộ câu hỏi The Beliefs and Eating Habits Questionnaire (KompAN) và đánh giá chất lượng dựa trên chỉ số “Chế độ ăn uống lành mạnh” - pHDI (pro-healthy diet index) và chỉ số “Chế độ ăn uống không lành mạnh” - nHDI (non-healthy diet index) với các mức phân loại sau: pHDI có tổng phạm vi điểm là 0–30 điểm được chia thành ba loại: thấp (0–10,0), trung bình (10,1–20,0) và cao (20,1–30,0); nHDI có tổng phạm vi điểm là 0–36 điểm được chia thành ba loại: thấp (0–12,0), trung bình (12,1–24,0) và cao (24,1–36,0).[6]

Bộ câu hỏi khảo sát được tạo trên phần mềm Kobotoolbox gồm 4 phần: Thông tin cá nhân, thói quen ăn uống, tần suất tiêu thụ thực phẩm và lối sống. Từ dữ liệu tần suất



tiêu thụ thực phẩm, điểm số DQI được tính toán từ hiệu số pHDI và nHDI với mức chế độ ăn kém lành mạnh ($-100 < \text{DQI} < -25$), chế độ ăn lành mạnh ($-25 \leq \text{DQI} < 25$), chế độ ăn rất lành mạnh ($25 \leq \text{DQI} < 100$). [6]

2.5. Xử lý và phân tích số liệu: Dữ liệu được nhập từ Epidata 3.1 và xử lý bằng phần mềm Stata 16. Thống kê mô tả được sử dụng để tính toán các giá trị như tần suất, tỷ lệ phần trăm, trung bình, độ lệch chuẩn của các biến. Test χ^2 sử dụng để đánh giá mối liên hệ giữa các biến. Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được sự đồng ý của Ban giám hiệu Trường Đại học Y Hà Nội. Đối tượng có quyền từ chối tham gia, các thông tin cá nhân của đối tượng được đảm bảo giữ bí mật.

3. KẾT QUẢ

3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu (n = 553)

Thông tin		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	219	39,6
	Nữ	334	60,4
Năm học	Y1	256	46,3
	Y3	297	53,7
Ngành học	Đa khoa	244	44,1
	Răng-Hàm-Mặt	47	8,5
	Y học Cổ truyền	23	4,2
	Y học Dự phòng	40	7,2
	Khúc xạ nhãn khoa	29	5,2
	Xét nghiệm Y học	32	5,8
	Điều dưỡng	35	6,4
	Dinh dưỡng	51	9,2
Y tế công cộng	52	9,4	

Bảng 1 cho thấy trong tổng số 553 đối tượng tham gia nghiên cứu chủ yếu là nữ giới với 60,4%; còn lại 39,6% là nam giới. Trong đó, Y1 chiếm 46,3% và Y3 chiếm 53,7%. Phần lớn những người tham gia hiện đang ở trọ bên ngoài (45,7%), với mức sinh hoạt phí hiện tại

họ cảm thấy đủ chi trả cho nhu cầu ăn uống của bản thân (79,1%). Theo ngành học, các sinh viên tham gia nghiên cứu chủ yếu thuộc ngành đa khoa với 44,1% (n=244), và thấp nhất là Y học cổ truyền với 4,2%.

3.2. Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng

Bảng 2: Đặc điểm nhân trắc của sinh viên phân loại theo giới tính (n=553)

Các chỉ số	Nam (n=219)	Nữ (n=334)	Tổng (n = 553)	p*
	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	
Cân nặng (kg)	62,8 ± 10,5	49,8 ± 7,4	55,0 ± 10,8	0,000
Chiều cao (cm)	170,2 ± 6,2	157,5 ± 5,3	162,5 ± 8,4	0,000
Vòng eo (cm)	73,7 ± 12,4	66,7 ± 7,5	69,5 ± 10,3	0,000
Vòng hông (cm)	85,2 ± 15,6	83,9 ± 9,1	84,4 ± 12,1	0,058
Tỷ lệ eo - hông (WHR)	0,9 ± 0,1	0,8 ± 0,1	0,8 ± 0,1	0,000
BMI (kg/m ²)	21,6 ± 3,6	20,1 ± 2,7	20,7 ± 3,2	0,000

* Test Wilcoxon Mann Whitney

Bảng 2 cho thấy chỉ số nhân trắc của đối tượng tham gia: cân nặng trung bình 55,0 ± 10,8; chiều cao trung bình 162,5 ± 8,4; WHR 0,8 ± 0,1 và BMI 20,7 ± 3,2.

Các chỉ số nhân trắc bao gồm chiều cao, cân nặng, chu vi eo của nam đều lần lượt cao hơn nữ (p<0,05). BMI trung bình và WHR của nam lần lượt là 21,6 ± 3,6, 0,9 ± 0,1 cao hơn so với ở nữ là 20,1 ± 2,7; 0,8 ± 0,1 (p<0,05).

Bảng 3: Tình trạng dinh dưỡng của sinh viên phân loại theo giới tính (n=553)

Tình trạng dinh dưỡng	Nam (n=219)	Nữ (n=334)	Tổng (n=553)	p*
	n (%)	n (%)	n (%)	
BMI				0,000
CED	37 (16,9)	89 (26,6)	126 (22,8)	
Bình thường	123 (56,2)	213 (63,8)	336 (60,8)	
Thừa cân	34 (15,5)	17 (5,1)	51 (9,2)	
Béo phì	25 (11,4)	15 (4,5)	40 (7,2)	
WHR				0,000
Béo bụng	154 (70,3)	273 (81,7)	427 (77,2)	
Bình thường	65 (29,7)	61 (18,3)	126 (22,8)	

*Test χ^2

Bảng 3 chỉ ra đa số sinh viên có TTDD bình thường và tỷ lệ béo bụng cao. Cụ thể, sinh viên nữ có tình trạng CED cao (26,6%) và béo bụng cao hơn (81,7%). Ngược lại, tỷ lệ sinh viên nam bị thừa cân-béo phì (TC-BP) cao

hơn đáng kể (15,5% và 11,4%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

3.3. Mối liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ với tình trạng dinh dưỡng của sinh viên

3.3.1. Chế độ ăn



Bảng 4: Điểm pHDI, nHDI, DQI của đối tượng theo khối học (n=553)

	Y1 (n=256)	Y3 (n=297)	Tổng (n=553)	p*
	n (%)	n (%)	n (%)	
pHDI				
Thấp	124 (48,4)	163 (54,9)	287 (51,9)	0,290
Trung bình	123 (48,1)	123 (41,1)	246 (44,5)	
Cao	9 (3,5)	11 (3,7)	20 (3,6)	
nHDI				
Thấp	242 (94,5)	285 (96,0)	527 (95,3)	0,478
Trung bình	11 (4,3)	11 (3,7)	22 (4,0)	
Cao	3 (1,2)	1 (0,3)	4 (0,7)	
DQI				
Trung bình	163 (63,7)	216 (72,7)	379 (68,5)	0,022
Cao	93 (36,3)	81 (27,3)	174 (31,5)	

pHDI: chỉ số chế độ ăn lành mạnh, nHDI: chỉ số chế độ ăn không lành mạnh, DQI: điểm số chất lượng chế độ ăn.

* Test χ^2

Bảng 4 cho thấy sinh viên có điểm số pHDI trung bình,

cao (lần lượt là 44,5% và 3,6%) và chỉ số nHDI thấp, trung bình (95,3% và 4,0%). Với điểm số DQI mức trung bình, sinh viên Y3 chiếm tỷ lệ cao hơn (72,7%), với điểm số DQI cao, sinh viên Y1 chiếm tỷ lệ cao hơn (36,3%) sinh viên Y3, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 5: Mối liên quan giữa điểm số chất lượng chế độ ăn DQI và tình trạng dinh dưỡng của đối tượng (n=553)

Các chỉ số	DQI		p
	Trung bình n (%)	Cao n (%)	
Tình trạng dinh dưỡng			
CED	92 (24,3)	34 (19,5)	0,408
Bình thường	222 (58,6)	114 (65,5)	
Thừa cân	35 (9,2)	16 (9,2)	
Béo phì	30 (7,9)	10 (5,8)	
WHR			
Béo bụng	284 (74,9)	143 (82,2)	0,059
Không béo bụng	95 (25,1)	31 (17,8)	

* Test χ^2

Bảng 5 mô tả mối liên hệ của điểm số chất lượng chế độ ăn DQI với TTDD của sinh viên tham gia nghiên cứu. Trong đó, điểm số DQI ở mức trung bình phản ánh số lượng sinh viên CED, TC-BP cao hơn và điểm

số DQI cao cho thấy tỷ lệ sinh viên béo bụng thấp hơn. Tuy nhiên, sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.3.2. Thói quen ăn uống và lối sống của đối tượng

Bảng 6: Mối liên quan giữa đặc điểm thói quen ăn uống và lối sống với tình trạng dinh dưỡng của đối tượng (n=553)

Các chỉ số	Tình trạng dinh dưỡng				p*
	CED n (%)	Bình thường n (%)	Thừa cân n (%)	Béo phì n (%)	
Ăn uống đúng giờ					0,045
Không	9(7,1)	56 (16,7)	7 (13,7)	10 (25,0)	
Có, nhưng chỉ một số bữa	73 (57,9)	153 (45,5)	27 (52,9)	19 (47,5)	
Có, tất cả	44 (34,9)	127 (37,8)	17 (33,3)	11 (27,5)	
Bỏ bữa sáng					0,698
Không	12 (9,5)	55 (16,3)	8 (15,7)	4 (10,0)	
Có, nhưng chỉ một số bữa	63 (50,0)	142 (42,3)	25 (49,0)	21 (52,5)	
Có, thường xuyên	51 (40,5)	139 (41,4)	18 (35,3)	15 (37,5)	
Hoạt động thể chất tại nơi làm việc					
Thấp	81 (65,3)	186 (55,3)	27 (52,9)	24 (60,0)	0,105
Trung bình	40 (32,3)	118 (35,1)	21 (41,2)	11 (27,5)	
Cao	3 (2,4)	32 (9,52)	3 (5,9)	5 (12,5)	
Mô tả chủ quan chế độ ăn uống cá nhân					
Rất tệ	9 (7,3)	9 (2,7)	2 (3,9)	6 (15,0)	0,021
Kém	50 (40,3)	148 (44,2)	27 (52,9)	17 (42,5)	
Tốt	64 (51,6)	173 (51,6)	20 (39,2)	16 (40,0)	
Rất tốt	1 (0,8)	5 (1,5)	2 (3,9)	1 (2,5)	

* Test χ^2

Bảng 6 cho thấy phần lớn sinh viên bỏ bữa sáng từ thỉnh thoảng tới thường xuyên và hạn chế vận động tại nơi làm việc, sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê. Những sinh viên có TTDD bình thường tự đánh giá chất lượng chế độ ăn của bản thân từ kém (44,2%), tốt (51,6%) và rất tốt (1,5%) chiếm đa số so với các đối tượng CED và TC-BP ($p < 0,05$).

4. BÀN LUẬN

Theo như kết quả đánh giá tình trạng dinh dưỡng dựa trên BMI của nghiên cứu chỉ ra rằng có hơn 50% sinh viên có chỉ số BMI ở mức bình thường, tỷ lệ sinh viên nam thừa cân hoặc béo phì gấp 2 lần so với sinh viên nữ và ngược lại. Kết quả trên cao hơn so với nghiên cứu có chủ đề tương đồng được thực hiện trên sinh viên Y1 trường Đại học Y Hà Nội năm 2018. [2] Kết quả nghiên cứu cũng chỉ ra rằng chiều cao và cân nặng của sinh viên nữ tham gia nghiên cứu thấp hơn một số nước trong cùng khu vực như Thái Lan, Singapore, Trung Quốc,... [7] Bên cạnh đó, tỷ lệ béo bụng trên đối tượng nghiên cứu rất cao, chiếm tới 77,2%. Theo WHO, chỉ

số WHR được quy ước để cảnh báo những nguy cơ sức khỏe như nguy cơ mắc bệnh tim mạch và rối loạn sức khỏe khác có liên quan đến thừa cân.[8] Bởi vậy, sinh viên Y1, Y3 trường Đại học Y Hà Nội cũng đang đối mặt với gánh nặng kép về dinh dưỡng: tỷ lệ thừa cân béo phì tăng nhanh và suy dinh dưỡng giảm chậm.

Từ điểm số chất lượng chế độ ăn thu được, đa số sinh viên có chế độ ăn lành mạnh, sinh viên Y3 có điểm số DQI trung bình cao hơn đáng kể so với sinh viên Y1, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Mặc dù tỷ lệ sinh viên Y1 có chế độ ăn rất lành mạnh cao hơn nhưng không đáng kể. Như vậy có thể kết luận, sinh viên Y3 có chế độ ăn lành mạnh hơn sinh viên Y1, lý giải từ sự ổn định trong sinh hoạt sau ba năm học giúp họ có sự tuân thủ nhất định về chế độ ăn cá nhân. Tuy nhiên, chưa có mối liên quan được chỉ ra giữa chất lượng chế độ ăn và TTDD của đối tượng.

Phần lớn sinh viên có thói quen ăn uống đúng giờ chỉ một số bữa ($p < 0,05$) và bỏ bữa sáng. Tuy kết quả kiểm định chưa có ý nghĩa thống kê, các nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra mối liên hệ giữa việc bỏ bữa sáng với tỷ lệ thừa cân béo phì, viêm loét dạ dày và có sự ảnh hưởng tới khả năng tập trung, tiếp thu bài giảng ở sinh viên

Y khoa và nhân viên Y tế.[9] Ở nhóm các câu hỏi khai thác thông tin về lối sống, những sinh viên bị TC-BP và CED thường hoạt động thể chất tại nơi làm việc ở mức thấp. Khi được yêu cầu mô tả chủ quan chế độ ăn uống của bản thân, đối tượng tham gia phần lớn lựa chọn ở mức kém, sinh viên có TTDD bình thường tự đánh giá chế độ ăn của bản thân ở mức tốt chiếm tỷ lệ cao nhất ($p < 0,05$). Như vậy, những đối tượng có sự quan tâm tới chế độ ăn hàng ngày và kiến thức dinh dưỡng thường đáp ứng mức cân nặng bình thường và có xu hướng ăn uống lành mạnh hơn.[10] Dựa theo khuyến nghị của WHO ở người trưởng thành, có thể thấy sự cần thiết trong việc nâng cao ý thức của đối tượng tham gia nhằm điều chỉnh thói quen ăn uống và lối sống theo hướng tích cực, nâng cao thể trạng đáp ứng nhu cầu học tập và làm việc.

Về những điểm thuận lợi của nghiên cứu, thứ nhất là nghiên cứu lần đầu tiên sử dụng bộ công cụ KomPAN nhằm đánh giá về chất lượng chế độ ăn trên đối tượng là sinh viên. Thứ hai, nghiên cứu của chúng tôi còn được sự đồng thuận của trường đại học Y Hà Nội, nằm trong chuỗi hoạt động Lớp Dinh dưỡng học đường với hơn 700 sinh viên Y tham gia, (trong đó có tới 97%) phản hồi hài lòng về nội dung của lớp học và truyền tải kiến thức (đạt hiệu quả 95%), nâng cao thái độ của họ về chế độ ăn chuẩn khoa học (với 60% quyết định thay đổi sang chế độ ăn lành mạnh) của trường đại học Y Hà Nội do Liên chi đoàn của Viện đào tạo YHDP & YTCC tổ chức. Vì vậy dễ dàng hơn trong việc triển khai nghiên cứu trên đối tượng sinh viên và cũng là cơ sở để các hoạt động tương tự tiếp tục được triển khai trên nhiều đối tượng khác. Tuy nhiên, nghiên cứu vẫn còn tồn tại một vài điểm hạn chế như đối tượng nghiên cứu chưa bao quát được toàn bộ sinh viên Y, hiệu quả ứng dụng bộ công cụ KomPAN trong đánh giá tình trạng dinh dưỡng và chế độ ăn của nhóm đối tượng trên tại Việt Nam vẫn cần đánh giá thêm.

5. KẾT LUẬN

Phần lớn sinh viên tham gia có BMI bình thường, tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn và thừa cân, béo phì còn cao. Tỷ lệ béo bụng rất cao (đánh giá từ chỉ số WHR) chiếm hơn 70% và cao hơn ở sinh viên nữ. Sinh viên có chế độ ăn lành mạnh chiếm đa số, trong đó sinh viên năm ba có chế độ ăn lành mạnh hơn sinh viên năm nhất. Một chế độ ăn lành mạnh theo đánh giá chủ quan của đối tượng và tần suất ăn uống đúng giờ có mối liên quan với các mức độ của tình trạng dinh dưỡng ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Công bố kết quả điều tra quốc gia yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm năm 2015, <https://vncdc.gov.vn/cong-bo-ket-qua-dieu-tra-quoc-gia-yeu-to-nguy-co-benh-khong-lay-nhiem-nam-2015-nd14421.html>. Truy cập 19/09/2023.
- [2] Hoàng Thị Linh Ngọc, Nguyễn Thị Thanh Hòa, Lê Thị Hương, Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của sinh viên Y1 Trường Đại học Y Hà Nội; Tạp chí Nghiên cứu Y học, 146(10), 2021, 192-197.
- [3] E.F.Sprake, J.M.Russell, J.E.Cecil, et al., Dietary patterns of university students in the UK: a cross-sectional study; Nutrition Journal, 17, 90 (2018).
- [4] Phương pháp nghiên cứu khoa học - nghiên cứu hệ thống y tế (Dùng cho học viên sau đại học). Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2020.
- [5] Omuemu VO, Assessment of dietary pattern and nutritional status of undergraduate students in a private university in southern Nigeria. Food Sci Nutr, 2020, 6(7), 1890–1897.
- [6] Kwestionariusz do badania poglądów i zwyczajów żywieniowych oraz procedura opracowaniadanych, https://www.researchgate.net/publication/271645386_Kwestionariusz_do_badania_pogladow_i_zwyczajow_zywieniowych_oraz_procedura_opracowania_danych. Accessed: 17/09/2023.
- [7] Average height for men and women worldwide, World data 2022, <https://www.worlddata.info/average-bodyheight.php#by-country>. Accessed: 17/09/2023.
- [8] Các khuyến nghị cho cá nhân và cộng đồng về dinh dưỡng, thực phẩm trong phòng bệnh ung thư, <https://moh.gov.vn/chuong-trinh-muc-tieu-quoc-gia>. Accessed: 29/05/2023.
- [9] Castelao-Naval O. and Blanco-Fernández A., Life style and risk of atypical eating disorders in university students: Reality versus perception. Enferm Clin (Engl Ed), 29(5), 2019, 280–290.12.
- [10] Laura Rossi, M.L.Scalvedi, L.Gennaro et al., Relationship Between Nutrition Knowledge and Dietary Intake: An Assessment Among a Sample of Italian Adults. Frontiers, 2021:8.

NUTRITIONAL STATUS AND SOME RELATED FACTORS OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA AT NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL IN 2022-2023

Nguyen Thi Tuyet^{1*}, Le Thi Huong²

¹Nghe An Oncology Hospital, 60 Ton That Tung, Vinh City, Nghe An, Vietnam

²Hanoi Medical University, 01 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

Received: 08/09/2023

Revised: 05/10/2023; Accepted: 31/10/2023

ABSTRACT

Objective: To describe the malnutrition rate and analysis of some factors related to nutritional in Hepatocellular carcinoma (HCC) patients at Nghe An Oncology Hospital in 2022-2023.

Subject and method: Descriptive cross-sectional study with analysis was conducted on 90 HCC patients at Nghe An Oncology Hospital from June 2022 to June 2023. The information was collected by a set of questionnaire which were used during direct interviews, carrying out medical examination and analyzing medical records.

Results: The malnutrition rate after operation by PG-SGA was 70,0%, in which the rate of severe malnutrition accounted for 7,8% and the conditions measured according to BMI, Albumin, total number of Lymphocytes and Hemoglobin were 24,4%, 36,7%, 68,9% and 37,8% respectively. There was a relationship between the nutritional status of with accompanying chronic disease factors, frequency of use of meat, eggs, milk, semen and accompanying products ($p < 0.05$).

Conclusion: The general assessment for HCC must be conducted to timely and rationally solve any problems and increase the effectiveness in treatment.

Keywords: Malnutrition, HCC, PG-SGA, BMI.

*Corresponding author

Email address: nguyentuyetbvub@gmail.com

Phone number: (+84) 981 610 961

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>



TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN NĂM 2022 - 2023

Nguyễn Thị Tuyết^{1*}, Lê Thị Hương²

¹Bệnh viện Ung bướu Nghệ An - 60 Tôn Thất Tùng, Thành Phố Vinh, Nghệ An, Việt Nam

²Trường Đại học Y Hà Nội - 01 Tôn Thất Tùng, Quận Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 08 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 05 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 31 tháng 10 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tình trạng dinh dưỡng và phân tích một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng ở người bệnh ung thư biểu mô tế bào gan.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến hành trên 90 người bệnh ung thư biểu mô tế bào gan.

Kết quả: Tỷ lệ suy dinh dưỡng của người bệnh ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) theo từng phương pháp: Theo chỉ số BMI là 24,2%, theo PG – SGA: Có 70% người bệnh suy dinh dưỡng (SDD) và có nguy cơ SDD, trong đó 7,8% SDD nặng (PG - SGA C), theo chỉ số hóa sinh: 36,7% người bệnh SDD theo albumin, chỉ số tổng số lượng tế bào Lympho (TLC) cho tỷ lệ SDD là 68,9% và 37,8% người bệnh bị thiếu máu. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng (TTDD) gồm: Đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) mắc bệnh kèm theo (OR: 4,5, 95% CI: 2,1 - 14,4), không thường xuyên ăn thịt và các chế phẩm từ thịt (OR:2,8, 95% CI: 1,1 – 7,3), không sử dụng thường xuyên cá và các chế phẩm từ cá (OR:6,0, 95% CI: 1,6 – 22,0), không thường xuyên ăn trứng và các chế phẩm từ trứng (OR:3,1 95% CI: 1,2 – 7,9), không thường xuyên ăn các loại quả chín (OR: 1,3, 95% CI: 1,0 – 1,6).

Kết luận: Đánh giá TTDD ở bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan bằng nhiều phương pháp cho thấy tỷ lệ SDD ở mức cao. Vì vậy, người bệnh HCC cần được sàng lọc, đánh giá và can thiệp dinh dưỡng thường xuyên trong quá trình điều trị. Có mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng với ĐTNC có bệnh kèm theo, người bệnh không thường xuyên sử dụng các nhóm thực phẩm thịt, các chế phẩm từ thịt; cá, các chế phẩm từ cá; trứng, các chế phẩm từ trứng; nhóm quả chín có nguy cơ SDD so với BN thường xuyên sử dụng các loại thực phẩm này.

Từ khóa: Tình trạng dinh dưỡng, HCC, PG-SGA, BMI.

*Tác giả liên hệ

Email: nguyentuyetbvub@gmail.com

Điện thoại: (+84) 981 610 961

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) là một trong số các bệnh ung thư phổ biến ở nhiều nước trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Theo thống kê của Globocan 2020, đây là bệnh phổ biến thứ sáu và là nguyên nhân thứ ba liên quan đến tử vong do các loại ung thư gây ra trên thế giới. Tại Việt Nam, ung thư biểu mô tế bào gan là bệnh ung thư thường gặp nhất (14,5%), phổ biến nhất ở nam giới (20,5%) và đứng thứ 5 ở nữ giới (7,4%) [1]. Tình trạng dinh dưỡng (TTDD) của người bệnh UT chịu ảnh hưởng từ nhiều yếu tố như vị trí, giai đoạn bệnh, triệu chứng tiêu hoá như nôn ói, giảm hấp thu năng lượng hay giảm hấp thu do điều trị,... [2]. Những người bệnh ung thư đường tiêu hóa nói chung và người bệnh ung thư biểu mô tế bào gan nói riêng là những đối tượng có nguy cơ cao bị sụt cân và SDD, bởi gan giữ chức năng rất quan trọng của đường tiêu hóa. Phần lớn người bệnh HCC có khẩu phần ăn đều không đạt so với nhu cầu khuyến nghị về năng lượng, các chất sinh năng lượng và các Vitamin cũng như một số chất khoáng. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng hơn 50% người bệnh ung thư bị tử vong có tình trạng suy dinh dưỡng (SDD), 20% người bệnh có nguyên nhân chính dẫn đến tử vong là do suy dinh dưỡng [3]. Vì vậy, đánh giá tình trạng dinh dưỡng để đưa ra phác đồ can thiệp dinh dưỡng phù hợp là nội dung quan trọng trong mô hình điều trị đa mô thức, góp phần giảm mức độ nặng của bệnh, chi phí điều trị, nâng cao kết quả điều trị toàn diện, chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu tiến hành tại khoa Nội tiêu hóa, Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An từ 06/2022 – 06/2023.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tế bào gan thỏa mãn mọi tiêu chuẩn lựa chọn.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Người bệnh có hồ sơ lưu trữ đầy đủ tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An.
- Người bệnh có độ tuổi trưởng thành (≥ 20 tuổi)
- Người bệnh đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Người bệnh đang có biến chứng nặng như bệnh não gan, xuất huyết tiêu hóa chưa ổn định, nhiễm khuẩn cấp.

- Người bệnh có các bệnh lý mạn tính như suy thận, suy tim, đái tháo đường, AIDS...

- Người bệnh có bệnh lý viêm ruột, phẫu thuật cắt đoạn ruột.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

Áp dụng công thức ước tính một tỷ lệ trong quần thể:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{(\epsilon.p)^2}$$

Trong đó: n: là cỡ mẫu nghiên cứu

p: tỷ lệ SDD ở BN HCC, lấy từ nghiên cứu của Chin Sophea tại Bệnh viện Quân Y 103 là $p = 0,76$ [5].

α : mức ý nghĩa thống kê, lấy $\alpha = 0,05$; $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$; $\epsilon = 0,12$ là sai số tương đối.

Thay vào công thức tính được cỡ mẫu là $n = 84$. Thực tế có 90 đối tượng tham gia nghiên cứu.

2.5. Biến số nghiên cứu

- Thông tin chung ĐTNC gồm biến số: tuổi, giới, trình độ học vấn, nghề nghiệp, kinh tế gia đình, nơi ở, bệnh kèm theo, thời gian phát hiện bệnh, giai đoạn bệnh, phương pháp điều trị.

- Tình trạng dinh dưỡng của ĐTNC gồm: BMI, PG-SGA, Albumin và lympho đêm, tình trạng thiếu máu.

- Một số yếu tố liên quan gồm: nhân khẩu học, yếu tố hành vi, lối sống, yếu tố bệnh tật, tần suất tiêu thụ thực phẩm.

2.6. Phương pháp thu thập số liệu

Tiến hành phỏng vấn theo bộ câu hỏi đã được thiết kế sẵn, quan sát, khám đánh giá TTDD kết hợp cân đo và kết quả cận lâm sàng được thu thập từ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân.

2.7. Tiêu chuẩn đánh giá

- Chỉ số khối cơ thể (BMI – Body Mass Index): theo phân loại WHO (2000) khuyến nghị cho người trưởng thành Châu Á:

Cách tính:

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

+ Suy dinh dưỡng $< 18,5$

+ Bình thường $\geq 18,5$

- Phương pháp đánh giá tổng thể chủ quan PG - SGA (Patient – Generated Subjective Global Assessment): PG - SGA A (dinh dưỡng tốt), PG - SGA B (SDD nhẹ

hoặc vừa), PG - SGA C (SDD nặng).

2.8. Xử lý và phân tích số liệu

Toàn bộ phiếu phỏng vấn được kiểm tra, làm sạch trước khi nhập máy bằng phần mềm Epidata 3.1, phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0.

2.9. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng khoa học Bệnh viện Ung bướu Nghệ An.

Đối tượng có quyền từ chối tham gia, các thông tin thu thập được từ đối tượng nghiên cứu hoàn toàn được giữ bí mật.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1: Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu (n=90)

TT	Đặc điểm ĐTNC	Phân loại	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
1	Giới tính	Nam	77	85,6 %
		Nữ	13	14,4 %
2	Nhóm tuổi	≤ 39 tuổi	2	2,2 %
		40- 59 tuổi	45	50,0 %
		≥ 60 tuổi	43	47,8 %
Tuổi trung bình 59 ± 9,7. Max 79 , Min 33				
3	Trình độ học vấn	Tiểu học	13	14,4
		Trung học cơ sở	45	50,0
		Trung học phổ thông	31	34,4
		Đại học/sau đại học	1	1,1
4	Thời gian phát hiện bệnh	< 3 tháng	17	18,9
		3-6 tháng	30	33,3
		> 6 tháng	43	47,8
5	Giai đoạn bệnh	I	7	7,8
		II	24	26,7
		III	46	51,1
		VI	13	14,4
5	Bệnh kèm theo	Có mắc bệnh kèm theo	58	35,6
		Không mắc	32	64,4
7	Phương pháp điều trị bệnh	Hóa trị đơn thuần	32	35,6
		Hóa trị và phẫu thuật	29	32,2
		Xạ trị và hóa trị	8	8,9
		Khác	21	23,3

Nhận xét: Người bệnh là nam giới chiếm tỷ lệ cao gấp gần 6 lần so với nữ giới (85,6% và 14,4 % tương ứng). Tuổi trung bình của ĐTNC là 59 ± 9,7. Tuổi mắc cao nhất là 79 , tuổi thấp nhất là 33, trong đó nhóm tuổi

40-59 chiếm tỷ lệ cao nhất 50%. Có 59 BN (65,5%) ở giai đoạn bệnh III, IV, 31 BN (34,5%) ở giai đoạn I, II.

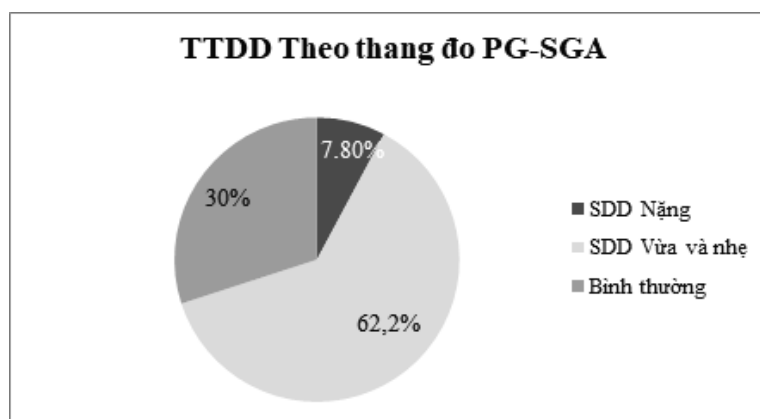
3.2. Thông tin về tình trạng dinh dưỡng của ĐTNC

Bảng 3.2: Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu theo chỉ số BMI

Phân loại BMI (kg/m ²)	Chung n (%)	Nam n (%)	Nữ n (%)	p
<18,5	22 (24,4)	18 (23,4)	4 (30,8)	0,80
18,5 – 24,99	66 (73,3)	57 (74,0)	9 (69,2)	
≥ 25	2 (2,2)	2 (2,6)	0 (0)	

Nhận xét: Đánh giá TTDD theo BMI, tỷ lệ SDD chung là 24,4%. Trong đó, tỷ lệ nữ giới suy dinh dưỡng cao hơn so với nam giới hơn 7%.

Biểu đồ 3.1: Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu theo chỉ số PG-SGA



Nhận xét: Có 70% ĐTNC có tình trạng SDD trong đó: 7,8% ĐTNC có tình trạng SDD nặng, 62,2% SDD nhẹ, vừa và 30,0% ĐTNC có TTDD bình thường.

Bảng 3.3: Tình trạng dinh dưỡng theo một số chỉ số Cận lâm sàng (n=90)

Chỉ số hóa sinh		Chung n (%)	Nam n (%)	Nữ n (%)	p
Albumin (g/l)	▪ Bình thường(≥35)	57(63,3)	49(63,6)	8(61,5)	0,90
	▪ SDD(<35)	33(36,7)	28(36,4)	5(38,5)	
TLC (G/l)	▪ Bình thường(>1,8)	28(31,1)	24(31,2)	4(30,8)	0,64
	▪ SDD nhẹ(>1,5-1,8)	18(20,0)	14(18,2)	4(30,8)	
	▪ SDD vừa(0,9-1,5)	32(35,6)	29(37,7)	3(23,1)	
	▪ SDD nặng(<0,9)	12(13,3)	10(13,0)	2(15,4)	
Hemoglobin	▪ Có thiếu máu	34(37,8)	32(41,6)	2(15,4)	0,12
	▪ Không thiếu máu	56(62,2)	45(58,4)	11(84,6)	

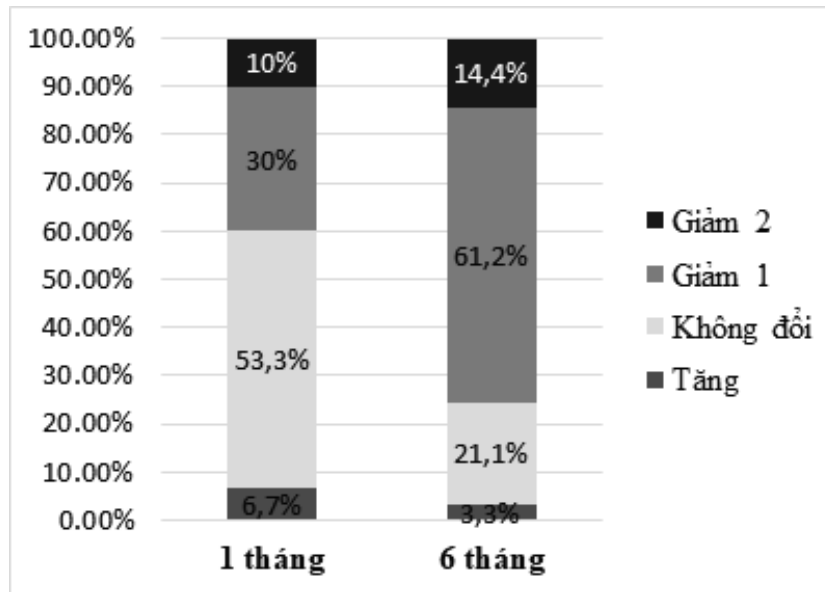
Nhận xét:

Kết quả cho thấy có 33 BN (36,7%) có Albumin < 35 g/L. Theo tổng số lượng tế bào Lympho (TLC) tỷ

lệ SDD chung là 68,9%. Về tình trạng thiếu máu: có 37,8% ĐTNC bị thiếu máu và tỷ lệ này ở nam cao hơn nữ (41,6% và 15,4%).



Biểu đồ 3.2: Thay đổi về cân nặng trong 1 tháng và 6 tháng của ĐTNC



Giảm 2: giảm $\geq 5\%$ trong 1 tháng và $\geq 10\%$ trong 6 tháng

Giảm 1: giảm $< 5\%$ trong 1 tháng và $< 10\%$ trong 6 tháng

Nhận xét: Trong 1 tháng gần đây ĐTNC có đến 75,5% người bệnh giảm cân trong 6 tháng trong đó tỷ lệ giảm

$> 10\%$ là 14,4%. Tỷ lệ giảm cân trong 1 tháng qua là 40,0%, trong đó tỷ giảm $\geq 5\%$ trong 1 tháng là 10,0%. Tuy nhiên, có 6,7% người bệnh tăng cân trong 1 tháng qua.

3.3. Các yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của ĐTNC

Bảng 3.4: Một số yếu tố liên quan đến TTDD của ĐTNC theo PG – SGA

Đặc điểm chung		Không SDD n (%)	Có SDD n (%)	OR (95%CI)	p
Nhóm tuổi	▪ ≤ 39 tuổi	1(50)	1(50)	1	0,68
	▪ 40–59 tuổi	16(35,6)	29(64,4)	1,8(0,1 - 30,9)	
	▪ Trên 60 tuổi	10(23,3)	33(76,7)	3,3(0,2 - 57,7)	
Giới	▪ Nam	24(31,2)	53(68,8)	1	0,56
	▪ Nữ	3(23,1)	10(76,9)	1,5(0,4 - 6,0)	
Phương pháp điều trị	▪ Hoá trị	12 (37,5)	20 (62,5)	1	0,26
	▪ PT+ Hoá trị	7 (24,1)	22 (75,9)	1,9 (0,6 - 5,7)	
	▪ Xạ trị+ hoá trị	3 (37,5)	5 (62,5)	1,0 (0,2 - 5,0)	
	▪ Khác	5 (23,8)	16 (76,2)	1,9 (0,6 - 6,6)	
Bệnh kèm theo	▪ Không mắc	17 (53,1)	15 (46,9)	1	0,001
	▪ Có mắc	10 (17,2)	48 (82,8)	5,4* (2,1 - 14,4)	
Thời gian phát hiện bệnh	▪ < 3 tháng	3 (17,6)	14 (82,4)	1	0,31
	▪ 3 – 6 tháng	12 (31,6)	26 (68,4)	0,5 (0,1 - 2,0)	
	▪ > 6 tháng	12 (34,3)	23 (65,7)	0,4 (0,1 - 1,6)	

*: $p < 0,05$

Nhận xét: Có mối liên quan giữa mắc các bệnh kèm theo và tình trạng suy dinh dưỡng theo PG - SGA.

Nguy cơ SDD ở những người có mắc bệnh kèm theo cao gấp 5,4 lần những người không mắc (95% CI: 2,1 - 14,4, $p < 0,05$).

Bảng 3.5: Mối liên quan giữa tình trạng suy dinh dưỡng và tần suất tiêu thụ thực phẩm

Nhóm thực phẩm		Có SDD n (%)	OR (95%CI)	p
Thịt và các chế phẩm ⁽¹⁾	Có thường xuyên	26 (59,1)	1	0,03
	Không thường xuyên	37 (80,4)	2,8* (1,1- 7,3)	
Cá và các chế phẩm ⁽¹⁾	Có thường xuyên	36 (61%)	1	0,007
	Không thường xuyên	27 (87,1)	6,0** (1,6-22,0)	
Trứng và các chế phẩm ⁽¹⁾	Có thường xuyên	18 (54,5)	1	0,02
	Không thường xuyên	45 (78,9)	3,1* (1,2- 7,9)	
Các loại quả chín ⁽¹⁾	Có thường xuyên	28 (58,3)	1	0,01
	Không thường xuyên	35 (83,3)	1,3* (1,0 – 1,6)	

⁽¹⁾: tiêu thụ từ 4-6 lần/tuần trở lên được coi là có tiêu thụ thường xuyên.

⁽²⁾: tiêu thụ từ 1-3 lần/tuần trở lên được coi là có tiêu thụ thường xuyên

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Nhận xét:

- Những người bệnh không thường xuyên ăn thịt và các chế phẩm từ thịt có nguy cơ bị SDD cao gấp 2,8 lần so với nhóm ăn thường xuyên (95% CI: 1,1 – 7,3).

- Những người bệnh không sử dụng thường xuyên cá và các chế phẩm từ cá có nguy cơ bị SDD cao gấp 6,0 lần so với nhóm ăn thường xuyên (95% CI: 1,6 – 22,0).

- Những người bệnh không thường xuyên ăn trứng và các chế phẩm từ trứng có nguy cơ bị SDD cao gấp 3,1 lần so với nhóm ăn thường xuyên (95% CI: 1,2 – 7,9).

- Những người không thường xuyên ăn các loại quả chín có nguy cơ bị SDD cao gấp 1,3 lần so với những người ăn thường xuyên (95% CI: 1,0 – 1,6).

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tình trạng SDD ở người bệnh HCC chiếm tỉ lệ cao, đặc biệt là theo phương pháp PG-SGA và Albumin. Do đó, cần tiến hành đánh giá

dinh dưỡng toàn diện cho người bệnh ung thư biểu mô tế bào gan để phát hiện và can thiệp kịp thời. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ người bệnh không có nguy cơ SDD (SGA – A) chiếm tỷ lệ 30% và có đến 70% người bệnh có nguy cơ SDD hoặc SDD vừa và nặng (PG-SGA B và C). Trong đó, tỷ lệ người bệnh có nguy cơ SDD nặng (PG – SGA C) chiếm tỷ lệ 7,8%. Điểm số trung bình của PG-SGA là $10,6 \pm 4,7$ điểm. Kết quả này tương tự nghiên cứu trên người bệnh ung thư biểu mô tế bào gan tại bệnh viện Quân Y 103 của Chin Sophea với tỷ lệ SDD theo PG - SGA là 76,2%, trong đó chủ yếu là SDD mức độ vừa (PG – SGA B) 68,8% [5]. Nghiên cứu của Lê Huyền Nhi (2022) cũng cho kết quả tỷ lệ suy dinh dưỡng theo PG – SGA là 69,5%, trong đó tỷ lệ SDD nặng chiếm 8,6% [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ SDD theo BMI là 24,4%. Tỷ lệ suy dinh dưỡng ở nữ cao hơn ở nam (tương ứng 30,8% và 23,4%). Và 2,2% BN bị thừa cân béo phì (BMI ≥ 25). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Hoàng Việt Bách (2022) với tỷ lệ SDD theo BMI là 23,2% [7]. Nghiên cứu của Phạm Thị Tuyết Chinh trên người bệnh ung thư đường tiêu hoá tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội cũng cho kết quả tương tự với tỷ lệ SDD là 23,9% [8].

Albumin không phải là chỉ số nhạy cảm trong việc đánh giá sự thay đổi TTDD hay các can thiệp về dinh dưỡng tuy nhiên nghiên cứu này chúng tôi đề cập tới vì lượng

Albumin bị ảnh hưởng bởi lượng protein trong khẩu phần ăn, một số yếu tố khác như trạng thái Stress tình trạng nhiễm trùng...Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tỷ lệ SDD theo albumin là 36,7%. Kết quả này cao hơn so với phân loại BMI (24,4%) và thấp hơn so với đánh giá bằng bộ công cụ PG- SGA với tỷ lệ người bệnh có nguy cơ SDD là 70%. Kết quả này cho thấy nếu chỉ dùng đơn thuần chỉ số albumin để đánh giá TTDD cho người bệnh thì đã bỏ sót khá nhiều người bệnh có nguy cơ SDD.

Dựa vào cơ sở SDD gây suy giảm chức năng miễn dịch nên TTDD được đánh giá thông qua phép đo tổng số lượng tế bào lympho (TLC). Tỷ lệ SDD theo tổng số lượng tế bào lympho (TLC) chiếm tỷ lệ 56,2%, trong đó tỷ lệ SDD vừa và nặng chiếm tỷ lệ khá cao, lần lượt là 35,6% và 13,3%. Chỉ số TLC bị ảnh hưởng bởi sự thiếu hụt protein nội mô nhưng ngoài ra nó còn bị ảnh hưởng bởi các bệnh khác. Vì vậy, mặc dù được coi là chỉ số đánh giá dinh dưỡng nhưng không thể tách biệt được ảnh hưởng của SDD và các bệnh lý, các loại thuốc điều trị khác, nên TLC không phải là chỉ số đánh giá TTDD đáng tin cậy. Ngoài ra, có đến 37,8% người bệnh ung thư biểu mô tế bào gan bị thiếu máu.

Phân tích hồi quy đơn biến cho kết quả những người bệnh có bệnh mắc kèm theo, không thường xuyên ăn thịt, các chế phẩm từ thịt; cá, các chế phẩm từ cá; trứng, các chế phẩm từ trứng và các loại quả chín có nguy cơ bị SDD cao hơn so với ĐTNC sử dụng các nhóm thực phẩm này thường xuyên. Như vậy, việc tăng cường bổ sung các thực phẩm như thịt và các chế phẩm từ thịt; cá và các chế phẩm từ cá; trứng và các chế phẩm từ trứng; các loại quả chín có ý nghĩa trong việc nâng cao TTDD cho các bệnh nhân.

Cần phải thực hiện điều tra khẩu phần ăn cụ thể, đánh giá tính cân đối của khẩu phần và sự thiếu hụt vi chất để đưa ra lời khuyên dinh dưỡng thích hợp cho người bệnh trong quá trình điều trị bệnh cũng như sau khi xuất viện. Đặc biệt là cần quan tâm các người bệnh HCC có bệnh kèm theo và trong quá trình tư vấn dinh dưỡng, các bác sỹ dinh dưỡng nên nhấn mạnh và tư vấn cho các người bệnh phải đảm bảo dinh dưỡng trong bữa chính bằng các thực phẩm phong phú như thịt, cá, trứng, sữa các loại rau xanh và hoa quả...để góp phần tăng đáp ứng điều trị, nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ suy dinh dưỡng của người bệnh ung thư biểu mô tế bào gan theo từng phương pháp ở mức cao. Vì vậy, hỗ trợ dinh dưỡng đặc biệt quan trọng với người bệnh ung thư biểu mô tế bào gan góp phần nâng cao thể trạng người bệnh, chất lượng chăm sóc điều trị, hạn chế các biến chứng... Người bệnh HCC cần được sàng lọc, đánh giá và can thiệp dinh dưỡng thường xuyên trong suốt quá trình điều trị.

Có mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng với người bệnh có bệnh kèm theo, người bệnh không thường xuyên sử dụng các nhóm thực phẩm thịt, các chế phẩm từ thịt; cá, các chế phẩm từ cá; trứng, các chế phẩm từ trứng; nhóm quả chín có nguy cơ SDD so với BN thường xuyên sử dụng các loại thực phẩm này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] LARC, "World cancer report: Cancer research for cancer prevention. International Agency for Research on Cancer., Lyon, France", 2020.
- [2] Ji F, Liang Y, Fu S et al., Prognostic value of combined preoperative prognostic nutritional index and body mass index in HCC after hepatectomy. *HPB (Oxford)*. 2017;19(8):695-705. doi:10.1016/j.hpb.2017.04.008.
- [3] Allard JP, Keller H, Jeejeebhoy KN et al., Malnutrition at Hospital Admission-Contributors and Effect on Length of Stay: A Prospective Cohort Study From the Canadian Malnutrition Task Force. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2016; 40(4):487-497. doi:10.1177/0148607114567902
- [4] F. D Ottery, McCallum P.D, Polisen C.G, "Patient generated subjective global assessment", In: McCallum, P. and Polisen, C., Ed., *The Clinical Guide to Oncology Nutrition*, The American Dietetic Association, Chicago, 2000, 11-23.
- [5] Chin Sophea, Đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng phương pháp tổng thể chủ quan dựa trên người bệnh (PG - SGA) ở người bệnh ung thư biểu mô tế bào gan; Luận văn thạc sỹ y học; Học viện Quân Y; 2020.
- [6] Lê Huyền Nhi, Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh phẫu thuật triệt căn ung thư trực tràng và

- mối liên quan tới biến chứng sau phẫu thuật tại Bệnh viện K cơ sở Tân Triều năm 2021 – 2022; Luận văn thạc sĩ Đại học Y Hà Nội; 2022.
- [7] Hoàng Việt Bách, Hiệu quả hỗ trợ dinh dưỡng tích cực trên người bệnh ung thư khoang miệng tại Bệnh viện K Trung ương; Luận án tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội; 2022.
- [8] Phạm Thị Tuyết Chinh, Nguyễn Thùy Linh, Tạ Thanh Nga, Tình trạng dinh dưỡng và chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư đường tiêu hóa sau 2 tháng điều trị hóa chất tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội; Tạp chí Nghiên cứu y học, 2019;120(4):1-8.



THE IMPACT OF THE COVID-19 PANDEMIC ON THE MENTAL HEALTH OF HEALTHCARE WORKERS IN 2021-2022

Nguyen Thanh Thao^{1*}, Le Thi Thanh Xuan¹, Nguyen Ngoc Anh¹, Trieu Thi Thu Trang²,
Nguyen Huu Duc Anh¹

¹Hanoi Medical University - No. 1 Ton That Tung Street, Dong Da district, Hanoi, Vietnam

²Bach Mai Hospital - No. 78 Giai Phong Street, Dong Da District, Hanoi, Vietnam

Received: 08/09/2023

Revised: 30/09/2023; Accepted: 01/11/2023

ABSTRACT

Objective: The study aims to evaluate the impact on mental health of healthcare worker due to COVID-19 according to the IES-R scale and some related factors.

Subject and method: A cross-sectional descriptive study was conducted to collect numbers through interviews with healthcare worker at facilities treating COVID-19 patients.

Results: The rate of being diagnosed with persistent PTSD (over 36 points) was 25.2%, and 3.7% were diagnosed with PTSD (33-36 points). Working position, participation in epidemic prevention and COVID-19 infection related to IES-R \geq 33.

Conclusion: There should be special remuneration policies for healthcare worker participating in prevention COVID-19 epidemic.

Keywords: COVID-19, IES-R, mental health, healthcare worker.

*Corresponding author

Email address: nguyenthanhthao@hmu.edu.vn

Phone number: (+84) 985 917 336

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>

TÁC ĐỘNG CỦA ĐẠI DỊCH COVID-19 TỚI SỨC KHỎE TÂM THẦN CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ NĂM 2021-2022

Nguyễn Thanh Thảo^{1*}, Lê Thị Thanh Xuân¹, Nguyễn Ngọc Anh¹, Triệu Thị Thu Trang², Nguyễn Hữu Đức Anh¹

¹Đại học Y Hà Nội - Số 1 đường Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Bạch Mai - Số 78 đường Giải Phóng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 08 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 30 tháng 09 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 01 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá ảnh hưởng tới sức khỏe tâm thần của nhân viên y tế do COVID-19 theo thang điểm IES-R và một số yếu tố liên quan.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Một nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện thu thập số qua phỏng vấn nhân viên y tế tại các cơ sở điều trị bệnh nhân COVID-19.

Kết quả: Tỷ lệ được chẩn đoán là PTSD kéo dài (trên 36 điểm) là 25,2% và 3,7% được chẩn đoán là PTSD (33-36 điểm). Vị trí làm việc, tham gia phòng chống dịch và tình trạng mắc COVID-19 có liên quan đến IES-R \geq 33.

Kết luận: Cần có những chính sách đãi ngộ đặc biệt dành cho đối tượng nhân viên y tế tham gia phòng chống dịch COVID-19.

Từ khóa: COVID-19, IES-R, sức khỏe tâm thần, nhân viên y tế.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dịch COVID-19 bắt đầu có xu hướng giảm dần cả số ca mắc và tử vong trên phạm vi toàn cầu. [1], [2] Có được thành quả như vậy là nhờ sự nỗ lực không ngừng của toàn thế giới, đặc biệt là ngành Y tế trong sản xuất vắc xin và các biện pháp điều trị. Từ khi xuất hiện đến nay, COVID-19 đã gây ra những thiệt hại nặng nề về con người và kinh tế cho nhân loại. Trong đó, nhân viên Y tế (NVYT) là lực lượng tuyến đầu chống dịch và chịu ảnh hưởng trực tiếp từ dịch bệnh này. Số liệu nhân viên y tế nhiễm COVID-19 chưa được thống kê đầy đủ, và khó để xác định nguồn gốc lây nhiễm từ môi trường

làm việc hoặc từ cộng đồng, tuy nhiên nhiều nghiên cứu đã cho thấy số lượng nhân viên Y tế nhiễm và tử vong vì COVID-19 chiếm tỷ lệ cao. Một báo cáo về số ca nhiễm và tử vong được thống kê trên 37 quốc gia vào tháng 8/2020 cho thấy tại Mỹ có 114529 nhân viên y tế nhiễm bệnh trong đó 574 trường hợp tử vong do COVID-19, ở Mexico là 78200 trường hợp nhiễm trong đó 1162 nhân viên y tế tử vong, ở Ý có 28886 nhân viên y tế nhiễm bệnh và 214 trường hợp tử vong. [3] Ngoài ra COVID-19 còn để lại nhiều tác động đến sức khỏe tâm thần trên nhân viên Y tế. Một nghiên cứu trên 1385 nhân viên Y tế Việt Nam ghi nhận 35.5% có sang chấn tâm lý, 23.5% có biểu hiện trầm cảm, 14.1% có rối loạn

*Tác giả liên hệ

Email: nguyenthao@hmu.edu.vn

Điện thoại: (+84) 985 917 336

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>



lo âu và 22.3% có stress tâm lí. [4] Một nghiên cứu khác tại Việt Nam trên 761 nhân viên Y tế cũng cho kết quả tương đương với 34,4% có sang chấn về tâm lí. [5] Để giảm thiểu gánh nặng do COVID-19 gây ra cho nhân viên Y tế, đòi hỏi mỗi cá nhân phải có đầy đủ năng lực đáp ứng để sẵn sàng ứng phó với COVID-19. Vấn đề sức khỏe tâm thần của nhân viên y tế rất cần được quan tâm trong và sau COVID-19, do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá ảnh hưởng tới sức khỏe tâm thần của nhân viên y tế do COVID-19 theo thang điểm IES-R và một số yếu tố liên quan.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

- Nghiên cứu được tiến hành thu thập số liệu từ tháng 4 năm 2021 đến tháng 12 năm 2022 ở 6 tỉnh. Thời gian nghiên cứu từ tháng 01 đến tháng 10 năm 2023

- Địa điểm nghiên cứu: nghiên cứu sử dụng số liệu đã điều tra tại 6 tỉnh có số ca báo cáo cao nhất tại thời điểm chọn mẫu tháng 04 năm 2021 và đại diện cho 3 miền Bắc, Trung, Nam là Hà Nội, Thái Bình (miền Bắc), Đà Nẵng, Quảng Nam (miền Trung), Hồ Chí Minh, Bà Rịa Vũng Tàu (miền Nam).

2.3. Đối tượng nghiên cứu:

Bộ câu hỏi phỏng vấn của NVYT tại các cơ sở y tế đã và đang điều trị người bệnh COVID-19 tại một số tỉnh/thành có ca nhiễm COVID-19 tại Việt Nam.

Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu: bộ câu hỏi phỏng vấn thu thập được của các NVYT có mặt tại thời điểm thu thập số liệu nghiên cứu, đồng ý tham gia và NVYT trực tiếp tham gia khám, điều trị, chăm sóc cho người bệnh tại các bệnh viện điều trị COVID-19. Bộ câu hỏi đầy đủ các thông tin nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ: Bộ câu hỏi không đầy đủ thông tin nghiên cứu.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu:

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho một tỷ lệ trong quần thể:

$$n = Z^2 \frac{p(1-p)}{\epsilon^2 \cdot p}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu.

$Z_{1-\alpha/2}$: giá trị tương ứng của hệ số giới hạn tin cậy với độ tin cậy là 95% là 1,96.

$p = 0,091$ (Tỷ lệ PTSD của NVYT ở Trung Quốc trong nghiên cứu của Song X [59])

ϵ : độ chính xác tương đối của p , $\epsilon = 0,143$.

Theo đó, cỡ mẫu tối thiểu được tính là $n = 1958$. Trên thực tế, nghiên cứu đã thu thập được 1974 đối tượng nghiên cứu.

Điều tra thực hiện tại 6 tỉnh có số ca báo cáo cao nhất tại thời điểm chọn mẫu tháng 04 năm 2021 và đại diện cho 3 miền Bắc, Trung, Nam là Hà Nội, Thái Bình (miền Bắc), Đà Nẵng, Quảng Nam (miền Trung), Hồ Chí Minh, Bà Rịa Vũng Tàu (miền Nam). Chọn đối tượng nghiên cứu là những cán bộ y tế tại các bệnh viện tuyến Trung ương có nguy cơ cao tiếp xúc với bệnh nhân nhiễm COVID-19, bằng cách tiến hành lập danh sách các bệnh viện tham gia điều trị COVID-19.

2.5. Biến số/chỉ số nghiên cứu

Thông tin về đặc điểm nhân khẩu học: Tuổi, giới, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, số người trong gia đình.

Thông tin về đặc điểm công việc: Trình độ chuyên môn, đơn vị làm việc, tính chất công việc, tuổi nghề, loại lao động.

Tác động của quy mô dịch tới sức khỏe của NVYT: Chúng tôi đã sử dụng bảng câu hỏi tự báo cáo về Tác động của Quy mô dịch đã được điều chỉnh (IES-R), để đánh giá các tác động sức khỏe tâm thần của COVID-19 với NVYT.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Kỹ thuật thu thập thông tin: sử dụng bộ câu hỏi có sẵn phỏng vấn đối tượng thông qua bộ câu hỏi được thiết kế sẵn.

Bộ câu hỏi bao gồm: Hành chính và sự chấp nhận tham gia nghiên cứu, thông tin về đặc điểm nhân khẩu học, thông tin về đặc điểm công việc, tác động tới sức khỏe của NVYT được đánh giá theo bộ câu hỏi IES-R (bao gồm ba nhân tố chính: ám ảnh, tránh né và phản ứng thái quá với căng thẳng.)

IES-R: được đánh giá theo 22 câu hỏi, mỗi câu được tính theo thang điểm từ 0 đến 4. Tổng điểm của thang

IES-R thấp nhất là 0 và cao nhất là 88 được phân thành các nhóm sau:

- Dưới 24 điểm: bình thường
- Từ 24-32 điểm: có vấn đề về sức khỏe tâm thần cần quan tâm nhưng chưa chẩn đoán thành có căng thẳng do COVID-19
- Từ 33-36 điểm: chẩn đoán có căng thẳng do COVID-19
- Từ 37 điểm trở lên: phản ứng thái quá với căng thẳng.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và làm sạch bằng phần mềm Microsoft Excel và được phân tích trên phần mềm STATA 14.0. Thống kê mô tả được sử dụng để tính tỷ lệ các lựa chọn của đối tượng, từ đó đánh giá được tác động của dịch COVID-19 đến sức khỏe tâm thần của NVYT. Phân tích hồi quy đơn biến và đa biến được áp dụng nhằm

xác định ảnh hưởng của dịch COVID-19 đến sức khỏe, công việc và cuộc sống của NVYT. Mức ý nghĩa thống kê lựa chọn là 0,05.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu không ảnh hưởng đến sức khỏe và các lợi ích khác của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu cam kết bảo mật thông tin cá nhân về đối tượng nghiên cứu được đảm bảo giữ bí mật tuyệt đối. Kết quả nghiên cứu chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học, bảo vệ sức khỏe con người mà không vì mục đích nào khác. Nghiên cứu được hội đồng khoa học phê duyệt trước khi triển khai chính thức số: 748/GCN-HĐĐĐNCYSH-ĐHYHN

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu (n=1974)

	Nội dung	Số lượng	%
Giới	Nam	432	21.88
	Nữ	1542	78.12
Dân tộc	Kinh	1971	99.85
	Khác	3	0.15
Tôn giáo	Không theo tôn giáo nào	1742	88.25
	Phật giáo	189	9.57
	Thiên chúa giáo	36	1.82
	Đạo Tin lành	5	0.25
	Khác	2	0.1
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	355	17.98
	Đã kết hôn	1581	80.09
	Li dị/ Li thân	30	1.52
	Góa	8	0.41
Hiện tại đang sống một mình	Có	204	10.33
	Không	1770	89.66



	Nội dung	Số lượng	%
Trình độ học vấn cao nhất	Sơ cấp	40	2.03
	Trung cấp	147	7.45
	Cao đẳng	682	24.55
	Đại học	902	45.69
	Sau đại học	199	10.08
	Khác	4	0.2
Trình độ chuyên môn	Bác sĩ/Y sĩ	519	26.29
	Điều dưỡng	1361	68.95
	Kỹ thuật viên	61	3.09
	Khác	33	1.67
Đơn vị làm việc chính	Khoa khám bệnh	374	18.95
	Khoa cấp cứu	356	18.03
	Khoa nội/Nội tổng hợp	438	22.19
	Khoa hồi sức tích cực	267	13.53
	Khoa bệnh truyền nhiễm	255	12.92
	Khác	284	14.39
Có phải trực phòng chống dịch COVID-19	Có	1641	83.13
	Không	333	16.87
Có từng tiếp xúc với người mắc COVID-19	Có	1644	83.28
	Không	330	16.72
Đã tiêm mấy mũi vắc xin phòng COVID-19	1 mũi	32	1.62
	2 mũi	1116	56.53
	Khác	826	41.84
Có mắc COVID-19	Có	817	41,4
	Không	1157	96,6
Đã mắc COVID-19	1 lần	759	92.90
	2 lần	56	6.85
	3 lần	2	0.24
Lây nhiễm COVID-19 từ	Từ công việc	374	47.40
	Từ gia đình	91	11.53
	Từ cộng đồng	254	32.19
	Không rõ nguồn lây	70	8.87

Bảng trên cho thấy, trong 1974 đối tượng nghiên cứu, giới tính nữ chiếm đa số với 78.12%, hầu hết là dân tộc kinh chiếm 99.85%. Về trình độ học vấn, trình độ đại học có 902 đối tượng chiếm tỷ lệ cao nhất với 45.69%.

Về trình độ chuyên môn, điều dưỡng có tỷ lệ cao nhất 68.95% , sau đó tới bác sỹ/y sỹ chiếm 26.29%, kỹ thuật viên 3.09%.

Bảng 2: Tác động quy mô dịch đến đối tượng nghiên cứu

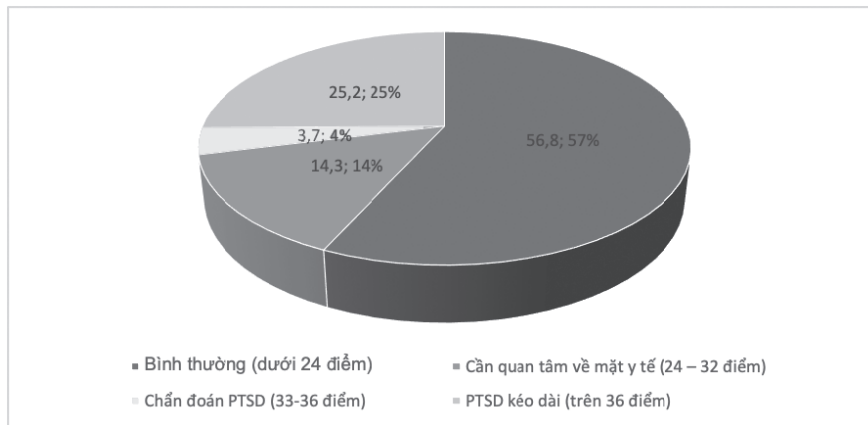
Tác động của quy mô dịch	Hoàn toàn không		Một chút		Vừa phải		Khá nhiều		Vô cùng nhiều	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Gọi nhắc mang lại cảm xúc	139	7.0	424	21.5	571	28.9	608	30.8	232	11.8
Bị trần trọc, ngủ không sâu	412	20.9	632	32.0	503	25.5	365	18.5	62	3.1
Thương xuyên nghĩ về dịch	566	28.7	530	26.8	408	20.7	402	20.4	68	3.4
Cáu giận khi nghĩ về dịch	879	44.5	575	29.1	353	17.9	107	5.4	60	3.0
Căng thẳng khi nghĩ hay gọi nhắc	651	33,0	660	33.4	459	23.3	60	3.0	2	0.1
Nghĩ về dịch cả khi không có chủ đích	856	43.4	584	29.6	333	16.9	145	7.4	56	2.8
Cảm thấy COVID-19 như chưa xảy ra	1146	58.1	331	16.8	293	14.8	134	6.8	70	3.6
Tránh xa những gọi nhắc về COVID-19	992	50.3	431	21.8	370	18.7	134	6.8	47	2.4
Hình ảnh về dịch hiện lên trong tâm trí	560	28.4	544	27.6	507	25.7	295	14.9	68	3.4
Bị hốt hoảng và giật mình	899	45.5	488	24.7	327	16.6	211	10.7	49	2.5
Cố gắng không nghĩ về COVID-19	830	42.1	555	28.1	342	17.3	182	9.2	65	3.3
Lờ đi cảm xúc về dịch COVID-19	845	42.8	507	25.7	347	17.6	214	10.8	61	3.1
Tôi đã mất cảm xúc về dịch	1046	53,0	430	21.8	372	13.8	160	8.1	65	3.3
Cảm xúc trở lại giai đoạn COVID-19	863	43.7	485	24.6	365	18.5	209	10.6	52	2.6
Dịch khiến tôi khó ngủ	784	39.7	574	29.1	330	16.7	223	11.3	63	3.2
Cảm xúc mạnh mẽ khi nói về dịch	725	36.7	498	25.2	422	21.4	264	13.3	65	3.3
Cố gắng loại bỏ COVID-19 khỏi tâm trí	878	44.5	490	24.8	318	16.1	199	10.1	89	4.5
Gặp vấn đề trong tập trung	871	44.1	518	26.2	320	16.2	191	9.7	74	3.8
Phản ứng đổ mồ hôi, khó thở	1155	58.5	371	18.8	245	12.4	150	7.6	53	2.7
Có những giấc mơ về dịch	1040	52.7	398	20.1	267	13.5	186	9.4	83	4.2
Cảm thấy cảnh giác, dè chừng	682	34.5	471	23.9	407	20.6	317	16.1	97	4.9
Cố gắng không nói về dịch	876	44.4	499	25.3	328	16.6	184	9.3	87	4.4

Có 608 nhân viên y tế cho rằng khá nhiều lần gặp bất kỳ gọi nhắc nào về dịch COVID-19 đều mang lại cảm xúc, chiếm 30,8%. Có 1049 nhân viên y tế cho rằng

hoàn toàn không mất cảm xúc về dịch COVID-19, chiếm 53,0%.



Biểu đồ 1: Ảnh hưởng tới sức khỏe tâm thần theo thang điểm IES-R do COVID-19 của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ trên cho thấy, có 25,2% đối tượng nghiên cứu được chẩn đoán là PTSD kéo dài (trên 37 điểm) và 3,7% được chẩn đoán là PTSD (33-36 điểm). Có 56,8%

nhân viên y tế không có ảnh hưởng tới sức khỏe tâm thần theo thang điểm IES-R.

Bảng 3: Một số yếu tố liên quan đến sức khỏe tâm thần của đối tượng nghiên cứu

Nội dung		IES-R		P	OR (95%CI)
		<33	≥33		
Tôn giáo	Không tôn giáo nào	1218	524		1
	Phật giáo	155	34	<0.001	0,34(0,19-0,61)
	Thiên chúa giáo	26	10	<0.05	0.31(0,12-0.87)
	Khác	1	1		1.23(0.07-20.34)
Tên đơn vị làm việc chính	Khoa khám bệnh	256	118		1
	Khoa cấp cứu	225	131	>0.05	0.69(0.42-1.13)
	Khoa nội/Nội tổng hợp	288	150	<0.001	0.4(0.24-0.66)
	Khoa hồi sức tích cực	200	67	<0.001	0.21(0.11-0.40)
	Khoa bệnh truyền nhiễm	208	47	<0.001	0.19(0.09-0.39)
	Khác	227	57	<0.05	0.49(0.27-0.88)
Trực phòng chống dịch	Có	1150	491		1
	Không	254	79	<0.05	0.36(0.19-0.65)
Đã mắc COVID-19	1 lần	523	236		1
	2 lần	22	34	<0.001	5.3(2,44-11,49)

Trong phân tích sử dụng mô hình logistic đa biến, sau khi hiệu chỉnh cho các yếu tố tôn giáo, khoa phòng làm việc, tham gia trực phòng chống dịch và tình trạng mắc COVID-19. Kết quả cho thấy, những đối tượng

không tham gia trực phòng chống dịch có yếu tố IES-R≥33(chẩn đoán PTSD và PTSD kéo dài) chỉ bằng 0,36 lần nhân viên y tế có tham gia (OR=0,36; 95%CI=0.19-0.65;p<0.05). Đối tượng đã mắc COVID-19 2 lần

có yếu tố IES-R \geq 33(chẩn đoán PTSD và PTSD kéo dài) gấp 5,3 lần nhân viên y tế mắc 1 lần (OR=6,3; 95%CI=2,44-11,49;p<0.001)

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ nhiễm COVID-19 của nhân viên y tế là 41,3%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về tỷ lệ hiện mắc COVID-19 của NVYT tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Anh Khoa và cộng sự tại tỉnh Đắk Lắk (tỷ lệ mắc COVID-19 ở NVYT nam là 42,4% và ở nữ là 50%). [8] Tỷ lệ này cao được lý giải do trong nghiên cứu của chúng tôi đối tượng là nhân viên y tế, cùng với đó tỷ lệ tiếp tham gia chống dịch 83,1% và tỷ lệ xúc với bệnh nhân COVID-19 trong nghiên cứu của chúng tôi là 83,3%. Đa số các trường hợp mắc COVID-19 ở nhân viên y tế là do lây nhiễm trong quá trình làm việc, chiếm 47,4%.

Do đại dịch COVID-19 thì có 14,3% NVYT có vấn đề về sức khỏe tâm thần và cần được quan tâm; 3,7 % ở mức chẩn đoán PTSD và 25,2% PTSD nghiêm trọng và kéo dài. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu trên NVYT tại tuyến Trung ương năm 2020, 9,6% đối tượng nghiên cứu có sức khỏe tâm thần được quan tâm.[11] Trong giai đoạn dịch COVID-19 các biện pháp y tế-xã hội được áp dụng mạnh mẽ cùng với công tác truy vết được thực hiện triệt để đã đặt nhân viên Y tế tại các địa phương có dịch phải gồng mình chống dịch. Trong bối cảnh đó nhân viên Y tế đã phải đối mặt với tình trạng kiệt sức do quá tải công việc, mệt mỏi, lo lắng và bị kỳ thị bởi xã hội. Sự bùng phát dịch theo xu hướng phức tạp vào năm 2021 và 2022 và những thay đổi trong ngành Y tế đã khiến cho tỷ lệ PTSD cao, nhưng tỷ lệ này vẫn thuộc khoảng từ 7% đến 53,8% xuất hiện PTSD của quần thể dân số chung. [9] Trong giai đoạn dịch nhân viên y tế là lực lượng chủ chốt trong chăm sóc và điều trị người bệnh COVID-19, những ảnh hưởng tới sức khỏe tâm thần của đối tượng này sẽ làm ảnh hưởng nghiêm trọng đến công tác khống chế dịch bệnh. Do đó, cần có chính sách đãi ngộ đặc biệt, phù hợp cho nhân viên y tế.

Trong phân tích sử dụng mô hình logistic đa biến, sau khi hiệu chỉnh cho các yếu tố tôn giáo, khoa phòng làm việc, tham gia trực phòng chống dịch và tình trạng mắc COVID-19. Kết quả cho thấy, IES-R \geq 33(chẩn đoán PTSD và PTSD kéo dài) có liên quan đến các yếu tố như tôn giáo phật giáo hoặc thiên chúa giáo; làm việc

tại khoa nội/Nội tổng hợp, khoa hồi sức tích cực hoặc khoa bệnh truyền nhiễm; tham gia phòng chống dịch và tình trạng mắc COVID-19. Trong đó, những đối tượng có vị trí làm việc trong bệnh viện khác nhau có liên quan đến yếu tố IES-R \geq 33(chẩn đoán PTSD và PTSD kéo dài) khác nhau: khoa nội/nội tổng hợp (OR=0.4; 95%KTC=0.24-0.66; p<0.001); khoa hồi sức tích cực (OR=0.21; 95%CI=0.11-0.40; p<0.001); Khoa bệnh truyền nhiễm (OR=0.19; 95%CI=0.09-0.39; p<0.001). Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu trên 400 nhân viên y tế điều trị bệnh nhân COVID-19 tại Việt Nam của Nguyễn Kim Thu và cộng sự. [10].

Nghiên cứu thực hiện trên hồi cứu số liệu sẵn có, còn gặp nhiều hạn chế khi trong quá trình thu thập số liệu và nhập liệu, không đại diện được cho toàn bộ nhân viên y tế. Nhóm nghiên cứu đã cố gắng kiểm soát bằng việc nhập liệu với 2 nhân viên và làm sạch số liệu. Hy vọng trong thời gian tới nhóm nghiên cứu sẽ thực hiện được với cỡ mẫu lớn hơn, thực hiện được quan sát bằng bảng kiểm và đánh giá vấn đề sức khỏe tâm thần bằng nhiều bộ công cụ khác nhau.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ nhân viên y tế có IES-R \geq 33(chẩn đoán PTSD và PTSD kéo dài) khá cao 28,9%. IES-R \geq 33(chẩn đoán PTSD và PTSD kéo dài) có liên quan đến các yếu tố như tôn giáo; làm việc tại khoa Nội/Nội tổng hợp, Khoa hồi sức tích cực hoặc khoa bệnh truyền nhiễm; tham gia phòng chống dịch và tình trạng mắc COVID-19. Do đó, cần có những chính sách đãi ngộ đặc biệt dành cho đối tượng nhân viên y tế tham gia phòng chống dịch COVID-19.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] COVID-19 is no longer a Public Health Emergency of International Concern. Does this mean the pandemic is over? | Gavi, the Vaccine Alliance. <https://www.gavi.org/vaccineswork/covid-19-no-longer-public-health-emergency-international-concern-does-mean-pandemic?gclid=Cj0KCQjw06-oBhC6ARIsA-Guzdw1KnNJ-Giwy8VMV4yrwRR025UFE2kt-ZF519kue7NR-ftbww3naSA14aAk9WEALw_wcB>, accessed: 22/09/2023.



- [2] Organization W.H., Coronavirus disease (COVID-19): situation report, 159, 2020, 62(1), 2021, 35-40.
- [3] Chew NWS, Lee GKH, Tan BYQ et al., A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain Behav Immun*, 88, 2020, 559–565.
- [4] Trần Xuân Bách, Võ Hoàng Long và cộng sự, Telemedicine in the COVID-19 Pandemic: Motivations for Integrated, Interconnected, and Community-Based Health Delivery in Resource-Scarce Settings. *Front Psychiatry*, 11, 2020, 564452.
- [5] Mitchell C. và <https://www.facebook.com/pahowho> (2020). PAHO/WHO | WHO characterizes COVID-19 as a pandemic. Pan American Health Organization/WorldHealthOrganization, <https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15756:who-characterizes-covid-19-as-a-pandemic&Itemid=1926&lang=en#gsc.tab=0>, accessed: 22/09/2023.
- [6] Knowledge, preventive behaviors and risk perception of the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study in Turkish health care workers | PLOS ONE. <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0250017>>, accessed: 22/09/2023.
- [7] Thị Minh Hiền Nguyễn,, Phương Hoa Nguyễn, Kiến thức về COVID-19 của nhân viên y tế tuyến cơ sở tại Hà Nội năm 2020; *Tạp chí Y học Việt Nam*, 504(1), 2021.
- [8] Nguyễn Anh Khoa, Vũ Thị Quỳnh Hậu, Đặng Thị Phương Duyên, Tỷ lệ mắc bệnh COVID-19 của nhân viên y tế và các yếu tố liên quan tại Đắk Lắk, năm 2022; *Tạp chí Y học Việt Nam*, 515(1), 2022.
- [9] Xiong J, Lipsitz O, Nasri F et al., Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *J Affect Disord*, 277, 2020, 55–64.
- [10] Thu Kim Nguyen, Ngọc Kim Tran, Thuy Thanh Bui et al., Mental Health Problems Among Front-Line Healthcare Workers Caring for COVID-19 Patients in Vietnam: A Mixed Methods Study. *Front Psychol*, 13, 2022, 858677.
- [11] Nguyễn Thanh Thảo, Lê Thị Thanh Xuân, Nguyễn Huy Hoàng và cộng sự, Tác động của đại dịch Covid-19 đến sức khỏe tâm thần của nhân viên y tế tại một số Bệnh viện tuyến Trung ương năm 2020; *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 144(8), 2021, 361–369.

PREVALENCE OF METABOLIC SYNDROME AMONG ADULTS EXAMINATION THE NATIONAL INSTITUTE OF NUTRITION IN 2022-2023

Doan Thi Huong^{1*}, Nguyen Trong Hung², Nguyen Thuy Linh¹

¹Hanoi Medical University - 01 Ton That Tung St., Dong Da district, Hanoi, Vietnam

²National Institute of Nutrition - 48B Tang Bat Ho St., Pham Dinh Ho ward, Hai Ba Trung district, Hanoi, Vietnam

Received: 08/09/2023

Revised: 07/10/2023; Accepted: 30/10/2023

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of metabolic syndrome and its components among adults examination the National Institute of Nutrition in 2022-2023.

Subject and method: A cross-sectional descriptive study, we conducted on 140 people aged 20-69 years old in the years from 2022 to 2023.

Results: The average age of both sexes was $40.4 \pm 0,8$, with women coming for examinations mainly accounting for 77.8%. The percentage of adults examined at the National Institute of Nutrition with Metabolic syndrome is 25.0%, of which HDL-C blood fat group accounts for the majority with 39.3%, followed by triglyceride group of 30.0%. Abdominal obesity and fasting blood sugar disorders both account for an equal rate of 20.0%, with the lowest being hypertension (10.0%).

Conclusion: The average age of both sexes was 40 years old, but the rate of metabolic syndrome among adults coming for examination at the National Institute in Nutrition is quite high. That could be a warning sign of metabolic syndrome, which is increasingly trending towards younger people.

Keywords: Metabolic syndrome, hypertension, diabetes, abdominal obesity, dyslipidemia.

*Corresponding author

Email address: doanhuong2793@gmail.com

Phone number: (+84) 366 027 335

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>



HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA CỦA NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH ĐẾN KHÁM TẠI VIỆN DINH DƯỠNG NĂM 2022-2023

Đoàn Thị Hương^{1*}, Nguyễn Trọng Hưng², Nguyễn Thùy Linh¹

¹Trường Đại học Y Hà Nội - Số 1 Tôn Thất Tùng, quận Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

²Viện Dinh dưỡng Quốc gia - Số 48B Tăng Bạt Hổ, phường Phạm Đình Hồ, quận Hai Bà Trưng, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 08 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 07 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 30 tháng 10 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa của người trưởng thành đến khám tại Viện Dinh dưỡng năm 2022-2023.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 140 đối tượng người trưởng thành từ 20 – 69 tuổi đến khám tại Viện Dinh dưỡng quốc gia năm 2022-2023.

Kết quả: Độ tuổi trung bình của cả 2 giới là $40,4 \pm 0,8$, nữ giới đến khám là chủ yếu chiếm 77,8%. Tỷ lệ người trưởng thành đến khám tại Viện dinh dưỡng Quốc gia mắc HCCH là 25,0%, trong đó, thành tố mỡ máu HDL-C chiếm đa số với 39,3%, sau đó đến thành tố triglycerid (30,0%). Thành tố béo bụng và rối loạn đường huyết lúc đói đều chiếm tỷ lệ ngang nhau là 20%, thấp nhất là tăng huyết áp (10,0%).

Kết luận: Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 40 tuổi, tuy nhiên tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa khá cao. Đó có thể là dấu hiệu cảnh báo hội chứng chuyển hóa đang ngày càng có xu hướng trẻ hóa.

Từ khóa: Hội chứng chuyển hóa, béo bụng, đái tháo đường, tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu.

*Tác giả liên hệ

Email: doanhuong2793@gmail.com

Điện thoại: (+84) 366 027 335

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng chuyển hoá (HCCH) không phải là một bệnh mà là một tập hợp các yếu tố nguy cơ của bệnh tim mạch, đái tháo đường bao gồm: tình trạng kháng insulin, béo phì, rối loạn lipid máu và tăng huyết áp. Nếu không can thiệp cải thiện kịp thời nó có thể tiến triển thành ung thư, bệnh gút, bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu, hội chứng buồng trứng đa nang, hội chứng ngưng thở khi ngủ, mất trí nhớ và các biến chứng lâm sàng khác.

HCCH với xu hướng ngày càng tăng và trở thành vấn đề sức khỏe cộng đồng chính của thế kỷ 21. Tỷ lệ toàn cầu của rối loạn này được báo cáo từ 14% đến 32%, tăng theo tuổi ở cả hai giới [1].

Tại Việt Nam số liệu thống kê về tỉ lệ hiện mắc HCCH còn ít và số liệu đã cũ. Một nghiên cứu trên vùng nông thôn tỉnh Thái Bình vào năm 2012 cho thấy tỷ lệ mắc HCCH không hề nhỏ là 19,6% [2]. Gần đây, theo kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Trọng Hưng trên đối tượng đến khám tại viện Dinh dưỡng cho thấy tỷ lệ mắc HCCH là 14,5% [3]. Nếu không sự can thiệp kịp thời sẽ đẩy sự gia tăng tỉ lệ mắc HCCH và tỉ lệ tử vong do các bệnh mãn tính không lây. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm xác định tỷ lệ mắc HCCH của người trưởng thành đến khám tại viện dinh dưỡng trong 2 năm 2022-2023.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Từ tháng 8/2022 đến hết tháng 5/2023 tại khoa khám người lớn Viện Dinh dưỡng Quốc gia.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

- *Tiêu chuẩn chọn mẫu:* Người trưởng thành từ 20 đến 69 tuổi đến khám tại Khoa khám tư vấn dinh dưỡng người lớn - Viện Dinh dưỡng trong thời gian tiến hành nghiên cứu.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:* Đối tượng có dị tật bẩm sinh, đối tượng không có khả năng trả lời câu hỏi, mắc bệnh nội tiết như bệnh cushing, mắc bệnh cấp tính tại thời điểm điều tra. Phụ nữ có thai hoặc nuôi con trong vòng 12 tháng sau sinh.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Sử dụng công thức tính cỡ mẫu cho 1 tỷ lệ để mô tả xác định tỷ lệ mắc HCCH.

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: Tổng số đối tượng cần điều tra.

Z (1- α /2): độ tin cậy giới hạn với ngưỡng xác suất 5%, (Z_(1- α /2) = 1,96).

d = 0,06 là khoảng sai lệch giữa mẫu và quần thể nghiên cứu.

p = 0,145; theo kết quả nghiên cứu hội chứng chuyển hóa của người trưởng thành đến khám tại Viện dinh dưỡng năm 2020 của tác giả Nguyễn Trọng Hưng cho thấy 14,5% đối tượng mắc HCCH [3].

Thay vào công thức tính được cỡ mẫu cần điều tra là n = 133 bệnh nhân. Thực tế lấy được 140 đối tượng.

Chọn mẫu thuận tiện những đối tượng theo đúng tiêu chuẩn lựa chọn cho đến khi đủ cỡ mẫu. Mỗi đối tượng chỉ được lấy số liệu một lần trong suốt quá trình thu thập số liệu.

2.5. Biến số và chỉ tiêu đánh giá

● **Biến số:**

- Biến số đặc điểm chung và nhân trắc: tuổi, giới, BMI

- Biến số: hội chứng chuyển hóa và các thành tố của hội chứng chuyển hóa bao gồm béo bụng, tăng huyết áp, tăng đường huyết, tăng triglycerid, giảm HDL-C

● **Tiêu chuẩn xác định hội chứng chuyển hóa theo NCEP – ATP III năm 2001, có điều chỉnh tiêu chuẩn đánh giá béo bụng đối với người Châu Á. HCCH được xác định khi có từ 3 yếu tố trở lên trong 5 yếu tố [4]:**



Bảng 1. Tiêu chuẩn mức HCCH theo NCEP - ATP III năm 2001

Béo bụng	Vòng eo > 90 cm đối với nam và ≥ 80 cm đối với nữ
Tăng huyết áp	huyết áp tâm thu (HATT) ≥ 130mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương (HATTr) ≥ 85mmHg hoặc đang dùng thuốc điều trị tăng huyết áp.
Tăng glucose máu lúc đói	glucose máu lúc đói ≥ 5,6 mmol/l (100 mg/dl) hoặc đã được chẩn đoán mắc đái tháo đường type 2 trước đó
Triglycerid	≥ 1,7 mmol/l (150mg/dl) hoặc đang điều trị rối loạn lipid máu.
HDL-C	HDL-C < 1,03 mmol/l (40 mg/dl) ở nam và < 1,29 mmol/l (50 mg/dl) ở nữ hoặc đang điều trị rối loạn lipid máu

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Phòng vấn trực tiếp đối tượng tham gia nghiên cứu kết hợp cùng các chỉ số xét nghiệm, nhân trắc trong hồ sơ của đối tượng.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Các số liệu nghiên cứu được thu thập bằng phần mềm EpiData 3.1 và xử lý số liệu bằng chương trình Stata 14.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức Trường Đại học Y Hà Nội. Đối tượng có quyền từ chối tham gia, các thông tin cá nhân của đối tượng được đảm bảo giữ bí mật.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

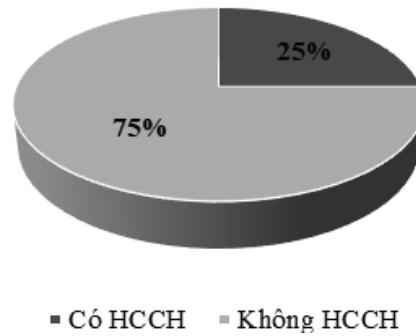
Bảng 2. Đặc điểm chung của đối tượng

Đặc điểm	Nam (n=31) (TB ± SD)	Nữ (n=109) (TB ± SD)	Chung (n=140) (TB ± SD)
BMI	23,8 ± 3,4	21,3 ± 2,9	21,9 ± 3,2
Vòng bụng (cm)	80,6 ± 8,9	71,8 ± 8,2	73,8 ± 9,1
Huyết áp tâm thu (mmHg)	124 ± 16	109 ± 12	112 ± 14
Huyết áp tâm trương (mmHg)	75 ± 10	68 ± 8	69 ± 9
Glucose máu lúc đói (mmol/l)	5,5 ± 0,7	5,9 ± 0,7	5,1 ± 0,8
HDL-C lúc đói (mmol/l)	1,1 ± 0,2	1,4 ± 0,3	1,3 ± 0,3
Triglycerid máu (mmol/l)	2,5 ± 2,2	1,2 ± 0,5	1,5 ± 1,2

Bảng 2 cho thấy kết quả BMI, vòng bụng, huyết áp tâm thu và tâm trương, triglycerid của nam cao hơn nữ. Chỉ số glucose lúc đói và HDL-C lúc đói của nữ cao hơn

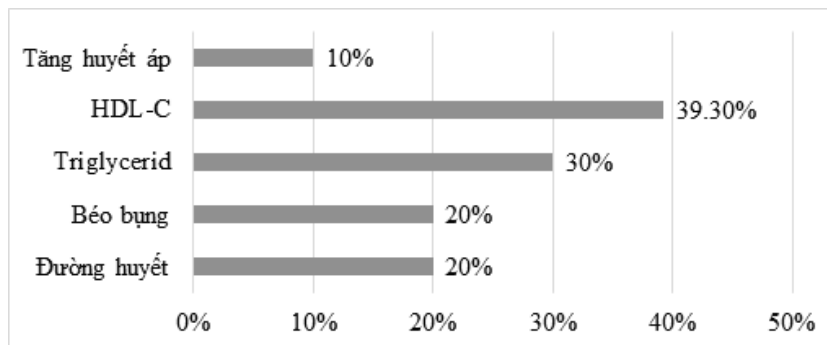
nam. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Biểu đồ 1. Tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa (n=140)



Trong số 140 đối tượng tham gia nghiên cứu, có 35 người khám tại phòng khám viện dinh dưỡng có hội chứng chuyển hóa, chiếm 25%.

Biểu đồ 2. Tỷ lệ phân bố các thành tố của hội chứng chuyển hóa (n=140)



Trong số 5 thành tố của hội chứng chuyển hóa, thành tố mỡ máu HDL-C chiếm đa số với 39,3%, sau đó đến thành tố triglycerid (30,0%). Thành tố béo bụng và rối loạn đường huyết lúc đói đều chiếm tỷ lệ ngang nhau là 20,0%, thấp nhất là tăng huyết áp (10,0%)

Bảng 3. Tỷ lệ mắc HCCH theo giới tính, tuổi và BMI

Đặc điểm		Có mắc HCCH n (%)	Không mắc HCCH n (%)	p
Giới	Nam	15 (48,4)	16 (51,6)	<0,05
	Nữ	20 (18,4)	89 (81,6)	
Tuổi	Từ 20- 24 tuổi	0 (0,00)	2 (100)	>0,05
	Từ 25- 34 tuổi	6 (12,5)	42 (87,5)	
	Từ 35- 44 tuổi	17 (33,3)	34 (66,67)	
	Từ 45-54 tuổi	7 (28,0)	18 (72,0)	
	Từ 55 tuổi trở lên	5 (35,7)	6 (64,3)	
BMI	< 18,5	1 (5,6)	17 (94,4)	<0,05
	18,5 – 22,9	9 (11,8)	67 (88,2)	
	≥ 23,0	25 (54,4)	21 (45,6)	

Kết quả tại bảng 3 cho thấy giới tính nam có tỷ lệ mắc HCCH là 48,4%, cao hơn nhóm nữ (18,4%). Những đối tượng có BMI <18,5 chỉ có 1 trường hợp mắc HCCH, còn nhóm có tình trạng dinh dưỡng bình thường (BMI: 18,5 - 22,9) có tỷ lệ mắc HCCH là 11,8%. Còn lại đối tượng thừa cân, béo phì $\geq 23,0$ chiếm hơn 1 nửa mắc HCCH (54,4%). Sự khác biệt giữa HCCH với giới tính và BMI có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$)

Tỷ lệ mắc HCCH ở nhóm tuổi từ 35 tuổi trở lên chiếm khoảng từ 28% - 37,5%. Nhóm tuổi dưới 35 tuổi chiếm khoảng 12,5% mắc HCCH. Tuy nhiên chưa thấy sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

4. BÀN LUẬN

Hội chứng chuyển hóa là một vấn đề sức khỏe nghiêm trọng và đang tiếp tục gia tăng. Nguyên nhân của HCCH rất phức tạp và nhiều yếu tố. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã chỉ ra rằng tỷ lệ HCCH đang gia tăng so với những nghiên cứu trước đó, cũng như những yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ mắc HCCH trong cộng đồng.

Tỷ lệ mắc HCCH chung: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ mắc HCCH là 25,0%, cao hơn so với một số nghiên cứu khác. Với các nghiên cứu sử dụng tiêu chuẩn NCEP-ATP III, tại khu vực châu Âu, tỷ lệ lưu hành HCCH dao động từ 10 đến 30% [5] metabolic syndrome (MetS). Gần đây tại Trung Quốc thực hiện 1 nghiên cứu lớn với dữ liệu của 24.412 người tham gia ở độ tuổi 18-74 tuổi dân số ở Bắc Kinh với tỷ lệ mắc HCCH là 24,5% [6]. Tại Việt Nam, năm 2011 tại một vùng nông thôn thuộc Đồng bằng Sông Hồng khảo sát trên 2443 người thuộc nhóm tuổi từ 40-64 cho thấy tỉ lệ HCCH được báo cáo là 16,3% [7]. Một nghiên cứu tại cộng đồng tỉnh Long An năm 2010 cho thấy tỷ lệ mắc HCCH là 17,2% [8]. Nghiên cứu tại vùng nông thôn tỉnh Thái Bình năm 2012 cho thấy tỷ lệ người dân mắc HCCH 19,6% [2]. Tại Viện dinh dưỡng năm 2020 cho thấy tỷ lệ người trưởng thành đến khám dinh dưỡng mắc HCCH 14,5% [3]. So với cộng đồng người châu Âu thì tỷ lệ mắc HCCH trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn, nhưng so với cộng đồng châu Á nói chung và Việt Nam nói riêng thì tỷ lệ mắc HCCH trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn. Sự khác biệt có thể là do, thứ nhất: sự khác nhau về cỡ mẫu, trong nghiên cứu của chúng tôi là 140 đối tượng trong khi đó các nghiên cứu trên được thực hiện trên cỡ mẫu rất lớn. Thứ 2: đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi đều là những

người có vấn đề về dinh dưỡng, hoặc các bệnh lý cần được tư vấn dinh dưỡng nên cũng ảnh hưởng đến tỷ lệ HCCH cao hơn.

Tỷ lệ mắc HCCH theo giới: Trong nghiên cứu này, nam giới mắc HCCH nhiều hơn nữ (48,4% so với 18,4%). Điều này tương đồng với một số nghiên cứu khác như nghiên cứu tại Bắc Kinh, Trung Quốc, tỷ lệ mắc HCCH ở nam là 35,2%, cao hơn nữ ở nữ là 15,4% [6]. Ngược lại, cũng có 1 số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc HCCH của nữ cao hơn nam, như ở Nhật Bản, tỷ lệ mắc HCCH khoảng 8% ở nam và 10% ở nữ [9]. Sự khác biệt này có thể do tỷ lệ nam và nữ trong mỗi nghiên cứu không đồng đều, và độ tuổi khác nhau nên ảnh hưởng đến tỷ lệ mắc HCCH theo giới.

Tỷ lệ mắc HCCH theo tuổi: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các nhóm có độ tuổi từ 35 trở lên có tỷ lệ mắc HCCH cao hơn nhóm tuổi từ 20 -35 tuổi, tuy nhiên sự khác biệt này cho rõ ràng, và chưa có ý nghĩa thống kê. Rất nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước chỉ ra mối liên quan giữa tuổi và HCCH, nguy cơ mắc HCCH tăng dần theo độ tuổi [2], [5], [8] Vietnam. Methods: The study was conducted in 2012 through a multi-stage (province-district-commune. Nghiên cứu của chúng tôi chưa tìm ra mối liên quan có thể là do cỡ mẫu chưa đủ lớn.

Tỷ lệ mắc HCCH theo BMI: Trong nghiên cứu này, BMI càng cao thì tỷ lệ mắc HCCH càng tăng. Cụ thể, người có BMI mức bình thường chỉ có tỷ lệ mắc HCCH là 11,8%, còn người có BMI trên 23 có tỷ lệ mắc HCCH lên đến 54,4%. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương đồng với nhiều nghiên cứu khác. Nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Dung (năm 2012) trên đối tượng người trưởng thành tại nông thôn Thái Bình và nghiên cứu của Vũ Thị Lan Phương năm 2020 trên đối tượng người bệnh đái tháo đường đều cho thấy những người có BMI càng tăng thì nguy cơ mắc HCCH càng cao [2], [10]. Mặc dù BMI không phản ánh chính xác tỷ trọng thành phần cơ thể, trong đó có lượng mỡ được xem là yếu tố gây ra HCCH, nhưng nó vẫn được xem là phương pháp đánh giá đơn giản nhất hiện nay để xác định tình trạng thừa cân, béo phì. Trên thực tế các nghiên cứu vẫn thấy có mối liên quan chặt chẽ giữa BMI và tình trạng mắc HCCH.

Phân bố các thành tố HCCH: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong số 5 thành tố của HCCH, thành tố mỡ máu HDL-C chiếm đa số với 39,3%, sau đó đến thành tố triglycerid (30%). Thành tố béo bụng và rối

loạn đường huyết lúc đói đều chiếm tỷ lệ ngang nhau là 20,0%, thấp nhất là tăng huyết áp (10%). Kết quả này tương đương với nhiều nghiên cứu khác đều cho thấy đây là 2 thành tố tăng triglycerid và giảm HDL-C là hay gặp nhất trong 5 thành tố của HCCH. Nghiên cứu tại Viện dinh dưỡng trên người trưởng thành đến khám năm 2020 cho thấy thành tố giảm HDL-C (37,6%), tăng Tryglycerid máu (29,1%) cũng chiếm phần lớn [3].

5. KẾT LUẬN

Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 40 tuổi, tuy nhiên tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa khá cao. Đó có thể là dấu hiệu cảnh báo hội chứng chuyển hóa đang ngày càng có xu hướng trẻ hóa. Nam giới và những người thừa cân, béo phì có nguy cơ mắc HCCH cao hơn những đối tượng còn lại. Hai thành tố phổ biến trong HCCH là tăng triglycerid và giảm HDL-C.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Xu A, Wang Y, Xu JY et al., Adipocyte fatty acid-binding protein is plasma biomarker closely associated with obesity and metabolic syndrome. *Clin Chem*, 52(3), 2006, 405–413.
- [2] Pham D, Hung N, Tran A et al., Prevalence of Metabolic Syndrome in Rural Areas of Vietnam: A Selected-Randomized Study. *Archives of Pharmacy Practice*, 10, 2019, 43–50.
- [3] Nguyễn Trọng Hưng, Bùi Thị Thúy, Ngô Thị Thu Huyền, Hội chứng chuyển hóa của người trưởng thành đến khám tại Viện Dinh dưỡng năm 2020; *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm*, 17, 2021.
- [4] Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR et al., Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/ National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. *Circulation*, 112(17), 2005, 2735–2752.
- [5] Van Vliet-Ostaptchouk JV, Nuotio ML, Slagter SN et al., The prevalence of metabolic syndrome and metabolically healthy obesity in Europe: a collaborative analysis of ten large cohort studies. *BMC Endocr Disord*, 14, 2014, 9.
- [6] Liu J, Liu Q, Li Z et al., Prevalence of Metabolic Syndrome and Risk Factors Among Chinese Adults: Results from a Population-Based Study — Beijing, China, 2017–2018. *CCDCW*, 4(29), 2022, 640–645.
- [7] Binh TQ, Phuong PT, Nhung BT et al., Metabolic syndrome among a middle-aged population in the Red River Delta region of Vietnam; *BMC Endocrine Disorders*, 14(1), 2014, 77.
- [8] Võ Thị Dẽ, Lê Thanh Liêm, Tần suất và đặc điểm hội chứng chuyển hóa trong cộng đồng tỉnh Long An năm 2010; *Tạp chí Y Học thực hành*, 1, 2013, 13–16.
- [9] Huang PL, A comprehensive definition for metabolic syndrome; *Dis Model Mech*, 2(5–6), 2009, 231–237.
- [10] Vũ Thị Lan Phương, Nguyễn Trọng Hưng, Phan Hương Dương và cộng sự, Hội chứng chuyển hóa ở người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị nội trú tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương, năm 2019-2020. *16, 2020, 112–119.*



NUTRITIONAL STATUS AND SOME RELATED FACTOR IN HEART FAILURE PATIENTS IN THE CARDIOVASCULAR DEPARTMENT, FRIENDLY HOSPITAL OF VIETNAM-CUBA DONG HOI IN 2022-2023

Duong Thuy Chi^{1*}, Le Thi Huong²

¹Vietnam-Cuba Friendship Hospital Dong Hoi - Huu Nghi - Tieu Street, area 10, Nam Ly, Dong Hoi, Vietnam

²Hanoi Medical University - 01 Ton That Tung St., Dong Da district, Hanoi, Vietnam

Received: 08/09/2023

Revised: 09/10/2023; Accepted: 02/11/2023

ABSTRACT

Objective: Evaluate the nutritional status and some related factors of heart failure patients receiving inpatient treatment at the Department of Cardiology, Vietnam - Cuba Friendship Hospital Dong Hoi in 2022 – 2023.

Subject and method: Cross-sectional study on 163 heart failure patients undergoing inpatient treatment at the Department of Cardiology, Vietnam - Cuba Friendship Hospital, Dong Hoi.

Results: Of the 163 patients participating in the study, 65% were men. The average age of the patients was 55.5 ± 5.6 years old. 45.4% of patients have mild to moderate malnutrition risk (SGA-B); 16.6% of patients are at risk of severe malnutrition (SGA-C). Factors related to the nutritional status of heart failure patients include: Having kidney failure (OR=3.2; 95% CI: 1.1–9.0; $p=0.022$); Heart failure grade 3.4 (OR=2.9; 95% CI: 1.4–6.1; $p=0.003$); Disease duration >10 years (OR=2.5; 95% CI: 1.2–23.9; $p=0.043$); No exercise (OR=2.9; 95% CI: 1.5–5.7; $p=0.001$)

Conclusion: The risk of malnutrition in people with heart failure is still high, it is necessary to pay attention to providing appropriate nutritional advice for this group.

Keywords: Nutritional status, heart failure patients.

*Corresponding author

Email address: duongthuychi.huemed@gmail.com

Phone number: (+84) 349 790 854

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH SUY TIM TẠI KHOA NỘI TIM MẠCH, BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT NAM - CUBA ĐỒNG HỚI NĂM 2022 – 2023

Dương Thùy Chi^{1*}, Lê Thị Hương²

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam - Cuba Đồng Hới - Đường Hữu Nghị - Tiểu, Nam Lý, Đồng Hới, Quảng Bình, Việt Nam

²Trường Đại học Y Hà Nội – Số 1 Tôn Thất Tùng, Trung Tự, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 08 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 09 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 02 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của người bệnh suy tim điều trị nội trú tại khoa Nội tim mạch, Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam – Cu Ba Đồng Hới năm 2022 – 2023.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang trên 163 người bệnh suy tim đang điều trị nội trú tại khoa Nội tim mạch, Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam – Cu Ba Đồng Hới.

Kết quả: Trong số 163 người bệnh tham gia vào nghiên cứu, 65% là nam giới. Tuổi trung bình của người bệnh là $55,5 \pm 5,6$ tuổi. 45,4% người bệnh có nguy cơ SDD từ nhẹ đến trung bình (SGA-B); 16,6% người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng nặng (SGA-C). Các yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của người bệnh suy tim bao gồm: Bị bệnh suy thận (OR=3,2; 95% CI: 1,1–9,0; p=0,022); Suy tim độ 3,4 (OR=2,9; 95% CI: 1,4–6,1; p=0,003); Thời gian mắc bệnh >10 năm (OR=2,5; 95% CI: 1,2–23,9; p=0,043); Không tập thể dục (OR=2,9; 95% CI: 1,5–5,7; p=0,001).

Kết luận: Tỷ lệ nguy cơ suy dinh dưỡng ở người bệnh suy tim còn cao, cần chú ý tư vấn chế độ dinh dưỡng hợp lý cho đối tượng này.

Từ khóa: Tình trạng dinh dưỡng, người bệnh suy tim.

*Tác giả liên hệ

Email: duongthuychi.huemed@gmail.com

Điện thoại: (+84) 349 790 854

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Suy tim xuất hiện với một tỷ lệ ngày càng cao và đang trở thành một gánh nặng về y tế, kinh tế toàn cầu [1]. Chăm sóc và điều trị kịp thời đối với người bệnh suy tim sẽ giúp bệnh hạn chế tiến triển nặng và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh, giảm bớt áp lực cho gia đình và xã hội. Khả năng người bệnh bị suy dinh dưỡng trong thời gian nhập viện rất cao do sự thiếu hụt trong chế độ ăn, tăng nhu cầu do tình trạng bệnh. Ngoài ra, có thể đến từ biến chứng bệnh nền như hấp thu kém và mất chất dinh dưỡng quá mức. Theo một nghiên cứu được thực hiện tại bệnh viện Tim Hà Nội năm 2019, tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn của người bệnh suy tim theo BMI là 25,5%. Theo chỉ số SGA, nguy cơ suy dinh dưỡng từ trung bình đến nặng là 39,2% [2]. Khoa Nội tim mạch, Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam - Cu Ba Đồng Hới là đơn vị trực tiếp thu dung và điều trị người bệnh được chẩn đoán suy tim đến điều trị hàng ngày. Bên cạnh việc điều trị bệnh suy tim bằng thuốc, chế độ dinh dưỡng hợp lý là yếu tố không kém phần quan trọng giúp người bệnh hồi phục. Đánh giá đúng tình trạng dinh dưỡng của người bệnh suy tim sẽ giúp cho cán bộ dinh dưỡng và bác sỹ điều trị có kế hoạch can thiệp dinh dưỡng và chăm sóc người bệnh phù hợp. Do đó, nghiên cứu: **“Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở người bệnh suy tim tại khoa Nội tim mạch - Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam - Cu Ba Đồng Hới, năm 2022 - 2023”** được tiến hành với các mục tiêu sau: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của người bệnh suy tim điều trị nội trú tại khoa Nội tim mạch, Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam - Cu Ba Đồng Hới năm 2022 – 2023.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam - Cu Ba Đồng Hới từ năm 2022 đến hết tháng 6/2023.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh từ 20 - 65 tuổi, vào viện trong 48h đầu, có chẩn đoán bệnh là suy tim, nhập viện điều trị tại khoa Nội Tim mạch, bệnh viện Hữu nghị Việt Nam - Cu Ba Đồng Hới.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

Cỡ mẫu:

Dùng công thức ước lượng một tỷ lệ để tính cỡ mẫu:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{(\epsilon.p)^2}$$

Trong đó: p là tỷ lệ người bệnh tim mạch bị suy dinh dưỡng lấy p = 0,392 theo nghiên cứu tại khoa Bệnh viện Tim Hà Nội 2019.[4]

- Thay vào công thức tính được n = 150.

- Thực tế chúng tôi thu được 163 đối tượng

Chọn mẫu: Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

2.5. Biến số/ chỉ số

- Nhóm biến số/ chỉ số về thông tin chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi; Giới; Trình độ học vấn; Nghề nghiệp; nơi sinh sống.

- Thông tin về đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân: Chẩn đoán bệnh; Phân độ bệnh; Bệnh lý đi kèm

- Số liệu nhân trắc và cận lâm sàng của bệnh nhân: Cân nặng; Chiều cao; Chỉ số khối cơ thể (BMI); Vòng eo; Vòng hông; Tỷ số WHR; Albumin huyết thanh; Protein toàn phần

- Công cụ đánh giá tình trạng dinh dưỡng PG SGA: % thay đổi cân nặng trong 1 tháng qua; % giảm cân trong 6 tháng; % các triệu chứng ăn uống; %Khẩu phần ăn của bệnh nhân; % Hoạt động và chức năng trong 1 tháng qua

- Một số yếu tố yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của người bệnh suy tim: Tuổi; Giới; Trình độ học vấn; Nghề nghiệp; Thói quen hút thuốc, sử dụng rượu bia, giai đoạn bệnh....

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Nhóm nghiên cứu đã dựa trên danh sách người bệnh vào khoa nội tim mạch có chẩn đoán suy tim nhập viện từ tháng 9 đến tháng 12 năm 2022. Sau đó lựa chọn các đối tượng nghiên cứu đủ tiêu chuẩn để tiến hành nghiên cứu.

- **Phỏng vấn:** Các thông tin chung của đối tượng tham gia nghiên cứu như: tuổi, giới, nghề nghiệp, nơi cư trú, thời gian mắc bệnh. Chẩn đoán bệnh, phân độ suy tim, nguyên nhân và bệnh lý kèm theo được thu thập từ hồ sơ bệnh án khi người bệnh nhập viện điều trị.

- **Đánh giá tình trạng dinh dưỡng:**

+ **Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo các số đo nhân trắc:** người bệnh được đo các chỉ số: cân nặng, chiều

cao, vòng eo, vòng hông trong vòng 48h sau khi người bệnh nhập viện.

+ *Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo phương pháp đánh giá tổng thể chủ quan (SGA)*: SGA là một kỹ thuật lâm sàng dùng để đánh giá tổng thể tình trạng dinh dưỡng gồm 2 phần đặc điểm tiền sử bệnh và khám lâm sàng.

+ *Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo các chỉ số hóa sinh*

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Các số liệu được phân tích và xử lý trên máy tính bằng phần mềm thống kê y học SPSS 16.0. Sử dụng các thuật toán thống kê thường được dùng trong y học.

- Các tham số sử dụng trong nghiên cứu: Trung bình;

Độ lệch chuẩn; Tỷ lệ phần trăm (%);

- Xác định liên quan qua tính OR, CI 95% và p.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

- Đối tượng được giải thích về mục tiêu và ý nghĩa của nghiên cứu và tự nguyện tham gia và có giấy đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Mọi thông tin về đối tượng được giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

- Nghiên cứu được sự chấp thuận của lãnh đạo Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam - Cu Ba Đồng Hới và được thông qua tại Hội đồng bảo vệ đề cương Viện đào tạo YHDP & YTCC trường Đại học Y Hà Nội.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=163)

Nghề nghiệp và trình độ học vấn		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	20 – 40	1	0,6
	41 – 59	126	77,3
	60 – 65	36	22,1
	Mean ± SD (min - max)	55,5 ± 5,6 (32 - 65)	
Giới tính	Nam	106	65,0
	Nữ	57	35,0
Thời gian mắc bệnh suy tim	<1 năm	38	23,3
	1-5 năm	86	52,8
	5-10 năm	31	19,0
	>10 năm	8	4,9
Bệnh kèm theo	Tăng huyết áp	28	17,2
	Đái tháo đường	26	16,0
	Suy thận	27	16,6
Phân độ suy tim	Độ 1	25	15,3
	Độ 2	81	49,7
	Độ 3	45	27,6
	Độ 4	12	7,4
Sử dụng rượu bia	Có	27	16,6
	Không	136	83,4



Nghề nghiệp và trình độ học vấn		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Sử dụng thuốc lá	Có	23	14,1
	Không	109	66,9
	Đã từng hút nhưng bỏ	31	19,0
Tập thể dục	Có	71	43,5
	Không	92	56,5

Đa số người bệnh là nam giới, chiếm 65,0%. Tuổi trung bình của người bệnh là $55,5 \pm 5,6$ tuổi. 52,8% người bệnh mắc bệnh từ 1-5 năm. Gần một nửa (49,7%) người bệnh mắc suy tim độ 2, và chỉ có 7,4% người bệnh mắc suy tim độ 4.

Bảng 2: Tình trạng dinh dưỡng theo số đo nhân trắc (n=163)

Chiều cao, cân nặng và BMI		Nam (n=106) n (%)	Nữ (n=57) n (%)	Chung n (%)
Cân nặng (kg)	Mean \pm SD (min-max)	54,5 \pm 9,2 (36 - 78)	47,0 \pm 9,1 (30 - 70)	51,8 \pm 9,8 (30 - 78)
Chiều cao (cm)	Mean \pm SD (min-max)	162,2 \pm 5,2 (152-175)	153,5 \pm 6,0 (142-168)	159,1 \pm 6,9 (142-175)
BMI	< 16,00	5 (4,7)	7 (58,3)	12 (7,3)
	16 -16,9	7 (6,6)	2 (22,2)	9 (5,5)
	17- 18,4	15 (57,7)	11 (42,3)	26 (16,0)
	18,5 – 24,	69 (67,0)	34 (33,1)	103 (63,2)
	25 – 29,9	10 (76,9)	3 (23,1)	13 (8,0)
	(Mean \pm SD (min-max)	20,7 \pm 3,1 (13,2-28,6)	19,9 \pm 3,5 (13,3-29,5)	20,4 \pm 3,3 (13,2-29,5)
Vòng eo (cm)	Mean \pm SD (min-max)	75,3 \pm 9,8 (54 - 101)	73,1 \pm 9,3 (52 - 95)	74,5 \pm 9,6 (52-101)
Vòng hông (cm)	Mean \pm SD (min-max)	82,2 \pm 8,8 (57 - 103)	80,1 \pm 8,4 (64 - 100)	81,4 \pm 8,7 (57 - 103)
Vòng eo/ vòng hông	$\leq 0,9$ (nam) hoặc $\leq 0,8$ (nữ)	43 (40,6)	2 (3,5)	
	$> 0,9$ (nam) hoặc $> 0,8$ (nữ)	63 (59,4)	55 (95,5)	

Hơn một nửa (63,2%) NB có chỉ số BMI bình thường, có 8,0% bị thừa cân và 28,8% bị thiếu năng lượng trường diễn. Có 59,4% người bệnh nam có nguy cơ vòng eo nguy cơ cao và 96,5% người bệnh nữ có nguy cơ vòng eo nguy cơ cao.

Bảng 3: Tình trạng dinh dưỡng theo chỉ số hóa sinh và mức đánh giá SGA

Chỉ số hóa sinh và mức đánh giá SGA		Nam (n=106) n (%)	Nữ (n=57) n (%)	Chung n (%)
Albumin (g/l)	21 – 27 g/l	1 (0,9)	1 (1,8)	2 (1,2)
	28 - < 35 g/l	27 (25,5)	16 (28,1)	43 (26,4)
	35 - 48 g/l	78 (73,6)	40 (70,1)	118 (72,4)
	Mean ± SD (min - max)	37,5 ± 4,3 (26,3 - 46)	36,5 ± 4,2 (26,4 - 48)	37,1 ± 4,3 (26,3 – 48)
Protein toàn phần	< 60 g/	11 (10,4)	8 (14,0)	19 (11,7)
	60 – 80	92 (89,8)	49 (86,0)	141 (86,5)
	>80	3 (2,8)	0 (0,0)	3 (1,8)
	Mean ± SD (min - max)	67,7 ± 6,4 (49,7 - 82,8)	66,1 ± 5,8 (53 - 78)	67,2 ± 6,3 (49,7 - 82,8)
Mức đánh giá SGA	SGA-A	45 (42,5)	17 (29,8)	62 (38,0)
	SGA-B	45 (42,5)	29 (50,9)	74 (45,4)
	SGA-C	16 (15,0)	11 (19,3)	27 (16,6)

Dựa theo mức đánh giá SGA, có 38% người bệnh có nguy cơ SDD từ nhẹ đến trung bình và 16,6% người không có nguy cơ suy dinh dưỡng, 45,4% người bệnh bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng nặng.

Bảng 4: Một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng ở người bệnh suy tim (n=163)

		SGA-A (n=62)	SGA-B/C (n=101)	OR	95% CI	p
		n (%)	n (%)			
Giới tính	Nam	45 (42,5)	61 (57,5)	1	0,9 – 3,5	0,113
	Nữ	17 (29,8)	40 (70,2)	1,7		
Nhóm tuổi	≤ 55 tuổi	32 (42,7)	43 (57,3)	1	0,7 – 2,7	0,261
	> 55 tuổi	30 (34,1)	58 (65,9)	1,4		
Tăng huyết áp	Có	11 (39,3)	17 (60,7)	0,9	0,4 – 2,1	0,881
	Không	51 (37,8)	84 (62,2)	1		
Đái tháo đường	Có	10 (38,5)	16 (61,5)	0,9	0,4 – 2,3	0,961
	Không	52 (38,0)	85 (62,0)	1		
Suy thận	Có	5 (18,5)	22 (81,5)	3,2	1,1 – 9,0	0,022
	Không	57 (41,9)	79 (58,1)	1		
Phân độ suy tim	Độ 1/độ 2	49 (46,3)	57 (53,7)	1	1,4 – 6,1	0,003
	Độ 3/độ 4	13 (22,8)	44 (77,2)	2,9		
Thời gian mắc bệnh suy tim	<1 năm	10 (26,3)	28 (73,7)	1	0,2 - 1,2	0,043
	1-5 năm	34 (39,5)	52 (60,5)	0,5		
	5-10 năm	17 (54,8)	14 (45,2)	0,3		
	>10 năm	1 (12,5)	7 (87,5)	2,5		

		SGA-A (n=62)	SGA-B/C (n=101)	OR	95% CI	p
		n (%)	n (%)			
Uống rượu bia	Có	10 (37,0)	17 (63,0)	1	0,4 - 2,2	0,907
	Không	52 (38,2)	84 (61,8)	0,9		
Hút thuốc	Có	6 (26,1)	17 (73,9)	1	0,2 - 1,5	0,430
	Không	43 (39,4)	66 (60,6)	0,6		
	Đã từng hút nhưng bỏ	13 (41,9)	18 (58,1)	0,5		
Tập thể dục	Có	37 (52,1)	34 (47,9)	1	1,5 - 5,7	0,001
	Không	25 (27,2)	67 (72,8)	2,9		

Dựa vào bảng 4 ta thấy các yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của người bệnh suy tim bao gồm: Bị bệnh suy thận (OR=3,2; 95% CI: 1,1–9,0; p=0,022); Suy tim độ 3,4 (OR=2,9; 95% CI: 1,4–6,1; p=0,003); Thời gian mắc bệnh >10 năm (OR=2,5; 95% CI: 1,2–23,9; p=0,043); Không tập thể dục (OR=2,9; 95% CI: 1,5–5,7; p=0,001).

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số người bệnh là nam giới, chiếm 65,0%, kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Juliana Santos Barbosa và cộng sự năm 2020 tại Brazil với tỉ lệ nam giới chiếm 50,2% [3]. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $55,5 \pm 5,6$ tuổi. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của tác giả Marta Kałużna-Oleksy và cộng sự năm 2020 với độ tuổi trung bình của người bệnh trong nghiên cứu là 55 ± 11 tuổi [4]. Trong những năm gần đây, độ tuổi trung bình của người bệnh mắc bệnh tim mạch ngày càng tăng lên đáng kể. Do đó, tình trạng dinh dưỡng là một trong các yếu tố nguy cơ mới đặc trưng cho người cao tuổi [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 35% mắc suy tim độ 3 và độ 4. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Shirley Sze và cộng sự với tỉ lệ người bệnh mắc suy tim độ 3 và độ 4 là 21,3%,⁶ và cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Hussen Ahmed và cộng sự năm 2022 tại bệnh viện ở Tây Bắc Ethiopia với 12,1% người bệnh mắc suy tim độ 3 và độ 4.⁷

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 62% người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng, tỉ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Juliana Santos Barbosa và cộng sự năm 2020 với tỉ lệ suy dinh dưỡng là 75,3% [3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 45,4% người bệnh có nguy cơ SDD từ nhẹ đến trung bình SGA-B và 16,6% người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng nặng SGA-C. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Tomonobu Takikawa và cộng sự năm 2019 tại Bệnh viện Thành phố Kasugai, Aichi, Nhật Bản với tỉ lệ suy dinh dưỡng SGA-B và SGA-C lần lượt là 44,9%, và 27,8% [8]. Mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng và tỷ lệ tử vong ở người bệnh mắc bệnh suy tim cấp tính cũng đã được chứng minh ở nhiều nghiên cứu [9].

Nguy cơ mắc suy dinh dưỡng ở những người bệnh mắc bệnh suy tim độ 3/độ 4 trong nghiên cứu của chúng tôi cao gấp 2,9 lần so với những người bệnh mắc suy tim độ 1/độ 2 với 95%CI: 1,4 – 6,1. Nghiên cứu của tác giả Marta Kałużna-Oleksy và cộng sự năm 2020 chỉ ra rằng phần lớn người bệnh suy dinh dưỡng có phân độ suy tim cao hơn (NYHA III hoặc IV), nhiều nghiên cứu khác cũng cho thấy người bệnh suy dinh dưỡng chủ yếu có NYHA III hoặc IV [4]. Nghiên cứu của tác giả Hussen Ahmed và cộng sự năm 2022 về suy dinh dưỡng ở những người bệnh lớn tuổi bị suy tim tại bệnh viện ở Tây Bắc Ethiopia cũng cho thấy người bệnh suy tim nặng (chức năng NYHA III/IV) có nguy cơ bị suy dinh dưỡng cao gấp 4 lần so với những người bị suy tim nhẹ (chức năng NYHA I/II) (AOR = 4,287, CI: 2,012–9,134, P - giá trị < 0,001) [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nguy cơ mắc suy dinh dưỡng ở những người bệnh mắc bệnh suy thận kèm theo cao gấp 3,2 lần so với những người bệnh không mắc bệnh suy thận với 95%CI: 1,1-9,0. Nghiên cứu của tác giả Hussen Ahmed và cộng sự năm 2022 về suy dinh dưỡng ở những người bệnh lớn tuổi bị suy tim tại bệnh viện ở Tây Bắc Ethiopia cũng cho thấy tỷ lệ phát

triển tình trạng suy dinh dưỡng ở những người có bệnh đi kèm cao gấp 2 lần so với những người không mắc bệnh (AOR = 2,29, CI: 1,06–4,96, P -value = 0,036) [7]. Suy giảm chức năng thận thường thấy ở người bệnh suy tim và có tiên lượng xấu. Các bệnh kèm theo được xác định giữa các đối tượng nghiên cứu được biết là gây ra chứng tăng cytokine máu do viêm toàn thân và tiêu hao năng lượng khi nghỉ ngơi quá mức do trạng thái dị hóa tăng lên.

Nguy cơ mắc suy dinh dưỡng ở những người bệnh mắc bệnh suy tim trên 10 năm trong nghiên cứu của chúng tôi cao gấp 2,5 lần so với những người bệnh mắc bệnh suy tim dưới 1 năm với 95%CI: 1,2 – 23,9. Kết quả này tương tự như nghiên cứu của tác giả Hussien Ahmed và cộng sự năm 2022 ở Tây Bắc Ethiopia cũng cho thấy những người bệnh có thời gian mắc bệnh tim dài hơn (>3 năm) có nguy cơ bị suy dinh dưỡng cao gấp 3-4 lần so với những người bệnh có thời gian mắc bệnh tim ngắn hơn (<3 năm) [7]. Nghiên cứu của tác giả nghiên cứu của tác giả Đỗ Bích Thủy tại Bệnh viện Tim Hà Nội năm 2018 cũng cho thấy những người mới mắc bệnh suy tim dưới 1 năm có khả năng bị suy dinh dưỡng cao hơn những người đã mắc bệnh lâu (19,9% ở người dưới 1 năm và 8,5% ở người từ 1-5 năm mắc bệnh).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nguy cơ mắc suy dinh dưỡng ở những người bệnh không tập thể dục cao gấp 2,9 lần so với những người bệnh có tập thể dục với 95%CI: 1,5 – 5,7. Nghiên cứu của tác giả Đỗ Bích Thủy về tình trạng dinh dưỡng, khẩu phần thực tế của người bệnh suy tim tại Bệnh viện Tim Hà Nội năm 2018 cho thấy tỷ lệ tập thể dục trong nghiên cứu này là 49,4% và không tập là 50,6%, tuy nhiên không có mối liên quan tới tình trạng dinh dưỡng. Ngoài ra bên cạnh việc có tập thể dục hay không thì cường độ và mức độ luyện tập ảnh hưởng rất nhiều đến tình trạng bệnh suy tim cũng như tình trạng dinh dưỡng của người bệnh.

5. KẾT LUẬN

Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh suy tim điều trị nội trú tại khoa Nội tim mạch, Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam - Cu Ba Đồng Hới năm 2022 - 2023 dựa theo 45,4% người bệnh có nguy cơ SDD từ nhẹ đến trung bình (SGA-B); 16,6% người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng nặng (SGA-C). Một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của người bệnh suy tim bao gồm:

Nguy cơ mắc suy dinh dưỡng ở những người bệnh mắc bệnh suy thận kèm theo cao gấp 3,2 lần so với những người bệnh không mắc bệnh suy thận với 95%CI: 1,1-9,0; Nguy cơ mắc suy dinh dưỡng ở những người bệnh mắc bệnh suy tim trên 10 năm cao gấp 2,5 lần so với những người bệnh mắc bệnh suy tim dưới 1 năm với 95%CI: 1,2 - 23,9; Nguy cơ mắc suy dinh dưỡng ở những người bệnh mắc bệnh suy tim trên 10 năm cao gấp 2,5 lần so với những người bệnh mắc bệnh suy tim dưới 1 năm với 95%CI: 1,2 - 23,9; Nguy cơ mắc suy dinh dưỡng ở những người bệnh không tập thể dục cao gấp 2,9 lần so với những người bệnh có tập thể dục với 95%CI: 1,5 - 5,7.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Ambrosy AP, Fonarow GC, Butler J et al., The Global Health and Economic Burden of Hospitalizations for Heart Failure: Lessons Learned From Hospitalized Heart Failure Registries. *Journal of the American College of Cardiology*, 2014;63(12):1123-1133.
- [2] Đỗ Thị Bích Thủy, Tình trạng dinh dưỡng, khẩu phần thực tế của bệnh nhân suy tim tại Bệnh viện tim Hà Nội năm 2018: Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội; 2019.
- [3] Barbosa JS, Cândido de Souza MF, Costa JO, Assessment of Malnutrition in Heart Failure and Its Relationship with Clinical Problems in Brazilian Health Services. *Int J Environ Res Public Health*;19(16), 2022, 10090.
- [4] Kałużna-Oleksy M, Krysztofiak H, Migaj J et al., Relationship between Nutritional Status and Clinical and Biochemical Parameters in Hospitalized Patients with Heart Failure with Reduced Ejection Fraction, with 1-year Follow-Up. *Nutrients*;12(8), 2020, 2330.
- [5] Tonet E, Campana R, Caglioni S et al., Tools for the Assessment of the Malnutrition Status and Possible Interventions in Elderly with Cardiovascular Diseases. *J Clin Med*;10(7), 2021, 1508.
- [6] Sze S, Pellicori P, Zhang J, Agreement and Classification Performance of Malnutrition Tools



in Patients with Chronic Heart Failure. *Curr Dev Nutr*; 4(6), 2020, nzaa071.

- [7] Ahmed H, Tadesse A, Alemu H et al., Undernutrition was a prevalent clinical problem among older adult patients with heart failure in a hospital setting in Northwest Ethiopia. *Front Nutr*; 9, 2022, 962497.
- [8] Takikawa T, Sumi T, Takahara K et al., Prognostic Importance of Multiple Nutrition Screening Indexes for 1-Year Mortality in Hospitalized Acute Decompensated Heart Failure Patients. *Circ Rep*;1(2), 2019, 87–93.
- [9] Martín-Sánchez FJ, Triana FC, Rossello X et al., Effect of risk of malnutrition on 30-day mortality among older patients with acute heart failure in Emergency Departments. *Eur J Intern Med*, 2019;65:69-77.

STATUS OF FOOD SAFETY AND HYGIENE IN COLLECTIVE KITCHEN OF SOME HOSPITALS IN HANOI IN 2020

Nguyen Thi Thu Ha^{1*}, Trinh Bao Ngoc¹, Tran Ngoc Tu²

¹*Institute of Preventive Medicine and Public Health Training, Hanoi Medical University - No.1 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam*

²*Hanoi Department of Food Safety and Hygiene - 35 Tran Binh, Mai Dich, Cau Giay, Hanoi, Vietnam*

Received: 08/09/2023

Revised: 29/09/2023; Accepted: 30/10/2023

ABSTRACT

Objective: Describe the current status of food safety and hygiene conditions in collective kitchens of some hospitals in Hanoi in 2020.

Method: A cross-sectional study was conducted on 32 collective kitchens of grassroots and central hospitals in Hanoi.

Results: This study showed that 12.5% of hospital kitchens meet general food hygiene and safety conditions, of which the highest was the three-step food inspection standard with 56.5% and the lowest was the three-step food inspection standard with 56.5% and the lowest. The group of conditions on records and books accounted for only 37.5%. The percentage of central hospital kitchens that meet food safety and hygiene conditions was higher than that of grassroots hospital kitchens (21.4% and 5.6%).

Conclusion: The rate of hospital kitchens achieving food safety and hygiene is still low. It is necessary to further strengthen food hygiene and safety inspection and supervision activities in hospital collective kitchens.

Keywords: Food hygiene, food safety, collective kitchen, hospital.

*Corresponding author

Email address: nguyenha@hmu.edu.vn

Phone number: (+84) 973 404 966

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>



THỰC TRẠNG AN TOÀN VỆ SINH THỰC PHẨM TẠI BẾP ĂN TẬP THỂ CỦA MỘT SỐ BỆNH VIỆN TẠI HÀ NỘI NĂM 2020

Nguyễn Thị Thu Hà^{1*}, Trịnh Bảo Ngọc¹, Trần Ngọc Tú²

¹Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội - Số 1 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

²Chi cục An toàn vệ sinh thực phẩm Hà Nội - 35 Trần Bình, Mai Dịch, Cầu Giấy, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 08 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 29 tháng 09 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 30 tháng 10 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng điều kiện an toàn vệ sinh thực phẩm các bếp ăn tập thể của một số bệnh viện tại Hà Nội năm 2020.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang được tiến hành trên 32 bếp ăn tập thể (BĂTT) bệnh viện tuyến cơ sở và tuyến trung ương tại Hà Nội.

Kết quả: Nghiên cứu này cho thấy có 12,5% BĂTT của các bệnh viện đạt điều kiện an toàn vệ sinh thực phẩm (ATVSTP) chung, trong đó cao nhất là tiêu chuẩn kiểm thực ba bước với 56,5% và thấp nhất là nhóm điều kiện về hồ sơ, sổ sách chỉ chiếm 37,5%. Tỷ lệ các bếp ăn bệnh viện tuyến trung ương đạt về điều kiện an toàn vệ sinh thực phẩm cao hơn các bếp ăn bệnh viện tuyến cơ sở (21,4% với 5,6%).

Kết luận: Tỷ lệ các BĂTT đạt về ATVSTP còn thấp. Cần tăng cường hơn nữa các hoạt động kiểm tra giám sát vệ sinh an toàn thực phẩm các bếp ăn tập thể bệnh viện.

Từ khóa: Vệ sinh thực phẩm, An toàn thực phẩm, bếp ăn tập thể, bệnh viện.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngộ độc thực phẩm là vấn đề sức khỏe cộng đồng phổ biến và quan trọng trên toàn thế giới. Tại Việt Nam, theo số liệu của Tổng cục Thống kê cho thấy, năm 2017 ghi nhận 111 vụ ngộ độc thực phẩm, làm 3374 người bị ngộ độc và có 22 người đã bị tử vong. Trong 6 tháng đầu năm 2018, cả nước xảy ra 44 vụ ngộ độc thực phẩm, làm 1.207 người bị ngộ độc và 7 trường hợp tử vong[1].

Trong đó, bếp ăn tập thể (BĂTT) là nơi có nguy cơ cao dẫn đến ngộ độc thực phẩm (90%) do số lượng suất ăn

lớn nên quá trình chế biến bảo quản và vận chuyển đã ảnh hưởng đến chất lượng của các suất ăn[2]. Vấn đề vệ sinh an toàn thực phẩm tại các BĂTT trong bệnh viện cần phải quan tâm đặc biệt hơn vì đối tượng ăn uống tại đây phần lớn là những bệnh nhân nên dễ bị ngộ độc thực phẩm hơn những đối tượng khỏe mạnh khác[3].

Từ năm 2011 Bộ Y tế ban hành Thông tư 08/2011/TT-BYT về “Hướng dẫn công tác dinh dưỡng tiết chế trong bệnh viện” trong đó có qui định về việc thành lập các bếp ăn tập thể cung cấp các suất ăn cho bệnh nhân tại

*Tác giả liên hệ

Email: nguyentha@hmu.edu.vn

Điện thoại: (+84) 973 404 966

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>

khoa Dinh dưỡng của các bệnh viện[4]. Cho đến nay rất nhiều bệnh viện đã có khoa Dinh dưỡng tiết chế và xây dựng được các bếp ăn tại bệnh viện. Do vậy, để tìm hiểu thực trạng các bếp ăn tập thể của các bệnh viện tại Hà Nội hiện nay thế nào, có đạt được các tiêu chí về an toàn vệ sinh thực phẩm của Bộ Y tế hay không, từ đó đề xuất những giải pháp quản lý cho phù hợp đối với cơ quan quản lý về ATTP nên chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu” với mục tiêu “*Mô tả thực trạng điều kiện an toàn vệ sinh thực phẩm các bếp ăn tập thể của một số bệnh viện tại Hà Nội năm 2020*”.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: 8/2020 đến 3/2021 tại BẮTT của 32 bệnh viện tại Hà Nội

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Các BẮTT trực thuộc khoa dinh dưỡng của bệnh viện thuộc địa bàn thành phố Hà Nội. **Tiêu chuẩn lựa chọn:** BẮTT chế biến, trực tiếp cung cấp suất ăn cho người bệnh, người nhà và cán bộ của bệnh viện. Được sự đồng ý tham gia của trưởng khoa Dinh dưỡng các bệnh viện. **Tiêu chuẩn loại trừ:** Các BẮTT đang ngưng hoạt động trong thời gian điều tra hoặc các BẮTT đang hoạt động nhưng không hợp tác sau 02 lần làm việc.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu: Nghiên cứu được tiến hành trên toàn bộ các BẮTT bệnh viện tuyến trung ương và 50% các BẮTT bệnh viện tuyến quận/huyện của thành phố nếu được sự đồng ý và cho phép của Ban giám đốc bệnh viện và trưởng khoa Dinh dưỡng của bệnh viện. Thực tế, nghiên cứu đã tiến hành được trên 32 bếp ăn tập thể bệnh viện bao gồm 14 bệnh viện tuyến trung ương do Bộ Y tế quản lý và 18 bệnh viện tuyến cơ sở do Sở Y tế Hà Nội quản lý.

2.5. Biến số, tiêu chuẩn đánh giá

Bảng kiểm quan sát để đánh giá điều kiện vệ sinh của các BẮTT. Căn cứ theo nghị định 155/2018/NĐ-CP ngày 12/11/2018[5]; thông tư 48/2015/TT-BYT ngày 01/12/2015 của Bộ Y tế[6] và dựa theo “Tài liệu hướng dẫn bảo đảm an toàn thực phẩm tại bếp ăn tập thể” của Sở Y tế Hà Nội[7] và một số tài liệu để xây dựng nhóm biến số về điều kiện ATVSTP đối với BẮTT. Các biến số này được thu thập bằng phương pháp quan sát có sử dụng bảng kiểm kết hợp xem xét hồ sơ, sổ sách (sổ kiểm thực ba bước, lưu mẫu thực phẩm, hồ sơ hợp đồng mua nguyên liệu thực phẩm...).

Đánh giá cụ thể: Đối với câu hỏi một lựa chọn có được 1 điểm, lựa chọn không thì không được điểm; với câu hỏi nhiều lựa chọn mỗi ý có được 1 điểm, lựa chọn không thì không được điểm. Thang điểm có tổng số điểm tối đa là 46, cụ thể: nhóm biến số về điều kiện vệ sinh cơ sở tối đa 20 điểm, nhóm biến số về điều kiện vệ sinh dụng cụ tối đa 9 điểm, nhóm biến số về bảo quản thực phẩm tối đa 6 điểm, nhóm biến số về thực hiện kiểm thực ba bước, lưu mẫu thực phẩm tối đa 4 điểm, nhóm biến số về hồ sơ pháp lý, sổ sách tối đa 7 điểm.

Cách đánh giá BẮTT đạt điều kiện ATVSTP: đánh giá tỷ lệ % đạt theo từng tiêu chí và đánh giá tổng hợp chung theo thang điểm. BẮTT đạt điều kiện ATVSTP khi đạt 100% tổng số điểm trong bảng kiểm, tương ứng 46 điểm.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được nhập, làm sạch bằng phần mềm Epidata 3.1 và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y Hà Nội. Đối tượng có quyền từ chối tham gia, các thông tin cá nhân của đối tượng được đảm bảo giữ bí mật.



3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Điều kiện vệ sinh cơ sở

Điều kiện vệ sinh cơ sở	Đạt		Không đạt	
	n	%	n	%
<i>Thiết kế và tổ chức bếp ăn</i>				
Thiết kế bếp một chiều	25	78,1	7	21,9
Phân khu riêng biệt	25	78,1	7	21,9
Khu vực sơ chế, CBTP đảm bảo vệ sinh	20	62,5	12	37,5
Nhà ăn riêng biệt với khu CBTP	30	93,8	2	6,3
Khu chia đồ ăn chín riêng biệt, hợp vệ sinh	28	87,5	4	12,5
<i>Kết cấu nền, tường, trần, cửa nhà bếp</i>				
Nền bếp	32	100	0	0
Tường bếp	31	96,9	1	3,1
Trần bếp	32	100	0	0
Cửa sổ, cửa ra vào	32	100	0	0
<i>Nguồn nước sử dụng CBTP</i>				
Đủ nước sạch	32	100	0	0
Giếng/bể chứa có nắp đậy	31	96,9	1	3,1
<i>Vệ sinh cống rãnh khu vực chế biến</i>				
Thông thoáng, không ứ đọng	23	71,9	9	28,1
Có nắp đậy	30	93,8	2	6,3
<i>Thùng chứa rác</i>				
Có nắp đậy kín	18	56,3	14	43,7
Không rò rỉ nước ra bên ngoài	26	81,3	6	18,7
Được đổ hàng ngày	31	96,9	1	3,1
<i>Nhà vệ sinh khu bếp</i>				
Ngăn với khu chế biến, BQTP	29	90,6	3	9,4
Đầy đủ nước, chất tẩy rửa	31	96,9	1	3,1
Đảm bảo vệ sinh sạch sẽ	29	90,6	3	9,4
Phòng thay bảo hộ lao động	17	53,1	15	46,9

Bảng 1 cho thấy với điều kiện vệ sinh cơ sở: về kết cấu nền, tường, trần cửa nhà bếp và nguồn nước sử dụng chế biến thực phẩm, nền bếp ăn; trần bếp ăn và cửa sổ cửa ra vào nguồn nước sử dụng CBTP đa phần đều đạt trên 90%. Một số chỉ tiêu có tỷ lệ bếp ăn đạt điều kiện thấp hơn như số bếp ăn có thiết kế theo nguyên tắc một

chiều và phân khu riêng biệt giữa thực phẩm sống và chín, bếp ăn có phòng riêng thay đồ bảo hộ lao động; thùng chứa rác có nắp đậy kín và các bếp ăn có khu vực sơ chế, CBTP đảm bảo sạch, không bị ngập nước, đọng nước, cách biệt với nguồn gây ô nhiễm.

Bảng 2. Điều kiện vệ sinh dụng cụ

	Đạt		Không đạt	
	n	%	n	%
Điều kiện về dụng cụ				
Chất liệu của dụng cụ chế biến, chứa đựng thực phẩm	32	100	0	0
Bát, đĩa, cốc, thìa, đũa	24	75,0	8	25,0
Dao, thớt phân loại riêng dùng trong CBTP sống và chín	23	71,9	9	28,1
Tủ đông, tủ lạnh vệ sinh	21	65,6	11	34,4
Kẹp riêng chia đồ ăn chín	25	78,1	7	21,9
Bàn cao để sơ chế, phân loại thực phẩm	32	100	0	0
Giá, kệ đựng rổ, giá, dụng cụ CBTP	21	65,6	11	34,4
Vệ sinh dụng cụ chế biến	32	100	0	0
Chất tẩy rửa dụng cụ chế biến	32	100	0	0
Điều kiện vệ sinh, bảo quản thực phẩm				
Kho BQTP, có hệ thống chống côn trùng	16	50,0	16	50,0
Biên tên, nội quy sử dụng kho	16	50,0	16	50,0
Giá kệ kê cao TP	26	81,3	6	18,8
Phụ gia thực phẩm	30	93,8	2	6,3
Hạn sử dụng của thực phẩm bao gói sẵn	30	93,8	2	6,3
Bảo quản, che đậy thức ăn chín trước khi ăn	28	87,5	4	12,5

Bảng 2 cho thấy các tiêu chí về dụng cụ tỷ lệ đạt khá cao. Chỉ có 65,6% các bếp ăn đạt điều kiện về tủ đông, tủ lạnh vệ sinh và rổ, giá, dụng cụ đựng thực phẩm được để trên giá kệ. Các tiêu chí còn lại đạt trên 70% như: kẹp riêng chia đồ ăn chín, dao, thớt phân loại

riêng; bát, đĩa, cốc, thìa rửa sạch, giữ khô; Bên cạnh đó, chỉ có 50% các bếp có kho bảo quản thực phẩm, có hệ thống chống côn trùng và có biên tên kho và nội quy sử dụng kho.

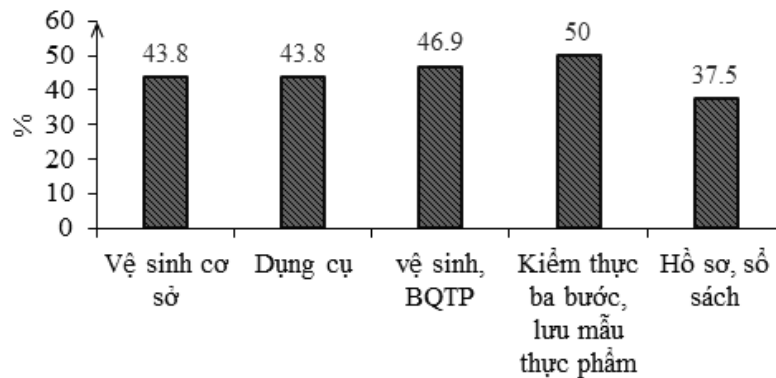


Bảng 3. Điều kiện thực hiện kiểm thực ba bước, lưu mẫu thực phẩm

Điều kiện thực hiện kiểm thực ba bước, lưu mẫu thực phẩm	Đạt		Không đạt	
	n	%	n	%
Lưu mẫu thực phẩm	29	90,6	3	9,4
Lưu mẫu thực phẩm đủ số lượng	18	56,3	14	43,8
Nhãn mẫu thực phẩm lưu	22	68,8	10	31,3
Tủ bảo quản mẫu thực phẩm lưu	26	81,3	6	18,8
Điều kiện về thủ tục pháp lý				
Giấy CNCSDĐKATTP/Bản cam kết	28	87,5	4	12,5
Số kiểm thực ba bước của bếp ăn tập thể	18	56,3	14	43,8
Hợp đồng cung cấp thực phẩm	31	96,9	1	3,1
Hóa đơn mua thực phẩm hàng ngày	30	93,8	2	6,3
Giấy kiểm dịch thú y với sản phẩm thịt \geq 50kg	24	75,0	8	25,0
Giấy khám sức khỏe người chế biến	29	90,6	3	9,4
Có hồ sơ ghi chép theo dõi hàng ngày (nguồn gốc các loại nguyên liệu thực phẩm, mẫu lưu thức ăn đã chế biến, thực đơn)	28	87,5	4	12,5

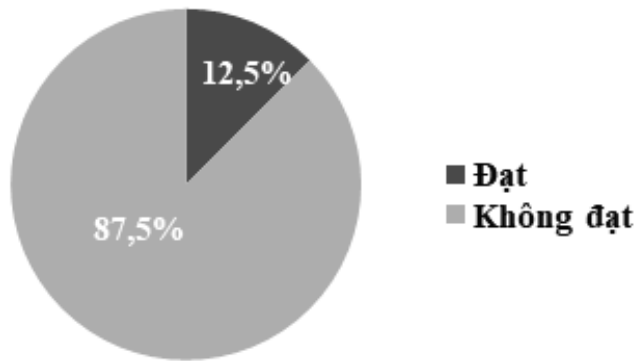
Bảng 3 cho thấy vẫn còn tỷ lệ đạt khá thấp ở các tiêu chí như lưu mẫu thực phẩm và số kiểm thực ba bước.

Biểu đồ 1. Tỷ lệ các bếp ăn đạt an toàn vệ sinh thực phẩm theo các nhóm điều kiện



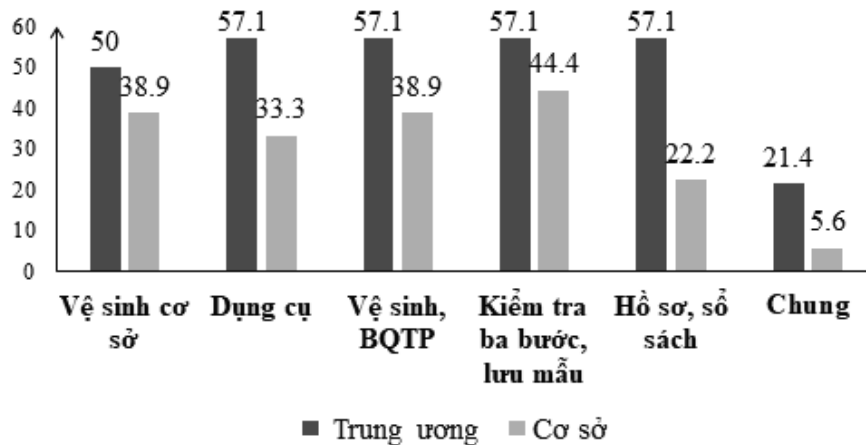
Biểu đồ 1 cho thấy thấp nhất là nhóm điều kiện về hồ sơ sổ sách tỷ lệ đạt chỉ chiếm 37,5%. Các nhóm điều kiện còn lại đều chỉ đạt trên 40% như kiểm thực ba bước, lưu mẫu thực phẩm (50%); vệ sinh, BQTP (46,9%); vệ sinh cơ sở và dụng cụ đều đạt 43,8%.

Biểu đồ 2. Tỷ lệ các bếp ăn bệnh viện đạt tiêu chuẩn chung về điều kiện đảm bảo ATVSTP



Biểu đồ 2 cho thấy có 87,5% các bệnh viện có BẮTT không đạt tiêu chuẩn chung về điều kiện đảm bảo ATVSTP BẮTT.

Biểu đồ 3. Tỷ lệ các bếp ăn bệnh viện đạt về ATVSTP theo nhóm điều kiện và tuyến



Biểu đồ 3 cho thấy tỷ lệ các bếp ăn bệnh viện tuyến trung ương đạt về điều kiện an toàn vệ sinh thực phẩm cao hơn các bếp ăn bệnh viện tuyến cơ sở do Sở y tế quản lý (21,4% với 5,6%).

4. BÀN LUẬN

An toàn thực phẩm bếp ăn tập thể luôn là mối quan tâm hàng đầu của người dân, đặc biệt trong bối cảnh dịch Covid-19 diễn biến phức tạp như hiện nay, trong đó, đặc biệt là tại các bệnh viện nơi có nhiều đối tượng có yếu tố nguy cơ cao[4]. Theo như kết quả của nghiên cứu chúng tôi cho thấy chỉ có 12,5% các bệnh viện đạt đầy đủ tất cả các tiêu chuẩn chung về điều kiện đảm bảo ATTP theo Nghị định 155/2018/NĐ-CP về việc

sửa đổi, bổ sung một số quy định liên quan đến điều kiện đầu tư kinh doanh thuộc phạm vi quản lý nhà nước của Bộ Y tế[5]. Kết quả này thấp hơn rất nhiều kết quả nghiên cứu Ngô Oanh Oanh với 86% các bếp ăn mầm non đạt tiêu chuẩn[8], nghiên cứu của Đặng Quang Tân với 68,6% các bếp ăn tiểu học ở Hà Nội năm 2018[9] và nghiên cứu của Nguyễn Thị Đào tại các bệnh viện công lập tỉnh Thanh Hóa năm 2017 cho thấy tỉ lệ BẮTT bệnh viện đạt điều kiện chung bảo đảm ATTP là 59,4%[10]. Đồng thời, cũng thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thu Hòa năm 2017 tại các bếp ăn tập thể khu công nghiệp với 56,2% BẮTT đạt điều kiện về ATTP[11].

Xét từng nhóm điều kiện về ATVSTP, nhóm điều kiện về hồ sơ, sổ sách đạt điều kiện thấp nhất và cao nhất là nhóm điều kiện về kiểm thực ba bước và lưu mẫu

thực phẩm. Kết quả này thấp hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Giang[12] với tỷ lệ đạt về vệ sinh cơ sở; dụng cụ chế biến; bảo quản thực phẩm; kiểm thực ba bước, lưu mẫu thực phẩm; hồ sơ, sổ sách lần lượt là 77,8%; 72,2%; 86,1%; 94,4% và 97,2%²³ và nghiên cứu Nguyễn Thị Đào trong đó: điều kiện cơ sở vật chất đạt 59,4%; điều kiện trang thiết bị dụng cụ đạt 62,5%; điều kiện kiểm soát nguyên liệu thực phẩm là 65,6%[10].

Bên cạnh đó, khi phân theo tuyến bệnh viện, kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ các bếp ăn bệnh viện tuyến trung ương đạt về điều kiện an toàn vệ sinh thực phẩm cao hơn các bếp ăn bệnh viện tuyến cơ sở. Kết quả này có thể lí giải do đối tượng nghiên cứu là toàn bộ các bếp ăn bệnh viện tuyến trung ương và 50% các bệnh viện tuyến cơ sở; trong khi đó, các bệnh viện tuyến trung ương từ lâu đã có khoa dinh dưỡng quản lý vì vậy việc đạt điều kiện an toàn thực phẩm cao hơn. Tuy nhiên, tỷ lệ này vẫn thấp so với tỷ lệ đạt về điều kiện an toàn thực phẩm với các cơ sở khác như ở các trường học và các khu công nghiệp do những năm gần đây vấn đề ATVSTP ngày càng được quan tâm, công tác thanh tra, giám sát ngày càng được tăng cường; đặc biệt là tại các trường học và khu công nghiệp; vì vậy, có sự đầu tư hơn về cơ sở vật chất, trang thiết bị tại các cơ sở đó.

Bên cạnh đó, vấn đề ATVSTP ở tại các bệnh viện hiện nay vẫn còn chưa được quan tâm đúng mức. Cho đến năm 2020, BHYT mới ban hành thông tư 18/2020/TT-BYT quy định về hoạt động dinh dưỡng trong bệnh viện đối với bệnh viện có quy mô từ 100 giường bệnh trở lên bắt buộc phải thành lập khoa Dinh dưỡng, trong đó mỗi 100 giường bệnh phải có tối thiểu 01 người làm chuyên môn về dinh dưỡng[13]. Vì vậy, vấn đề dinh dưỡng trong bệnh viện nói chung đặc biệt là vấn đề an toàn thực phẩm mới được để ý hơn trước. Tuy nhiên, các bệnh viện nghiên cứu vẫn có diện tích hạn chế, nhiều bệnh viện cơ sở vật chất xuống cấp, các khoa dinh dưỡng thành lập còn tương đối non trẻ. Không những thế, hiện nay chưa có nghiên cứu nào tại Hà Nội đánh giá về an toàn thực phẩm bếp ăn tập thể tại bệnh viện. Vì vậy, vấn đề an toàn thực phẩm tại các bếp ăn tập thể cần được các bệnh viện quan tâm hơn nữa.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ các BẮTT đạt về ATVSTP còn thấp đặc biệt các BẮTT tại tuyến cơ sở. Cần tăng cường hơn nữa các hoạt động kiểm tra giám sát vệ sinh an toàn thực phẩm các bếp ăn tập thể bệnh viện về các nhóm điều kiện như kiểm thực ba bước và hồ sơ, sổ sách nguồn gốc thực phẩm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Thu Hòa, *Đẩy mạnh phát triển chuỗi cung ứng thực phẩm an toàn*, Tạp chí Con số và Sự kiện, 2018;(532)
- [2] Bộ Y tế, Quyết định số 4128/2001/QĐ-BYT ngày 03/10/2001 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành “Quy định về điều kiện bảo đảm An toàn vệ sinh thực phẩm các nhà ăn, bếp ăn tập thể và cơ sở kinh doanh chế biến suất ăn sẵn”, 2001.
- [3] Buccheri C, Casuccio A, Giammanco S et al., Food safety in hospital: knowledge, attitudes and practices of nursing staff of two hospitals in Sicily, Italy. *BMC health services research*. Apr 3 2007;7:45. doi:10.1186/1472-6963-7-45
- [4] Bộ Y tế, Thông tư 08/2011/TT-BYT về Hướng dẫn công tác dinh dưỡng, tiết chế trong bệnh viện, 2011.
- [5] Bộ Y tế, Nghị định số 155/2018/NĐ-CP ngày 12 tháng 11 năm 2018 về sửa đổi, bổ sung một số quy định liên quan đến điều kiện đầu tư kinh doanh thuộc phạm vi quản lý nhà nước của Bộ Y tế, 2018.
- [6] Bộ Y tế, Thông tư 48/2015/TT-BYT ngày 1/12/2015 quy định hoạt động kiểm tra an toàn thực phẩm trong sản xuất, kinh doanh thực phẩm thuộc phạm vi quản lý của Bộ Y tế, 2015.
- [7] Chi cục An toàn thực phẩm, Sở Y tế, Tài liệu hướng dẫn bảo đảm an toàn thực phẩm tại bếp ăn tập thể; Tài liệu lưu hành nội bộ, tr 6 - 20 (2018).
- [8] Ngô Oanh Oanh, *Thực trạng và quản lý an toàn vệ sinh thực phẩm tại bếp ăn các trường mầm non của huyện Lâm Thao, tỉnh Phú Thọ năm*

- 2016, Đại học Y Hà Nội; 2017.
- [9] Đặng Quang Tân, Thực trạng an toàn vệ sinh thực phẩm tại bếp ăn tập thể của một số trường tiểu học thành phố Hà Nội năm 2018, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội; 2019.
- [10] Nguyễn Thị Đào, Thực trạng điều kiện bảo đảm an toàn thực phẩm tại khoa dinh dưỡng thuộc các bệnh viện công lập tỉnh Thanh Hóa năm 2017, Tạp chí Khoa học điều dưỡng. 2018;1(3):83-88.
- [11] Nguyễn Thu Hòa, Khảo sát, đánh giá an toàn vệ sinh thực phẩm các bếp ăn tập thể Khu công nghiệp Bắc Thăng Long Đông Anh-Hà Nội, Trường Đại học Bách khoa Hà Nội; 2017.
- [12] Nguyễn Thị Giang, Hoàng Đức Hạnh, Nguyễn Thùy Dương & cs, Thực trạng an toàn thực phẩm tại bếp ăn tập thể các trường tiểu học khu vực nội thành Hà Nội năm 2015; Tạp chí Y học thực hành, (7), 2016;17-20.
- [13] Bộ Y tế, Thông tư 18/2020/TT-BYT quy định về hoạt động dinh dưỡng trong bệnh viện, 2020.



CHARACTERISTICS OF SERUM VITAMIN D CONCENTRATIONS IN PATIENTS WITH SOME RESPIRATORY DISEASES AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Luu Van Thai¹, Nguyen Duc Tuan^{1,2}, Nguyen Thi Ngoc Lan^{1,2*}

¹Hanoi Medical University - No1 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Medical University Hospital - No1 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

Received: 08/09/2023

Revised: 29/09/2023; Accepted: 31/10/2023

ABSTRACT

Objective: This study aims to survey of serum vitamin D concentration in a group of patients with SARS-CoV-2 infection and some other respiratory diseases at the Hospital of Hanoi Medical University.

Subject and method: A cross-sectional descriptive study was conducted on 196 study subjects, including 37 pneumonia patients with SARS-CoV-2 infection, 35 study subjects with bronchitis and pneumonia, 65 study subjects with asthma, 15 study subjects with COPD.

Results: The proportion of study subjects with severe vitamin D deficiency (below 20 ng/mL) in these groups were 81,08%, 28,10%, 38,40%, 33,30%. The vitamin D concentration in the pneumonia patients with SARS-CoV-2 infection group was lower compared to the other groups, the difference is statistically significant $p < 0,01$. The proportion of study subjects with very severe vitamin D deficiency (below 10 ng/mL) in the COVID-19 group was as high as 37,80%. Additionally, the pneumonia patients with SARS-CoV-2 infection group with a history of diabetes had a lower average vitamin D concentration compared to the group without underlying diabetes ($9,24 \pm 3,47$ ng/mL and $14,63 \pm 7,45$ ng/mL, $p = 0,004$), the proportion of study subjects with a vitamin D concentration below 10 ng/mL in these two groups were 58,30% and 28,00% respectively, the difference is statistically significant $p < 0,05$.

Conclusion: In the group of patients with respiratory diseases at the Hospital of Hanoi Medical University, there was a high prevalence of vitamin D deficiency, in which the group of pneumonia patients with SARS-CoV-2 infection had the highest rate of vitamin D deficiency.

Keywords: Respiratory diseases, COVID-19, Vitamin D, 25(OH)D.

*Corresponding author

Email address: ngoclannnguyen@hmu.edu.vn

Phone number: (+84) 964 311 285

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>

ĐẶC ĐIỂM NỒNG ĐỘ VITAMIN D HUYẾT THANH TRÊN BỆNH NHÂN MẮC BỆNH LÝ HÔ HẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Lưu Văn Thái¹, Nguyễn Đức Tuấn^{1,2}, Nguyễn Thị Ngọc Lan^{1,2*}

¹Trường Đại học Y Hà Nội - Số 1 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội - Số 1 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 08 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 29 tháng 09 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 31 tháng 10 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm nồng độ vitamin D huyết thanh trên nhóm bệnh nhân viêm phổi do mắc virus SARS-CoV-2 và một số bệnh lý hô hấp khác tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 196 đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) bao gồm 37 ĐTNC viêm phổi do mắc virus SARS-CoV-2, 35 ĐTNC mắc viêm phế quản, viêm phổi (VPQ/VP) do các tác nhân khác, 65 ĐTNC mắc hen, 15 ĐTNC mắc COPD.

Kết quả: Tỷ lệ ĐTNC có tình trạng thiếu vitamin D nặng (dưới 20 ng/mL) của các nhóm trên lần lượt là 81,08%, 28,10%, 38,40%, 33,30%. Nồng độ vitamin D ở nhóm bệnh nhân viêm phổi do mắc virus SARS-CoV-2 thấp hơn so với các nhóm còn lại, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê $p < 0,01$. Tỷ lệ ĐTNC có tình trạng thiếu vitamin D rất nặng (dưới 10 ng/mL) ở nhóm bệnh nhân viêm phổi do mắc virus SARS-CoV-2 lên tới 37,80%. Bên cạnh đó, nhóm bệnh nhân viêm phổi do mắc virus SARS-CoV-2 có tiền sử bệnh lý đái tháo đường (ĐTĐ) có nồng độ vitamin D trung bình thấp hơn so với nhóm không mắc ĐTĐ ($9,24 \pm 3,47$ ng/mL và $14,63 \pm 7,45$ ng/mL, $p = 0,004$), tỷ lệ ĐTNC có nồng độ vitamin D dưới 10 ng/mL của 2 nhóm trên lần lượt là 58,30% và 28,00%, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Kết luận: Trong nhóm các bệnh nhân mắc bệnh lý hô hấp tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội có tỷ lệ thiếu hụt vitamin D cao, trong đó nhóm bệnh nhân viêm phổi do mắc virus SARS-CoV-2 có tỷ lệ thiếu hụt vitamin D cao nhất.

Từ khóa: Bệnh hô hấp, COVID-19, Vitamin D, 25(OH)D.

*Tác giả liên hệ

Email: ngoclannguyen@hmu.edu.vn

Điện thoại: (+84) 964 311 285

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vitamin D là một vitamin tan trong dầu có ý nghĩa quan trọng đối với sức khỏe của con người. Trong cơ thể, dưới tác dụng của enzym 25-hydroxylase, tiền vitamin D được chuyển thành 25-hydroxylvitamin D (25(OH)D), đây được coi là chất phản ánh tốt nhất tình trạng vitamin D trong máu. Hiện nay, tình trạng thiếu vitamin D đã và đang là một vấn đề sức khỏe toàn cầu ảnh hưởng tới hàng tỷ người trên thế giới cũng như tại Việt Nam, đặc biệt tình trạng này có thể trầm trọng hơn trên các đối tượng có bệnh lý nền kèm theo như bệnh lý hô hấp, đái tháo đường, tim mạch, ung thư,...

Ngay từ những năm 1980, R. Edgar Hope-Simpson đã nhận thấy tính chất mùa của một số bệnh lý hô hấp, điều này được lý giải do liên quan tới bức xạ mặt trời, một yếu tố quan trọng cung cấp nguồn vitamin D nội sinh của cơ thể. Ngày nay, bên cạnh những vai trò kinh điển của vitamin D trong điều hòa nồng độ canxi và phospho trong máu, nhiều nghiên cứu trên thế giới gần đây đã cho thấy vai trò của vitamin D trong hoạt động của hệ thống miễn dịch của cơ thể. Vitamin D kích hoạt các tế bào miễn dịch để sản xuất AMPs, bao gồm các phân tử được biết đến với tên gọi là cathelicidins và defensins tham gia vào các quá trình đáp ứng miễn dịch chống lại vi khuẩn, virus.[1] Một nghiên cứu can thiệp cho thấy vitamin D làm giảm tỷ lệ mắc bệnh nhiễm trùng đường hô hấp ở trẻ em. [1] Gần đây, với sự nổi lên của đại dịch COVID-19, một số nghiên cứu như nghiên cứu của G.E.Carpagnano (2021) nhấn mạnh rằng, sau 10 ngày nhập viện, bệnh nhân nhiễm virus SARS-CoV-2 có nồng độ vitamin D dưới 10 ng/mL có nguy cơ tử vong lên tới 50%, trong khi tỷ lệ này ở những bệnh nhân có nồng độ vitamin D trên 10 ng/mL chỉ là 5%.[2] Một nghiên cứu khác của Ali Daneshkhah (2020) đã chỉ ra việc thiếu vitamin D có liên quan đến sự gia tăng diễn biến nặng cũng như tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân nhiễm virus SARS-CoV-2.[3]

Hiện nay, các nghiên cứu trên thế giới về tình trạng vitamin D ở bệnh nhân có bệnh lý hô hấp như COVID-19, viêm phổi, viêm phế quản,... đang ngày càng nhận được nhiều sự quan tâm. Ở nước ta, trước tình hình đại dịch COVID-19 diễn ra phức tạp, bộ y tế đã nhanh chóng đưa ra khuyến cáo về chế độ dinh dưỡng cho người nhiễm virus SARS-CoV-2, trong đó có việc bổ sung đầy đủ vitamin D, tuy nhiên tại Việt Nam, những nghiên cứu về tình trạng vitamin D ở bệnh nhân COVID-19 nói riêng và các bệnh lý hô hấp nói

chung còn chưa nhiều [7]. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu này nhằm mục đích khảo sát nồng độ vitamin D và đánh giá mối liên quan giữa tình trạng vitamin D với một số yếu tố khác ở bệnh nhân mắc bệnh lý hô hấp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Từ 1/2021 đến tháng 6/2023 tại Khoa Xét nghiệm, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn nhóm bệnh:

Nhóm bệnh nhân viêm phổi do mắc virus SARS-CoV-2 COVID-19: Đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) được chẩn đoán nhiễm virus SARS-CoV-2 theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19 số 250/QĐ-BYT của Bộ Y Tế và bệnh nhân có dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng chẩn đoán viêm phổi.

Nhóm bệnh nhân hen: ĐTNC được chẩn đoán mắc hen phế quản theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị hen phế quản số 1851/QĐ-BYT của Bộ Y Tế.

Nhóm bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính COPD: ĐTNC được chẩn đoán mắc COPD theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD) số 2767/QĐ-BYT của Bộ Y Tế.

Nhóm bệnh nhân viêm phế quản, viêm phổi (VP/VPQ): ĐTNC được chẩn đoán mắc VPQ, VP theo Hướng dẫn số 4235/QĐ-BYT của Bộ Y Tế.

3 đối tượng còn lại đều không nhiễm virus SARS-CoV-2.

Tất cả đối tượng nghiên cứu có đầy đủ thông tin hồ sơ bệnh án và được thực hiện xét nghiệm định lượng nồng độ 25-hydroxy vitamin D huyết thanh (25(OH)D).

Tiêu chuẩn loại trừ:

Phụ nữ có thai, người dưới 18 tuổi.

ĐTNC mắc kèm theo ít nhất một trong các bệnh lý sau: Bệnh nhân mắc hội chứng Cushing; bệnh lý tuyến giáp, tuyến cận giáp. Bệnh nhân có tiền sử cắt dạ dày, viêm đường tiêu hóa mãn tính. Bệnh nhân đã từng điều trị thuốc chống động kinh, thuốc gây độc tế bào, vitamin

D hoặc các chế phẩm có chứa vitamin D.

ĐTNC không có đầy đủ hồ sơ bệnh án

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện bao gồm toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu.

2.5. Biên số/ chỉ số/ Nội dung/ chủ đề nghiên cứu

Thông tin chung về ĐTNC: Tuổi, giới, địa dư, tiền sử bệnh lý nền kèm theo.

Thông tin cận lâm sàng: nồng độ 25(OH)D trong máu. Tình trạng vitamin D: tình trạng vitamin D bình thường hoặc thiếu vitamin D mức độ nhẹ khi nồng độ 25(OH)D trên 20 ng/mL, thiếu vitamin D mức độ nặng khi nồng độ 25(OH)D từ 10-20 ng/mL, thiếu vitamin D mức độ rất nặng khi nồng độ 25(OH)D dưới 10 ng/mL.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

ĐTNC đáp ứng tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu được thu thập thông tin tuổi, giới, địa dư, tiền sử bệnh lý nền kèm theo dựa trên hồ sơ bệnh án và hỏi bệnh trực tiếp. Tiếp theo, ĐTNC được lấy máu và mẫu máu được vận chuyển tới khoa Xét nghiệm trong vòng 30 phút, sau đó tiến hành ly tâm tách huyết thanh. Xét nghiệm định

lượng nồng độ 25(OH)D được thực hiện trên hệ thống máy xét nghiệm Cobas C8000 e801 dựa trên phản ứng miễn dịch cạnh tranh. Xét nghiệm tuân thủ đúng khuyến cáo của nhà sản xuất và có kết quả thực hiện nội kiểm, ngoại kiểm đạt theo đúng quy định.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được nhập bằng phần mềm Microsoft Excel 2016 và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0, sử dụng kiểm định T-test cho 2 biến độc lập với mức ý nghĩa thống kê p value < 0,05

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Toàn bộ thông tin được hồi cứu từ hồ sơ bệnh án, các thông tin được bảo mật và không can thiệp vào quá trình điều trị bệnh nhân.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Trong tổng số 196 ĐTNC đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ có 37 ĐTNC thuộc nhóm viêm phổi do nhiễm virus SARS-CoV-2, 35 ĐTNC thuộc nhóm mắc VPQ/VP, 65 ĐTNC thuộc nhóm mắc hen, 15 ĐTNC thuộc nhóm mắc COPD.

Bảng 3.1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Nhóm			
		Nhóm bệnh nhân nhiễm virus SARS-CoV-2 (1)	Nhóm bệnh nhân VPQ/VP (2)	Nhóm bệnh nhân hen (3)	Nhóm bệnh nhân COPD (4)
		N= 37	N= 35	N= 65	N= 15
Nhóm tuổi	Tuổi trung bình	73,54 ± 14,65	38,53 ± 35,43	22,22 ± 20,92	69,73 ± 14,28
	Trên 60 tuổi	32 (86,49%)	11 (34,38%)	5 (7,69%)	13 (86,67%)
	Dưới 60 tuổi	5 (13,51%)	21 (65,63%)	60 (92,31%)	2 (13,33%)
Giới	Nam	16 (43,24%)	20 (62,50%)	36 (55,38%)	12 (80,00%)
	Nữ	21 (56,76%)	12 (37,50%)	29 (44,62%)	3 (20,00%)
Bệnh nền	ĐTĐ	12 (32,43%)	1 (3,13%)	0 (0,00%)	3 (20,00%)
	THA	24 (64,86%)	1 (3,13%)	5 (7,69%)	3 (21,43%)
	TM	8 (21,62%)	3 (9,38%)	1 (1,54%)	0 (0,00%)
	Ung thư	3 (8,11%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (7,14%)
	Khác	6 (16,22%)	9 (28,13%)	15 (23,08%)	4 (28,57%)



Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân viêm phổi do nhiễm virus SARS-CoV-2, nhóm bệnh nhân VPQ/VP, nhóm bệnh nhân hen, nhóm bệnh nhân COPD lần lượt là 73,54 ± 14,65 tuổi, 38,53 ± 35,43 tuổi, 22,22 ± 20,92 tuổi, 69,73 ± 14,28 tuổi. Trong nhóm bệnh nhân nhiễm virus SARS-CoV-2, tỷ lệ ĐTNC trên 60 tuổi chiếm 86,50%, tỷ lệ này ở nhóm bệnh nhân VPQ/VP, nhóm bệnh nhân hen, nhóm bệnh nhân COPD lần lượt

là 34,38%, 7,69%, 86,67%. ĐTĐ và THA là 2 bệnh lý nền thường gặp nhất, tỷ lệ ĐTNC có mắc ĐTĐ và THA trong Nhóm bệnh nhân nhiễm virus SARS-CoV-2 là 32,43% và 64,86%, tỷ lệ này trong nhóm bệnh nhân COPD là 20,00% và 21,43%.

3.2. Nồng độ vitamin D và tình trạng thiếu vitamin D của ĐTNC

Bảng 3.2: Nồng độ vitamin D và tỷ lệ thiếu vitamin D của ĐTNC

Đặc điểm	Nhóm				p value nhóm			
	Nhóm bệnh nhân nhiễm virus SARS-CoV-2 (1)	Nhóm bệnh nhân VPQ (2)	Nhóm bệnh nhân hen (3)	Nhóm bệnh nhân COPD (4)	(1) và (2)	(1) và (3)	(1) và (4)	
	N= 37	N= 35	N= 65	N= 15				
Nồng độ vitamin D (ng/mL)	12,88 ± 6,87	24,33 ± 8,08	23,95 ± 9,79	21,27 ± 6,73	<0,01	<0,01	<0,01	
Tình trạng vitamin D	>20 (ng/mL)	7 (18,92 %)	23 (71,9 %)	40 (61,6 %)	10 (66,7 %)	<0,05	<0,05	<0,05
	10-20 (ng/mL)	16 (43,24 %)	8 (25,0 %)	25 (38,4 %)	5 (33,3 %)			
	<10 (ng/mL)	14 (37,84 %)	1 (3,1 %)	0 (0,00 %)	0 (0,0 %)			

Nồng độ vitamin D trung bình ở nhóm bệnh nhân viêm phổi do nhiễm virus SARS-CoV-2 là 12,88 ± 6,87 ng/mL, giá trị này của các nhóm bệnh nhân VPQ/VP, nhóm bệnh nhân hen, nhóm bệnh nhân COPD lần lượt là 24,33 ± 8,08 ng/mL, 23,95 ± 9,79 ng/mL, 21,27 ± 6,73

ng/mL. Sự khác biệt về nồng độ và tình trạng vitamin D giữa Nhóm bệnh nhân nhiễm virus SARS-CoV-2 với các nhóm còn lại là có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

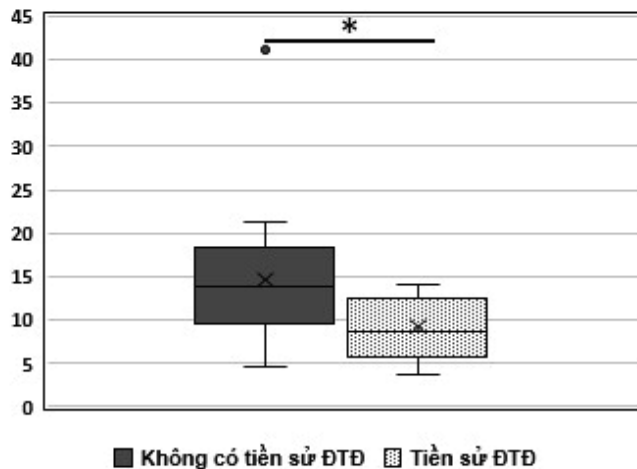
3.3. Một số yếu tố liên quan tới nồng độ vitamin D ở nhóm bệnh nhân nhiễm virus SARS-CoV-2

Bảng 3.3: Nồng độ vitamin D và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân nhiễm virus SARS-CoV-2 (N=37)

Đặc điểm	Nồng độ vitamin D (ng/mL)	Tình trạng vitamin D		
		<10 (ng/mL)	≥10 (ng/mL)	
		N=14	N=14	
Nhóm tuổi	<60	14,53 ± 5,40	2 (40,00%)	3 (60,00%)
	≥60	12,62 ± 7,11	12 (37,50%)	20 (62,50%)
Giới	Nam	13,57 ± 8,79	7 (43,75%)	9 (56,25%)
	Nữ	12,36 ± 5,14	7 (33,33%)	14 (66,67%)
Địa dư	Thành phố	12,41 ± 7,00	12 (38,71%)	19 (61,29%)
	Nông thôn	15,30 ± 6,12	2 (33,33%)	4 (66,67%)

Đặc điểm		Nồng độ vitamin D (ng/mL)	Tình trạng vitamin D	
			<10 (ng/mL)	≥10 (ng/mL)
			N=14	N=14
Tình trạng bệnh	Không nguy kịch	13,63 ± 9,20	7 (46,67%)	8 (53,33%)
	Nguy kịch	12,37 ± 4,88	7 (31,82%)	15 (68,18%)
Bệnh nền kèm theo	ĐTĐ	9,24 ± 3,47	7 (58,30%)	5 (41,70%)
	THA	13,02 ± 5,79	5 (35,70%)	9 (64,30%)
	Tim mạch	18,28 ± 10,42	1 (14,30%)	6 (85,70%)
	Bệnh lý khác	13,57 ± 4,86	2 (22,20%)	7 (77,80%)

Hình 1: Nồng độ vitamin D của bệnh nhân nhiễm virus SARS-CoV-2 có tiền sử ĐTĐ và không có tiền sử ĐTĐ



Trong nhóm bệnh nhân nhiễm virus SARS-CoV-2, nồng độ vitamin D của nhóm bệnh nhân ở mức độ nguy kịch là $12,37 \pm 4,88$ ng/mL và của các bệnh nhân COVID-19 mức độ trung bình, nặng là $13,63 \pm 9,20$ ng/mL. Nồng độ vitamin D ở nhóm có mắc ĐTĐ và nhóm không mắc ĐTĐ lần lượt là $9,24 \pm 3,47$ ng/mL và $14,63 \pm 7,45$ ng/mL, tỷ lệ ĐTNC có nồng độ vitamin D dưới 10 (ng/mL) của 2 nhóm trên lần lượt là 7/12 (58,30%) và 7/25 (28,00%). Sự khác biệt về nồng độ vitamin D và tình trạng vitamin D giữa 2 nhóm là có ý nghĩa thống kê ($p=0,004$).

4. BÀN LUẬN

Tình trạng thiếu vitamin D đã và đang là một vấn đề rất phổ biến hiện nay, ảnh hưởng tới hàng tỷ người trên

toàn cầu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, trong tổng số 196 ĐTNC có tới 86 ĐTNC (chiếm 43,88%) có tình trạng thiếu vitamin D mức độ nặng (dưới 20 ng/mL), tỷ lệ này ở Nhóm bệnh nhân nhiễm virus SARS-CoV-2, nhóm bệnh nhân VPQ/VP, nhóm bệnh nhân hen, nhóm bệnh nhân COPD lần lượt là 81,08%, 28,10%, 38,40%, 33,30%. Kết quả này cao hơn một số nghiên cứu khác như nghiên cứu của Chu Thị Phương Mai (2022) với 20,90% thiếu vitamin D hay nghiên cứu của Nguyễn Tấn Hiệp (2022) với 25,51% thiếu vitamin D mức độ nặng.[4] Sự khác biệt này có thể lý giải do sự khác biệt về cỡ mẫu, tiêu chuẩn lựa chọn ĐTNC giữa các nghiên cứu. Tuy nhiên, kết quả này một lần nữa nhấn mạnh tầm quan trọng của việc theo dõi và bổ sung vitamin D ở người Việt Nam nói chung và bệnh nhân mắc một số bệnh lý hô hấp nói riêng.

Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã cho thấy vitamin D là một yếu tố cần được quan tâm ở bệnh nhân COVID-19, đặc biệt là nhóm bệnh nhân nặng. Trong nghiên cứu này, kết quả của chúng tôi cho thấy nồng độ vitamin D huyết thanh ở Nhóm bệnh nhân nhiễm virus SARS-CoV-2 thấp hơn rất nhiều so với nhóm bệnh nhân mắc bệnh hô hấp khác. Đặc biệt, tỷ lệ ĐTNC có tình trạng thiếu vitamin D mức độ rất nặng (dưới 10 ng/mL) ở Nhóm bệnh nhân nhiễm virus SARS-CoV-2 lên tới 37,8%, trong khi chỉ có 1 ĐTNC thuộc các nhóm còn lại có tình trạng này. Sự khác biệt về nồng độ và tình trạng vitamin D giữa Nhóm bệnh nhân nhiễm virus SARS-CoV-2 và các nhóm còn lại là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu này tương tự như nghiên cứu của Panagiotou (2020) với 66,40% bệnh nhân COVID-19 có tình trạng thiếu vitamin D, đặc biệt có khoảng 21,60% thiếu vitamin D mức độ rất nặng.[5]

Trong bệnh lý COVID-19, bệnh lý nền của bệnh nhân là một yếu tố nguy cơ làm tăng nặng tình trạng bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 36/37 ĐTNC có bệnh lý nền kèm theo, trong đó chủ yếu là các bệnh ĐTĐ, THA và bệnh lý tim mạch. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã cho thấy mối liên quan giữa vitamin D và bệnh lý ĐTĐ như nghiên cứu của Alhewishel (2020) với 89,68% bệnh nhân mắc ĐTĐ type 2 có thiếu vitamin D.[6] Trong bệnh lý ĐTĐ type 2, phân tử $1,25(\text{OH})_2\text{D}$ kết hợp với thụ thể vitamin D trong tế bào β đảo tụy và tế bào đích làm kích thích biểu hiện của thụ thể insulin từ đó tăng cường quá trình tiết insulin và tăng sự nhạy cảm insulin. Tại Việt Nam, cũng đã có nhiều nghiên cứu cho thấy sự suy giảm nồng độ vitamin D ở bệnh nhân ĐTĐ như nghiên cứu của Nguyễn Lê Diệu Hiền (2023) với tỉ lệ thiếu vitamin D trên 117 đối tượng mắc ĐTĐ type 2 là 80,30%.[7] Trong nghiên cứu này, kết quả của chúng tôi nhận thấy nồng độ vitamin D ở Nhóm bệnh nhân nhiễm virus SARS-CoV-2 có bệnh nền ĐTĐ kèm theo và không có ĐTĐ kèm theo lần lượt là $9,24 \pm 3,47$ ng/mL và $14,63 \pm 7,45$ ng/mL, tỷ lệ bệnh nhân thiếu vitamin D mức độ rất nặng của 2 nhóm trên lần lượt là 58,30% và 28,00%. Sự khác biệt về nồng độ vitamin D và tình trạng vitamin D giữa 2 nhóm là có ý nghĩa thống kê ($p = 0,004$). Kết quả trên chỉ thấy tỷ lệ thiếu hụt vitamin D ở Nhóm bệnh nhân nhiễm virus SARS-CoV-2 đặc biệt là ở nhóm có tiền sử đái tháo đường đặc biệt cao. Chính vì vậy, trong nhiều nghiên cứu đã đề cập đến việc bổ sung thêm vitamin D cho bệnh nhân COVID-19, đặc biệt là bệnh nhân đái tháo

đường.[8] Bên cạnh đó, chúng tôi cũng nhận thấy nồng độ vitamin D của nhóm bệnh nhân nguy kịch cũng thấp hơn nhóm còn lại ($12,37 \pm 4,88$ ng/mL so với $13,63 \pm 9,20$ ng/mL), tuy nhiên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê, lý giải cho điều này có thể do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn chưa đủ lớn, số lượng bệnh nhân Covid thuộc nhóm nhẹ chưa nhiều.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thiếu vitamin D nặng của bệnh nhân mắc một số bệnh lý hô hấp như viêm phổi /COVID-19, VPQ/VP, hen, COPD là khá cao, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân viêm phổi do nhiễm virus SARS-CoV-2. Cần xem xét bổ sung Vitamin D trong quá trình điều trị cho các bệnh nhân thiếu hụt vitamin D một cách hợp lý.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] J. J. Cannell et al., Epidemic influenza and vitamin D, *Epidemiol. Infect.*, vol. 134, no. 6, pp. 1129–1140, Dec. 2006, doi: 10.1017/S0950268806007175.
- [2] G. E. Carpagnano et al., Vitamin D deficiency as a predictor of poor prognosis in patients with acute respiratory failure due to COVID-19, *J. Endocrinol. Invest.*, vol. 44, no. 4, pp. 765–771, Apr. 2021, doi: 10.1007/s40618-020-01370-x.
- [3] A. Daneshkhan, V. Agrawal, A. Eshein et al., Evidence for possible association of vitamin D status with cytokine storm and unregulated inflammation in COVID-19 patients, *Aging Clin. Exp. Res.*, vol. 32, no. 10, pp. 2141–2158, Oct. 2020, doi: 10.1007/s40520-020-01677-y.
- [4] Chu Thị Phương Mai, Nguyễn Thị Thúy Hồng, Nguyễn Thị Hằng, Thực trạng thiếu vi chất ở trẻ từ 6 tháng đến dưới 5 tuổi, *Tạp chí Y Học Việt Nam*, tập 515, số 2, 2022, doi: 10.51298/vmj.v515i2.2801.
- [5] G. Panagiotou et al., Low serum 25-hydroxyvitamin D (25[OH]D) levels in patients hospitalized with COVID-19 are associated with greater disease severity, *Clin. Endocrinol. (Oxf.)*, vol. 93, no. 4, pp. 508–511,

- Oct. 2020, doi: 10.1111/cen.14276.
- [6] M. A. AlHewishel, M. Bahgat, A. Al Huwaiyshil et al., 25(OH)D Serum Level in Non-Diabetic and Type II Diabetic Patients: A Cross-Sectional Study, *Cureus*, vol. 12, no. 6, p. e8910, Jun. 2020, doi: 10.7759/cureus.8910.
- [7] Nguyễn Lê Diệu Hiền, Ngô Thị Tuyết, Phan Khánh Hải & cs, Nghiên cứu mối liên quan giữa nồng độ 25-hydroxy vitamin D huyết tương và bệnh thận Đái tháo đường ở người bệnh Đái tháo đường típ 2, *Tạp chí Y Học Việt Nam*, Tập 524, Số 2(2023), doi: 10.51298/vmj.v524i2.4895.
- [8] C. Argano et al., An Overview of Systematic Reviews of the Role of Vitamin D on Inflammation in Patients with Diabetes and the Potentiality of Its Application on Diabetic Patients with COVID-19, *Int. J. Mol. Sci.*, vol. 23, no. 5, p. 2873, Mar. 2022, doi: 10.3390/ijms23052873.



NUTRITIONAL STATUS AND ACTUAL DIET OF PREGNANT WOMEN RECEIVING INPATIENT TREATMENT AT THE OBSTETRIC PATHOLOGY DEPARTMENT OF NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRIC AND GYNECOLOGY

Nguyen Thi Thu Lieu^{1,2*}, Pham Thuy Linh¹

¹Hanoi Medical University - No.1 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

²National Hospital of Obstetric and Gynecology - 43 Trang Thi, Hoan Kiem, Hanoi, Vietnam

Received: 08/09/2023

Revised: 05/10/2023; Accepted: 02/11/2023

ABSTRACT

Objective: The study aimed to evaluate the nutritional status and describe the diet of pregnant women receiving inpatient treatment at the obstetric pathology department of the National Obstetrics and Gynecology Hospital.

Subject and method: The study was conducted using a cross-sectional descriptive method on 116 patients.

Results: Research results showed that among 116 patients, 12.07% had chronic energy deficiency and 7.76% were overweight or obese when assessed according to BMI before pregnancy. The proportion of subjects gaining weight was lower than recommended: 75.8%. The group's average energy supply from the diet was 1852.71 ±578.2 Kcal/day, of which 20.63% of subjects met the recommended needs. The proportions of NCDs whose diets met recommendations for Calcium, Fe, and Folate were 22.4%, 17.2%, and 13.8%, respectively. The percentage of NCDs whose diets met recommendations for Vitamin B12, Vitamin A, Vitamin E, and Vitamin B1 were 26.7%, 17.2%, 6.5%, and 7%, respectively. The ratio of diets meeting the national research criteria for vitamin D is 0%.

Conclusion: The proportion of patients with weight gain lower than recommended is 75.8%, which is quite high. Most patients' actual diets do not meet the recommended needs for energy, vitamins and minerals.

Keywords: Nutritional status, actual diet, pregnant women, inpatient treatment.

*Corresponding author

Email address: nguyenthulieu@hmu.edu.vn

Phone number: (+84) 975 880 211

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ KHẨU PHẦN THỰC TẾ CỦA PHỤ NỮ MANG THAI ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI KHOA SẢN BỆNH LÝ BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG NĂM 2023

Nguyễn Thị Thu Liễu^{1,2*}, Phạm Thùy Linh¹

¹Trường Đại học Y Hà Nội - Số 1 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Phụ sản Trung ương - 43 Tràng Thi, Hoàn Kiếm, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 08 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 05 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 02 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá tình trạng dinh dưỡng và mô tả khẩu phần của phụ nữ mang thai điều trị nội trú tại khoa sản bệnh lý Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang trên 116 người bệnh.

Kết quả: Kết quả nghiên cứu cho thấy trong 116 người bệnh, có 12,07% người bệnh thiếu năng lượng trường diễn và 7,76% thừa cân, béo phì khi đánh giá theo BMI trước khi mang thai. Tỷ lệ đối tượng tăng cân thấp hơn khuyến nghị là 75,8%. Năng lượng cung cấp từ khẩu phần trung bình của nhóm là 1852,71 ± 578,2 Kcal/ngày trong đó có 20,63% đối tượng đạt nhu cầu khuyến nghị. Tỷ lệ ĐTNC có khẩu phần đạt khuyến nghị về Canxi, Fe, Folat lần lượt là 22,4%, 17,2%, 13,8%. Tỷ lệ ĐTNC có khẩu phần đạt khuyến nghị về Vitamin B12, Vitamin A, Vitamin E, Vitamin B1 lần lượt là 26,7%, 17,2%, 6,5%, 7%. Tỷ lệ khẩu phần đạt NCKN về vitamin D là 0 %.

Kết luận: Tỷ lệ người bệnh có mức tăng cân thấp hơn khuyến nghị là 75,8% chiếm tỷ lệ khá cao. Khẩu phần thực tế của người bệnh phần lớn chưa đáp ứng được nhu cầu khuyến nghị về năng lượng, vitamin và chất khoáng.

Từ khóa: Tình trạng dinh dưỡng, khẩu phần thực tế, phụ nữ mang thai, điều trị nội trú.

*Tác giả liên hệ

Email: nguyenthulieu@hmu.edu.vn

Điện thoại: (+84) 975 880 211

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình trạng dinh dưỡng của phụ nữ mang thai có ảnh hưởng đến cân nặng sau sinh, các bệnh mạn tính không lây, khả năng phát triển trí não và dị tật bẩm sinh của trẻ. Thiếu vi chất dinh dưỡng như sắt, kẽm, acid folic với đối tượng nguy cơ cao là phụ nữ có thai, phụ nữ tuổi sinh đẻ và trẻ em là vấn đề sức khỏe cộng đồng ở nhiều nước trên thế giới, trong đó có Việt Nam. Nguyễn Thị Hải Yến và các cộng sự đã tiến hành nghiên cứu về mức độ tăng cân của phụ nữ mang thai trên địa bàn Hà Nội năm 2020 cho thấy tỷ lệ phụ nữ tăng cân đúng mức khuyến nghị là 38,0%, trên mức khuyến nghị là 19,1%, trong khi đó tỷ lệ tăng cân dưới mức khuyến nghị trong nghiên cứu khá cao với 42,9% [1]. Ngoài ra, phụ nữ Việt Nam trong độ tuổi sinh đẻ còn phải đối mặt với vấn đề thiếu vi chất dinh dưỡng. Tổng điều tra dinh dưỡng năm 2019 – 2020 đã công bố tỉ lệ thiếu kẽm ở phụ nữ mang thai là 63,5%. Tỷ lệ thiếu máu ở phụ nữ tuổi sinh đẻ là 16,2%, phụ nữ có thai là 25,6% [2]. Vì vậy, để góp phần cung cấp thêm thông tin về tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần thực tế của bà mẹ mang thai, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá tình trạng dinh dưỡng và mô tả khẩu phần của phụ nữ mang thai điều trị nội trú tại khoa sản bệnh lý Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2023 đến tháng 4/2023. Địa điểm nghiên cứu Khoa sản bệnh lý Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Bà mẹ mang thai mới nhập viện điều trị nội trú tại khoa Sản bệnh lý bệnh viện Phụ Sản trung ương.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Bà mẹ mang thai trong 6 tháng cuối thai kỳ, từ 18 tuổi trở lên, có khả năng nghe hiểu và trả lời được. Đối tượng vừa nhập viện điều trị, được giải thích đầy đủ và đồng ý tham gia nghiên cứu. Đối tượng có hồ sơ đầy đủ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Đối tượng nghiên cứu có hồ sơ không đầy đủ. Đối tượng có triệu chứng phù, có biến chứng nguy kịch hoặc có chỉ định cấp cứu, có tiền lượng nặng hoặc không thể đo chiều cao, cân nặng.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

Được tính theo công thức cỡ mẫu cho việc ước tính một tỉ lệ trong quần thể:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{(\epsilon.p)^2}$$

Trong đó:

n: là cỡ mẫu nghiên cứu

p: tỷ lệ phụ nữ mang thai suy dinh dưỡng từ nghiên cứu trước $p = 0,17$ [3]

ϵ : là mức sai lệch tương đối, chọn $\epsilon = 0,4$

α : mức ý nghĩa thống kê, lấy $\alpha = 0,05$. Khi đó, $Z(1-\alpha/2) = 1,96$.

Thay vào công thức tính được cỡ mẫu của nghiên cứu là $n = 116$

Chọn mẫu thuận tiện, tất cả người bệnh nhập viện trong thời gian thu thập số liệu và thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn đều được chọn vào nghiên cứu.

2.5. Biến số/ chỉ số/ Nội dung/ chủ đề nghiên cứu

- Tình trạng dinh dưỡng khi mang thai: Chiều cao, cân nặng, chỉ số khối cơ thể (BMI) trước khi mang thai, mức tăng cân trong thai kỳ, chu vi vòng cánh tay..

- Nhóm biến/chỉ số mô tả khẩu phần 24 giờ: Trung bình năng lượng khẩu phần ăn 24 giờ của ĐTNC, Trung bình lượng protein, lipid, glucid trong khẩu phần. Tỷ lệ protein động vật/ protein tổng số. Tỷ lệ % các chất sinh năng lượng (Protein: Lipid: Glucid). Thành phần các vitamin (Vitamin A, Vitamin C, Vitamin B1, Vitamin B2, B12...) và chất khoáng (sắt, calci, phospho, tỉ lệ Ca/P) có trong khẩu phần.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Phòng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu kết hợp với phương pháp quan sát và đo đạc các thông số về nhân trắc theo bộ công cụ đã xây dựng sẵn.

- Công cụ thu thập số liệu:

+ Về cân nặng, chiều cao: sử dụng cân Tanita với độ sai số 0,1kg và thước đo chiều cao gắn tường (độ chính xác 0,1cm) theo tiêu chuẩn của Viện Dinh dưỡng.

+ Chu vi vòng cánh tay: Dùng thước mềm, không chun giãn với độ chính xác 0,1cm.

- Tiêu chuẩn đánh giá:

- + Ngưỡng đánh giá tình trạng dinh dưỡng: Chu vi vòng cánh tay <23cm có nguy cơ suy dinh dưỡng [4].
- + Khuyến nghị về mức độ tăng cân trong thai kỳ của Viện Y học Hoa Kỳ (IOM) [5].
- + Phân loại tình trạng dinh dưỡng theo BMI trước khi mang thai theo WHO [6].
- + Đánh giá khẩu phần 24 giờ theo “Nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị cho người Việt Nam” năm 2016 của Viện dinh dưỡng.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu sau khi thu thập đã được làm sạch và nhập vào máy tính bằng phần

mềm Redcap. Các phân tích sẽ được thực hiện trên phần mềm STATA 16.0..

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Tất cả các đối tượng được giải thích rõ ràng về mục tiêu và nội dung của nghiên cứu, từ đó có sự đồng thuận của các đối tượng. Các thông tin thu thập được từ đối tượng nghiên cứu chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện theo quyết định số 6888/QĐ-ĐHYHN ngày 30 tháng 12 năm 2022.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tình trạng dinh dưỡng theo một số chỉ số nhân trắc của đối tượng nghiên cứu (n=116)

Chỉ số nhân trắc		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
BMI trước khi mang thai (kg/m ²)	<18,5	14	12,07
	18,5 - 24,9	93	80,17
	≥25	9	7,76
Chu vi vòng cánh tay	Suy dinh dưỡng (<230mm)	12	10,34
	Bình thường (≥230mm)	104	89,66

Bảng 1 cho thấy khi phân loại theo BMI trước khi mang thai hầu hết ĐTNC có TTDD trước mang thai bình thường và chiếm tỉ lệ 80,17%, tiếp theo là nhóm thiếu năng lượng trường diễn với tỉ lệ 12,07%, nhóm

thừa cân và béo phì chiếm tỉ lệ thấp nhất với 7,76%. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo chu vi vòng cánh tay nhóm có nguy cơ về dinh dưỡng chiếm tỉ lệ 10,34%

Bảng 2. Mức tăng cân của đối tượng nghiên cứu theo khuyến nghị của của IOM (n=116)

BMI trước khi mang thai (kg/m ²)	Khuyến nghị mức tăng cân trong 6 tháng cuối (kg/tuần)	Dưới khuyến nghị n (%)	Đạt khuyến nghị n (%)	Trên khuyến nghị n (%)
<18,5	0,45 - 0,59	13 (92,86)	1 (7,14)	0(0)
18,5 - 24,9	0,36 - 0,45	71 (76,34)	14 (15,05)	8 (8,6)
25 - 29,9	0,23 - 0,32	2 (28,57)	2 (28,57)	3 (42,86)
≥30	0,18 - 0,27	2 (100)	0 (0)	0 (0)
Tổng		88 (75,8%)	17 (14,7%)	11 (9,5%)

Bảng 2 cho thấy theo khuyến nghị của IOM về mức tăng cân của bà mẹ mang thai không phù trong 6 tháng cuối chia làm 4 nhóm theo phân loại BMI. Nhóm đối tượng mà BMI<18,5 có 7,14% đạt mức tăng cân khuyến nghị, 92,86% còn lại tăng dưới mức khuyến nghị. Với nhóm đối tượng mà BMI 18,5 - 24,9, tỉ lệ tăng cân dưới

khuyến nghị, đạt khuyến nghị và trên khuyến nghị lần lượt là 76,34%, 15,05%, 8,6%. Tương tự với nhóm có BMI 25-29,9, tỷ lệ tăng cân dưới khuyến nghị và đạt khuyến nghị là 28,57% và 42,86% đối tượng tăng cân trên khuyến nghị. Trong tổng 116 đối tượng, tỉ lệ tăng cân dưới khuyến nghị chiếm tỷ lệ là 75,8%.



Bảng 3. Cơ cấu khẩu phần của đối tượng nghiên cứu (n=116)

Cơ cấu khẩu phần	TB ± SD	Không đạt NCKN		Đạt NCKN	
		n	%	n	%
Năng lượng (Kcal)	1852,71± 578,2	92	79,37	24	20,63
Protein (g)	97,58 ± 43,11	68	58,73	48	41,27
Protein động vật/tổng số (%)	53,12 ± 35,84	72	61,9	44	38,10
Lipid (g)	79,64± 34,03	68	58,73	48	41,27
Glucid (g)	232,95 ± 75,73	105	90,48	11	9,52
Chất xơ (g)	10,88± 7,10	6	5	110	95
Tỉ lệ P:L:G (%)	21±6,98 : 28 ±11,9 : 51 ±13,07				

Kết quả bảng 3 cho thấy năng lượng trung bình của người bệnh là 1852,71± 578,2 Kcal/ngày trong đó có 20,63% đối tượng đạt NCKN. Hàm lượng Protein trung bình là 97,58g ± 43,11 gg/ngày, có 41,27% đạt NCKN, trong đó Protein động vật là 53,12g ± 35,84g và 38,1 % số đối tượng đạt NCKN về tỉ lệ Protein động vật/ tổng số. Hàm lượng Lipid trung bình là 79,64 g± 34,03 g/ngày, nhóm ĐTNC không đạt NCKN chiếm

58,73%. Hàm lượng Glucid trung bình trong khẩu phần là 232,95 ± 75,73 g/ngày, phần lớn không đạt khuyến nghị 90,48%. Hàm lượng chất xơ trung bình trong khẩu phần nghiên cứu là 10,88± 7,10 g/ngày, trong đó 95% ĐTNC đáp ứng đủ nhu cầu chất xơ, 5% không đáp ứng đủ nhu cầu. Tỉ lệ các chất sinh năng lượng P:L:G trong khẩu phần là 21: 28: 51.

Bảng 4. Giá trị vitamin và khoáng chất từ khẩu phần thực tế của ĐTNC (n=116)

Vitamin và khoáng chất	TB ± SD	Không đạt NCKN		Đạt NCKN		Nhu cầu KN theo VDD 2016
		n	%	n	%	
Vitamin C (mg)	187,66±137,68	38	32,8	78	67,2	100
Vitamin A (µg)	565,36±518,44	96	82,8	20	17,2	510-780
Vitamin D (µg)	2,86±2,67	116	100,0	0	0,0	20
Vitamin E (mg)	3,62±2,93	101	87,1	15	12,9	6,5
Vitamin K (µg)	222,72±409,19	73	62,9	43	37,1	150
Vitamin B1 (mg)	1,57±0,74	3	2,6	113	97,4	1,2-1,3
Vitamin B6 (mg)	1,59±0,91	78	67,2	38	32,8	1,9
Folate (mg)	331,87±325,09	100	86,2	16	13,8	600
Vitamin B12 (µg)	1,86±,59	85	73,3	31	26,7	2,6
Canxi (mg)	883,52±575,97	90	77,6	26	22,4	1200
Fe (mg)	17,73 ± 9,39	96	82,8	20	17,2	27,4-41,1
Phospho (mg)	1082,57±455,46	23	19,8	93	80,2	700
Tỷ lệ Ca/P	0,82 ±0,52	100	86,2	16	13,8	1-1,5

Bảng 4 cho thấy hàm lượng vitamin C, vitamin K và vitamin B6 là các chất đạt NCKN cao nhất với 67,2%, 37,1% và 32,8%. Khoáng chất Canxi, Fe, folate, phospho với tỉ lệ ĐTNC đạt khuyến nghị là 22,4%, 17,2%, 13,8% và 80,2%, Các vitamin còn lại trong khẩu phần với tỷ lệ đạt Vitamin B12 là 26,7%, Vitamin A 17,2%, Vitamin E 6,5%, Vitamin B1 7%, Tỉ lệ chất đạt NCKN thấp nhất là vitamin D với 0%.

4. BÀN LUẬN

Chỉ số BMI (Body mass index) là chỉ số thông dụng để đánh giá tình trạng dinh dưỡng của cơ thể. Thiếu năng lượng trường diễn (CED) của bà mẹ mang thai có thể do CED kéo dài từ trước khi mang thai, gây biến chứng cho kì thai sản và cuộc đẻ sau này. Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi đánh giá tình trạng dinh dưỡng trước khi mang thai, 80,17% đối tượng có chỉ số BMI bình thường, 12,07% bà mẹ mang thai thiếu năng lượng trường diễn và nhóm thừa cân béo phì chiếm tỉ lệ là 7,76%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Hải Yến năm 2020 với tỉ lệ thiếu năng lượng trường diễn trước khi mang thai là 15,4% và tỉ lệ thừa cân béo phì là 15,8% [1]. Chúng tôi sử dụng ngưỡng đánh giá suy dinh dưỡng theo thang đo MUAC với bà mẹ mang thai là <23cm. Tỉ lệ nhóm phụ nữ mang thai bị SDD theo chu vi vòng cánh tay ở nghiên cứu này là 10,34%. Kết quả này thấp hơn hầu hết các nghiên cứu khác tại Kenya nơi 19,3% phụ nữ bị SDD, phía bắc Ethiopia với tỉ lệ 16,2% [7]. Sự chênh lệch có thể là do sự khác biệt trong giai đoạn mang thai, thực hành dinh dưỡng, sự thay đổi theo mùa trong tiêu thụ thực phẩm và việc sử dụng các điểm cắt khác nhau để đo chu vi vòng cánh tay trong các nghiên cứu. So với khuyến nghị của IOM năm 2009, 14,7% bà mẹ đạt mức tăng cân theo khuyến nghị, dưới khuyến nghị chiếm đa số 75,8% và 9,5% số bà mẹ tăng cân trên khuyến nghị. Bà mẹ tăng cân đạt mức khuyến nghị trong nghiên cứu này thấp hơn trong các nghiên cứu khác, đồng thời tỉ lệ tăng cân dưới khuyến nghị tăng cao. Cụ thể so với nghiên cứu của Grimalt và cộng sự năm 2022 có tỉ lệ thai phụ tăng cân đạt khuyến nghị là 36,2%, dưới khuyến nghị chỉ chiếm 26,5%, còn lại đạt trên khuyến nghị 37,3% [8].

Kết quả nghiên cứu này cho thấy tổng năng lượng trung bình từ khẩu phần 24 giờ của người bệnh là 1852.71±578.2 kcal trong đó 20,63% đối tượng đạt NCKN về năng lượng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp

hơn nghiên cứu của Đỗ Văn Cường tại 4 tỉnh (Hà Nam: 2057,5±344,9 Kcal; Thái Nguyên: 2056,1±344,9 Kcal; Hải Phòng: 2093,2±415,1 Kcal; Ninh Bình: 1993,4±418,5 Kcal). Sự khác biệt lớn về lượng năng lượng tiêu thụ, có thể do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên đối tượng mang thai bệnh lý được chỉ định điều trị còn trong nghiên cứu của Đỗ Văn Cường thực hiện tại cộng đồng.

Lượng protein trung bình trong khẩu phần là 97.58 ± 43.11 g/ ngày và lipid trung bình (79.64± 34.03 g/ ngày), cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Gulhan Samur và cộng sự thực hiện tại Thổ Nhĩ Kỳ (tổng năng lượng: 66.4±10.3 g/ngày; lipid: 64.7±24.5 g/ngày). Tuy nhiên, lượng glucid trung bình (232.95 ± 75.73g/ ngày) trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn kết quả nghiên cứu tại Thổ Nhĩ Kỳ (253.3±37.3 g) [9]. Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu của chúng tôi sử dụng phương pháp hỏi ghi khẩu phần 24 giờ để điều tra khẩu phần của người bệnh, còn nghiên cứu của Gulhan Samur và cộng sự sử dụng bảng câu hỏi tần suất tiêu thụ thực phẩm trong ba tháng trước. Tỉ lệ protein động vật/ protein tổng số trung bình là 53.12 ± 35.84%, đạt nhu cầu khuyến nghị theo “Hướng dẫn quốc gia dinh dưỡng cho phụ nữ có thai và bà mẹ cho con bú của Bộ Y Tế năm 2017” (protein động vật >50%). Như vậy, bên cạnh nguồn protein từ thực vật thì nguồn cung cấp protein từ động vật vẫn là chủ yếu. Kết quả về tỉ lệ phần trăm các chất sinh năng P:L:G trong nghiên cứu này là 21,26:28,43:51,52, tương đối sát với khuyến nghị của Bộ Y tế năm 2017. Có thể thấy ngày nay mọi người có xu hướng giảm lượng tinh bột, tăng lượng protein trong khẩu phần hằng ngày, điều này cũng xảy ra tương tự với phụ nữ mang thai.

Vitamin và chất khoáng là một nhóm các chất cần thiết không sinh năng lượng nhưng giữ vai trò trong nhiều chức phận quan trọng đối với cơ thể. Phần lớn vitamin là thành phần của các enzym cần thiết cho quá trình chuyển hóa vật chất trong cơ thể. Vitamin thường được đưa từ thức ăn vào cơ thể, chúng thuộc nhóm các chất cần thiết cho cơ thể tương tự như acid amin cần thiết. Nghiên cứu đã sử dụng khuyến nghị của Viện Dinh dưỡng năm 2016 để đánh giá mức đáp ứng nhu cầu khuyến nghị trong khẩu phần thực tế của phụ nữ mang thai.

Khi phân tích về lượng vitamin và chất khoáng trong khẩu phần thực tế của người bệnh, kết quả cho thấy hàm lượng vitamin C, vitamin K và vitamin B6 là các

chất đạt NCKN cao nhất với 67,2%, 37,1% và 32,8%, Với Canxi, Fe, folate, phospho, tỉ lệ ĐTNC đạt khuyến nghị lần lượt là 22,4%, 17,2%, 13,8% và 80,2%, Các vitamin còn lại trong khẩu phần với tỷ lệ đạt nhu cầu khuyến nghị là: Vitamin B12 26,7%, Vitamin A 17,2%, Vitamin E 6,5%, Vitamin B1 7%. Tỉ lệ chất đạt NCKN thấp nhất là vitamin D với 0%. Hầu như tất cả những người tham gia đều không đáp ứng NCKH về vitamin D. Trong nghiên cứu của Nguyễn Công Luận và cộng sự trên 2248 phụ nữ mang thai cũng có kết quả tương tự khi khẩu phần của ĐTNC có các vi chất quan trọng như sắt, canxi, folat đều thấp hơn nhiều so với khuyến nghị; tuy nhiên tỉ lệ đạt vitamin A, vitamin D là 41,3% và 27,7% vẫn cao hơn nghiên cứu của chúng tôi [10]. Như vậy, khẩu phần thực tế của phụ nữ mang thai trước điều trị bệnh lý có mức đáp ứng các chất sinh năng lượng và không sinh năng lượng đạt nhu cầu khuyến nghị rất thấp.

5. KẾT LUẬN

Tỉ lệ người bệnh có mức tăng cân thấp hơn khuyến nghị là 75,8% chiếm tỷ lệ khá cao. Khẩu phần thực tế của người bệnh phần lớn chưa đáp ứng được nhu cầu khuyến nghị về năng lượng, vitamin và chất khoáng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Thị Hải Yến, Hoàng Đức Phúc, Nguyễn Thị Kiều Anh, Tăng cân thai kỳ và một số yếu tố liên quan của phụ nữ mang thai tại thành phố Hà Nội năm 2020, Tạp chí Y học Dự phòng, 31(3), 2021;103-110. doi:10.51403/0868-2836/2021/319
- [2] Bộ Y tế công bố kết quả Tổng điều tra Dinh dưỡng năm 2019-2020 - Tin nổi bật - Cổng thông tin Bộ Y tế. Accessed November 20, 2022. https://moh.gov.vn/tin-noi-bat/-/asset_publisher/3Yst7YhbKA5j/content/bo-y-te-cong-bo-ket-qua-tong-ieu-tra-dinh-duong-nam-2019-2020
- [3] Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo thang đo của trung tâm dinh dưỡng TP. HCM đối với thai phụ đến sinh tại Bệnh viện đa khoa khu vực phía Nam Bình Thuận. https://tapchihocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/896/766?fbclid=IwAR2ODhkcxzyD6PxOt4LoOyA_n_obkQeAA7H08hA8OndBbAH07c2A1rAcfUE
- [4] Mija-tesse V, Annick A, Anita S et al., Which Anthropometric Indicators Identify a Pregnant Woman as Acutely Malnourished and Predict Adverse Birth Outcomes in the Humanitarian Context? PLoS Curr. 2013 June 7.
- [5] Martínez-Hortelano JA, Cavero-Redondo I, Álvarez-Bueno C et al., Monitoring gestational weight gain and prepregnancy BMI using the 2009 IOM guidelines in the global population: a systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy and Childbirth, 20(1), 2020, 649. doi:10.1186/s12884-020-03335-7
- [6] A healthy lifestyle - WHO recommendations. Accessed November 27, 2022. <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/a-healthy-lifestyle---who-recommendations>
- [7] Nana A, Zema T, Dietary practices and associated factors during pregnancy in northwestern Ethiopia. BMC Pregnancy Childbirth, 18(1), 2018, 183. doi:10.1186/s12884-018-1822-1
- [8] Grimalt JO, Garí M, Santa-Marina L et al., Influence of gestational weight gain on the organochlorine pollution content of breast milk. Environ Res; 209, 2022,112783. doi:10.1016/j.envres.2022.112783
- [9] Samur G, Özlem Ö, Akkuş, et al., Nutritional status among women with preeclampsia and healthy pregnant women. Prog Nutr, 18, 2016, 360-368.
- [10] Nguyen CL, Hoang DV, Nguyen PTH et al., Low Dietary Intakes of Essential Nutrients during Pregnancy in Vietnam. Nutrients; 10(8), 2018,1025. doi:10.3390/nu10081025

UNDERNUTRITION STATUS AND SOME RELATED FACTORS OF CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD WITH ACUTE RESPIRATORY INFECTIONS AT CAM RANH REGIONAL HOSPITAL

Do Nam Khanh^{1*}, Tran Le Hong Giang^{1,2}, Le Quang Vinh²,
Nguyen Thi Hong Tham¹, Nguyen Thuy Linh¹, Pham Van Phu¹

¹Hanoi Medical University - No.1 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

²Cam Ranh regional General Hospital - 97 Nguyen Thai Hoc, Cam Loc, Cam Ranh city, Khanh Hoa, Vietnam

Received: 08/09/2023

Revised: 07/10/2023; Accepted: 02/11/2023

ABSTRACT

Objective: The study aimed to assess the undernutritional status and some related factors of children under 5 years with acute respiratory infections (ARI) at Cam Ranh Regional General Hospital, Khanh Hoa Province in 2022.

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 278 children under 5 years receiving treatment for ARI at Cam Ranh Regional General Hospital in 2022.

Results: Among the 278 children in the study, the prevalence of mild underweight was 13.8%, stunting was 24.1%, and wasting was 11.9%. Children whose mothers gained less than 10 kg during pregnancy had a 3.4 times higher risk of mild underweight compared to those whose mothers gained more than 10 kg ($p=0.000$). Children not breastfed within the first 6 hours after birth had a 2.0 times higher risk of mild underweight compared to those breastfed early. Children receiving early supplementary feeding (before 6 months) had a 4.2 times higher risk of mild underweight compared to those receiving supplementary feeding after 6 months ($p=0.000$).

Conclusion: Children under 5 years with acute respiratory infections presenting at Cam Ranh Regional General Hospital have a relatively high prevalence of undernutrition. Children whose mothers gained less than 10 kg during pregnancy and those receiving early supplementary feeding are at a higher risk of mild underweight.

Keywords: Malnutrition, acute respiratory infection, Cam Ranh.

*Corresponding author

Email address: donamkhanh@hmu.edu.vn

Phone number: (+84) 983 616 365

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>



SUY DINH DƯỠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA TRẺ DƯỚI 5 TUỔI BỊ NHIỄM KHUẨN HÔ HẤP CẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC CAM RANH

Đỗ Nam Khánh^{1*}, Trần Lê Hồng Giang^{1,2}, Lê Quang Vinh²,
Nguyễn Thị Hồng Thắm¹, Nguyễn Thuỳ Linh¹, Phạm Văn Phú¹

¹Trường Đại học Y Hà Nội - Số 1 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Đa khoa khu vực Cam Ranh - 97 Nguyễn Thái Học, Cam Lộc, tp. Cam Ranh, Khánh Hòa, Việt Nam

Ngày nhận bài: 08 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 07 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 02 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá thực trạng suy dinh dưỡng của trẻ dưới 5 tuổi bị nhiễm khuẩn hô hấp cấp (NKHHC) tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Cam Ranh, tỉnh Khánh Hoà năm 2022.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 278 trẻ em dưới 5 tuổi bị NKHHC đang điều trị tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Cam Ranh, tỉnh Khánh Hoà năm 2022.

Kết quả: Trong tổng số 278 trẻ tham gia nghiên cứu, tỷ lệ trẻ SDD nhẹ cân là 13,8%, tỷ lệ trẻ SDD thấp còi là 24,1%, tỷ lệ trẻ gầy còm là 11,9%. Những trẻ có mẹ tăng cân thai kì dưới 10 kg có nguy cơ SDD nhẹ cân cao hơn 3,4 lần so với những trẻ có mẹ tăng cân thai kì trên 10 kg ($p=0,000$). Những trẻ không bú sớm sau sinh có nguy cơ SDD nhẹ cân cao hơn 2,0 lần so với những trẻ được bú sớm trong 6 giờ đầu. Những trẻ được ăn bổ sung sớm (trước 6 tháng) có nguy cơ SDD nhẹ cân cao hơn 4,2 lần so với những trẻ ăn bổ sung sau 6 tháng ($p=0,000$).

Kết luận: Trẻ dưới 5 tuổi bị nhiễm khuẩn hô hấp cấp đến khám tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Cam Ranh có tỷ lệ SDD còn khá cao. Những trẻ có mẹ tăng cân thai kì dưới 10kg, những trẻ ăn bổ sung trước 6 tháng đều có nguy cơ SDD cao hơn những trẻ khác.

Từ khóa: Suy dinh dưỡng, nhiễm khuẩn hô hấp, Cam Ranh.

*Tác giả liên hệ

Email: donamkhanh@hmu.edu.vn

Điện thoại: (+84) 983 616 365

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dinh dưỡng có vai trò quan trọng trong quá trình phát triển thể chất và tinh thần ở trẻ nhỏ, đặc biệt là trẻ dưới 5 tuổi. Theo báo cáo của Tổ chức Nhi đồng Liên hợp quốc (UNICEF) năm 2019 trên toàn cầu có khoảng 144 triệu trẻ dưới 5 tuổi bị suy dinh dưỡng (SDD) thể thấp còi (chiếm 21,3%), 47 triệu trẻ bị SDD thể gầy còm (chiếm 6,9%) [1]. Ở Việt Nam, theo tổng điều tra Dinh dưỡng toàn quốc năm 2020, tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi SDD thể thấp còi là 19,6%, SDD thể nhẹ cân là 11,5%, ở mức < 20% được xếp vào mức trung bình theo phân loại của Tổ chức Y tế thế giới [2]. Trong những năm qua, tỷ lệ SDD của Việt Nam đã có chiều hướng giảm xuống nhưng vẫn còn cao so với thế giới và các nước trong khu vực. SDD ảnh hưởng đến sự phát triển về thể chất, tinh thần và trí tuệ của trẻ, đồng thời liên quan đến nhiều bệnh lý, đặc biệt là các bệnh nhiễm khuẩn đường hô hấp và tiêu hoá, làm gia tăng tỷ lệ tử vong ở trẻ [3].

Nhiễm khuẩn hô hấp cấp (NKHHC) là bệnh phổ biến nhất ở trẻ, là nguyên nhân nhập viện và tử vong hàng đầu ở trẻ, nhất là trẻ dưới 5 tuổi. Ước tính một em bé dưới 5 tuổi có thể bị NKHHC từ 5 - 8 lần mỗi năm [4]. Suy dinh dưỡng và tiêu chảy tạo thành một vòng xoắn bệnh lý, tiêu chảy dẫn đến suy dinh dưỡng và suy dinh dưỡng làm tăng nguy cơ mắc tiêu chảy, ảnh hưởng đến sự tăng trưởng của trẻ.

Bệnh viện Đa khoa khu vực Cam Ranh hàng năm tiếp nhận hàng ngàn lượt trẻ em dưới 5 tuổi bị nhiễm khuẩn đường hô hấp cấp đến khám và điều trị tại khoa Nhi. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá thực trạng suy dinh dưỡng của trẻ dưới 5 tuổi bị nhiễm khuẩn hô hấp cấp (NKHHC) tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Cam Ranh, tỉnh Khánh Hoà năm 2022.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

* Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhi từ 0 đến dưới 60 tháng tuổi được chẩn đoán mắc NKHHC điều trị nội trú tại Khoa Nhi, Bệnh viện Đa khoa khu vực Cam Ranh.

- Mẹ của những trẻ này.

* Tiêu chuẩn loại trừ:

- Trẻ cần cấp cứu ngay, không thể cân đo, không

thể phỏng vấn bà mẹ; Trẻ không có mẹ đi cùng; NKHHC sau các bệnh nhiễm khuẩn khác: viêm não, bệnh da liễu...

- Bệnh nhân thở máy.

- Trẻ mắc các dị tật bẩm sinh, khuyết tật.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

- Thời gian nghiên cứu: 5/2022 – 7/2023 (trong đó, tiến hành thu thập số liệu vào tháng 9 - 12/2022).

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Nhi, Bệnh viện Đa khoa khu vực Cam Ranh.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- **Cỡ mẫu:** Cỡ mẫu của nghiên cứu được ước tính theo công thức:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{(\epsilon.p)^2}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu

$Z^2_{(1-\alpha/2)}$: hệ số tin cậy, chọn $z = 1,96$ tương ứng với mức tin cậy 95%

p: lấy bằng 0,12 từ nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Quyên và cộng sự [5]

ϵ : khoảng sai lệch tương đối, chọn $\epsilon = 0,3$

Thực tế chúng tôi chọn cỡ mẫu của nghiên cứu là 278 trẻ.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn không ngẫu nhiên các trẻ và bà mẹ thỏa mãn điều kiện tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian tiến hành nghiên cứu, lấy cho đến khi đủ cỡ mẫu nghiên cứu.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

- Sử dụng bộ câu hỏi trực tiếp bà mẹ và người chăm sóc trẻ; cân đo các chỉ số nhân trắc của trẻ trong thời gian trẻ nằm viện tại BVĐK khu vực Cam Ranh, Khánh Hoà.

2.6. Biến số nghiên cứu và tiêu chuẩn đánh giá

- Biến số nghiên cứu: tuổi, giới, tuổi thai, cân nặng sơ sinh, mức độ lâm sàng của NKHHC, bệnh lý kèm theo, số lần nhập viện. Các đặc điểm chăm sóc của bà mẹ và trẻ như: tăng cân thai kỳ, dinh dưỡng khi mang thai, trẻ bú sớm sau sinh, trẻ ăn bổ sung...

- Tiêu chuẩn đánh giá tình trạng suy dinh dưỡng: Căn cứ theo tiêu chuẩn của WHO năm 2006 dựa trên Z-score cân nặng/chiều cao cho trẻ dưới 5 tuổi. Nghiên cứu tính Zscore của trẻ dựa theo 4 tiêu chí cân nặng/tuổi, chiều cao/tuổi, cân nặng/chiều cao và BMI theo tuổi. Chỉ cần 1 chỉ số Zscore <-2SD được coi suy dinh dưỡng.

- Tiêu chuẩn đánh giá tình trạng, mức độ nhiễm khuẩn hô hấp (QĐ số 4235/QĐ-BYT năm 2012) theo tiêu chuẩn, hướng dẫn của Bộ Y tế.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

- Số liệu được nhập và quản lý bằng phần mềm Epidata. Các phần mềm Excel 2010, SNPstat, SPSS 16.0. Tính Z-Score cân nặng/ tuổi, chiều cao/ tuổi, cân nặng/chiều cao bằng chương trình WHO Anthro.

2.8. Vấn đề đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu sẽ được trình Hội đồng đề cương của Viện Đào tạo Y học Dự phòng và Y tế Công cộng trường Đại học Y Hà Nội thông qua đề cương nghiên cứu. Người mẹ của trẻ và trẻ được giải thích rõ về nội dung và mục đích của nghiên cứu, các đối tượng tham gia nghiên cứu có quyền từ chối tham gia nghiên cứu bất kì lúc nào. Mọi thông tin thu thập được mã hóa, nhập máy tính và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của trẻ tham gia nghiên cứu (n=278)

Đặc điểm của trẻ		n	%
Tuổi	0 - 23 tháng	149	53,5
	24 - 59 tháng	129	46,5
Giới	Nam	158	56,8
	Nữ	120	43,2
Tuổi thai	< 37 tuần	10	3,6
	≥ 37 tuần	268	96,4
Cân nặng sơ sinh	< 2500g	13	4,6
	2500g – 3500g	263	94,6
	> 3500g	02	0,8

Trẻ tham gia nghiên cứu có tỷ lệ nam nữ gần tương đương nhau, trong đó trẻ nữ có 120 em chiếm 43,2%, trẻ nam có 158 em chiếm 56,8%. Trẻ thuộc nhóm tuổi 0 - 23 tháng nhiều hơn so với trẻ nhóm tuổi từ 24 đến

59 tháng.

3.2. Thực trạng suy dinh dưỡng ở trẻ dưới 5 tuổi nhiễm khuẩn hô hấp cấp tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Cam Ranh

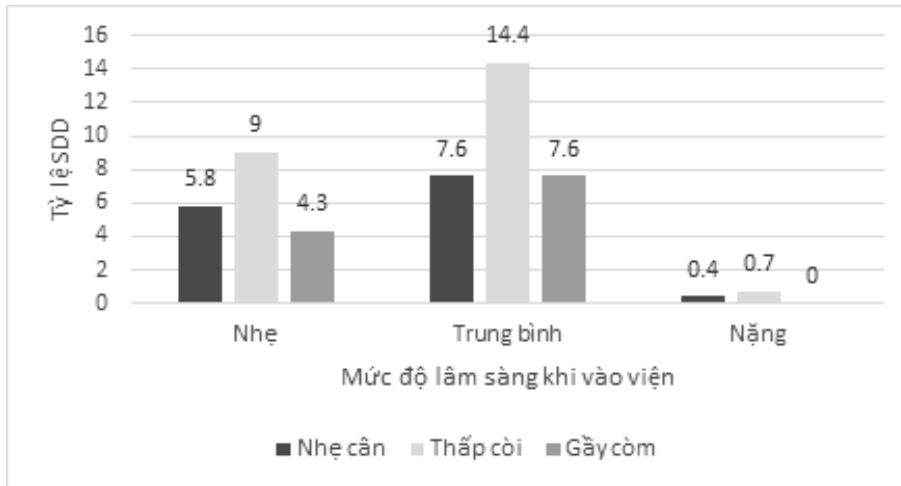
Bảng 2. Thực trạng bệnh nhiễm khuẩn của đối tượng nghiên cứu theo giới tính (n=278)

Đặc điểm bệnh		Nam		Nữ		Tổng		P
		n	%	n	%	n	%	
Thực trạng NKHHC của đối tượng nghiên cứu theo giới tính (n=278)								
Mức độ lâm sàng	Nhẹ	62	22,3	44	15,8	106	38,1	0,930
	Trung bình	99	35,6	69	24,8	168	60,4	
	Nặng	3	1,1	1	0,4	4	1,4	
Bệnh kèm theo	Có	27	9,7	19	6,8	46	16,5	0,964
	Không	137	49,3	95	34,2	232	83,5	
Số lần nhập viện	1 lần	124	44,6	89	32,0	213	76,6	0,634
	>1 lần	40	14,4	25	9,0	65	23,4	

Trong tổng số 278 trẻ dưới 5 tuổi mắc NKHHC tham gia nghiên cứu có mức độ lâm sàng lần lượt là 38,1% ở mức nhẹ, 60,4% mức độ trung bình và 1,4% mức độ

nặng. Chỉ có 16,5% trẻ bị NKHHC có bệnh lý kèm theo và 23,4% trẻ có từ 2 lần nhập viện trở lên.

Hình 1. Tình trạng dinh dưỡng của trẻ NKHHC theo mức độ lâm sàng khi vào viện



Trong 278 trẻ NKHHC, tỷ lệ trẻ SDD nhẹ cân là 13,8%, tỷ lệ trẻ SDD thấp còi là 24,1%, tỷ lệ trẻ gày còm là 11,9%.



3.3. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Cam Ranh

Bảng 3. Liên quan giữa dinh dưỡng cho bà mẹ có thai/cho con bú và tình trạng SDD nhẹ cân (n =278)

Đặc điểm		Tình trạng dinh dưỡng		SDD nhẹ cân				OR (95%CI)
				Có		Không		
		n	%	n	%			
Tăng cân thai kỳ	< 10kg	19	6,5	48	17,3	3,4 (1,8 – 6,3)		
	≥ 10kg	22	7,9	190	68,3			
Ăn nhiều hơn khi có thai và cho con bú	Không	26	9,5	147	53,0	0,8 (0,4 – 1,5)		
	Có	13	4,5	92	33,0			
Bú sớm sau sinh	Không	15	5,4	133	47,8	2,0 (1,1 – 3,7)		
	Có	25	8,6	105	38,1			
Bú sữa non	Không	6	2,2	54	19,4	1,6 (0,7 – 3,6)		
	Có	34	11,8	184	66,6			
Đang bú sữa mẹ	Không	22	8,1	167	60,0	1,7 (0,9 – 3,1)		
	Có	18	6,4	71	25,5			

Những trẻ có mẹ tăng cân thai kì dưới 10 kg có nguy cơ SDD nhẹ cân cao hơn 3,4 lần so với những trẻ có mẹ tăng cân thai kì trên 10 kg (p=0,000). Những trẻ

không bú sớm sau sinh có nguy cơ SDD nhẹ cân cao hơn 2,0 lần so với những trẻ được bú sớm trong 6 giờ đầu (p=0,021).

Bảng 4. Liên quan giữa thực hành cho ăn bổ sung đến tình trạng SDD nhẹ cân của trẻ (n =278)

Đặc điểm		Tình trạng dinh dưỡng		SDD nhẹ cân				OR (95%CI)
				Có		Không		
		n	%	n	%			
Thời điểm bắt đầu cho ăn bổ sung	< 6 tháng	30	10,9	98	35,5	4,2 (2,2 – 8,2)		
	6 - 8 tháng và > 8 tháng	11	3,6	139	50,0			
Đủ nhóm thực phẩm	Không	31	11,2	180	64,7	1,1 (0,5 – 2,1)		
	Có	10	3,4	57	20,7			

Những trẻ được ăn bổ sung sớm (trước 6 tháng) có nguy cơ SDD nhẹ cân cao hơn 4,2 lần so với những trẻ ăn bổ sung sau 6 tháng (p=0,000).

Tình trạng dinh dưỡng của trẻ dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Cam Ranh

Nghiên cứu được thực hiện thực hiện trên 278 trẻ em dưới 5 tuổi có nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính đến khám tại khoa Nhi, Bệnh viện Đa khoa khu vực Cam Ranh trong năm 2022. Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ

4. BÀN LUẬN

trẻ SDD nhẹ cân là 13,8%, tỷ lệ trẻ SDD thấp còi là 24,1%, tỷ lệ trẻ gầy còm là 11,9%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Vũ Thị Quyên ở trẻ từ 6 – 24 tháng tuổi tại bệnh viện Sản Nhi Nghệ An năm 2022 – 2023 với tỷ lệ trẻ SDD thể nhẹ cân, thấp còi, gầy còm lần lượt là 23,5%, 27,5% và 12% [5]; thấp hơn so với nghiên cứu của Lê Thị Kim Mai ở trẻ dưới 5 tuổi bị tiêu chảy cấp tại khoa Tiêu hoá - Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2017 – 2018 với tỷ lệ SDD thể nhẹ cân, thấp còi, gầy còm lần lượt là 16,1%, 5,8%, 25,9% [6].

Một số yếu tố liên quan đến tình trạng SDD của trẻ dưới 5 tuổi mắc NKKHC tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Cam Ranh

Những trẻ có mẹ tăng cân thai kỳ dưới 10 kg có nguy cơ SDD nhẹ cân cao hơn 3,4 lần so với những trẻ có mẹ tăng cân thai kỳ trên 10 kg ($p=0,000$). Kết quả này cũng tương tự như kết quả nghiên cứu phân tích gộp của Santos và cộng sự cho thấy những bà mẹ tăng cân ít, BMI thấp trước khi mang thai có nguy cơ sinh những đứa trẻ suy dinh dưỡng cao hơn những bà mẹ có mức tăng cân và BMI chuẩn [7].

Những trẻ không bú sớm sau sinh có nguy cơ SDD nhẹ cân cao hơn 2,0 lần so với những trẻ được bú sớm trong 6 giờ đầu. Kết quả nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu của Vũ Thị Vân Anh ở trẻ từ 0 đến 5 tuổi tại phòng khám Nội Nhi Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh năm 2018 – 2019 cho thấy ở nhóm trẻ được bú mẹ ngay trong giờ đầu sau sinh có tỷ lệ bị SDD thể nhẹ cân thấp hơn so với nhóm trẻ không được bú mẹ ngay trong giờ đầu sau sinh (25,4% so với 31,8%, $p<0,05$) [8]. Nghiên cứu của tác giả Giao Huỳnh cho thấy: ở nhóm trẻ được cho bú mẹ trong giờ đầu sau sinh có tỷ lệ SDD thể nhẹ cân thấp hơn so với nhóm không được bú mẹ trong giờ đầu sau sinh (34,6% so với 5,1%, $p<0,001$) [9]. Nghiên cứu của Lê Thị Thu Hà ở trẻ em dưới 5 tuổi người dân tộc Chứt và Vân Kiều tại 3 xã miền núi Sơn Trạch, Tân Trạch và Thượng Trạch năm 2020 cho thấy có sự liên quan giữa nhóm trẻ được bú mẹ sớm trước 6 giờ và nhóm trẻ bú mẹ sau 6 giờ, trẻ được bú mẹ trước 6 giờ có tỷ lệ SDD nhẹ cân thấp hơn trẻ được bú mẹ sau 6 giờ (lần lượt là 16,8% và 50,6%, $p<0,05$) [10].

Những trẻ được ăn bổ sung sớm (trước 6 tháng) có nguy cơ SDD nhẹ cân cao hơn 4,2 lần so với những trẻ ăn bổ sung sau 6 tháng ($p=0,000$). Kết quả này cũng tương tự kết quả nghiên cứu năm 2018 – 2019 cho thấy nhóm trẻ được ăn bổ sung thời gian sau 6 tháng thì tỷ lệ SDD

thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm trẻ được ăn bổ sung trước 6 tháng (24,4% so với 33,3%, $p<0,05$) [8]. Nghiên cứu của Vũ Thị Quyên năm 2023 ở trẻ từ 6 đến 24 tháng tuổi tại bệnh viện Sản Nhi Nghệ An cho thấy trẻ ăn bổ sung sớm có nguy cơ SDD nhẹ cân gấp 2,0 lần so với trẻ ăn bổ sung đúng thời điểm (95%CI: 1,1 – 3,9, $p<0,05$) [6].

5. KẾT LUẬN

Trẻ dưới 5 tuổi bị nhiễm khuẩn hô hấp đến khám tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Cam Ranh có tỷ lệ SDD còn khá cao. Những trẻ có mẹ tăng cân thai kỳ dưới 10kg, những trẻ ăn bổ sung trước 6 tháng đều có nguy cơ SDD cao hơn những trẻ khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] UNICEF, Child malnutrition: Stunting has declined steadily since 2000 – but faster progress is needed to reach the 2030 target. Wasting persists at alarming rates and overweight will require a reversal in trajectory if the 2030 target is to be achieved. Accessed 10th October, 2023. <https://data.unicef.org/topic/nutrition/malnutrition/>
- [2] Bộ Y tế, Bộ Y tế công bố kết quả Tổng điều tra Dinh dưỡng năm 2019-2020. Accessed 10th October, 2023.
- [3] World Health Organization. Malnutrition: Key facts. Accessed 10th October, 2023.
- [4] World Health Organization. Children aged <5 years with acute respiratory infection (ARI) symptoms taken to facility 2023; Available from: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/3147>.
- [5] Vũ Thị Quyên và cs, Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan đến suy dinh dưỡng ở trẻ từ 6 đến 24 tháng tuổi tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An; Tạp chí Y Học Việt Nam;527, 2023, 73-77.
- [6] Lê Thị Kim Mai, Tình trạng dinh dưỡng và chế độ nuôi dưỡng của bệnh nhi dưới 5 tuổi bị tiêu chảy cấp tại Khoa Tiêu hoá, Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2017 - 2018. Published online 2018.



- [7] Santos S, Voerman E, Amiano P, et al., Impact of maternal body mass index and gestational weight gain on pregnancy complications: an individual participant data meta-analysis of European, North American and Australian cohorts. *BJOG*. 126(8), 2019; 984-995. doi:10.1111/1471-0528.15661
- [8] Vũ Thị Vân Anh và cs, Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của trẻ dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh; *Tạp chí Khoa học Công nghệ ĐHTN*, 207(14), 2019, 219-224.
- [9] Giao Huynh, Ngoc Han Thi Nguyen, Quang Thanh Do et al., Malnutrition among 6-59-Month-Old Children at District 2 Hospital, Ho Chi Minh city, Vietnam: Prevalence and Associated Factors. *BioMed Res Int* Vol 2019. Published online 2019:8-14.
- [10] Lê Thị Thu Hà, Phạm Duy Tường, Nguyễn Minh Trang, Suy dinh dưỡng và yếu tố liên quan ở trẻ dưới 5 tuổi dân tộc Chứt, Vân Kiều năm 2019; *Tạp chí Nghiên cứu Y Học*;129(5), 2020, 303-309.

NUTRITIONAL KNOWLEDGE OF MOTHERS WITH CHILDREN 6-23 MONTHS OLD WHO COME FOR EXAMINATION AT THE CLINIC – NUTRITIONAL CONSULTATION AND VACCINATION, SCHOOL OF PREVENTIVE MEDICINE AND PUBLIC HEALTH

Phan Quoc Anh¹, Pham Duc Minh², Nguyen Thi Huong Lan^{1*}

¹Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

²Military Medical University - 160 Phung Hung, Ha Dong, Hanoi, Vietnam

Received: 08/09/2023

Revised: 30/09/2023; Accepted: 01/11/2023

ABSTRACT

Objective: Describe the nutritional knowledge of mothers with children 6-23 months old visiting the Clinic – Nutritional consultation and vaccination, School of Preventive Medicine and Public Health between 2022 and 2023.

Subject and method: Cross-sectional descriptive study conducted on 394 mothers with children 6-23 months old who brought their children to be examined from 1/2022 to 3/2023. Research data were collected through pre-prepared questionnaires and direct interviews with mothers.

Results: The majority of mothers have correct knowledge about child feeding. However, there are still 2.5% of mothers who think that they should only breastfeed until the end of 6 months. The time to start complementary foods before 4 months old and after 7 months old is 3%. Having wrong knowledge about the consistency and variety of foods for children's complementary meals is up to 16.5%.

Conclusion: Most mothers have correct knowledge about child feeding. However, there are still mothers who have incorrect knowledge about weaning time and how to maintain long-term breast milk supply, and knowledge about eating a variety of food groups is limited.

Keywords: Knowledge, child care, children 6-23 months old.

*Corresponding author

Email address: huonglandd@hmu.edu.vn

Phone number: (+84) 936 195 676

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>



Kiến thức dinh dưỡng của bà mẹ có con 6-23 tháng tuổi đến khám tại phòng khám - tư vấn dinh dưỡng và tiêm chủng, Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng

Phan Quốc Anh¹, Phạm Đức Minh², Nguyễn Thị Hương Lan^{1*}

¹Trường Đại học Y Hà Nội - Số 1 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

²Học viện Quân Y - Số 160 Phùng Hưng, Hà Đông, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 08 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 30 tháng 09 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 01 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kiến thức dinh dưỡng của bà mẹ có con 6-23 tháng tuổi đến khám tại phòng khám - tư vấn dinh dưỡng và tiêm chủng, Viện đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng năm 2022-2023.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 394 bà mẹ có con 6-23 tháng tuổi đưa con tới khám từ tháng 1/2022 - 3/2023. Số liệu được thu thập qua mẫu bộ câu hỏi được chuẩn bị sẵn và phỏng vấn trực tiếp bà mẹ.

Kết quả: Kết quả đa số bà mẹ có kiến thức đúng về nuôi dưỡng trẻ. Tuy nhiên vẫn còn 2,5% bà mẹ cho rằng chỉ nên cho bú mẹ đến hết 6 tháng, thời gian bắt đầu ăn bổ sung trước 4 tháng tuổi và sau 7 tháng tuổi chiếm 3%. Có kiến thức sai về độ đặc, đa dạng thực phẩm cho bữa ăn bổ sung của trẻ lên tới 16,5%.

Kết luận: Hầu hết các bà mẹ có kiến thức đúng về nuôi dưỡng trẻ. Tuy nhiên vẫn còn có bà mẹ có kiến thức sai về thời gian cai sữa và cách thực duy trì nguồn sữa mẹ lâu dài, kiến thức về ăn đa dạng các nhóm thực phẩm còn hạn chế.

Từ khóa: Kiến thức, nuôi dưỡng trẻ, trẻ 6-23 tháng tuổi.

*Tác giả liên hệ

Email: huonglandd@hmu.edu.vn

Điện thoại: (+84) 936 195 676

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dinh dưỡng đóng vai trò quan trọng đối với sức khỏe của trẻ em không chỉ trong thời kỳ thơ ấu mà còn ảnh hưởng đến sự phát triển và sức khỏe ở tuổi trưởng thành. Lựa chọn dinh dưỡng lành mạnh cho trẻ trong suốt thời thơ ấu giúp ngăn ngừa suy dinh dưỡng (SDD), thiếu vi chất và thừa cân béo phì ở trẻ em cũng giảm nguy cơ mắc các bệnh liên quan rối loạn chuyển hóa. Theo tổng điều tra dinh dưỡng toàn quốc năm 2019 – 2020 của Viện Dinh dưỡng quốc gia cho thấy tỷ lệ SDD thấp còi ở trẻ em dưới 5 tuổi trên toàn quốc là 19,6%. Tỷ lệ SDD nhẹ cân ở trẻ dưới 5 tuổi là 11,5%. SDD có xu hướng tăng dần trong nhóm tuổi từ 6-23 tháng tuổi và đạt đỉnh điểm tại nhóm tuổi từ 18-23 tháng tuổi có tỷ lệ SDD thấp còi lên tới 25,4% [1]. Nhóm tuổi 6-23 tháng tuổi là giai đoạn trẻ có nhiều thay đổi về sinh lý, trẻ bắt đầu chế độ ăn mới từ lỏng hoàn toàn sang chế độ ăn đặc hơn. Tuy nhiên ở giai đoạn này trẻ cũng mắc nhiều bệnh lý về dinh dưỡng, tiêu hóa, hô hấp và nhiễm trùng. Kiến thức, thực hành nuôi dưỡng trẻ của bà mẹ ảnh hưởng trực tiếp tới tình trạng dinh dưỡng của trẻ [2]. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Mô tả kiến thức dinh dưỡng của bà mẹ có con 6-23 tháng tuổi đến khám tại phòng khám - tư vấn dinh dưỡng và tiêm chủng, Viện Đào tạo YHDP&YTCC năm 2022-2023.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/2022 đến tháng 3/2023 tại phòng khám dinh dưỡng và tiêm chủng - Viện ĐT YHDP&YTCC cơ sở 35 Lê Văn Thiêm.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Các cặp mẹ con với con có độ tuổi 6-23 tháng tuổi.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu: Cỡ mẫu của nghiên cứu được ước tính theo công thức:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{(\epsilon.p)^2}$$

Trong đó: N là cỡ mẫu; $Z^2_{1-\alpha/2}$: hệ số tin cậy, chọn $z = 1,96$ tương ứng với mức tin cậy 95%; $p = 0,196$ từ tỷ lệ SDD thấp còi ở trẻ em dưới 5 tuổi toàn quốc [1]; ϵ : khoảng sai lệch tương đối, chọn $\epsilon = 0,2$. Tính được cỡ mẫu $N = 394$.

Lấy số lượng mẫu chủ đích là các bà mẹ hoặc người nuôi dưỡng chính của trẻ tham gia nghiên cứu có con trong độ tuổi 6-23 tháng tuổi.

2.5. Biến số chỉ số nghiên cứu: Kiến thức về nuôi dưỡng trẻ: Kiến thức của bà mẹ về thời gian cho trẻ bú mẹ và bảo vệ duy trì nguồn sữa mẹ. Kiến thức của bà mẹ về vượt qua rào cản để trẻ tiếp tục được bú mẹ và tìm kiếm giúp đỡ để duy trì bảo vệ nguồn sữa mẹ. Kiến thức ăn bổ sung, thời gian bắt đầu ăn bổ sung, lý do chọn thời điểm ăn bổ sung, lựa chọn đồ ăn bổ sung, kiến thức về bữa ăn bổ sung đa dạng thực phẩm.

2.6. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu: Phỏng vấn trực tiếp bà mẹ theo bộ câu hỏi tham khảo từ tài liệu hướng dẫn của Tổ chức Nông lương thế giới (FAO) về đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành liên quan đến dinh dưỡng năm 2014 “Guidelines for assessing nutrition-related Knowledge, Attitudes and Practices” [3].

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu điều tra được làm sạch số liệu, phát hiện thiếu số liệu, số liệu vô lý và mã hóa số liệu trước khi nhập vào phần mềm. Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 25.0. Các biến định tính được biểu diễn bằng tỷ lệ %.

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng thông qua đề cương định số 198/QĐ-ĐHYHN ngày 31/01/2023. Việc tiến hành nghiên cứu được sự đồng ý của phòng khám - tư vấn dinh dưỡng và tiêm chủng, Viện ĐT YHDP&YTCC. Bà mẹ trước khi tham gia nghiên cứu được thông báo giải thích rõ ràng về mục đích và nội dung tiến hành trong nghiên cứu. Các thông tin thu thập được trong điều tra nghiên cứu được giữ bí mật.



3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Kiến thức của bà mẹ về thời gian cho trẻ bú mẹ và bảo vệ duy trì nguồn sữa mẹ

Kiến thức nuôi con bằng sữa mẹ		Số lượng (N=394)	Tỷ lệ (%)
Thời gian cho trẻ bú mẹ	6 tháng trở xuống	10	2,5
	6-11 tháng tuổi	121	30,7
	12-23 tháng tuổi	196	49,7
	24 tháng trở lên	67	17,0
Cách thức để duy trì nguồn sữa mẹ lâu dài	Cho con bú hoàn toàn theo nhu cầu	228	42,1
	Vắt sữa mẹ bằng tay hoặc máy vắt sữa	267	67,8
	Có chế độ ăn dinh dưỡng tốt, ăn đầy đủ lành mạnh, ngủ đủ giấc	230	58,4
	Uống đủ lượng chất lỏng trong ngày	190	48,2

Kiến thức của bà mẹ về thời gian cho trẻ bú mẹ nên dưới 6 tháng 2,5%, 6-11 tháng tuổi là 30,7%, 12-23 tháng tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 49,7%, trên 24 tháng chiếm 17,0%. Tỷ lệ lựa chọn các cách thức để duy trì nguồn sữa mẹ lâu dài chiếm tỷ lệ cao nhất là vắt sữa mẹ cho con 67,8%.

Bảng 2. Kiến thức của bà mẹ về vượt qua rào cản để trẻ tiếp tục được bú mẹ và tìm kiếm sự giúp đỡ để duy trì bảo vệ nguồn sữa mẹ

Kiến thức nuôi con bằng sữa mẹ		Số lượng (N=394)	Tỷ lệ (%)
Vượt qua rào cản để trẻ tiếp tục được bú mẹ	Vắt sữa mẹ, cất trữ hoặc nhờ người đưa sữa mẹ về cho trẻ bú khi mẹ đi làm	272	69,0
	Khác	110	27,9
	Không biết/Không trả lời	12	3,0
Tìm kiếm dịch vụ chăm sóc sức khỏe để duy trì bảo vệ nguồn sữa mẹ	Tìm kiếm sự giúp đỡ chuyên nghiệp từ nhân viên y tế: Bác sĩ, điều dưỡng	289	73,4
	Khác	105	26,6
	Không biết/Không trả lời	10	2,5

Kiến thức vượt qua rào cản để trẻ tiếp tục được bú mẹ bằng cách vắt sữa mẹ được lựa chọn với tỷ lệ 69%; 27,9% lựa chọn phương pháp khác như cho trẻ cai sữa, sử dụng sữa công thức. Tỷ lệ lựa chọn sự giúp đỡ chuyên nghiệp từ nhân viên y tế khi chăm sóc sức khỏe sữa mẹ là 73,4%; 26,6% lựa chọn hỏi ý kiến người thân, bạn bè và tự tìm kiếm trên mạng.

Bảng 3. Kiến thức của bà mẹ về thời điểm bắt đầu cho trẻ ăn bổ sung và lý do ăn bổ sung

Kiến thức về ăn bổ sung		Số lượng (N=394)	Tỷ lệ (%)
Thời gian bắt đầu ăn bổ sung	< 4 tháng hoặc ≥ 7 tháng	12	3,0
	4 – 5 tháng	21	5,3
	6 tháng	361	91,6
Lý do chọn thời điểm ăn bổ sung	Sữa mẹ không thể cung cấp tất cả các chất dinh dưỡng cần thiết cho sự phát triển từ 6 tháng tuổi, trẻ cần ăn bổ sung ngoài sữa mẹ	266	67,5
	Khác	125	31,7
	Không biết/Không trả lời	3	0,8

Kiến thức của bà mẹ về thời gian bắt đầu ăn bổ sung đa số bà mẹ đều cho rằng nên cho con ăn bổ sung khi trẻ được 6 tháng tuổi tỷ lệ 91,6%, ăn bổ sung từ 4-5 tháng tuổi chiếm tỷ lệ 5,3%.

Bảng 4. Kiến thức của bà mẹ về thành phần các nhóm thực phẩm có trong bữa ăn bổ sung

Kiến thức về bữa ăn bổ sung đa dạng thực phẩm	Số lượng (N=394)	Tỷ lệ (%)
Thực phẩm nguồn gốc động vật (thịt, cá, trứng...)	290	73,6
Bột và các loại hạt (bột đậu, lạc, đậu nành...)	151	38,3
Rau củ quả có màu giàu vitamin A	219	55,6
Các loại rau màu xanh đậm (rau muống, súp lơ xanh...)	127	32,2
Chất béo (mỡ động vật và dầu thực vật dầu oliu, óc chó, hướng dương...)	189	48,0
Khác	14	3,6

Kiến thức lựa chọn thực phẩm cho bữa ăn đa dạng 73,6% cho rằng cần có thực phẩm nguồn gốc động vật, bột và các loại hạt 38,3%, rau củ quả có màu giàu vitamin A 55,6% các loại rau màu xanh đậm 32,2%, chất béo có trong bữa ăn bổ sung 48,0%.

4. BÀN LUẬN

Kiến thức là sự hiểu biết về bất kỳ chủ đề nhất định. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đó là sự hiểu biết của bà mẹ về dinh dưỡng, bao gồm khả năng trí tuệ để ghi nhớ và nhớ lại các vấn đề về dinh dưỡng và thực phẩm, các thông tin và dữ kiện cụ thể. Nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn trong 6 tháng mang lại nhiều lợi ích cho trẻ sơ sinh và mẹ. Sữa mẹ cũng là nguồn cung cấp năng lượng và chất dinh dưỡng quan trọng cho trẻ từ 6-23 tháng tuổi [4]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, kiến thức của bà mẹ

về thời gian cho trẻ bú mẹ và cách thức bảo vệ và duy trì nguồn sữa mẹ trình bày tại (Bảng 1). Đa số bà mẹ cho rằng trẻ nên được bú mẹ đến 12-23 tháng tuổi chiếm 49,7%, trẻ chỉ nên bú đến 6-11 tháng chiếm 30,7%, tỷ lệ bà mẹ cho rằng nên cho con bú đến 24 tháng tuổi trở lên chỉ chiếm 17%, bà mẹ cho rằng chỉ nên cho trẻ bú mẹ dưới 6 tháng 2,5%, cho bú mẹ đến 6-11 tháng 30,7%. Như vậy đa số bà mẹ cho rằng nên cho trẻ bú mẹ đến khi trẻ 1 đến 2 tuổi thì cai sữa, tuy nhiên vẫn còn bà mẹ cho rằng chỉ cho trẻ bú mẹ trong 6 tháng đầu, khi trẻ ăn dặm thì đã cai sữa cho trẻ. Những kiến thức thiếu sót về thời gian tiếp tục cho trẻ bú và cai sữa cho trẻ có thể là tăng nguy cơ trẻ bị thiếu dinh dưỡng ảnh hưởng sự phát triển của trẻ. Cách thức để bảo vệ duy trì nguồn sữa mẹ lâu dài thì cho con bú thường xuyên là chìa khóa để duy trì nguồn sữa mẹ, khi trẻ bú phản xạ tiết sữa được duy trì. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của chúng tôi cho con bú hoàn toàn theo nhu cầu chiếm 42,1% và vắt sữa



mẹ bằng tay hoặc bằng máy nếu trẻ không bú trực tiếp được chiếm 67,8%. Một chế độ ăn dinh dưỡng tốt, đầy đủ và đa dạng thực phẩm, giấc ngủ đầy đủ đi cùng tâm lý thoải mái rất quan trọng để bà mẹ có thể tiết đủ sữa và duy trì nguồn sữa mẹ lâu dài cho trẻ và 58,4% bà mẹ lựa chọn phương án này. Thành phần chính của sữa mẹ là nước chiếm 87-88% trong sữa trưởng thành [5]. Do vậy việc bà mẹ uống đủ nước là rất quan trọng để duy trì và bảo vệ nguồn sữa mẹ. Có tới 48,2% bà mẹ lựa chọn phương án uống đủ lượng chất lỏng để duy trì và bảo vệ nguồn sữa mẹ. Khi bà mẹ đi làm một vấn đề xảy ra sẽ không cho trẻ bú được theo nhu cầu của trẻ, việc đưa ra được các giải pháp giúp trẻ vẫn được bú mẹ là cần thiết, trong nghiên cứu của chúng tôi 69% bà mẹ lựa chọn vắt sữa, cất trữ hoặc nhờ người đưa sữa mẹ về cho trẻ bú, 27% lựa chọn phương pháp khác hoặc cho trẻ cai sữa (Bảng 2). Theo hướng dẫn của cơ quan dịch vụ Y tế quốc gia (NHS) Vương quốc Anh, sữa mẹ có thể vắt tay hoặc máy được bảo quản đúng cách trong tủ lạnh mát 4°C có thể bảo quản lên tới 4 ngày, tủ đông nhiệt độ -18°C bảo quản được tới 6 tháng mà không ảnh hưởng nhiều tới chất lượng dinh dưỡng và an toàn thực phẩm của sữa mẹ [6]. Do vậy bà mẹ hoàn toàn có thể vắt sữa của mình, cất trữ, vận chuyển để có thể cho trẻ sử dụng sữa mẹ khi mẹ vắng nhà hoặc đi làm mà không có điều kiện cho con bú. Khi bà mẹ bị có vấn đề sức khỏe, bị bệnh ảnh hưởng nguồn sữa mẹ, đa số bà mẹ lựa chọn phương án tìm sự giúp đỡ chuyên nghiệp từ nhân viên y tế 73,4% và 26,6% lựa chọn các phương án khác như tìm kiếm thông tin trên internet, hỏi người thân, người quen bạn bè, sử dụng thuốc nam thuốc đông y. Như vậy trong nghiên cứu của chúng tôi đa số bà mẹ có lựa chọn đúng khi muốn nhận sự hỗ trợ từ nhân viên y tế chuyên nghiệp. Kiến thức của bà mẹ về thời điểm bắt đầu cho trẻ ăn dặm và lý do nên cho trẻ ăn dặm được trình bày (Bảng 3). Đa số bà mẹ đến 91,6% lựa chọn phương án đúng nên cho trẻ ăn dặm khi 6 tháng tuổi. Tuy nhiên vẫn còn 5,3% số bà mẹ lựa chọn cho trẻ ăn dặm sớm hơn từ 4-5 tháng tuổi. Lựa chọn phương án cho trẻ bắt đầu ăn dặm khi trẻ <4 tháng tuổi và ≥ 7 tháng tuổi chiếm 3%. Lý do bà mẹ lựa chọn ăn dặm cho con khi 6 tháng tuổi đa số bà mẹ cho rằng sữa mẹ không thể cung cấp tất cả các chất dinh dưỡng cần thiết cho sự phát triển của trẻ từ 6 tháng tuổi, trẻ cần ăn bổ sung ngoài sữa mẹ chiếm 67,5%. Có 31,7% bà mẹ lựa chọn phương án khác như do sữa mẹ mất chất, sợ thiếu sữa cho con, do nhận được lời khuyên từ người khác, 0,8% bà mẹ không biết hoặc không trả lời câu hỏi này. Theo hướng dẫn của WHO, khoảng 6 tháng tuổi, nhu cầu về năng lượng và chất dinh

dưỡng của trẻ bắt đầu vượt quá nhu cầu được cung cấp bởi sữa mẹ, và thức ăn bổ sung là cần thiết để đáp ứng những nhu cầu đó [4]. So sánh nghiên cứu về kiến thức thực hành cai sữa mẹ của bà mẹ có con dưới 2 tuổi tại Pakistan (2022) cho kết quả 88% bà mẹ có kiến thức về lựa chọn thời điểm cho trẻ ăn bổ sung là khoảng 6 tháng tuổi [7]. Nghiên cứu kiến thức về chế độ ăn bổ sung của bà mẹ có con 6-24 tháng tuổi điều trị bệnh viện tỉnh Nam Định năm 2019 chỉ kết quả kiến thức thời điểm ăn bổ sung hợp lý trẻ tròn 4 tháng 25,9%, trẻ tròn 5 tháng 37%, trẻ tròn 6 tháng 33,3% và trẻ tròn 7 tháng 3,8%(8). Như vậy tỷ lệ bà mẹ có kiến thức đúng ở nghiên cứu ở Nam Định thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu tại khoa nhi bệnh viện đa khoa Xanh Pôn 2023 cho kết quả trước can thiệp số bà mẹ có kiến thức đúng về thời điểm bắt đầu ăn dặm 58,46% và sau can thiệp 100%. Có kiến thức đúng về nguyên tắc cho trẻ ăn bổ sung trước can thiệp 56,92% và sau can thiệp 70,7% [9]. Kiến thức về bữa ăn bổ sung đa dạng thực phẩm, thực phẩm nguồn gốc động vật 73,6%; bột và các loại hạt 38,3%; rau củ quả giàu vitamin A 55,6%; các loại rau khác 32,2%; Chất béo gồm nguồn động vật và thực vật 48,0% (Bảng 4). Theo khuyến cáo viện dinh dưỡng quốc gia chế độ ăn trẻ cần đạt 5/8 nhóm thực phẩm trong đó bắt buộc có dầu mỡ [10]. Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số bà mẹ có kiến thức về việc bổ sung chất đạm từ thịt cho trẻ, bà mẹ cũng có kiến thức về sử dụng các thực phẩm giàu vitamin A như cà rốt, bí đỏ, tuy nhiên tỷ lệ có kiến thức về việc cho trẻ ăn thực phẩm từ các loại hạt giàu protein, rau quả xanh đậm nhiều vitamin khoáng chất như sắt, kẽm và đặc biệt tỷ lệ bổ sung đủ chất béo còn thấp chỉ 50%.

5. KẾT LUẬN

Hầu hết các bà mẹ có kiến thức đúng về nuôi dưỡng trẻ, đa số bà mẹ có kiến thức đúng về nuôi con bằng sữa mẹ và thời gian bắt đầu ăn bổ sung. Tuy nhiên vẫn còn bà mẹ cho rằng nên cai sữa sớm trước 6 tháng tuổi. Kiến thức về cách duy trì nguồn sữa mẹ lâu dài còn có điểm hạn chế. Kiến thức về lựa chọn bữa ăn đa dạng đầy đủ thực phẩm vẫn còn chưa đầy đủ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Viện Dinh dưỡng quốc gia - Bộ Y tế, Tổng cục Thống kê, Tổng điều tra dinh dưỡng 2019

- 2020; Trung tâm giáo dục truyền thông dinh dưỡng; 2021.
- [2] Unicef for every child, Child Nutrition Report 2021; Unicef for every child; 9/2021 page 70.
- [3] Fautsch Y, Glasauer P, Nutrition Division, Guidelines for assessing nutrition-related knowledge, attitudes and practices [Internet]. Rome, Italy: FAO; 2014 [cited 7/29/2022]. 188 page. Available at: <https://www.fao.org/publications/card/fr/c/e1dfc1bb-0951-5221-a333-961243626fb6/>
- [4] World Health Organization, Unicef for every child, Indicators for assessing infant and young child feeding practices; WHO Document Production Services; 2021 page 122.
- [5] Keikha M, Shayan-Moghadam et al., Nutritional supplements and mother's milk composition: a systematic review of interventional studies. *International Breastfeeding Journal*, 1/4/2021;16(1):1.
- [6] nhs.uk [Internet], 2020 [cited 10/4/2023], Expressing and storing breast milk. Available at: <https://www.nhs.uk/conditions/baby/breastfeeding-and-bottle-feeding/breastfeeding/expressing-breast-milk/>
- [7] Rasheed Y, Rizwan B, Fatima N et al., Assessment of Knowledge Regarding Weaning Practices Among Mothers of Gulab Devi Educational Complex: Knowledge Regarding Weaning Practices. *Pakistan Journal of Health Sciences*; 9/30/2022;140–4.
- [8] Nguyễn Thị Thanh Huyền, Trần Thị Thanh Mai và cs, Thực trạng kiến thức về chế độ ăn bổ sung của các bà mẹ có con từ 6 đến 24 tháng tuổi điều trị tại Bệnh viện Nhi tỉnh Nam Định năm 2019, *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng*, 3(1), 2020, 7.
- [9] Hà Thị Vân Anh, Vũ Văn Thành, Thay đổi kiến thức về chăm sóc dinh dưỡng của bà mẹ có con dưới 24 tháng tuổi tại Khoa Nhi Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn sau giáo dục sức khỏe; *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng*, 13 tháng tư, 6(02), 2023, 108–17.
- [10] Lê Danh Tuyên, Lê Bạch Mai, Trần Thúy Nga và cs, Khuyến nghị Dinh dưỡng trong 1000 ngày vàng; Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2017, 176 tr.



OVERWEIGHT-OBESITY PREVALENCE AND RELATED FACTORS OF CHILDREN 2 TO UNDER 5 YEARS IN DISTRICT 1, HO CHI MINH CITY IN 2022

Pham Thi Lan Anh*, Vo Van Tam, Nguyen Thi Thanh Xuan

University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City - 217 Hong Bang, ward 11, district 5, Ho Chi Minh city, Vietnam

Received: 08/09/2023

Revised: 09/10/2023; Accepted: 02/11/2023

ABSTRACT

Objective: The study was conducted to determine the prevalence of overweight and obesity in children from 2 to under 5 years in District 1, Ho Chi Minh City and the relationship between overweight-obesity and characteristics of mother and child, dietary history and living habits of children.

Subject and method: A cross-sectional study was conducted on 691 children 2 to under 5 years and mothers in District 1, Ho Chi Minh City from July 2021 to October 2022. Children's nutritional status was assessed through the Z-score of weight/height according to WHO 2006 population. Use the chi-square test/ Fisher test to determine the relationship between the overweight-obesity prevalence and the indicators in the study. Use multivariate Poisson regression to build a predictive model of overweight-obesity with variables of $p < 0.2$ in univariate analysis. Prevalence ratio with a 95% confidence interval to evaluate the association.

Results: The prevalence of overweight-obesity in children 2 to under 5 years was 21%. There was a statistically significant relationship between overweight-obesity in children and gender, child's age group, mother's education level, time the child watches TV or uses electronic devices during the day at $p < 0,05$.

Conclusion: The overweight-obesity ratio of children from 2 to under 5 years in District 1, Ho Chi Minh City is still high. There needs to be practical support and intervention solutions to prevent TC-BP for children in the community.

Keywords: Children 2-5 years old, overweight - obesity, Ho Chi Minh city.

*Corresponding author

Email address: lanh2804@gmail.com

Phone number: (+84) 988 542 251

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>

TỶ LỆ THỪA CÂN-BÉO PHÌ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA TRẺ 2 ĐẾN DƯỚI 5 TUỔI TẠI QUẬN 1, THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH NĂM 2022

Phạm Thị Lan Anh*, Võ Văn Tâm, Nguyễn Thị Thanh Xuân

Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh - 217 Hồng Bàng, Phường 11, Quận 5, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 08 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 09 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 02 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu thực hiện nhằm xác định tỷ lệ thừa cân béo phì (TC-BP) ở trẻ 2 đến dưới 5 tuổi tại quận 1, TP HCM và mối liên quan giữa TC-BP với các đặc tính nền của mẹ và trẻ, tiền căn ăn uống và thói quen sinh hoạt của trẻ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang, thực hiện trên 691 trẻ 2 đến dưới 5 tuổi và bà mẹ tại quận 1, TP HCM từ 7/2021 đến 10/2022. Tình trạng dinh dưỡng của trẻ được đánh giá qua chỉ số Z-score của cân nặng/chiều cao (CN/CC) theo quần thể WHO 2006. Sử dụng phép kiểm chi bình phương/ Kiểm định Fisher để xác định mối liên quan giữa tỷ lệ TC-BP với các chỉ số trong nghiên cứu. Dùng hồi quy Poisson đa biến để xây dựng mô hình tiên đoán của TC-BP với các biến số có $p < 0,2$ trong phân tích đơn biến. Tỷ số tỷ lệ hiện mắc (PR) với khoảng tin cậy 95% để lượng giá mối liên hệ.

Kết quả: Tỷ lệ TC-BP ở trẻ 2 đến dưới 5 tuổi là 21%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa TC-BP ở trẻ với giới tính, nhóm tuổi của trẻ, trình độ học vấn của mẹ, thời gian trẻ xem ti vi hoặc sử dụng thiết bị điện tử trong ngày với $p < 0,05$.

Kết luận: Tỷ lệ TC-BP của trẻ từ 2 đến dưới 5 tuổi tại quận 1, TP.HCM vẫn còn ở mức cao. Cần có những giải pháp hỗ trợ, can thiệp thiết thực để phòng ngừa tình trạng TC-BP cho trẻ trong cộng đồng.

Từ khóa: Trẻ em 2-5 tuổi, TC-BP, TP. Hồ Chí Minh.

*Tác giả liên hệ

Email: lanh2804@gmail.com

Điện thoại: (+84) 988 542 251

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thừa cân béo phì ở trẻ em đang đặt ra một gánh nặng lớn đối với sức khỏe cộng đồng [1]. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (TCYTTG), trên toàn cầu ước tính có 41 triệu trẻ em dưới 5 tuổi bị TC-BP. Nhiều quốc gia có thu nhập thấp và trung bình hiện đang phải đối mặt với “gánh nặng kép” về dinh dưỡng. Bên cạnh việc phải đối mặt với các vấn đề thiếu dinh dưỡng họ còn trải qua sự gia tăng nhanh chóng của tình trạng TC-BP, đặc biệt là ở các khu vực đô thị. Tại Việt Nam, tỷ lệ TC-BP có xu hướng tăng nhanh. Tỷ lệ TC-BP ở trẻ dưới 5 tuổi vượt quá mức 5%, mức khống chế đề ra trong Chiến lược quốc gia về dinh dưỡng. Theo kết quả Tổng điều tra dinh dưỡng, tỉ lệ TC-BP trẻ dưới 5 tuổi tăng từ 8,5 lên 19% trong giai đoạn 2010-2020. Trong đó, thành thị là 26,8%, nông thôn và 18,3%, miền núi là 6,9%.

TC-BP trong thời thơ ấu ảnh hưởng xấu đến sức khỏe khi trưởng thành. Trẻ em bị TC-BP nhiều khả năng diễn tiến thành người lớn TC-BP, tăng nguy cơ mắc các bệnh mạn tính không lây [2-3]. Trẻ bị TC-BP dễ bị chọc gheo, bị phân biệt đối xử, dẫn đến tổn thương về mặt tâm lý, ảnh hưởng đến khả năng học tập và tác động tiêu cực đến tâm lý khi trưởng thành [4].

Có nhiều yếu tố gây ra tình trạng TC-BP ở trẻ em như yếu tố di truyền và môi trường. Trẻ em giai đoạn tập ăn bắt đầu có nhận thức, học tập về thức ăn và hình thành các hành vi ăn uống. Tại Việt Nam nói chung và khu vực nội thành TP.HCM nói riêng, những nghiên cứu về tình trạng TC-BP của trẻ và tìm các yếu tố liên quan còn hạn chế. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu xác định tỷ lệ TC-BP ở trẻ 2 đến dưới 5 tuổi tại quận 1, TP HCM và mối liên quan giữa TC-BP với các đặc tính nền của mẹ và trẻ, tiền căn ăn uống và thói quen sinh hoạt của trẻ với mong muốn kết quả nghiên cứu góp phần xây dựng kế hoạch thực hiện chương trình can thiệp phòng ngừa TC-BP.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Thời gian từ 7/2021 – 10/2022 tại Quận 1, TP.HCM

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Trẻ từ 2 - dưới 5 tuổi và bà mẹ của trẻ đang cư trú tại Quận 1, TP.HCM xác

nhận đồng ý tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu loại ra những trẻ mắc các dị tật bẩm sinh như dị tật chân, tay, cột sống, trẻ mắc các bệnh lý nội tiết hay bệnh thận gây phù.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu: Chọn mẫu theo phương pháp PPS.

Tính cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính ước lượng một tỉ lệ.

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{d^2} \times C$$

α : Xác suất sai lầm loại 1 ($\alpha = 0,05$)

$Z^2_{(1-\alpha/2)}$: Trị số từ phân phối chuẩn, = 3,84

$p = 6,5\%$ theo kết quả của Nguyễn Thị Hải Yến và cộng sự tại Hà Nội năm 2019 [5].

d : sai số cho phép $d = p/2 = 0,0325$. C : hệ số thiết kế, chọn là 3

$\Rightarrow n = 666$, Dự trừ 10% mất mẫu $\rightarrow N = 740$, nghiên cứu lấy mẫu 30 cụm mỗi cụm đủ 25 đối tượng. Do đó lấy mẫu 750. Thực tế nghiên cứu thu thập được và tiến hành phân tích trên 691 đối tượng.

2.5. Biến số chính trong nghiên cứu

Tình trạng TC-BP của trẻ: Nghiên cứu sử dụng chỉ số cân nặng/chiều cao (CN/CC) để đánh giá tình trạng dinh dưỡng. Một trẻ 2 đến dưới 5 tuổi được xác định TC-BP khi có CN/CC > +2 SD theo tham chiếu của Tổ chức Y tế thế giới.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu:

- *Số liệu nhân trắc của trẻ:* Ghi nhận bằng việc cân đo tại Trạm Y tế (theo Dự án cải thiện tình trạng dinh dưỡng). Việc cân, đo được thực hiện bởi nhân viên y tế phụ trách dinh dưỡng sức khỏe trẻ em.

- Nghiên cứu sử dụng bộ câu hỏi phỏng vấn gồm 3 phần. Trong đó:

○ *Phần A:* đặc điểm dân số xã hội của trẻ và mẹ.

○ *Phần B:* đặc điểm nhân trắc của trẻ

○ *Phần C:* tiền căn ăn uống và thói quen sinh hoạt của trẻ.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Nghiên cứu nhập liệu bằng phần mềm Epidata, xử lý dữ liệu nhân trắc bằng phần mềm WHO Anthro và phân tích bằng phần mềm STATA 14.0. Dùng phép kiểm chi bình phương/ Kiểm

định Fisher để xác định mối liên quan giữa tỷ lệ TC-BP với các chỉ số trong nghiên cứu. Dùng hồi quy Poisson đa biến để xây dựng mô hình tiên đoán của TC-BP với các biến số có $p < 0,2$ trong phân tích đơn biến. Tỷ số tỷ lệ hiện mắc (PR) với khoảng tin cậy 95% để lượng giá mối liên hệ.

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Đề cương nghiên cứu đã được chấp thuận về mặt y đức của Hội đồng đạo đức

trong Nghiên cứu Y sinh học Đại Học Y Dược TP Hồ Chí Minh số 630/HĐĐĐ-ĐHYD, ký ngày 25/7/2022.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiếp cận 750 bà mẹ và trẻ. Kết quả phân tích trên 691 trẻ và bà mẹ, do 55 bà mẹ không đồng ý tham gia hoặc không đến buổi khảo sát 02 lần.

Bảng 1. Tình trạng dinh dưỡng của trẻ (n=691)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %
Tình trạng dinh dưỡng		
TC-BP	145	21
Không TC-BP	546	79

Bảng 1 cho thấy: kết quả chính của nghiên cứu là tỷ lệ TC-BP của trẻ từ 2 – dưới 5 tuổi là 21% tương ứng 145/691 trẻ.

Bảng 2. Đặc điểm của trẻ và mẹ, tiền căn ăn uống, thói quen sinh hoạt của trẻ (n=691)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ
Tháng tuổi của trẻ		
24 tháng – 35 tháng	206	29,8
36 tháng – 47 tháng	234	33,9
48 tháng – 59 tháng	251	36,3
Giới		
Nam	391	56,6
Nữ	300	43,4
Cân nặng lúc sinh		
< 2500g	33	4,8
2500 - <4000g	630	91,2
≥ 4000g	28	4,0
Tuổi mẹ lúc sinh		
< 25	72	10,4
25 – 34	494	71,5
≥ 35	125	18,1
Trình độ học vấn		
Chưa hết cấp 1	6	0,9
Cấp 1	15	2,2
Cấp 2	64	9,3
Cấp 3	116	16,8
Trung cấp, cao đẳng trở lên	490	70,9
Số con		
1 con	258	37,3
2 con	349	50,5
≥ 3 con	84	12,2



Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ
Bú mẹ hoàn toàn 6 tháng đầu		
Có	479	69,3
Không bú hoàn toàn	170	24,6
Không bú mẹ	42	6,1
Bú mẹ kéo dài đến 24 tháng		
Có	154	22,3
Không	537	77,7
Ăn bổ sung		
Tròn 6 tháng	440	63,7
< 6 tháng	251	36,3
Thời gian ngủ ban đêm		
< 10 tiếng	363	52,5
≥ 10 tiếng	328	47,5
Thời gian xem tivi/ sử dụng thiết bị điện tử		
< 1 tiếng	267	38,6
1 – 2 tiếng	272	39,4
>2 tiếng	152	22,0

Bảng 2 cho thấy: Trẻ nam chiếm cao hơn với 56,6%, đa phần các trẻ sinh đủ cân 91,2%. Tuổi mẹ lúc sinh cao nhất trong khoảng 25 - <34 tuổi với 71,5%, và mẹ có trình độ học vấn cao từ trung cấp trở lên chiếm 70,9%. Trẻ bú mẹ hoàn toàn chỉ chiếm 69,3%, có 22,3% trẻ được bú mẹ đến 24 tháng tuổi và 63,7% trẻ được ăn bổ sung theo hướng dẫn trong 6 tháng tuổi. Về đặc điểm sinh hoạt của trẻ, thời gian ngủ ban đêm trên 10 tiếng đạt 47,5% và có 22% trẻ xem tivi/ sử dụng các thiết bị điện tử trên 2 giờ mỗi ngày.

Bảng 3. Mối liên quan giữa TC-BP với các đặc điểm của trẻ và mẹ, tiền căn ăn uống và thói quen sinh hoạt của trẻ (n=691)

Đặc điểm	Tình trạng dinh dưỡng		p	PR (KTC 95%)
	TC-BP (n=145)	Không TC-BP (n=546)		
Tháng tuổi				
24 – 35 tháng	26 (12,6)	180 (87,4)		1,00
36 – 47 tháng	47 (20,1)	187 (79,9)	0,039	1,49 (1,24-1,80)
48 – 59 tháng	72 (28,7)	179 (71,3)	<0,001	2,23 (1,53-3,26)
Giới				
Nam	95 (24,3)	296 (75,7)		1,46 (1,07-1,98)
Nữ	50 (16,7)	250 (83,3)	0,015	1,00
Trình độ học vấn				
Chưa hết cấp 1	4 (66,7)	2 (33,3)		3,27 (1,81-5,91)*
Cấp 1	7 (46,7)	8 (55,3)	0,01 ^t	2,29 (1,29-4,04)**
Cấp 2	14 (21,9)	50 (78,1)		1,07 (0,65-1,76)
Cấp 3	20 (17,2)	96 (82,8)		0,84 (0,55-1,31)
Trung cấp, CĐ trở lên	100 (20,4)	390 (79,6)		1,00
Thời gian xem tivi/sử dụng thiết bị điện tử				
< 1 tiếng	46 (17,2)	221 (82,8)		1,00
1 – 2 tiếng	54 (19,8)	218 (80,2)	0,434	1,15 (0,81-1,64)
>2 tiếng	45 (29,6)	107 (70,4)	0,003	1,72 (1,20-2,46)

^t kiểm định chính xác Fisher, * $p^{Poison} < 0,001$, ** $p^{Poison} < 0,05$

Bảng 3 cho thấy: tỷ lệ TC-BP ở trẻ 36-47 tháng tuổi có nguy cơ cao gấp 1,49 lần ($p=0,039$, KTC 95% : 1,24-1,80) nhóm 24-35 tháng tuổi, tỷ lệ này ở nhóm tuổi 48-59 cao gấp 2,23 lần ($p<0,001$, KTC 95% : 1,53-3,26)

nhóm tuổi 24-35 tháng. Tỷ lệ TC-BP ở bé trai cao gấp 1,46 lần ($p=0,015$, KTC 95% : 1,07-1,98) so với bé gái. Tỷ lệ trẻ TC-BP ở nhóm các bà mẹ có học vấn chưa hết cấp 1 và cấp 1 lần lượt có nguy cơ cao hơn gấp 3,27 lần ($p<0,001$, KTC 95%: 1,81-5,91), 2,29 lần ($p=0,004$, KTC 95%: 1,29-4,04) so với nhóm bà mẹ có học thức từ trung cấp trở lên.

Bảng 4. Mô hình hồi quy đa biến các yếu tố liên quan tới tỷ lệ TC-BP của trẻ (n=691)

Đặc điểm	p thô	PR (KTC 95%) thô	P hiệu chỉnh	PR (KTC 95%) hiệu chỉnh
Tháng tuổi				
24 tháng - 35 tháng		1,00		1,00
36 tháng - 47 tháng	0,039	1,49 (1,24-1,80)	0,021	1,67 (1,07-2,59)
48 tháng - 59 tháng	<0,001	2,23 (1,53-3,26)	<0,001	2,25 (1,50-3,36)
Giới				
Nam	0,015	1,46 (1,07-1,98)	0,012	1,47 (1,09-1,98)
Nữ		1,00		1,00
Trình độ học vấn				
Chưa hết cấp 1		3,27 (1,81-5,91)*	<0,001	3,41 (1,77-6,54)
Cấp 1		2,29(1,29-4,04)**	0,122	1,54 (0,89-2,65)
Cấp 2		1,07 (0,65-1,76)	0,681	1,11 (0,68-1,80)
Cấp 3		0,84 (0,55-1,31)	0,510	0,86 (0,56-1,33)
Trung cấp, cao đẳng trở lên		1,00		1,00
Thời gian xem tivi hoặc sử dụng thiết bị điện tử				
< 1 tiếng		1,00		1,00
1 – 2 tiếng	0,434	1,15 (0,81-1,64)	0,459	1,14 (0,80-1,63)
>2 tiếng	0,003	1,72 (1,20-2,46)	0,002	1,75 (1,22 - 2,52)

^t kiểm định chính xác Fisher, * $p^{Poison} < 0,001$, ** $p^{Poison} < 0,05$

Bảng 4 cho thấy: mô hình hồi quy đa biến cho thấy những yếu tố liên quan thực sự tới tỷ lệ TC-BP của trẻ bao gồm tháng tuổi, giới tính, trình độ học vấn, thời gian xem ti vi hoặc sử dụng thiết bị điện tử.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận có 21% trẻ TC-BP, kết quả tương đồng với một nghiên cứu của tác giả Trương Thanh Yên Châu được thực hiện tại Bình Dương năm 2017, đối tượng trẻ 3-5 tuổi, tỷ lệ TC-BP là 24% [6]. Nghiên cứu khác của tác giả S.K. Ayre thực hiện năm 2018 tại Trung tâm Dinh dưỡng TP.HCM cho thấy có 34,4% trẻ

2-5 tuổi bị TC-BP. Sự chênh lệch này có thể được lí giải do nghiên cứu của S.K. Ayre chọn đối tượng trẻ đến cơ sở y tế để khám về dinh dưỡng, do đó tỷ lệ trẻ có vấn đề về dinh dưỡng sẽ cao hơn so với dân số chung [7].

Tỷ lệ TC-BP tăng dần theo nhóm tuổi. Đối với nhóm trẻ 36-47 tháng tuổi, tỷ lệ TC-BP cao gấp 1,67 lần ($p=0,021$) so với nhóm 24-35 tháng tuổi. Nhóm tuổi 48-59 có tỷ lệ TC-BP cao gấp 2,25 lần ($p<0,001$) so với nhóm 24-35 tháng tuổi. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hải Yên tại Hà Nội, cũng cho thấy tỷ lệ TC-BP giảm dần theo nhóm tuổi từ 0 đến 35 tháng tuổi, sau đó, tăng dần từ 36 đến 60 tháng tuổi [5]. Điều này có thể giải thích do dưới 3 tuổi là thời kỳ hệ miễn dịch của trẻ chưa hoàn thiện, trẻ dễ mắc các bệnh lý nhiễm khuẩn làm giảm tốc độ tăng cân. Từ 3



tuổi trở đi, trẻ ít mắc bệnh hơn, cùng với tâm lý của người chăm sóc trẻ mong muốn con tăng cân bù càng nhiều càng tốt, dẫn đến các hành vi như cho trẻ ăn nhiều hơn nhu cầu hoặc cho trẻ ăn nhiều thực phẩm năng lượng cao [7]. Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ TC-BP ở bé trai gấp 1,47 lần so với bé gái ($p = 0,012$). Các nghiên cứu thực hiện tại các tỉnh thành ở Việt Nam như Bình Dương, Hà Nội, cũng cho thấy tỷ lệ TC-BP ở bé nam là nhiều hơn và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê [5],[6]. Những bà mẹ có học vấn chưa hết cấp 1, con có tỷ lệ TC-BP cao hơn gấp 3,41 lần ($p < 0,001$) so với những bà mẹ có học vấn trên cấp 3. Trình độ học vấn của bà mẹ có liên quan nghịch với TC-BP ở trẻ được tìm thấy ở nhiều nghiên cứu khác [8-9]. Điều này có thể do các bà mẹ có nhiều năm đi học hơn có công việc thu nhập cao hơn và khả năng tiếp cận được thực phẩm chất lượng tốt hơn. Hơn nữa, giáo dục tăng khả năng nhận thức về sức khỏe và đưa ra các lựa chọn lành mạnh về các sản phẩm thực phẩm, chế độ ăn uống và quan tâm về tình trạng dinh dưỡng của trẻ [9]. Tỷ lệ TC-BP ở nhóm không bú mẹ hoàn toàn 6 tháng và ở nhóm không được bú mẹ lần lượt cao gấp 1,35 lần và 1,52 lần so với nhóm được bú mẹ hoàn toàn. Tuy nhiên khi phân tích đa biến, yếu tố này không thật sự ảnh hưởng đến tỷ lệ TC-BP. Nghiên cứu của tác giả Trần Minh Hoàng tại Bình Dương năm 2017 cũng không tìm thấy mối liên quan giữa TC-BP với bú sữa mẹ [6]. Trẻ em có thời gian xem tivi hoặc sử dụng thiết bị điện tử trên 2 tiếng mỗi ngày thì tỷ lệ TC-BP cao hơn và gấp 1,75 lần ($p = 0,002$) so với những trẻ có thời gian sử dụng dưới 1 tiếng. Sử dụng thiết bị điện tử có liên quan đến lối sống tĩnh tại ít vận động thể lực [9],[10]. Bên cạnh đó, thời gian sử dụng thiết bị điện tử ở trẻ nhỏ nhiều còn liên quan đến giảm chất lượng giấc ngủ, một nguyên nhân quan trọng gây TC-BP. Nghiên cứu cho thấy trẻ có thời gian sử dụng thiết bị điện tử >2h/ngày có giấc ngủ mỗi đêm dưới 11 tiếng, nhóm trẻ này có nguy cơ TC-BP gấp 3 lần trẻ có thời gian sử dụng thiết bị điện tử thấp hơn [11].

Nghiên cứu thực hiện thiết kế cắt ngang nên không thể kết luận mối liên hệ nhân quả mà chỉ có thể gợi ý những yếu tố có liên quan đến TC-BP. Các nghiên cứu tiếp theo nên thiết kế có theo dõi, đánh giá nguy cơ cụ thể đến tình trạng TC-BP của trẻ 2 – dưới 5 tuổi.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ TC-BP trong nghiên cứu đang ở mức rất cao (>15%) theo phân loại của TCYTTCG. Mối liên quan giữa tình trạng TC-BP với các yếu tố được tìm thấy trong nghiên cứu: giới tính, nhóm tuổi, trình độ học vấn của mẹ và thời gian trẻ xem tivi hoặc sử dụng thiết bị điện tử đã cung cấp bằng chứng cho những can thiệp dinh dưỡng ở cộng đồng trong những năm tiếp theo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Lobstein T, Jackson-Leach R, Moodie ML et al., Child and adolescent obesity: part of a bigger picture; *The Lancet*, 385(9986), 2015, 2510-2520.
- [2] Africa JA, Newton KP, Schwimmer JB, Lifestyle interventions including nutrition, exercise, and supplements for nonalcoholic fatty liver disease in children; *Digestive diseases and sciences*, 61(5), 2016, 1375-1386.
- [3] Bacha F, Gidding SS, Cardiac abnormalities in youth with obesity and type 2 diabetes. *Current diabetes reports*, 16(7), 2016, 1-9.
- [4] Beck AR, Psychosocial aspects of obesity; *NASN School Nurse*, 31(1), 2016, 23-27.
- [5] Nguyễn Thị Hải Yến, Nguyễn Thị Kiều Anh, Trần Quang Trung và cs, Thực trạng thừa cân béo phì ở trẻ em dưới 5 tuổi và yếu tố liên quan tại một số quận huyện của Hà Nội năm 2019; *Tạp chí Y học Dự phòng*, 30(5), 2020, 42-49.
- [6] Trần Minh Hoàng, Trương Thanh Yến Châu, Phạm Nhật Tuấn và cs, Tỷ lệ thừa cân béo phì ở trẻ 3 - 5 tuổi tại các trường mẫu giáo thành phố Thủ Dầu Một, Bình Dương, năm 2017; *Y Học TP. Hồ Chí Minh* 23 (2), 2017, tr.200-208.
- [7] SK Ayre, E Jansen, D Gallegos et al., Initial investigation of associations between feeding practices, eating behaviours, and weight status in Vietnamese children using modified questionnaires; *Obesity Research & Clinical Practice*, 16 (4), 2022, 301-306.
- [8] Samson G, Prevalence and differentials of overweight and obesity in preschool children in

- Sub-Saharan Africa; *BMJ open*, 5 (12), 2015, e009005.
- [9] Muluken BS, Melkie EY, Tsgehana GG, Overweight/Obesity and associated factors among preschool children in Gondar City, Northwest Ethiopia: A cross-sectional study; *PloS one*, 12 (8), 2017, e0182511.
- [10] Taheri F, Hassanzadeh-T, Mohammad-M, Kazemi T et al., Prevalence of overweight and obesity in preschool children (2–5 year-olds) in Birjand, Iran; *BMC Research Notes*, 5 (1), 2012, 1-6.
- [11] Myrtha ERV, Arpita P, Diana LL et al., Longitudinal associations between sleep habits, screen time and overweight, obesity in preschool children; *Nature and Science of Sleep*, 14, 2022, 1237.



FEEDING REGIME OF PEDIATRIC PATIENTS AFTER APPENDICITIS PERITONITIS SURGERY AT VIETNAM NATIONAL HOSPITAL OF PEDIATRICS IN 2022 - 2023

Luu Thi My Thuc¹, Nguyen Thi Kim Anh², Le Tran Mai Anh³, Vo Thi Thanh An⁴, Vu Ngoc Ha⁵, Le Thi Huong^{5,6*}

¹National Hospital of Pediatrics - 18/879 La Thanh Street, Lang Thuong Ward, Dong Da District, Hanoi City, Vietnam

²Dong Anh Hospital - Group 1, Dong Anh town, Hanoi, Vietnam

³Vietnam National Cancer Hospital - 30 Cau Buou, Tan Trieu, Thanh Tri, Hanoi, Vietnam

⁴Dr Nutri Pediatric Nutrition Clinic - 24 Nguyen Khang, Yen Hoa, Cau Giay, Hanoi, Vietnam

⁵Ha Noi Medical University Hospital – No.1 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

⁶Institute for Preventive Medicine and Public Health – No.1 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

Received: 08/09/2023

Revised: 06/10/2023; Accepted: 31/10/2023

ABSTRACT

Objective: To describe the nutritional regimen of pediatric patients after surgery for appendicitis at the Vietnam National hospital of Pediatrics between 2022 and 2023.

Subject and method: The cross-sectional descriptive research method was conducted on 90 pediatric patients after surgery for appendicitis peritonitis at the Vietnam National hospital of Pediatrics from August 2022 to March 2023.

Results: During the first day of feeding the child after surgery, most of the energy provided to the child came from complete intravenous nutrition, with a rate of 95%. On average during a 7-day hospital stay, only 20% patients met more than 50% of the recommended energy needs and 31.1% patients met more than 50% of the recommended protein needs.

Conclusion: On average, during 7 days of hospitalization, most pediatric patients do not meet more than 50% of the recommended needs for energy and protein.

Keywords: Nutrition regimen, appendicitis peritonitis surgery, pediatric patients, Vietnam National Hospital of Pediatrics.

*Corresponding author

Email address: lethihuong@hmu.edu.vn

Phone number: (+84) 915 648 237

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>

CHẾ ĐỘ NUÔI DƯỠNG CỦA BỆNH NHI SAU MỔ VIÊM PHỨC MẠC RUỘT THỪA TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG NĂM 2022-2023

Lưu Thị Mỹ Thực¹, Nguyễn Thị Kim Anh², Lê Trần Mai Anh³, Võ Thị Thành An⁴,
Vũ Ngọc Hà⁵, Lê Thị Hương^{5,6*}

¹Bệnh viện Nhi Trung ương - 18/879 đường La Thành, phường Láng Thượng, quận Đống Đa, thành phố Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Đa khoa Đông Anh - Tổ 1, thị trấn Đông Anh, Hà Nội, Việt Nam

³Bệnh viện K Tân Triều - 30 Cầu Bươu, Tân Triều, Thanh Trì, Hà Nội, Việt Nam

⁴Phòng khám Dinh dưỡng Nhi Dr Nutri - 24 Nguyễn Khang, Yên Hoà, Cầu Giấy, Hà Nội, Việt Nam

⁵Bệnh viện Đại học Y Hà Nội - Số 1 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

⁶Viện Đào tạo Y học dự phòng & Y tế công cộng - Số 1 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 08 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 06 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 31 tháng 10 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả chế độ nuôi dưỡng của bệnh nhi sau mổ viêm phúc mạc ruột thừa tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2022-2023.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 90 bệnh nhi sau phẫu thuật viêm phúc mạc ruột thừa tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 08/2022 đến tháng 03/2023.

Kết quả: Trong ngày đầu nuôi dưỡng trẻ sau phẫu thuật VPMRT, năng lượng được cung cấp cho trẻ hầu hết đến từ phương pháp nuôi dưỡng bằng tĩnh mạch hoàn toàn, với tỷ lệ là 95%. Trung bình trong 7 ngày nằm viện, chỉ có 20% bệnh nhi đáp ứng được trên 50% nhu cầu khuyến nghị về năng lượng và 31,1% bệnh nhi đáp ứng trên 50% nhu cầu khuyến nghị về protein.

Kết luận: Trung bình trong 7 ngày nằm viện, phần lớn bệnh nhi không đáp ứng được trên 50% nhu cầu khuyến nghị về năng lượng và protein.

Từ khóa: Chế độ nuôi dưỡng, mổ viêm phúc mạc ruột thừa, bệnh nhi, Bệnh viện Nhi Trung ương.

*Tác giả liên hệ

Email: lethihuong@hmu.edu.vn

Điện thoại: (+84) 915 648 237

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phúc mạc ruột thừa (VPMRT) là biến chứng cấp tính của viêm ruột thừa (VRT). Ở trẻ em, do đặc điểm tâm sinh lý khác với người lớn, thăm khám khó hơn, nên thời gian phát hiện bệnh thường muộn hơn người lớn [1]. Thời gian khởi phát đến khi chẩn đoán trung bình là 2,62 ± 1,38 ngày, ở nhóm tuổi bé có xu hướng lâu hơn nhóm tuổi lớn [2]. Nguồn cung cấp năng lượng chủ yếu cho người bệnh sau mổ thường thông qua dịch truyền tĩnh mạch cho đến khi có trung tiện trở lại. VPMRT được chẩn đoán muộn, nuôi dưỡng sau mổ từ đường tĩnh mạch không đáp ứng đủ nhu cầu sẽ làm tăng thêm nguy cơ nghiêm trọng như nhiễm trùng vết mổ, chậm liền vết mổ, tăng thời gian nằm viện, thậm chí có thể dẫn tới tử vong. Gần đây, các nghiên cứu chỉ ra rằng nuôi ăn sớm bằng đường tiêu hóa sau phẫu thuật có đủ tính an toàn và hiệu quả [3]. Tuy nhiên, trong thực hành lâm sàng, những mối lo ngại về tắc ruột và bực miệng nói sau phẫu thuật làm cho bệnh nhi được nuôi ăn lại bằng đường miệng muộn, là nguyên nhân làm chậm sự phục hồi của trẻ.

Để rút ngắn thời gian điều trị và giảm nguy cơ biến chứng xảy ra, thì chế độ nuôi dưỡng hợp lý, đáp ứng đủ nhu cầu năng lượng của trẻ theo khuyến nghị là hết sức quan trọng. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu mô tả chế độ nuôi dưỡng của trẻ sau mổ viêm phúc mạc ruột thừa tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2022-2023.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Từ tháng 08/2022 – 03/2023 tại khoa Ngoại Gan – Mật – Tụy tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Trẻ em từ 3-10 tuổi được phẫu thuật viêm phúc mạc ruột thừa và điều trị tại khoa Ngoại Gan – Mật – Tụy tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 8/2022 - 3/2023.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức cỡ mẫu cho việc ước tính một tỷ lệ trong quần thể.

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: Tổng số bệnh nhi sau phẫu thuật VPMRT tham gia nghiên cứu.

d = 0,1 là khoảng sai lệch giữa mẫu và quần thể nghiên cứu.

α là mức ý nghĩa thống kê, lấy $\alpha = 0,05$. Khi đó $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$.

p = 0,261 là tỷ lệ phần trăm năng lượng đạt được theo nhu cầu khuyến nghị của bệnh nhi sau mổ đường tiêu hóa tại bệnh viện Nhi Trung ương năm 2018 [4].

Thay vào công thức tính được n=74 bệnh nhi, thực tế lấy được 90 bệnh nhi.

Chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện:

Tất cả bệnh nhi sau phẫu thuật viêm phúc mạc ruột thừa đủ tiêu chuẩn trong thời gian từ tháng 8/2022 – 3/2023 sẽ được mời vào nghiên cứu.

2.5. Biến số/ chỉ số/ Nội dung/ chủ đề nghiên cứu

- Biến số thông tin chung: tuổi của đối tượng tham gia nghiên cứu.

- Các đường nuôi dưỡng bệnh nhi sau phẫu thuật VPMRT tính đến ngày thứ 7: đường tĩnh mạch hoàn toàn, phối hợp nuôi dưỡng đường tĩnh mạch và đường miệng, và nuôi ăn hoàn toàn bằng đường miệng.

- Năng lượng cung cấp cho trẻ trong thời gian nằm viện (bao gồm dịch truyền và khẩu phần ăn) (kcal).

- Các chất sinh năng lượng (protein, lipid, glucid) được cung cấp cho trẻ trong thời gian nằm viện (g).

- Năng lượng và protein mà trẻ đạt được theo nhu cầu khuyến nghị (%).

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Thu thập thông tin về khẩu phần của trẻ bằng phương pháp hồi ghi 24h kết hợp với phương pháp quan sát và đo các thông số về chỉ số nhân trắc theo bộ công cụ đã xây dựng sẵn. Hồi và ghi lại tất cả thực phẩm và nguồn cung cấp bữa ăn mà người bệnh ăn trong một ngày (kể cả dịch truyền tĩnh mạch).

Tính toán thành phần dinh dưỡng trong khẩu phần của trẻ dựa trên Bảng thành phần thực phẩm Việt Nam năm 2007 [5].

Mức đáp ứng nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị được tính theo Nhu cầu dinh dưỡng Khuyến nghị cho người Việt Nam năm 2016 [6].

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm IBM SPSS Statistics 20. Khẩu phần ăn được tính toán bằng phần mềm excel.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Đối tượng được giải thích rõ về mục đích nghiên cứu,

nghiên cứu được tiến hành khi có sự đồng ý của cha/mẹ/người giám hộ trẻ. Nghiên cứu được sự đồng ý của lãnh đạo Bệnh viện Nhi Trung ương, được thông qua hội đồng đề cương đề tài cơ sở Trường Đại học Y Hà Nội theo Quyết định số 527/QĐ-YHDP&YTCC.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Các đường nuôi dưỡng trẻ sau phẫu thuật VPMRT tính đến ngày thứ 7 (n=90)

Thời gian (ngày)	Tĩnh mạch		Đường miệng + Tĩnh mạch		Đường miệng	
	n	%	n	%	n	%
Ngày thứ 1	85	94,4	5	5,6	0	0
Ngày thứ 2	62	68,9	25	27,8	3	3,3
Ngày thứ 3	12	13,3	44	48,9	34	37,8
Ngày thứ 4	4	4,4	20	22,2	66	73,4
Ngày thứ 5	0	0	8	8,9	82	91,1
Ngày thứ 6	0	0	2	2,2	88	97,8
Ngày thứ 7	1	1,1	0	0	89	98,9

Trong ngày đầu tiên sau mổ, phần lớn trẻ được nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch hoàn toàn, chỉ có 5,6% bệnh nhân được nuôi dưỡng kết hợp đường miệng và đường tĩnh mạch. Đến ngày thứ 3, phương pháp nuôi ăn

bằng kết hợp đường miệng và tĩnh mạch được sử dụng nhiều nhất (48,9%). Nuôi ăn hoàn toàn bằng đường miệng tăng dần, đặc biệt từ ngày thứ 5 trở đi, có trên 90% bệnh nhân được nuôi dưỡng bằng đường miệng.

Bảng 2: Giá trị dinh dưỡng cung cấp cho trẻ sau mổ VPMRT (n=90)

Nhóm tuổi	n	Trung bình	Khuyến nghị	% đạt được theo nhu cầu khuyến nghị
Năng lượng (kcal/ngày)				
3-5 tuổi	42	468,6±126,7	1230	39,6
6-7 tuổi	25	550,5±143,1	1270	43,3
8-9 tuổi	15	630,3±130,5	1510	41,7
10 tuổi	8	735,0±181,0	1740	42,3
Protein (g/ngày)				
3-5 tuổi	42	11,1±5,4	25	44,4
6-7 tuổi	25	12,5±4,5	33	37,9
8-9 tuổi	15	14,1±7,3	40	35,3
10 tuổi	8	16,2±7,0	50	32,4

Kết quả bảng 2 cho thấy trong thời gian nằm viện, tất cả các bệnh nhân đều được cung cấp năng lượng thấp hơn nhu cầu khuyến nghị (khoảng 40%). Trong đó, nhóm tuổi 6-7 tuổi có tỷ lệ đạt NCKN cao nhất (43,3%), thấp

nhất ở nhóm trẻ dưới 5 tuổi (39,6%). Hầu hết bệnh nhân chỉ đạt được 30-45% nhu cầu khuyến nghị về protein, trong đó nhóm tuổi 3-5 tuổi có tỷ lệ protein đạt được cao nhất (44,4%).

Bảng 3: Tỷ lệ trẻ đáp ứng trên 50% nhu cầu khuyến nghị trung bình 7 ngày (n=90)

Mức năng lượng	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
<50% NCKN	72	80,0
≥50% NCKN	18	20,0
Trung bình	40,6±10,7	

Trung bình trong 7 ngày nằm viện, chỉ có 18 bệnh nhân (20%) đáp ứng được trên 50% nhu cầu khuyến nghị. Năng lượng trung bình trẻ đạt được theo nhu cầu khuyến nghị là 40,6±10,7%.

Bảng 4: Tỷ lệ trẻ đạt trên 50% nhu cầu khuyến nghị protein trung bình 7 ngày (n=90)

Protein	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
<50% NCKN	62	68,9
≥50% NCKN	28	31,1
Trung bình (%)	40,0±18,8	

Trong 7 ngày nằm viện, có 28 bệnh nhân (31,1%) trong tổng số 90 bệnh nhân đáp ứng trên 50% nhu cầu khuyến nghị về protein. Protein trung bình trẻ đạt được theo nhu cầu khuyến nghị là 40,0±18,8%.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện trên 90 bệnh nhi sau mổ viêm phúc mạc ruột thừa tại khoa Ngoại Gan – Mật – Tụy Bệnh viện Nhi Trung ương. Về các đường nuôi dưỡng sau phẫu thuật, trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, 94,4% bệnh nhi được nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch hoàn toàn trong ngày đầu tiên sau mổ. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu khác trong nước [7]. Nuôi dưỡng bằng tĩnh mạch hoàn toàn là phương pháp nuôi dưỡng chủ yếu trong ngày thứ nhất và ngày thứ 2 sau mổ của bệnh nhi, sau đó giảm dần trong những ngày tiếp theo. Đến ngày thứ 7 sau mổ, chỉ có 1,1% bệnh nhi được nuôi dưỡng bằng tĩnh mạch hoàn toàn. Nuôi dưỡng hoàn toàn bằng đường tĩnh mạch là một phương pháp nuôi dưỡng không sinh lý, tốn kém và có nhiều biến chứng. Các chất dinh dưỡng cung cấp qua đường tĩnh mạch có thể làm thay đổi các đáp ứng sinh lý bình thường. Các tai biến do sử dụng đường tĩnh mạch nuôi dưỡng cũng thường xuyên xảy ra như viêm tắc tĩnh mạch, nhiễm trùng huyết, rối loạn chuyển hóa,... Tuy nhiên, trong những trường hợp không thể nuôi dưỡng đường tiêu hóa được như sau mổ viêm phúc

mạc, tắc ruột,... thì cần được chỉ định nuôi dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn. Nhưng không nên duy trì lâu mà nên chuyển qua việc kết hợp nuôi dưỡng đường tiêu hóa sớm [8].

Về năng lượng được cung cấp cho trẻ, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tất cả các bệnh nhân đều được cung cấp năng lượng thấp hơn so với nhu cầu khuyến nghị trong thời gian nằm viện. Sau mổ VPMRT, do nhu cầu chuyển hóa cơ bản cao hơn, trẻ cần được cung cấp đủ nhu cầu về năng lượng để phục hồi. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhi chỉ đáp ứng được khoảng 40% so với nhu cầu khuyến nghị về năng lượng, thấp nhất là ở nhóm 3-5 tuổi (39,6%) và cao nhất là ở nhóm 6-7 tuổi (43,3%). Kết quả này gần tương tự như kết quả của tác giả Nguyễn Minh Trang (2018), với năng lượng được cung cấp cho trẻ là từ 25-55% [4]. Trong quá trình sống thường xuyên diễn ra quá trình phân hủy và sinh tổng hợp các chất, quá trình thay cũ đổi mới về thành phần tế bào. Để đảm bảo quá trình phân hủy và đổi mới hàng ngày cần bổ sung chất protein vào máu. Protein ở cơ thể người ta chỉ có thể tạo thành từ protein của thực phẩm, chất protein không thể tạo thành từ chất lipid và glucid. Nhu cầu protein được định nghĩa là mức khẩu phần protein thấp nhất đảm bảo cân bằng với lượng nitrogen trong cơ thể bị mất đi, và do đó duy trì khối protein của cơ thể, ở người có trạng thái cân bằng năng lượng với mức hoạt động thể lực thấp nhất, ngoài ra, ở trẻ em hoặc phụ nữ có thai hoặc cho con bú, nhu cầu protein còn đảm bảo sự hình thành

các mô hoặc sự bài tiết sữa mà vẫn duy trì sức khỏe tốt. Nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi, khẩu phần protein chưa đáp ứng được với nhu cầu khuyến nghị. Nhóm 3-5 tuổi đạt được 44,4% nhu cầu khuyến nghị về protein, cao nhất ở các nhóm tuổi. Kết quả này thấp hơn một số nghiên cứu khác trong nước [4,9].

Trung bình trong thời gian nằm viện, hầu hết bệnh nhân đều không được cung cấp đủ nhu cầu khuyến nghị về cả năng lượng và protein. Trung bình trong 7 ngày nằm viện, chỉ có 20% bệnh nhân đạt được $\geq 50\%$ nhu cầu về năng lượng và 31% bệnh nhi đáp ứng được $\geq 50\%$ nhu cầu khuyến nghị về protein. Hiện nay, đã có một số nghiên cứu trên thế giới chỉ ra rằng nuôi ăn bằng đường tiêu hóa sớm có đủ tính an toàn và hiệu quả. Tuy nhiên, trong thực hành lâm sàng, những mối lo ngại về bực miệng nổi hay tắc ruột sau phẫu thuật, làm cho bệnh nhi được nuôi ăn lại bằng đường miệng muộn, thực tế là bệnh nhi chỉ được nuôi ăn lại bằng đường miệng sau khi có trung tiện trở lại. Đây là một trong những nguyên nhân bệnh nhi không được cung cấp đủ nhu cầu khuyến nghị về năng lượng và protein.

5. KẾT LUẬN

Trong ngày đầu nuôi dưỡng trẻ sau phẫu thuật VPMRT, năng lượng được cung cấp cho trẻ hầu hết đến từ phương pháp nuôi dưỡng bằng tĩnh mạch hoàn toàn. Trung bình trong 7 ngày nằm viện, phần lớn bệnh nhi không đáp ứng được trên 50% nhu cầu khuyến nghị về năng lượng và protein. Do vậy, cần có những biện pháp can thiệp kịp thời để cải thiện tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhi trong thời gian nằm viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Nguyễn Thị Hồng Vân, Trần Ngọc Sơn, Phạm Đức Hiệp, Điều trị viêm phúc mạc ruột thừa ở trẻ em bằng phẫu thuật nội soi một trocar không đặt dẫn lưu; Tạp chí Y Học Việt Nam, 498(1),

2021, 170 – 174.

- [2] Lê Trung Hiếu, Trần Quỳnh Anh, Vũ Thị Hồng Anh và cộng sự, Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương; Tạp chí Y Học Việt Nam, 509(2), 2021, 282 – 285.
- [3] Singh G, Ram RP, Khanna SK, Early postoperative enteral feeding in patients with nontraumatic intestinal perforation and peritonitis. J Am Coll Surg, 187(2), 1998, 142 – 146.
- [4] Nguyễn Minh Trang, Phạm Duy Tường, Tình trạng dinh dưỡng và chế độ nuôi dưỡng của bệnh nhi dưới 5 tuổi có phẫu thuật đường tiêu hóa tại khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2018; Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm, 15(1), 2019, 55 – 70.
- [5] Bộ Y tế - Viện Dinh dưỡng, Bảng thành phần thực phẩm Việt Nam, Nhà xuất bản Y học, 2007, Hà Nội.
- [6] Bộ Y tế - Viện Dinh dưỡng, Nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị cho người Việt Nam; Nhà xuất bản Y học, 2016, Hà Nội, trang 29 – 55.
- [7] Phạm Thị Hương Len, Nguyễn Lê Tuấn Anh, Nguyễn Thùy Linh và cộng sự, Tình trạng dinh dưỡng và chế độ nuôi dưỡng bệnh nhân phẫu thuật đường tiêu hóa tại khoa Ngoại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2016-2017; Tạp Chí Dinh Dưỡng Và Thực Phẩm, 14(4), 2018, 86 – 93.
- [8] Trường Đại học Y Hà Nội - Bộ môn Dinh dưỡng và An toàn vệ sinh thực phẩm, Dinh dưỡng lâm sàng - Tiết chế; Nhà xuất bản Y học, 2016, Hà Nội, trang 51 – 65.
- [9] Trịnh Bảo Ngọc, Nguyễn Thị Thu Liễu, Lê Thị Quỳnh Trang, Thực trạng nuôi dưỡng bệnh nhân sau phẫu thuật đường tiêu hóa tại Khoa ngoại Bệnh viện E năm 2020; Tạp chí Nghiên cứu Y Học, 144(8), 2021, 293 – 299.



NUTRITIONAL STATUS AMONG PATIENTS WITH GASTRIC CANCER BEFORE TOTAL GASTRECTOMY AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL IN 2023

Nguyen Thi Thanh Hoa^{1,2*}, Pham Van Binh², Nguyen Thi Dinh²,
Hoang Viet Bach², Le Thi Huong^{1,2}

¹Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Dong Da District, Hanoi, Vietnam

²Vietnam National Cancer Hospital - 30 Cau Buou, Tan Trieu Ward, Thanh Tri District, Hanoi, Vietnam

Received: 08/09/2023

Revised: 29/09/2023; Accepted: 30/10/2023

ABSTRACT

Objective: Assessment the nutritional status among patients with gastric cancer before total gastrectomy at Vietnam National Cancer Hospital in 2023.

Subject and method: A cross-sectional study on 58 patients with gastric cancer before total gastrectomy at Vietnam National Cancer Hospital from January to October 2023.

Results: Almost of the participants were male (74.1%) with a mean age of 59.9 ± 10.8 years. Overall, 81% of patients had pain and nausea; 72.4% had symptoms of fatigue in the 2 weeks before total gastrectomy surgery. Moreover, 58.6% of patients suffered from mild/moderate malnutrition and 27.6% of patients had severe malnutrition according to the Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA). The body mass index (BMI) and mid upper arm circumference (MUAC) measurement revealed 24.1% and 3.4% of undernourished patients, respectively. The proportions of patients having mild and moderate malnutrition were 13.8% and 3.4% according to albumin, respectively. There are 32.8% of gastric cancer patients with anemia.

Conclusion: Patients with gastric cancer before total gastrectomy have poor nutritional status. More research is needed on this patients to improve nutritional status and contribute to improving treatment quality.

Keywords: Nutritional status, malnutrition, gastric cancer, total gastrectomy.

*Corresponding author

Email address: dr.peace2801@gmail.com

Phone number: (+84) 852 811 992

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA NGƯỜI BỆNH TRƯỚC PHẪU THUẬT CẮT TOÀN BỘ DẠ DÀY DO UNG THƯ TẠI BỆNH VIỆN K NĂM 2023

Nguyễn Thị Thanh Hòa^{1,2*}, Phạm Văn Bình², Nguyễn Thị Đình²,
Hoàng Việt Bách², Lê Thị Hương^{1,2}

¹Trường Đại học Y Hà Nội - Số 1 Phố Tôn Thất Tùng, phường Kim Liên, quận Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện K - Số 30 Đường Cầu Bươu, xã Tân Triều, huyện Thanh Trì, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 08 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 29 tháng 09 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 30 tháng 10 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh có chỉ định cắt toàn bộ dạ dày do ung thư tại Bệnh viện K năm 2023.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 58 người bệnh cắt toàn bộ dạ dày do ung thư từ tháng 1/2023 đến tháng 10/2023 tại Bệnh viện K cơ sở Tân Triều.

Kết quả: Nghiên cứu cho thấy chủ yếu đối tượng nghiên cứu là nam giới (74,1%) với tuổi trung bình là $59,9 \pm 10,8$ năm. Có đến 81% đối tượng nghiên cứu có triệu chứng đau và buồn nôn; 72,4% có triệu chứng mệt mỏi trong 2 tuần trước phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày. Theo PG-SGA: người bệnh bị suy dinh dưỡng chiếm 86,2%, trong đó người bệnh bị suy dinh dưỡng nặng chiếm 27,6%. Tỷ lệ người bệnh bị suy dinh dưỡng theo BMI là 24,1% nhưng theo MUAC chỉ có 3,4%. Theo albumin, số người bệnh bị suy dinh dưỡng nhẹ là 13,8%; suy dinh dưỡng mức độ trung bình là 3,4%. Có 32,8% người bệnh ung thư dạ dày có tình trạng thiếu máu theo hemoglobin.

Kết luận: Người bệnh cắt toàn bộ dạ dày do ung thư có tình trạng dinh dưỡng kém trước phẫu thuật. Cần có thêm các nghiên cứu trên đối tượng này để cải thiện tốt tình trạng dinh dưỡng và góp phần nâng cao chất lượng điều trị.

Từ khóa: Tình trạng dinh dưỡng, suy dinh dưỡng, ung thư dạ dày, cắt toàn bộ dạ dày.

*Tác giả liên hệ

Email: dr.peace2801@gmail.com

Điện thoại: (+84) 852 811 992

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày là một trong số các bệnh ung thư phổ biến ở nhiều nước trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Theo Cơ quan nghiên cứu ung thư quốc tế IARC (Globocan 2020), đây là bệnh ung thư phổ biến thứ năm trên toàn thế giới với 5,6% tương đương với 1,089 triệu người mắc mới, tỷ lệ tử vong đứng thứ tư ở cả hai giới. Cũng theo báo cáo trên thì tại Việt Nam năm 2020 ước tính có 17.906 ca mắc mới đứng thứ tư và chiếm 9,8% trong các loại ung thư [1].

Phẫu thuật là phương pháp chủ yếu điều trị ung thư dạ dày. Ở giai đoạn sớm, ung thư còn giới hạn tại chỗ và vùng, phẫu thuật được lựa chọn là phương pháp điều trị triệt căn. Những trường hợp bệnh ở giai đoạn muộn, phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị cơ bản. Người bệnh phẫu thuật ung thư dạ dày bị suy dinh dưỡng có nguy cơ có kết cục lâm sàng kém hơn: tỷ lệ biến chứng cao hơn, tỷ lệ sống thấp hơn [2].

Hiện nay, trên thế giới đã có một số nghiên cứu về dinh dưỡng trên người bệnh phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày do ung thư, tuy nhiên ở Việt Nam các nghiên cứu về lĩnh vực này còn chưa nhiều. Tại bệnh viện K, nghiên cứu của Cao Thị Huyền Trang năm 2018 trên người bệnh phẫu thuật dạ dày có tỷ lệ suy dinh dưỡng của người bệnh là 29,5% trước phẫu thuật [3]; nghiên cứu của Nguyễn Thị Dung năm 2022 chỉ ra có hơn 90% người bệnh ung thư dạ dày bị suy dinh dưỡng các mức độ khác nhau trước phẫu thuật theo PG-SGA [4]. Nghiên cứu: “**Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh trước phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày do ung thư tại Bệnh viện K năm 2023**” được tiến hành với mục tiêu: Mô tả tình trạng dinh dưỡng của người bệnh trước phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày do ung thư tại Bệnh viện K nhằm cung cấp những dữ liệu khoa học chi tiết cho các nghiên cứu trong tương lai để chăm sóc và điều trị tốt nhất cho người bệnh cắt toàn bộ dạ dày do ung thư.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 10 năm 2023 tại Bệnh viện K cơ sở Tân Triều.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Người trưởng thành từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán mắc ung thư dạ dày có chỉ

định cắt toàn bộ dạ dày để điều trị.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân từ 20 tuổi trở lên.
- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư dạ dày bằng mô bệnh học có chỉ định phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày.
- Bệnh nhân có hồ sơ bệnh án đầy đủ tại Bệnh viện K cơ sở Tân Triều.
- Bệnh nhân được giải thích đầy đủ và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.
- Không bị rối loạn nhận thức.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật cấp cứu, các phẫu thuật khác (sỏi thận, mổ lấy thai...).
- Bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật ung thư dạ dày kèm theo có thai.
- Bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật kèm theo câm, điếc hoặc không thể thu thập được các thông tin, số liệu.
- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

- Cỡ mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức cỡ mẫu cho việc ước tính một tỷ lệ trong quần thể: với tỷ lệ người bệnh ung thư dạ dày có nguy cơ bị suy dinh dưỡng lấy từ nghiên cứu trước là $p = 0,687$ [3]. Tính được cỡ mẫu của nghiên cứu là $n = 57$. Thực tế cỡ mẫu của nghiên cứu là 58 bệnh nhân.

- Chọn mẫu: Mẫu nghiên cứu được lựa chọn theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện, tất cả các đối tượng đảm bảo tiêu chuẩn chọn mẫu tại bệnh viện K trong thời gian nghiên cứu đều được đưa vào nghiên cứu.

2.5. Biến số nghiên cứu

- Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới tính (nam, nữ), dân tộc, nghề nghiệp, nơi ở, trình độ học vấn và giai đoạn ung thư.

- Các biến số đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh: chỉ số khối cơ thể (BMI); chu vi vòng cánh tay (MUAC), bộ công cụ PG-SGA và albumin huyết thanh.

- Biến số đánh giá tình trạng thiếu máu của người bệnh: hemoglobin máu.

❖ Một số tiêu chuẩn đánh giá:

- **Chỉ số khối cơ thể (BMI – Body Mass Index):** BMI được nhận định theo phân loại WHO cho người trưởng thành như sau: ≥ 25 : thừa cân/béo phì; 18,5 – 24,99: bình thường; 17 – 18,49: gầy nhẹ; 16 – 16,99: gầy vừa; $< 16,0$: quá gầy.

- **Chu vi vòng cánh tay (Mid-upper Arm Circumference – MUAC):** Xác định suy dinh dưỡng khi giá trị thu được < 23 cm ở nam; < 22 cm ở nữ.

- **Phương pháp đánh giá dinh dưỡng PG-SGA (Patient – Generated Subjective Global Assessment):** PG-SGA cũng cung cấp việc đánh giá nguy cơ suy dinh dưỡng của người bệnh theo điểm và theo 3 mức độ: PG-SGA A (dinh dưỡng tốt); PG-SGA B (suy dinh dưỡng nhẹ hoặc vừa hay có nguy cơ suy dinh dưỡng); PG-SGA C (suy dinh dưỡng nặng).

- **Phương pháp đánh giá bằng chỉ tiêu sinh hoá: Albumin huyết thanh:** ≥ 35 g/l: bình thường; 28 – 34 g/l: suy dinh dưỡng nhẹ; 21 – 27g/l: suy dinh dưỡng trung bình; < 21 g/l: SDD nặng.

- **Đánh giá tình trạng thiếu máu: Hemoglobin:** thiếu máu khi hemoglobin < 130 g/l đối với nam và < 120 g/l đối với nữ.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Thông tin thu thập theo bộ câu hỏi nghiên cứu, cân đo

các chỉ số nhân trắc của người bệnh (đo chiều cao, chu vi vòng cánh tay bằng thước dây không giãn, đo cân nặng bằng cân Tanita Nhật Bản), đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo bộ công cụ PG-SGA và thu thập các chỉ số cận lâm sàng (albumin, hemoglobin) trong bệnh án 01 ngày trước phẫu thuật.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Nhập số liệu bằng phần mềm Epidata 3.1. và xử lý theo phương pháp thống kê y học trên máy tính bằng phần mềm STATA 14.0.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Các thông tin thu thập được từ các đối tượng nghiên cứu chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, không sử dụng cho mục đích khác và hoàn toàn được giữ bí mật. Nghiên cứu được tiến hành sau khi được bệnh viện K thông qua theo quyết định số 666/QĐ-BVK ngày 10 tháng 4 năm 2023 về việc phê duyệt đề cương nghiên cứu khoa học cấp cơ sở năm 2023 lần 1.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến hành trên 58 người bệnh có chỉ định phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày do ung thư tại Bệnh viện K cơ sở Tân Triều.

Bảng 1. Thông tin chung và đặc điểm lâm sàng của người bệnh

Thông tin chung		Tần số	Tỷ lệ
Tuổi	▪ 18- 39 tuổi	1	1,7
	▪ 40- 59 tuổi	27	46,6
	▪ ≥ 60 tuổi	30	51,7
	▪ Trung bình	59,9 \pm 10,8	
Giới	▪ Nam	43	74,1
	▪ Nữ	15	25,9
Dân tộc	▪ Kinh	51	87,9
	▪ Dân tộc khác	7	12,1
Nghề nghiệp	▪ Nông dân	25	43,1
	▪ Khác	33	56,9
Trình độ học vấn	▪ Dưới THPT	21	36,2
	▪ THPT	25	43,1
	▪ Trung cấp/Cao đẳng/Đại học	12	20,7

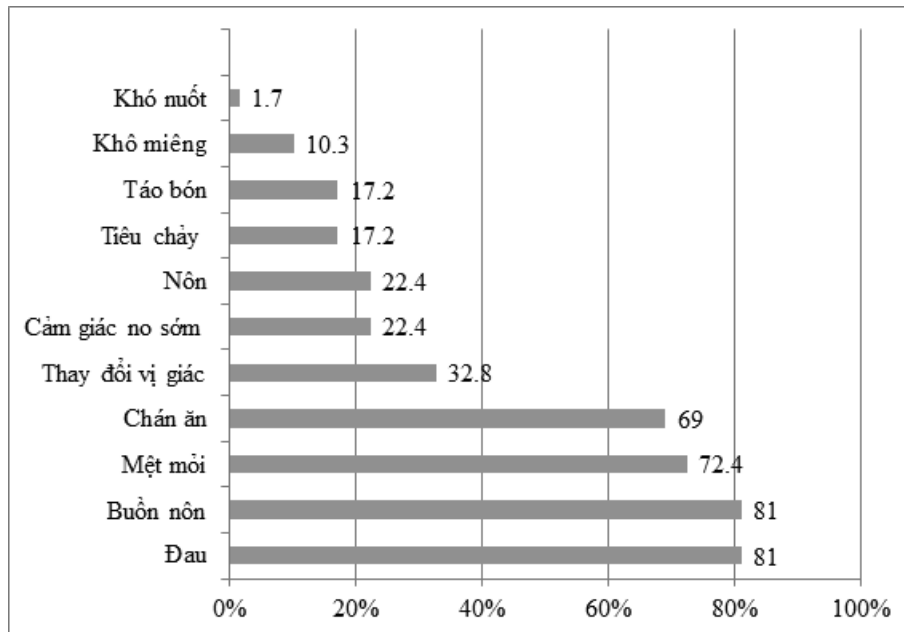


Thông tin chung		Tần số	Tỷ lệ
Nơi ở	▪ Nông thôn	34	58,6
	▪ Thành phố, thị xã, thị trấn	24	41,4
Giai đoạn ung thư	▪ Giai đoạn I	2	3,5
	▪ Giai đoạn II	18	31,0
	▪ Giai đoạn III	37	63,8
	▪ Giai đoạn IV	1	1,7

Bảng 1 cho thấy chủ yếu đối tượng nghiên cứu là nam giới, ở tuổi trên 40 tuổi với nhóm 40 – 59 tuổi (46,6%) và nhóm từ 60 tuổi trở lên (51,7%), tuổi trung bình là $59,9 \pm 10,8$ năm. Phần lớn người bệnh ung thư dạ dày là người dân tộc Kinh (87,9%), làm nghề nông (43,1%), có trình độ học vấn chủ yếu là trung học phổ thông

(43,1%), dưới trung học phổ thông (36,2%) và sinh sống chủ yếu ở nông thôn (58,6%). Về đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu, phần lớn người bệnh ở giai đoạn III (63,8%), sau đó là giai đoạn II (31%), rất ít ở giai đoạn I (3,5%) và giai đoạn IV (1,7%).

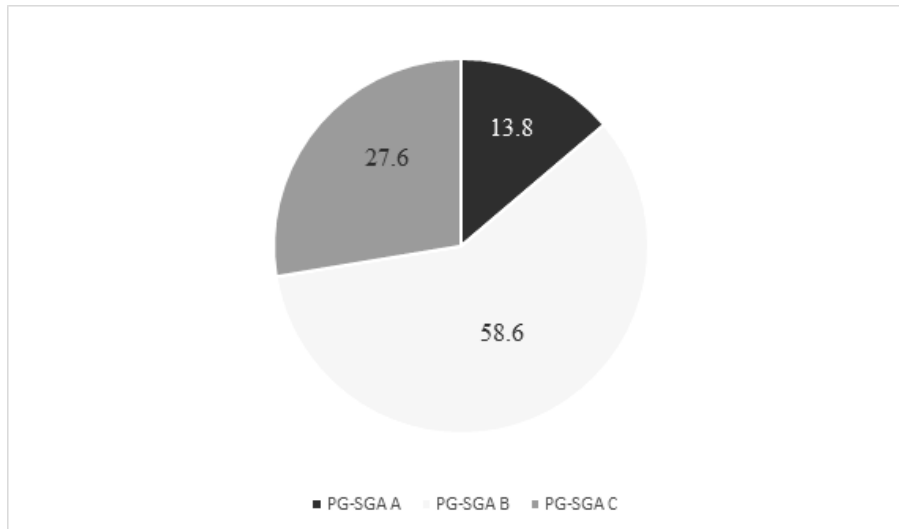
Biểu đồ 1. Các triệu chứng ảnh hưởng đến ăn uống của người bệnh trong 2 tuần trước phẫu thuật



Nghiên cứu cho thấy có đến 81% đối tượng nghiên cứu có triệu chứng đau và buồn nôn; 72,4% có triệu chứng mệt mỏi; 69% có triệu chứng chán ăn. Tỷ lệ bị thay đổi vị giác, cảm giác no sớm và nôn, táo bón và tiêu chảy

lần lượt là 32,8%; 22,4% và 17,2%. Tỷ lệ có khô miệng là 10,3%. Và chỉ có 1,7% người bệnh bị khó nuốt trong 2 tuần trước phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày.

Biểu đồ 2. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh theo phân loại PG-SGA



Theo PG-SGA: người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng nặng chiếm 27,6%. Chỉ có 13,8% người bệnh có tình trạng dinh dưỡng tốt. Trong đó người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng chiếm 86,2%, trong đó người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng nặng chiếm 27,6%.

Bảng 2: Phân loại tình trạng dinh dưỡng của người bệnh theo PG-SGA và theo giai đoạn bệnh

Phân loại PG-SGA	Giai đoạn ung thư n (%)				Tổng n (%)	p
	I	II	III	IV		
PG-SGA A	2 (100,0)	4 (22,2)	2 (5,4)	0 (0,0)	8 (13,8)	p = 0,03 ^a
PG-SGA B	0 (0,0)	10 (55,6)	23 (62,2)	1 (100,0)	34 (58,6)	
PG-SGA C	0 (0,0)	4 (22,2)	12 (32,4)	0 (0,0)	16 (27,6)	

^a: Fisher exact test

Ở giai đoạn sớm của bệnh (giai đoạn I), có 2 bệnh nhân được đánh giá đều ở mức PG-SGA A. Ở giai đoạn muộn (IV), có 1 bệnh nhân được xếp loại PG-SGA B. Ở mỗi giai đoạn II và giai đoạn III, số bệnh nhân được

đánh giá ở mức PG-SGA B đều chiếm tỷ lệ lớn nhất (lần lượt là 55,6% và 62,2%), Nghiên cứu tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nguy cơ suy dinh dưỡng trước phẫu thuật theo PG-SGA và giai đoạn ung thư (p = 0,03).

Bảng 3. Phân loại tình trạng dinh dưỡng của người bệnh theo một số chỉ số nhân trắc và một số chỉ số hoá sinh, huyết học

Tiêu chí		Tần số	Tỷ lệ
BMI	Suy dinh dưỡng	14	24,1
	Bình thường	43	74,1
	Thừa cân, béo phì	1	1,7
MUAC	Suy dinh dưỡng	2	3,4
	Bình thường	56	96,6

Tiêu chí		Tần số	Tỷ lệ
Albumin (g/dl)	Bình thường	48	82,8
	Suy dinh dưỡng nhẹ	8	13,8
	Suy dinh dưỡng trung bình	2	3,4
	Suy dinh dưỡng nặng	0	0
Hemoglobin (g/l)	Thiếu máu	19	32,8
	Không thiếu máu	39	67,2

Bảng 3 cho thấy tỷ lệ người bệnh bị suy dinh dưỡng theo chỉ số khối cơ thể BMI là 24,1% nhưng theo chu vi vòng cánh tay MUAC chỉ có 3,4% người bệnh bị suy dinh dưỡng. Theo albumin, số người bệnh bị suy dinh dưỡng nhẹ là 13,8%; suy dinh dưỡng mức độ trung bình là 3,4%. Có 32,8% người bệnh ung thư dạ dày có tình trạng thiếu máu theo hemoglobin.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu tiến hành trên 58 người bệnh ung thư dạ dày có chỉ định cắt toàn bộ dạ dày tại Bệnh viện K cơ sở Tân Triều cho thấy chủ yếu đối tượng ở tuổi trên 40 tuổi với nhóm từ 40 – 59 tuổi (46,6%) và nhóm từ 60 tuổi trở lên (51,7%), tuổi trung bình là $59,9 \pm 10,8$ năm. Kết quả này là phù hợp với dịch tễ học của ung thư dạ dày, bệnh thường gặp ở tuổi 50-60. Về giới, người bệnh nam chiếm đa số với 74,1%, nữ chiếm 25,9%. Điều này có thể do nam giới thường ăn uống, sinh hoạt không điều độ, hay uống bia rượu, hút thuốc lá và áp lực công việc ở nam giới thường lớn hơn nữ giới. Đa số người bệnh đến từ vùng nông thôn chiếm 58,6%, còn lại đến từ thành phố, thị trấn, thị xã chiếm 41,4%. Lý do có thể vì ở vùng nông thôn hay có thói quen bảo quản thức ăn bằng cách hun khói, ướp muối, không bảo quản lạnh, nguồn nước hay sử dụng ở vùng nông thôn thường là nước giếng nên vệ sinh nước thường kém, đây là một trong các yếu tố tăng nguy cơ phát triển ung thư dạ dày [5]. Nghề nghiệp nhiều nhất là nông dân chiếm 43,1%. Điều này phù hợp với kết quả là người bệnh đa số đến từ vùng nông thôn, mà ở nông thôn thì nghề nghiệp chủ yếu là nông dân. Về đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu, phần lớn người bệnh ở giai đoạn III (63,8%), sau đó là giai đoạn II (31%), rất ít ở giai đoạn I (3,5%) và giai đoạn IV (1,7%). Kết

quả này cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của Trịnh Hồng Sơn với tỷ lệ là giai đoạn III chiếm phần lớn với 40,8%, tiếp đến là giai đoạn I với 26,5%, giai đoạn II với 18,4% cuối cùng giai đoạn IV với 2% [6]. Ở cả hai nghiên cứu này người bệnh ung thư dạ dày đa số ở giai đoạn III, là giai đoạn muộn. Điều này có thể do, bệnh viện chúng tôi tiến hành là bệnh viện trung ương ở tuyến cuối nên người bệnh đến đây thường là người bệnh đã ở giai đoạn muộn.

Nghiên cứu cho thấy có đến 81% đối tượng nghiên cứu có triệu chứng đau và buồn nôn; 72,4% có triệu chứng mệt mỏi; 69% có triệu chứng chán ăn. Kết quả này khá tương đồng với các nghiên cứu tại Việt Nam và trên thế giới. Nghiên cứu của Yufen Lin năm 2020 cho thấy có 61% người bệnh bị đau thượng vị [7], nghiên cứu của Nguyễn Văn Cương năm 2015 cho thấy có tới 90,28% người bệnh ung thư dạ dày có triệu chứng đau, 55,56% có triệu chứng đầy bụng, ăn kém, chậm tiêu và 33,33% người bệnh có triệu chứng nôn và buồn nôn [8].

Theo PG-SGA, người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng chiếm 89,7%, trong đó người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng nặng chiếm 32,8%. Chỉ có 10,3% người bệnh có tình trạng dinh dưỡng tốt. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Dung năm 2022 chỉ ra có hơn 90% người bệnh ung thư dạ dày bị suy dinh dưỡng các mức độ khác nhau trước phẫu thuật theo PG-SGA [4]. Ở giai đoạn sớm của bệnh (giai đoạn I), có 2 bệnh nhân được đánh giá đều ở mức PG-SGA A. Ở mỗi giai đoạn II và giai đoạn III, số bệnh nhân được đánh giá ở mức PG-SGA B đều chiếm tỷ lệ lớn nhất (lần lượt là 55,6% và 62,2%), Nghiên cứu tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nguy cơ suy dinh dưỡng trước phẫu thuật theo PG-SGA và giai đoạn ung thư ($p = 0,03$).

Tỷ lệ người bệnh bị suy dinh dưỡng theo chỉ số khối

cơ thể BMI là 24,1% nhưng theo chu vi vòng cánh tay MUAC chỉ có 3,4% người bệnh bị suy dinh dưỡng. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương đồng với nghiên cứu của Cao Thị Huyền Trang năm 2019 có 29,5% người bệnh phẫu thuật dạ dày do ung thư bị suy dinh dưỡng theo BMI [3], nghiên cứu của Gavazzi C và Cs trên 100 người bệnh ung thư dạ dày năm 2011 cho thấy có 16% người bệnh có BMI dưới 18,5 [9]. Theo albumin, số người bệnh bị suy dinh dưỡng nhẹ là 13,8%; suy dinh dưỡng mức độ trung bình là 3,4%. Kết quả này thấp hơn so với phân loại của BMI (24,1%) và thấp hơn nhiều so với đánh giá bằng bộ công cụ PG-SGA với tỷ lệ người bệnh có nguy cơ SDD là 89,7%. Điều này chứng tỏ nếu chỉ dùng đơn thuần chỉ số Albumin để đánh giá tình trạng dinh dưỡng cho các người bệnh ung thư thì đã bỏ sót khá nhiều người bệnh có nguy cơ SDD. Bởi albumin có thời gian bán hủy dài (18 – 20 ngày), đồng thời còn bị ảnh hưởng bởi chức năng gan và một số yếu tố khác như một số người bệnh có dấu hiệu SDD nặng trên lâm sàng (teo cơ, mất lớp mỡ dưới da, sụt cân, ăn uống kém...) nhưng bị giảm thể tích tuần hoàn do mất dịch thì albumin có thể tăng mặc dù thực chất người bệnh đang bị suy dinh dưỡng nặng. Có 32,8% người bệnh ung thư dạ dày có tình trạng thiếu máu theo hemoglobin. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Cao Thị Huyền Trang năm 2019 có 29,5% người bệnh phẫu thuật cắt dạ dày bị thiếu máu trước phẫu thuật [3].

5. KẾT LUẬN

Người bệnh cắt toàn bộ dạ dày do ung thư có tình trạng dinh dưỡng kém trước phẫu thuật. Cần có thêm các nghiên cứu về tình trạng dinh dưỡng, chế độ nuôi dưỡng và các can thiệp dinh dưỡng cho đối tượng này để cải thiện tốt tình trạng dinh dưỡng và góp phần nâng cao chất lượng điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] IARC, World cancer report: Cancer research for cancer prevention. International Agency for Research on Cancer., Lyon, France, 2020.
- [2] Kanda M, Mizuno A, Tanaka C et al., Nutritional predictors for postoperative short-term and long-term outcomes of patients with gastric cancer. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95(24): e3781. doi:10.1097/MD.0000000000003781.
- [3] Cao Thị Huyền Trang, Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở người bệnh ung thư dạ dày tại Bệnh viện K năm 2018 – 2019, Luận văn Thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội, 2018.
- [4] Nguyễn Thị Dung, Tình trạng dinh dưỡng và chế độ nuôi dưỡng người bệnh trước phẫu thuật ung thư đường tiêu hóa tại Bệnh viện K năm 2021, Luận văn Thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội, 2022.
- [5] Annie On On Chan, Benjamin Wong, *Epidemiology of gastric cancer*, UpToDate, September 2014, version 19.0.
- [6] Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Bá Anh, Lê Minh Hương và cộng sự, Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh trước mổ ung thư dạ dày; *Tạp chí Y Học Thực hành*, 884(10), 2013.
- [7] Yufen L, Sharron LD, Laura SP et al., Common and Co-Occurring Symptoms Experienced by Patients With Gastric Cancer. *Oncol Nurse Forum*, 2020 Mar 1;47(2):187-202.
- [8] Nguyễn Văn Cương, Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tình trạng di căn hạch ung thư dạ dày được phẫu thuật triệt căn, *Khóa luận tốt nghiệp Bác sỹ Y khoa*, Đại học Y Hà Nội, 2015.
- [9] Gavazzi C, Colatruglio S, Sironi A et al., Importance of early nutritional screening in patients with gastric cancer. *Br J Nutr*, 2011, 106: 1-6.9.



DETERMINATION OF GLYCEMIC INDEX (GI) OF A HIGH ENERGY SOUP CALLED SUPPRO CERNA

Hoang Viet Bach¹, Nguyen Thi Thanh^{1*}, Dang Bao Ngoc¹, Nguyen Thi Thanh Hoa¹,
Tran Mai Lan², Le Thi Huong²

¹ Vietnam National Cancer Hospital - No.30 Cau Buou, Tan Trieu, Thanh Tri, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Medical University - No.1 Ton That Tung, Trung Tu, Dong Da, Hanoi, Vietnam

Received: 08/09/2023

Revised: 05/10/2023; Accepted: 02/11/2023

ABSTRACT

Objective: To determine the glycemic index (GI) of a soup called Suppro Cerna

Subject and method: The clinical trial was conducted on 13 healthy subjects at National Cancer Hospital from April to August 2023, applying the method of determining the GI of food according to National Standard TCVN 10036: 2013- Food products. Determination of the glycaemic index (GI) and recommendation for food classification

Results: The GI value of Suppro Cerna product was 27

Conclusion: Suppro Cerna has a low GI, suitable for people with diabetes, people at risk of diabetes or in need of blood sugar control.

Keyword: Glycemic index, diabetes, high energy soup.

*Corresponding author

Email address: bsthanhnguyen0915bn@gmail.com

Phone number: (+84) 985 368 491

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>

XÁC ĐỊNH CHỈ SỐ ĐƯỜNG HUYẾT (GI) CỦA SẢN PHẨM SOUP CAO NĂNG LƯỢNG SUPPRO CERNA

Hoàng Việt Bách¹, Nguyễn Thị Thanh^{1*}, Đặng Bảo Ngọc¹, Nguyễn Thị Thanh Hòa¹, Trần Mai Lan², Lê Thị Hương²

¹Bệnh viện K - Số 30 Cầu Bươu, Tân Triều, Thanh Trì, Hà Nội, Việt Nam

²Trường Đại học Y Hà Nội - Số 1 Tôn Thất Tùng, Trung Tự, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 08 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 05 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 02 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định chỉ số đường huyết (GI) của sản phẩm Suppro Cerna

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Thử nghiệm lâm sàng tiến hành trên 13 đối tượng khỏe mạnh tại Bệnh viện K từ tháng 4 đến tháng 8 năm 2023, áp dụng phương pháp xác định chỉ số GI của thực phẩm theo Tiêu chuẩn quốc gia TCVN 10036:2013 về thực phẩm – Xác định chỉ số glyceamic (GI) và khuyến nghị phân loại thực phẩm.

Kết quả: Xác định được chỉ số GI của sản phẩm Suppro Cerna là 27

Kết luận: Sản phẩm Suppro Cerna có chỉ số GI thấp, phù hợp cho người bệnh đái tháo đường, những người có nguy cơ đái tháo đường hoặc có nhu cầu kiểm soát đường máu.

Từ khóa: Chỉ số đường huyết, đái tháo đường, soup cao năng lượng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chỉ số đường huyết (GI) của thực phẩm được đánh giá bằng đáp ứng thay đổi của cơ thể khi sử dụng một lượng nhất định sản phẩm đó so sánh với một loại thực phẩm đối chứng (thường là 50g glucose). Dựa vào GI, thực phẩm được chia ra làm 3 nhóm là nhóm có GI thấp, nhóm có GI trung bình, nhóm có GI cao [1]. Tiêu thụ các thực phẩm có GI thấp mang lại nhiều lợi ích cho sức khỏe. Một số nghiên cứu chỉ ra mối liên quan tích cực giữa một số loại ung thư như ung thư đại tràng, ung

thư bàng quang, ung thư thận với việc tiêu thụ nhiều các thực phẩm có GI thấp [2]. Tiêu thụ thực phẩm có GI thấp cũng giúp bệnh nhân tiểu đường cải thiện được chỉ số HbA1c, đường máu khi đói, cholesterol máu, LDL, có thể giúp giảm cân ở bệnh nhân tiền tiểu đường và tiểu đường [3].

Trong thời đại công nghệ thực phẩm phát triển, rất nhiều loại thực phẩm bổ sung dinh dưỡng cho người tiểu đường đã được đưa vào thị trường. Tuy nhiên, có rất ít sản phẩm được xác định GI theo tiêu chuẩn khoa học đã được ban hành [1]. Việc xác định GI của các sản

*Tác giả liên hệ

Email: bsthanhnguyen0915bn@gmail.com

Điện thoại: (+84) 985 368 491

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>



phẩm chuyên biệt cho bệnh nhân đái tháo đường là rất quan trọng bởi đó là thông tin giúp bệnh nhân đưa ra quyết định lựa chọn sản phẩm, đảm bảo cho sức khỏe và quá trình điều trị lâu dài. Suppro Cerna là một sản phẩm dạng bột pha thành súp, được sản xuất chuyên biệt cho bệnh nhân tiểu đường. Tuy nhiên, GI thực tế của sản phẩm còn chưa được kiểm chứng. Do vậy, nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu: *Xác định chỉ số đường huyết (GI) của sản phẩm Suppro Cerna.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Thử nghiệm lâm sàng.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện K từ tháng 4 năm 2023 đến tháng 8 năm 2023

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) là người trưởng thành khỏe mạnh trong độ tuổi 18-45 tuổi.

Tiêu chuẩn lựa chọn: không bị tiểu đường/tiền tiểu đường hoặc rối loạn đường huyết, không bị dị ứng hoặc không dung nạp thực phẩm, không dùng thuốc có ảnh hưởng đến dung nạp glucose, BMI trong giới hạn bình thường, chức năng gan thận trong giới hạn bình thường, tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: phụ nữ có thai và cho con bú, mắc bệnh nặng hoặc đại phẫu trong vòng 3 tháng trước, mắc bệnh hoặc sử dụng thuốc có ảnh hưởng đến sự tiêu hóa và hấp thụ các chất dinh dưỡng.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

Theo Tiêu chuẩn Quốc gia TCVN 10036:2013 về Xác định chỉ số glyceamic (GI) và khuyến nghị phân loại thực phẩm, cần lựa chọn tối thiểu 10 đối tượng đáp ứng các tiêu chuẩn đề ra [1]. Nghiên cứu lấy cỡ mẫu là 15 người, chọn mẫu thuận tiện cho đến khi đủ cỡ mẫu. Kết quả thực tế lựa chọn được 15 đối tượng đủ điều kiện tham gia sau khi được thăm khám và làm các xét nghiệm cận lâm sàng.

Thực phẩm nghiên cứu là Sản phẩm dạng bột tơi, mịn, màu vàng nhạt. Sử dụng bằng cách pha với nước ấm, sau đó uống trực tiếp. Thành phần bao gồm bột lúa mạch, Béo thực vật, Đạm đậu nành, Bột sữa (10%), MCT,

Chất xơ (FOS), Đạm Whey, Maltitol, Nhóm SULFO+ (Chiết xuất mầm súp lơ xanh giàu Sulforaphane, Kẽm chiết xuất từ Mầm đậu xanh, Selen chiết xuất từ Mầm đậu xanh), Curcumin, Đông trùng hạ thảo, Hương Vani tổng hợp dùng trong thực phẩm

2.5. Biến số/ chỉ số/ Nội dung/ chủ đề nghiên cứu: Bao gồm:

- Thông tin chung: tuổi, giới, trình độ học vấn, nơi sinh sống.

- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng: cân nặng, chiều cao, BMI, tỉ lệ eo mông.

- Đánh giá chức năng gan thận (AST, ALT, Ure, Creatinin), HbA1c,

- Đo đường máu mao mạch (ĐMMM): vào 8 thời điểm khác nhau trong mỗi buổi thử nghiệm.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Số liệu được lấy bằng cách phỏng vấn, đo các chỉ số nhân trắc, xét nghiệm sinh hóa và đo ĐMMM bằng máy đo cá nhân ACCU-CHEK Guide Model 929 do hãng Roche sản xuất.

Thu thập số liệu ĐMMM:

Nghiên cứu sử dụng ĐMMM tại các đầu ngón tay với ưu điểm đường huyết thay đổi nhanh, kết quả GI thu được ít biến thiên, sự khác biệt GI giữa các loại thực phẩm cho phát hiện có ý nghĩa thống kê lớn hơn và thuận tiện hơn so với khi lấy máu tĩnh mạch. Nghiên cứu sử dụng máy đo đường huyết cá nhân ACCU-CHEK Guide Model 929 để đo ĐMMM cho các ĐTNC.

Các ĐTNC được thử nghiệm 4 lần (3 lần thử nghiệm với 50g glucose, 1 lần thử nghiệm với 108,5g sản phẩm Suppro Cerna chứa 50g carbohydrate). Mỗi lần thử nghiệm cách nhau ít nhất 03 ngày. Trong ngày thử nghiệm, các ĐTNC nhịn đói 10h, sau đó đến địa điểm nghiên cứu làm thử nghiệm. Glucose và Suppro Cerna được uống trong vòng 12 phút. Thời điểm bắt đầu uống được ghi lại để làm mốc đo các thời gian lấy máu tiếp theo.

Tại ngày thử nghiệm, khi ĐTNC đến sẽ được đo ĐMMM lúc đói 2 lần trong vòng 5 phút. Sau đó ĐTNC được sử dụng Glucose hoặc sản phẩm Suppro Cerna. Các lần đo ĐMMM tiếp theo là 15 phút, 30 phút, 45

phút, 60 phút, 90 phút và 120 phút sau khi sử dụng thực phẩm. Trong thời gian làm thử nghiệm, ĐTNC nghỉ ngơi hoàn toàn, có thể uống thêm 150-200ml nước lọc.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu của các ĐTNC tham gia đầy đủ số buổi thử nghiệm và đủ số lần lấy máu tại thời điểm quy định sẽ được nhập liệu và xử lý thống kê cơ bản bằng phần mềm Excel. Nhập liệu 2 lần để hạn chế sai số.

Diện tích dưới đường cong (IAUC) của biểu đồ đường máu trong 120 phút và chỉ số GI được tính toán theo hướng dẫn của TCVN 10036:2013 [1]. Tính toán 2 lần và so sánh để hạn chế sai số.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức

Nghiên cứu Y sinh học Trường Đại học Y Hà Nội theo Quyết định số 945/GCN-HĐĐĐNCYSH-ĐHYHN. Nghiên cứu yêu cầu người tham gia ký bản đồng ý tham gia nghiên cứu, khi không muốn tiếp tục tham gia nghiên cứu, sẽ được chấp thuận. Các thông tin của đối tượng được giữ bí mật.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết thúc thử nghiệm, số liệu của 13 ĐTNC (gồm 3 nam và 10 nữ với tuổi trung bình $26,6 \pm 3,5$) được đưa vào tính toán GI do có 2 ĐTNC có hệ số biến thiên (CV) của IAUC 3 lần uống Glucose lớn hơn 30% nên bị loại bỏ kết quả khi phân tích và tính toán GI.

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm nhân trắc và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	$\bar{X} \pm SD$ (n = 13)	Min-Max
BMI (kg/m ²)	21,7 ± 1,30	19,0 – 24,2
Tỉ số vòng eo/mông	0,80 ± 0,05	0,74 – 0,89
Glucose (mmol/l)	4,3 ± 0,37	3,8 – 5,1
AST (mmol/l)	20,8 ± 4,57	14,3 – 30,1
ALT (mmol/l)	20,5 ± 9,70	9,1 – 43,75
Creatinin (μmol/l)	65,5 ± 14,09	43,4 – 100,1
Ure (mmol/l)	4,5 ± 1,16	2,4 – 7,0
HbA1c (%)	5,1 ± 1,16	4,1 – 5,6

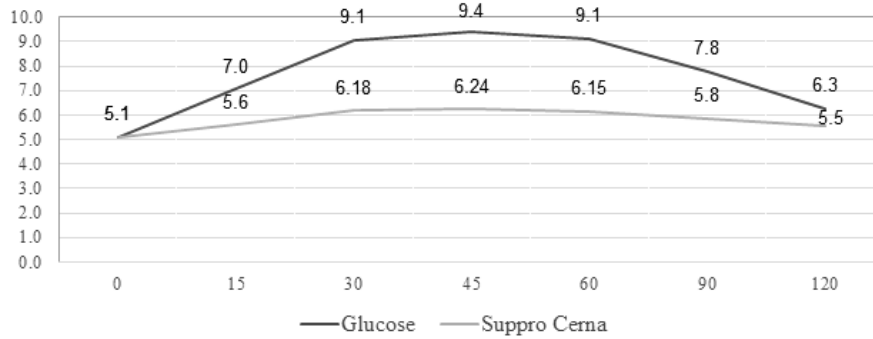
Bảng 1 cho thấy đặc điểm nhân trắc và cận lâm sàng của các ĐTNC. BMI của các đối tượng dao động từ 19,0 đến 24,2 kg/m², đều trong giới hạn bình thường. Xét nghiệm các chỉ số AST, ALT, Creatinin dao động

lớn. Tuy nhiên đều trong giới hạn bình thường. HbA1c trung bình là 5,1, trong khoảng từ 4,1 đến 5,6, đều trong giới hạn bình thường.

3.2. Kết quả chỉ số GI của sản phẩm



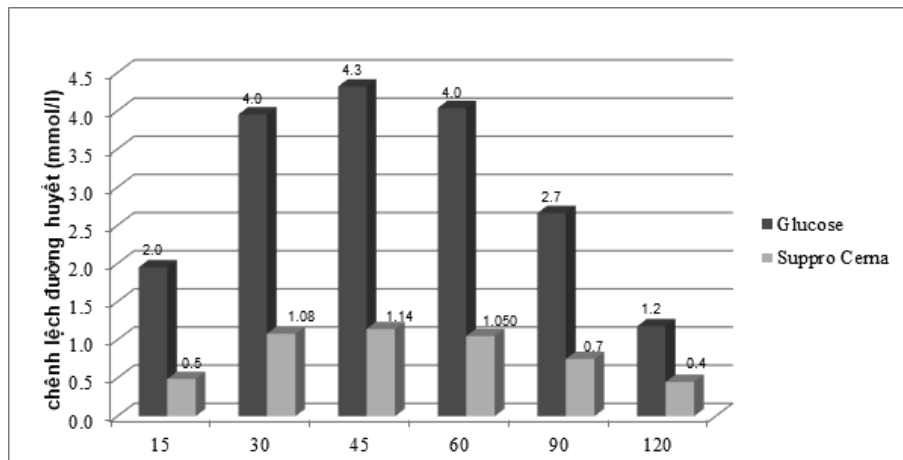
Biểu đồ 1. Đáp ứng đường huyết trung bình theo thời gian của đối tượng nghiên cứu khi sử dụng Glucose và Suppro Cerna



Biểu đồ 1 thể hiện đáp ứng đường huyết của các ĐTNC khi sử dụng Suppro Cerna là ổn định hơn so với khi sử dụng Glucose. Đường huyết có xu hướng tăng nhanh và xuống nhanh khi uống Glucose, còn khi sử dụng Suppro Cerna thì đường huyết lên chậm và xuống từ từ hơn. Đường huyết đạt đỉnh cao hơn khi uống Glucose. Đường huyết đạt đỉnh ở thời điểm 45 phút sau uống Glucose hoặc Suppro Cerna và đạt thấp nhất vào thời

điểm 120 phút. Trung bình thì các giá trị đường huyết sau uống không giảm xuống dưới mức đường huyết khi đói. Đường huyết trung bình khi uống Glucose đạt đỉnh ở mức 9,4 mmol/l, trong khi sử dụng Suppro Cerna thì đỉnh đường huyết trung bình là 6,24 mmol/l. Sau khi uống 120 phút, mức đường huyết thấp nhất khi dùng Glucose và Suppro Cerna lần lượt là 6,3 mmol/l và 5,5 mmol/l.

Biểu đồ 2. Chênh lệch so với đường huyết lúc đói tại từng thời điểm khi thử nghiệm



Biểu đồ 2 thể hiện sự chênh lệch giữa đường huyết tại các thời điểm theo dõi và đường huyết lúc đói. Nhìn chung khi sử dụng Suppro Cerna, đường huyết dao động ít hơn so với khi sử dụng Glucose. Chênh lệch đường huyết sau uống Glucose so với khi đói luôn cao hơn nhiều lần so với chênh lệch đường huyết sau sử dụng Suppro Cerna. Sau dùng Suppro Cerna, chênh

lệch đường huyết sau uống so với khi đói của các ĐTNC chỉ dao động trong khoảng từ 0,4 mmol/l đến 1,14 mmol/l. Trong khi với Glucose, chênh lệch đường huyết sau uống so với khi đói là từ 1,2 mmol/l đến 4,3 mmol/l. Chênh lệch lớn nhất là tại thời điểm 45 phút sau uống Glucose hoặc Suppro Cerna.

Bảng 2. GI của Suppro Cerna trên 13 ĐTNC

Đối tượng	IAUC _{Glucose}	IAUC _{Suppro Cerna}	GI* _{Suppro Cerna}
1	338,3	120,0	35
2	492,8	116,3	24
3	266,7	86,1	32
4	277,3	69,8	25
5	308,8	110,3	36
6	609,0	197,3	32
7	341,8	53,3	16
8	254,2	70,5	28
9	401,3	87,8	22
10	280,3	40,9	15
11	272,8	105,0	38
12	266,4	78,8	30
13	332,8	54,8	16
$\bar{X} \pm SD$	$341,7 \pm 100,24$	$91,6 \pm 38,87$	$27 \pm 7,7$

*Giá trị GI được thể hiện bằng số nguyên

Bảng 2 thể hiện IAUC trung bình 3 lần dùng Glucose của các ĐTNC và IAUC khi dùng Suppro Cerna. Từ đó tính ra được GI của Suppro Cerna đối với mỗi ĐTNC. IAUC trung bình 3 lần dùng Glucose của các ĐTNC dao động từ 254,2 đến 609. Trong khi IAUC khi dùng Suppro Cerna là dao động từ 40,9 đến 197,3. Giá trị GI đối với mỗi ĐTNC thấp nhất là 15, cao nhất là 38. Giá trị GI cuối cùng của sản phẩm là $27 \pm 7,7$.

4. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình của 13 ĐTNC là $26,6 \pm 3,5$, dao động từ 20 đến 33. Tỷ lệ nữ chiếm ưu thế với 76,9%. Như vậy nhóm ĐTNC đều là những người trưởng thành trẻ tuổi, khỏe mạnh, ít có nguy cơ bị mắc các bệnh lý rối loạn chuyển hóa trong đó có rối loạn chuyển hóa đường. Điều này sẽ góp phần hạn chế kết quả nghiên cứu bị dao động do sự rối loạn chuyển hóa của cơ thể. Các đối tượng cũng có chỉ số xét nghiệm chức năng gan, chức năng thận và glucose, HbA1c trong giới hạn bình thường. Như vậy, ĐTNC đều khỏe mạnh, nguy cơ thấp có rối loạn chuyển hóa đặc biệt là chuyển hóa đường.

Đáp ứng đường huyết của các ĐTNC khi sử dụng Suppro Cerna là ổn định hơn so với khi sử dụng Glucose. Nguyên nhân có thể do các thành phần trong sản phẩm Suppro Cerna làm giảm đáp ứng đường huyết như protein, chất xơ, maltitol, bột lúa mạch....

Trong Suppro Cerna có chứa protein đậu nành, bột sữa, trong đó có chứa leucine, arginine. Thành phần protein trong bữa ăn góp phần làm giảm đáp ứng đường huyết theo nhiều cơ chế. Theo Meng H. và CS, bữa ăn có carbohydrate được bổ sung thêm protein dẫn đến IAUC sau ăn thấp hơn 25% so với bữa ăn chỉ có carbohydrate. Từ đó, GI của bữa ăn thấp hơn [4]. Nguyên nhân là do tốc độ làm rỗng dạ dày bị chậm lại qua trung gian là tác dụng kích thích của protein đối với các hormon đường ruột, bao gồm cholecystokinin, polypeptide ức chế dạ dày và GLP-1, đặc biệt là protein đậu nành cô lập và sữa bò. Ngoài ra, các thành phần acid amin (leucine, phenylalanine, arginine tự do, protein lúa mì thủy phân) kích thích tế bào β đảo tụy tiết insulin [5].

Trong Suppro Cerna có chất xơ hòa tan FOS (FructoOligoSaccharide) với hàm lượng 4g/100g bột. Chất xơ này có thể góp phần làm giảm đáp ứng đường huyết sau ăn. Theo nghiên cứu của Yu và CS, chất xơ

hòa tan làm chậm trống dạ dày, giảm thể tích dịch ra của dạ dày, từ đó làm giảm đường huyết sau ăn [6]. Theo khuyến nghị dinh dưỡng năm 2018 của Anh, chất xơ hòa tan được khuyến khích sử dụng cho bệnh nhân tiểu đường tuýp 2 để cải thiện rối loạn lipid và giảm nguy cơ bệnh lý tim mạch.

Một lý do khác khiến đáp ứng đường huyết sau sử dụng Suppro Cerna thấp hơn so với glucose là do thành phần β -Glucan của bột lúa mạch trong sản phẩm. Do có khả năng làm tăng độ nhớt ở ruột, β -glucan làm chậm quá trình tiêu hóa tinh bột (do giảm tốc độ khuếch tán α -amylase tới cơ chất tinh bột của nó) và chậm hấp thu glucose (do giảm tốc độ khuếch tán đường tới biểu mô ruột). Ngoài ra β -Glucan cũng được chứng minh trong ống nghiệm là giảm sự biểu hiện của chất đồng vận chuyển natri- glucose loại 1 và chất vận chuyển glucose loại 2 trong các tế bào biểu mô của ruột [7].

Maltitol thuộc họ polyol là chất làm ngọt không đường, được sử dụng rộng rãi trong các loại thực phẩm khác nhau. Maltitol có ưu điểm là lượng calo hấp thụ thấp hơn so với đường (2,4 kcal/g) và chỉ số GI thấp. Maltitol được bổ sung vào thực phẩm khiến GI của thực phẩm tiêu thụ thấp hơn so với thực phẩm thông thường. Maltitol kết hợp cùng FOS chuỗi ngắn bổ sung vào thực phẩm được chứng minh là giúp giảm phản ứng đường huyết và insulin hơn so với việc chỉ sử dụng maltitol [8dextrose]. Trong Suppro Cerna, có chứa FOS và maltitol kết hợp, dù hàm lượng maltitol không được công bố, nhưng đây cũng là gợi ý để giải thích đáp ứng đường huyết của sản phẩm thấp hơn so với glucose.

Trong Suppro Cerna có chứa curcumin, một chất được cho là có tác dụng kiểm soát đường huyết trên bệnh nhân tiểu đường. Có nhiều cơ chế giải thích cho tác dụng này của curcumin. Trên chuột, curcumin làm giảm tình trạng tăng đường huyết và viêm mạch máu thông qua việc ức chế MCP-1, IL-6, HbA1c, TNF- α và peoxid hóa lipid. Curcumin cũng tác động lên tình trạng viêm và stress oxy hóa. Curcumin làm giảm quá trình peroxy hóa lipid thông qua việc bình thường hóa nồng độ enzyme chống oxy hóa, như superoxide dismutase, catalase và glutathione peroxide. Curcumin làm giảm số lượng yếu tố gây viêm trong huyết thanh như IL-6, MCP-1, TNF- α và nó ngăn chặn con đường truyền tín hiệu NF- κ B, chống lại chứng viêm. Bổ sung curcumin cho các bệnh nhân đái tháo đường thấy có giảm tình trạng tăng đường huyết và tăng lipid máu,

tình trạng kháng insulin thấp hơn so với nhóm đối chứng [9].

Kết quả giá trị GI của sản phẩm Suppro Cerna trong nghiên cứu này là $27 \pm 7,7$. Theo phân loại các thực phẩm GI thì sản phẩm thuộc nhóm thực phẩm có chỉ số GI thấp. Đối với bệnh nhân tiểu đường, thực phẩm có chỉ số đường huyết thấp được khuyến nghị sử dụng mặc dù lợi ích mang lại của chúng là khiêm tốn [10]. Bởi lẽ, trong các đánh giá có hệ thống và phân tích tổng hợp chỉ ra rằng các chế độ ăn uống có GI thấp dẫn đến giảm đường huyết sau ăn và cải thiện đường huyết lâu dài và các yếu tố nguy cơ chuyển hóa tim mạch trên bệnh nhân tiểu đường.

5. KẾT LUẬN

Chỉ số đường huyết của sản phẩm Suppro Cerna là 27, thuộc nhóm thực phẩm có chỉ số GI thấp. Sản phẩm có thể là một sự lựa chọn cho nhóm bệnh nhân tiểu đường, tiền tiểu đường hoặc những người cần kiểm soát đường huyết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Tiêu chuẩn Quốc gia TCVN .
- [2] Turati F, Galeone C, Augustin LSA et al., Glycemic Index, Glycemic Load and Cancer Risk: An Updated Meta-Analysis. *Nutrients*; 2019 Oct 2;11(10):2342.
- [3] Zafar MI, Mills KE, Zheng J et al., Low-glycemic index diets as an intervention for diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Am J Clin Nutr*; 2019 Oct;110(4):891–902.
- [4] Meng H, Matthan NR, Ausman LM et al., Effect of macronutrients and fiber on postprandial glycemic responses and meal glycemic index and glycemic load value determinations. *Am J Clin Nutr*; 2017 Apr;105(4):842–53.
- [5] Sun L, Tan KWJ, Han CMS et al., Impact of preloading either dairy or soy milk on postprandial glycemia, insulinemia and gastric emptying in healthy adults. *Eur J Nutr*; 2017 Feb;56(1):77–87.

- [6] Yu K, Ke MY, Li WH et al., The impact of soluble dietary fibre on gastric emptying, postprandial blood glucose and insulin in patients with type 2 diabetes. *Asia Pac J Clin Nutr*; 2014;23(2):210–8.
- [7] Tosh SM, Bordenave N, Emerging science on benefits of whole grain oat and barley and their soluble dietary fibers for heart health, glycemic response, and gut microbiota. *Nutr Rev*; 2020 Aug 1;78(Suppl 1):13–20.
- [8] Respondek F, Hilpipre C, Chauveau P et al., Digestive tolerance and postprandial glycaemic and insulinaemic responses after consumption of dairy desserts containing maltitol and fructo-oligosaccharides in adults. *Eur J Clin Nutr*; 2014 May;68(5):575–80.
- [9] Panahi Y, Khalili N, Sahebi E et al., Curcuminoids Plus Piperine Modulate Adipokines in Type 2 Diabetes Mellitus. *Curr Clin Pharmacol*; 2017;12(4):253–8.
- [10] Gray A, Threlkeld RJ, Nutritional Recommendations for Individuals with Diabetes. In: Feingold KR, Anawalt B, Blackman MR, Boyce A, Chrousos G, Corpas E, et al., editors. *Endotext*. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2000.



NUTRITIONAL STATUS OF PERIOPERATIVE GASTROINTESTINAL CANCER PATIENTS AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL IN 2021

Nguyen Thi Dung^{1*}, Nguyen Thi Thanh Hoa¹, Hoang Viet Bach¹, Nguyen Thi Hong Tien¹,
Nguyen Thi Dinh¹, Le Thi Huong²

¹Viet Nam National Cancer Hospital - 30 Cau Buou, Tan Trieu Ward, Thanh Tri District, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Dong Da District, Hanoi, Vietnam

Received: 08/09/2023

Revised: 07/10/2023; Accepted: 01/11/2023

ABSTRACT

Objective: Assessment the nutritional status of perioperative gastrointestinal cancer patients at Vietnam National Cancer Hospital in 2021.

Subject and method: A cross-sectional study on 171 perioperative gastrointestinal cancer patients at Vietnam National Cancer Hospital.

Results: 87.1% of patients were at high risk of malnutrition according to PG-SGA. The proportion of patients with chronic energy deficiency according to body mass index (BMI), mid upper arm circumference (MUAC) and serum albumin concentration were 15.2%, 27.5% and 9.3%, respectively. Classification of nutritional status according to PG-SGA, rectal cancer patients had a risk of malnutrition only 0.31 times than gastric cancer and colon cancer (95% CI: 0.12 - 0.79).

Conclusion: According to PG-SGA, perioperative Gastrointestinal cancer patients were at a high risk of malnutrition. In particular, rectal cancer patients have a lower risk of malnutrition than gastric cancer and colorectal cancer patients.

Keywords: Malnutrition, perioperative gastrointestinal cancer, nutritional status.

*Corresponding author

Email address: nguyendung.ytb90@gmail.com

Phone number: (+84) 974 709 423

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG TRƯỚC PHẪU THUẬT CỦA NGƯỜI BỆNH UNG THƯ ĐƯỜNG TIÊU HÓA TẠI BỆNH VIỆN K NĂM 2021

Nguyễn Thị Dung^{1*}, Nguyễn Thị Thanh Hòa¹, Hoàng Việt Bách¹, Nguyễn Thị Hồng Tiên¹, Nguyễn Thị Đính¹, Lê Thị Hương²

¹Bệnh viện K - Số 30 Đường Cầu Bươu, xã Tân Triều, huyện Thanh Trì, Hà Nội, Việt Nam

²Trường Đại Học Y Hà Nội - Số 1 Phố Tôn Thất Tùng, phường Kim Liên, quận Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 08 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 07 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 01 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ung thư đường tiêu hóa trước phẫu thuật tại Bệnh viện K năm 2021.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 171 người bệnh ung thư đường tiêu hóa trước phẫu thuật tại Bệnh viện K.

Kết quả: 87,1% người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng theo bộ công cụ PG-SGA. Tỷ lệ người bệnh bị thiếu năng lượng trường diễn theo chỉ số BMI, chu vi vòng cánh tay, albumin lần lượt là 15,2%, 27,5% và 9,3%. Theo PG-SGA, người bệnh ung thư trực tràng (UTTT) có nguy cơ suy dinh dưỡng chỉ bằng 0,31 lần người bệnh ung thư dạ dày (UTDD) và ung thư đại tràng (UTĐT) (95% CI: 0,12 - 0,79).

Kết luận: Người bệnh ung thư đường tiêu hóa trước phẫu thuật có nguy cơ suy dinh dưỡng cao theo PG-SGA. Trong đó, người bệnh UTTT có nguy cơ suy dinh dưỡng thấp hơn người bệnh UTDD và UTĐT.

Từ khóa: Suy dinh dưỡng, ung thư đường tiêu hóa, tình trạng dinh dưỡng, phẫu thuật.

*Tác giả liên hệ

Email: nguyendung.ytb90@gmail.com

Điện thoại: (+84) 974 709 423

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới, xu hướng ngày càng gia tăng. Theo GLOBOCAN 2020 trên thế giới có 19,3 triệu ca mắc mới, trong đó ung thư đại trực tràng (UTĐTT) đứng thứ 3 (10%), UTDD đứng thứ 5 (5,6%) [1].

Tình trạng suy dinh dưỡng (SDD) ở người bệnh phẫu thuật là yếu tố nguy cơ làm tăng các biến chứng như: nhiễm trùng vết mổ, chậm liền vết mổ, nhiễm khuẩn, suy hô hấp, thậm chí tử vong. Bên cạnh đó suy dinh dưỡng trước phẫu thuật có liên quan đến tăng tỷ lệ mắc bệnh và tử vong sau phẫu thuật cũng như các biến chứng trong phẫu thuật ung thư đường tiêu hóa [2]. Theo nghiên cứu của Krista L.Haines và William Lao cho thấy tình trạng SDD ảnh hưởng đến thời gian nằm viện và tử vong sau phẫu thuật tiêu hóa cấp cứu [3]. Đánh giá dinh dưỡng trước phẫu thuật để phát hiện tình trạng SDD và can thiệp để cải thiện tình trạng dinh dưỡng (TTDD) và điều chỉnh các thiếu hụt cụ thể.

Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật của người bệnh ung thư đường tiêu hóa tại Bệnh viện K năm 2021”** với mục tiêu: “Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ung thư đường tiêu hóa trước phẫu thuật tại Bệnh viện K năm 2021”.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Từ tháng 02 năm 2021 đến tháng 02 năm 2022 tại Bệnh viện K cơ sở Tân Triều.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Người trưởng thành từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán mắc bệnh ung thư dạ dày, đại trực tràng và được chỉ định phẫu thuật

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu:

Cỡ mẫu của nghiên cứu: Dựa vào công thức tính cỡ mẫu cho ước tính một tỉ lệ trong quần thể

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{(\epsilon \cdot p)^2}$$

Trong đó:

n: Số lượng đối tượng cần điều tra

α : Mức ý nghĩa thống kê (chọn $\alpha = 0,05$) $\rightarrow Z^2_{(1-\alpha/2)} = 1,96$

p: tỷ lệ người bệnh ung thư có nguy cơ bị suy dinh dưỡng theo PG-SGA, lấy từ nghiên cứu trước là $p = 0,53$ [4].

ϵ : là sai số tương đối của nghiên cứu, lấy $\epsilon = 0,15$.

Tính thêm 10% dự phòng người bệnh bỏ cuộc hoặc các phiếu sai sót thông tin.

Như vậy cỡ mẫu tối thiểu sẽ là 166 người bệnh.

Thực tế cỡ mẫu của nghiên cứu là 171 người bệnh.

- Chọn mẫu: Mẫu nghiên cứu được lựa chọn theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện, tất cả người bệnh trưởng thành từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán mắc bệnh ung thư dạ dày, đại trực tràng và được chỉ định phẫu thuật tại bệnh viện K vào thời điểm trước khi người bệnh đi mổ cho tới khi đủ cỡ mẫu.

2.5. Biến số nghiên cứu

- Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới tính (nam, nữ), vị trí mắc ung thư (dạ dày, đại tràng, trực tràng).

- Các biến số đánh giá TTDD của người bệnh:

+ Chỉ số khối cơ thể (BMI – Body Mass Index): BMI được nhận định theo phân loại WHO cho người trưởng thành như sau: ≥ 25 : thừa cân/béo phì; 18,5 – 24,99: bình thường; 17 – 18,49: gầy nhẹ; 16 – 16,99: gầy vừa; $< 16,0$: quá gầy.

+ Chu vi vòng cánh tay (Mid-upper Arm Circumference – MUAC): Xác định suy dinh dưỡng khi giá trị thu được < 23 cm ở nam; < 22 cm ở nữ.

+ Phương pháp đánh giá dinh dưỡng PG-SGA (Patient – Generated Subjective Global Assessment): PG-SGA cũng cung cấp việc đánh giá nguy cơ suy dinh dưỡng của người bệnh theo điểm và theo 3 mức độ: PG-SGA A (dinh dưỡng tốt); PG-SGA B (suy dinh dưỡng nhẹ hoặc vừa hay có nguy cơ suy dinh dưỡng); PG-SGA C (suy dinh dưỡng nặng).

+ Phương pháp đánh giá bằng chỉ tiêu sinh hoá: Albumin huyết thanh: ≥ 35 g/l: bình thường; 28 – 34 g/l: suy dinh dưỡng nhẹ; 21 – 27g/l: suy dinh dưỡng trung bình; < 21 g/l: SDD nặng.

- Biến số đánh giá tình trạng thiếu máu của người bệnh: hemoglobin máu. Thiếu máu khi hemoglobin < 130 g/l đối với nam và < 120 g/l đối với nữ.

2.6. Công cụ thu thập số liệu

Thông tin thu thập theo bộ câu hỏi nghiên cứu, cân đo các chỉ số nhân trắc của người bệnh (chiều cao, cân nặng, chu vi vòng cánh tay), đánh giá TTDD theo bộ công cụ PG-SGA và thu thập các chỉ số cận lâm sàng (albumin, hemoglobin) trong bệnh án.

Quy trình thu thập thông tin:

Bước 1: Dựa theo danh sách lịch mổ theo tuần tại Bệnh viện K để biết được lịch mổ của người bệnh.

Bước 2: Khi người bệnh nhập viện và chờ mổ, ngay trước khi người bệnh đi mổ tiến hành đánh giá TTDD theo PG-SGA, Chỉ số khối cơ thể (BMI), chiều cao, cân nặng, chu vi vòng cánh tay, phỏng vấn theo bộ câu hỏi được chuẩn bị trước. Thu thập thông tin các chỉ số cận lâm sàng (albumin, hemoglobin) trong bệnh án.

Tại Bệnh viện K với số lượng người bệnh đông, giường điều trị nội trú không đủ nên người bệnh trước mổ được hẹn có mặt tại khoa vào thời điểm buổi chiều trước ngày mổ. Vì vậy, chúng tôi chỉ có thể gặp gỡ, trao đổi, động viên, thăm khám người bệnh vào thời điểm ngay trước khi người bệnh đi mổ.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Sử dụng phần mềm Excel để nhập liệu và STATA 14.2 để phân tích. Mức ý nghĩa thống kê $\alpha = 0,05$ sẽ được sử dụng trong thống kê suy luận. Sử dụng các test thống kê khi bình phương/Fisher's exact test. Xác định mối liên quan giữa các số liệu định tính được thể hiện qua tỷ suất chênh (OR).

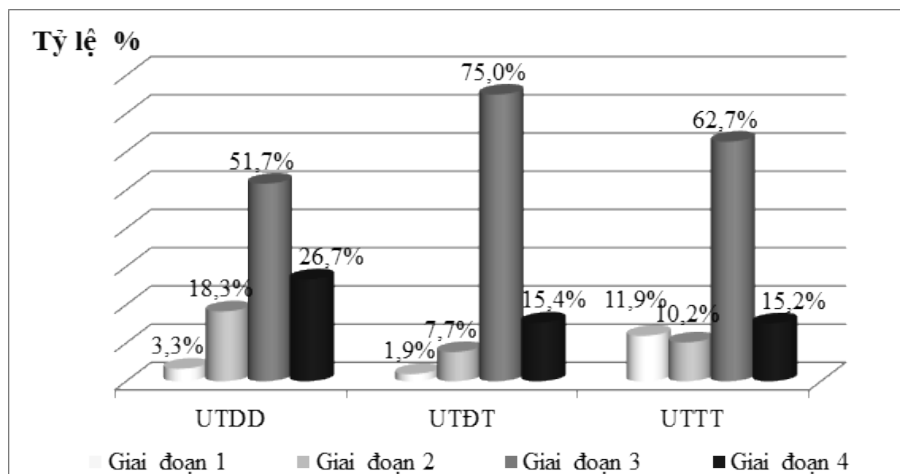
2.8. Đạo đức nghiên cứu

Các thông tin thu thập được từ các đối tượng nghiên cứu chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, không sử dụng cho mục đích khác và hoàn toàn được giữ bí mật. Nghiên cứu được tiến hành sau khi thông qua hội đồng Bệnh viện K số 1533/QĐ-BVK ngày 28 tháng 4 năm 2020, Quyết định về việc thông qua đề cương đề tài nghiên cứu khoa học và sáng kiến cấp cơ sở lần 1 năm 2020.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tiến hành nghiên cứu trên 171 người bệnh (nam giới 60,8%, tuổi TB $60 \pm 11,3$), các vị trí ung thư đường tiêu hóa lần lượt là ung thư dạ dày (35,1%), ung thư trực tràng (34,5%), ung thư đại tràng (30,4%).

Biểu đồ 1. Các giai đoạn ung thư



Hầu hết các người bệnh ung thư trong nghiên cứu của chúng tôi đều ở giai đoạn 3, cao nhất là UTĐT (75,0%).

Gặp rất ít người bệnh ở giai đoạn 1. Tỷ lệ người bệnh giai đoạn 1 nhiều nhất ở UTTT (11,9%).

Bảng 1. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo chỉ số nhân trắc và chỉ số cận lâm sàng

	Chỉ số nhân trắc		Chỉ số cận lâm sàng	
	BMI (n=171)	Chu vi cánh tay (n=171)	Albumin (n=140)	Hemoglobin (n=160)
Bình thường	84,8%	72,5%	90,7%	66,3%
Thiếu năng lượng/ Suy dinh dưỡng/Thiếu máu	15,2%	27,5%	9,3%	33,8%

Theo chỉ số nhân trắc: tỷ lệ người bệnh bị thiếu năng lượng trường diễn theo BMI là 15,2%, trong khi theo chu vi vòng cánh tay là 27,5%. Theo chỉ số cận lâm sàng: người bệnh bị SDD theo albumin máu chỉ chiếm 9,3%. Tỷ lệ người bệnh bị thiếu máu là 33,8%.

Bảng 2. Tình trạng dinh dưỡng theo chỉ số nhân trắc và chỉ số cận lâm sàng trước phẫu thuật của đối tượng nghiên cứu theo vị trí ung thư

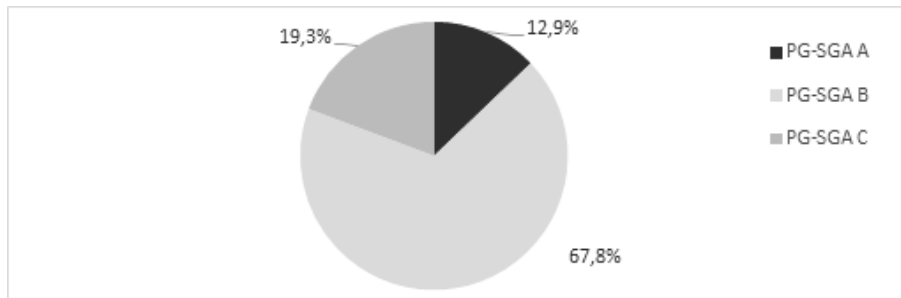
		UTDD n(%)	UTĐT n(%)	UTTT n(%)	p
BMI (kg/m ²)	Thiếu năng lượng trường diễn	11 (18,3)	7 (13,5)	8 (13,6)	0,27*
	Bình thường	47 (80,0)	39 (75,0)	46 (78,0)	
	Thừa cân, béo phì	1 (1,7)	6 (11,5)	5 (8,4)	
Chu vi vòng cánh tay (cm)	Suy dinh dưỡng	21 (35,0)	10 (19,2)	16 (27,1)	0,17**
	Bình thường	39 (65,0)	42 (80,8)	43 (72,9)	
Albumin (g/l)	Bình thường	39 (88,6)	40 (88,9)	48 (94,1)	0,62*
	SDD	5 (11,4)	5 (11,1)	3 (5,9)	
Hemoglobin (g/l)	Bình thường	34 (61,8)	30 (63,8)	42 (72,4)	0,45**
	Thiếu máu	21 (38,2)	17 (36,2)	16 (27,6)	

*Fisher's exact test; ** χ^2 test

Kết quả đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo BMI cho thấy: Tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn cao nhất ở UTDD (18,3%), UTĐT và UTTT gần tương tự nhau (13,5%), (13,6%). Trong khi đó kết quả đánh giá theo chỉ số chu vi vòng cánh tay, tỷ lệ bị suy dinh dưỡng cao nhất ở UTDD (35,0%), tiếp theo đến UTTT (27,1%), cuối cùng là UTĐT (19,2%).

Dựa theo chỉ số albumin (n=140) thấy rằng nhóm người bệnh UTDD và UTĐT có tỷ lệ suy dinh dưỡng gần tương đương nhau (11,4%) và (11,1%), UTTT có tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp hơn (5,9%). Còn theo chỉ số Hemoglobin (n=160) tỷ lệ thiếu máu cao nhất ở UTDD (38,2%), tiếp theo UTĐT (36,2%), cuối cùng UTTT (27,6%) Các sự khác biệt này đều không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Biểu đồ 2. Tình trạng dinh dưỡng theo phân loại PG-SGA



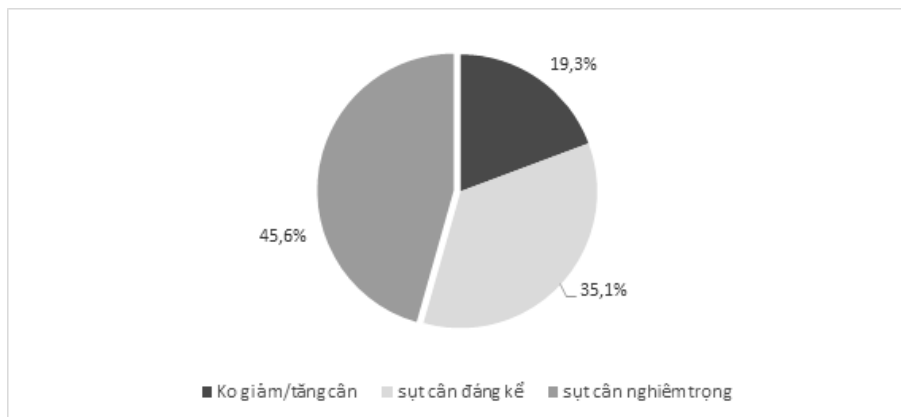
Theo PG-SGA: người bệnh bị SDD chiếm 87,1%, trong đó người bệnh bị SDD nặng chiếm 19,3%. Chỉ có 12,9% người bệnh có tình trạng dinh dưỡng tốt.

Bảng 3. Mối liên quan tình trạng dinh dưỡng theo PG-SGA trước phẫu thuật và vị trí ung thư

Yếu tố nguy cơ	Dinh dưỡng tốt n(%)	Suy dinh dưỡng n(%)	p	OR 95% CI
UTTT	13 (59,1)	46 (30,3)	0,009	0,31 (0,12-0,79)
UTDD và UTĐT	9 (40,9)	103 (69,7)		

Kết quả bảng 3 cho thấy người bệnh UTTT có nguy cơ SDD chỉ bằng 0,31 lần người bệnh UTDD và UTĐT (95% CI: 0,12 - 0,79).

Biểu đồ 3. Tình trạng giảm cân trong 1 tháng gần đây của đối tượng nghiên cứu



Trong 171 đối tượng nghiên cứu có 35,1% sụt cân đáng kể; 45,6% sụt cân nghiêm trọng, chỉ có 19,3% người bệnh không bị sụt cân trong vòng 1 tháng gần đây.

4. BÀN LUẬN

Trước phẫu thuật, người bệnh được đánh giá TTDD bằng: chỉ số nhân trắc (BMI, chu vi vòng cánh tay), chỉ số cận lâm sàng (Albumin, tình trạng thiếu máu bằng

chỉ số Hemoglobin) và bộ công cụ PG-SGA.

Theo phân loại BMI, tỷ lệ SDD theo BMI là 15,2% thấp hơn tất cả các nghiên cứu của Lê Thị Vân năm 2021 về người bệnh ung thư đường tiêu hóa điều trị hóa chất tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên (38,1%) [5], của Phạm Thị Thanh Hoa về người bệnh ung thư đường tiêu hóa có hóa trị tại bệnh viện K năm 2018 (35,2%) [6]. Sự khác biệt do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên người bệnh ung thư đường tiêu hóa trước phẫu thuật còn các nghiên cứu trên là trên người bệnh ung thư điều



trị hóa chất. Tuy nhiên, BMI không phản ánh được sự thay đổi về TTDD trong thời gian ngắn, do đó, chỉ số BMI chưa đủ để đánh giá TTDD cho người bệnh, cần phối hợp với nhiều phương pháp đánh giá TTDD khác.

Đo chu vi vòng cánh tay là kỹ thuật đo rất hữu ích khi theo dõi khối lượng mỡ cơ thể bị mất hay tăng. Tỷ lệ SDD theo chu vi vòng cánh tay (27,5%) tương đồng nghiên cứu của Phan Thị Bích Hạnh trên người bệnh ung thư đường tiêu hóa có điều trị hóa chất tại bệnh viện đại học Y Hà Nội năm 2016-2017 (26,2%) [7]. Tuy nhiên, chỉ số này vì các giới hạn của nó được xây dựng dựa trên đại diện những người khỏe mạnh, có thể không phù hợp với người bệnh ung thư.

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ SDD theo albumin (9,3%) thấp hơn tỷ lệ SDD theo đánh giá PG-SGA (87,1%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn của Nguyễn Thùy Linh năm 2019 (26,3%) [8]. Sự khác biệt có thể do thời điểm và địa điểm nghiên cứu khác nhau.

Trong nghiên cứu của chúng tôi 33,8% trường hợp bị thiếu máu thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thùy Linh năm 2019 (55,3%) [8]. Sự khác biệt do đối tượng nghiên cứu của Nguyễn Thùy Linh là người bệnh đang truyền hóa chất, có những tác động của thuốc điều trị ung thư cũng như những tác dụng phụ của hóa chất như nôn, tiêu chảy. Có thể thấy tỷ lệ thiếu máu ở người bệnh ung thư đường tiêu hóa là khá cao, do đó khi tư vấn dinh dưỡng cần hướng dẫn người bệnh tăng cường các thực phẩm giàu Sắt, giàu Vitamin C, Folate, Vitamin B12, Vitamin A...

PG-SGA được sử dụng rộng rãi trong cả thực hành lâm sàng và trong các nghiên cứu học thuật, đây được coi như một phương pháp có giá trị tham khảo để đánh giá TTDD người bệnh ung thư. Trong nghiên cứu của chúng tôi: tỷ lệ người bệnh có nguy cơ SDD theo bộ công cụ PG – SGA là 87,1%, tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của Lê Thị Vân năm 2021 (61,9%) [5], của Fernanda de Carvalho PazziniMaiaR.D và cộng sự năm 2020 (69,9%) [9]. Bên cạnh đó, có 19,3% người bệnh bị SDD nặng, tỷ lệ này tương tự nghiên cứu của Lê Thị Vân năm 2021 (18,6%) [5]; cao hơn nghiên cứu của Phạm Thị Thanh Hoa về người bệnh ung thư đường tiêu hóa có hóa trị tại bệnh viện K năm 2018 (11,6%) [6]. Điều này do bệnh viện K là bệnh viện tuyến cuối về chuyên ngành ung thư, tỷ lệ người bệnh giai đoạn muộn gặp nhiều hơn nên tỷ lệ SDD theo PG-SGA cao hơn. Tuy nhiên, bộ công cụ PG-SGA cũng có nhược điểm là mất nhiều thời gian trong quá trình đánh giá TTDD

cho người bệnh và cần được thực hiện bởi cán bộ y tế có trình độ chuyên môn nhất định để thăm khám và phát hiện các dấu hiệu lâm sàng. Do đó, trong quá trình đánh giá TTDD cho người bệnh ung thư nên sử dụng phối hợp chỉ số nhân trắc với các thông số/dấu hiệu khác (đặc biệt là sụt cân và thay đổi trong khẩu phần ăn) để đánh giá đúng và toàn diện TTDD cho những người bệnh này.

Về mối liên quan giữa TTDD theo PG-SGA trước phẫu thuật và vị trí ung thư, nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng: nhóm người bệnh UTTT có nguy cơ SDD chỉ bằng 0,31 lần nguy cơ SDD của nhóm người bệnh UTDD và UTĐT (95% CI: 0,12-0,79). Điều này do triệu chứng khởi phát của người bệnh UTTT thường là đi ngoài phân máu, triệu chứng này khiến người bệnh lo lắng tìm đến các chuyên gia y tế sớm hơn các triệu chứng ợ hơi, ợ chua, đầy bụng của UTDD hay đau bụng, rối loạn tiêu hóa của UTĐT.

Sụt cân là dấu hiệu phổ biến ở người bệnh ung thư và cũng là dấu hiệu khiến người bệnh tìm đến các chuyên gia y tế. Tại thời điểm nghiên cứu, 80,7% người bệnh có tình trạng sụt cân không mong muốn trong 1 tháng qua, trong đó tỷ lệ giảm cân nghiêm trọng là 45,6%; tương đồng nghiên cứu của Trần Hiếu Học trên người bệnh ung thư ống tiêu hóa trước phẫu thuật tại bệnh viện Bạch Mai năm 2016 (76,6%), tuy nhiên tỷ lệ giảm cân nghiêm trọng (17,7%) thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi [10]; cao hơn của Nguyễn Thùy Linh năm 2019 lần lượt là 41,1%, 13,9% [8]. Kết quả có sự khác biệt là do đối tượng nghiên cứu khác nhau giữa các nghiên cứu. Từ các nghiên cứu trên thấy rằng tình trạng sụt cân trong ung thư nói chung hay đặc biệt trong ung thư đường tiêu hóa là dấu hiệu thường gặp (trên 60%). Không phải tất cả các người bệnh ung thư đều có đầy đủ các triệu chứng đặc hiệu, chính vì vậy, để phát hiện ung thư sớm, sụt cân không mong muốn cũng nên đưa vào là 1 trong có triệu chứng hướng người bệnh nên tầm soát ung thư đặc biệt ung thư đường tiêu hóa.

5. KẾT LUẬN

Đánh giá trên 171 người bệnh (nam giới 60,8%, tuổi TB $60 \pm 11,3$) cho thấy: người bệnh ung thư đường tiêu hóa trước phẫu thuật có nguy cơ suy dinh dưỡng cao theo PG-SGA. Trong đó, người bệnh UTTT có nguy cơ suy dinh dưỡng thấp hơn người bệnh UTDD và UTĐT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Sung H, Ferlay J, Siegel RL et al., Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*, 71(3), 2021, 209–249.
- [2] Weimann A, Braga M, Carli F et al., ESPEN guideline: Clinical nutrition in surgery. *Clin Nutr*, 36(3), 2017, 623–650.
- [3] Haines KL, Lao W, Nguyen BP et al., Evaluation of malnutrition via modified GLIM criteria for in patients undergoing emergent gastrointestinal surgery. *Clin Nutr*, 40(3), 2021, 1367–1375.
- [4] Bach HV, Thao NT, Tien NTH et al., Nutritional status and diet of preoperative and 7 days postoperative patients with colorectal cancer at National Cancer Hospital 2018-2019, *Journal of Public Health and Nutrition*, Volume 3, Issue 3, 2020
- [5] Lê Thị Vân, Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa điều trị hóa chất tại trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên; *Tạp Chí Dược học Cần Thơ*, 2021, (34), 54–60.
- [6] Phạm Thị Thanh Hoa, Tình trạng dinh dưỡng và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa có hoá trị tại Bệnh viện K năm 2018; *Tạp chí Nghiên cứu Y Học*, 120(4), 2019, 27–35.
- [7] Phan Thị Bích Hạnh, Tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần thực tế của bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa có điều trị hóa chất tại Bệnh viện đại học Y Hà Nội năm 2016-2017, Luận văn thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, 2020
- [8] Nguyễn Thùy Linh, Hiệu quả can thiệp dinh dưỡng cho bệnh nhân ung thư điều trị hóa chất tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Luận án tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, 2020
- [9] Maia F. de C.P., Silva T.A., Generoso S. de V. et al., Malnutrition is associated with poor health-related quality of life in surgical patients with gastrointestinal cancer. *Nutrition*, 2020, 75–76, 110769.
- [10] Trần Hiếu Học, Tình trạng dinh dưỡng và chế độ nuôi dưỡng người bệnh phẫu thuật ống tiêu hóa tại khoa ngoại Bệnh viện Bạch Mai năm 2016; *Tạp chí Y Học Việt Nam*, số 1 483(1), 2019, 45–49.



THE NUTRITIONAL STATUS AND QUALITY OF LIFE OF THYROID CANCER PATIENTS WERE ASSESSED AFTER IMPLEMENTING AN IODINE-RESTRICTED DITE AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL IN 2022

Nguyen Thi Hong Tien¹, Hoang Viet Bach¹, Le Tran Mai Anh^{1*},
Duong Thi Yen¹, Nguyen Thi Dung¹, Nguyen Thi Thanh Hoa¹,
Nguyen Thi Dinh¹, Dang Bao Ngoc¹, Le Thi Huong^{1,2}

¹Vietnam National Cancer Hospital - 30 Cau Buou Street, Tan Trieu Ward, Thanh Tri District, Hanoi City, Vietnam

²Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung Street, Kim Lien Ward, Dong Da District, Hanoi City, Vietnam

Received: 08/09/2023

Revised: 06/10/2023; Accepted: 02/11/2023

ABSTRACT

Objective: To describe the nutritional status and quality of life of thyroid cancer patients after implementing an iodine-restricted diet at Vietnam National Cancer Hospital in 2022.

Subject and method: A Cross-sectional descriptive study on 70 people with thyroid cancer after implementing an iodine-restricted diet at Vietnam National Cancer Hospital from January 2022 to June 2022.

Results: The study revealed that 82.9% of the study subjects had a BMI within normal limits. Additionally, 95.7% of the subjects had a good nutritional status according to PG-SGA. In terms of comprehensive health, general function, and general symptoms, the quality of life of thyroid cancer patients was measured at 86.8 ± 7.7 points, 95.3 ± 3.2 points, and 11.5 ± 5.3 points, respectively.

Conclusion: The nutritional status of thyroid cancer patients is generally good, although the quality of life may be partially affected after implementing an iodine-restricted diet

Keywords: Thyroid cancer, nutritional status, quality of life, iodine-restricted diet.

*Corresponding author

Email address: maianh4398@gmail.com

Phone number: (+84) 964 131 817

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH UNG THƯ TUYẾN GIÁP SAU KHI THỰC HIỆN CHẾ ĐỘ ĂN HẠN CHẾ IOD TẠI BỆNH VIỆN K NĂM 2022

Nguyễn Thị Hồng Tiên¹, Hoàng Việt Bách¹, Lê Trần Mai Anh^{1*},
Dương Thị Yến¹, Nguyễn Thị Dung¹, Nguyễn Thị Thanh Hòa¹,
Nguyễn Thị Đính¹, Đặng Bảo Ngọc¹, Lê Thị Hương^{1,2}

¹Bệnh viện K - Số 30 Đường Cầu Bươu, Xã Tân Triều, Huyện Thanh Trì, TP Hà Nội, Việt Nam

²Trường đại học Y Hà Nội - Số 1 Phố Tôn Thất Tùng, Phường Kim Liên, Quận Đống Đa, TP Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 08 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 06 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 02 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư tuyến giáp sau khi thực hiện chế độ ăn hạn chế iod.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 70 người bệnh ung thư tuyến giáp sau khi thực hiện chế độ ăn hạn chế Iod tại Bệnh viện K từ tháng 01/2022 đến tháng 06/2022.

Kết quả: Nghiên cứu cho kết quả tỷ lệ đối tượng có BMI trong giới hạn bình thường là 82,9%. Tỷ lệ đối tượng có tình trạng dinh dưỡng tốt theo PG - SGA là 95,7%. Chất lượng cuộc sống theo EORTC - QLQ C30 của bệnh nhân ung thư tuyến giáp về sức khỏe toàn diện, chức năng chung, triệu chứng chung điểm lần lượt là $86,8 \pm 7,7$ điểm; $95,3 \pm 3,2$ điểm; $11,5 \pm 5,3$ điểm, mệt mỏi và mất cảm giác ngon miệng là triệu chứng bị ảnh hưởng nhiều nhất với điểm trung bình lần lượt là $27,5 \pm 11,5$ điểm và $16,2 \pm 16,8$ điểm.

Kết luận: Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ung thư tuyến giáp sau khi thực hiện chế độ ăn hạn chế iod khá tốt, chất lượng cuộc sống sau khi thực hiện chế độ ăn hạn chế iod bị ảnh hưởng một phần, mệt mỏi và mất cảm giác ngon miệng là 2 triệu chứng bị ảnh hưởng nhiều nhất.

Từ khóa: Ung thư tuyến giáp, tình trạng dinh dưỡng, chất lượng cuộc sống, chế độ ăn hạn chế iod.

*Tác giả liên hệ

Email: maianh4398@gmail.com

Điện thoại: (+84) 964 131 817

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp (UTTĐ) là căn bệnh ung thư của tuyến nội tiết phổ biến nhất với tỷ lệ mắc ngày càng tăng. Tại Việt Nam, theo GLOBOCAN 2020, ung thư tuyến giáp xếp thứ 10 trong các loại ung thư phổ biến nhất với 5471 ca mắc mới hàng năm [1]. Hiện nay, điều trị UTTĐ chủ yếu là phẫu thuật. Điều trị I^{131} là phương pháp điều trị hỗ trợ giúp tiêu diệt những tế bào ung thư còn sót lại hoặc những tổn thương di căn xa. Sau khi phẫu thuật cắt bỏ tuyến giáp thì vẫn còn khả năng bị sót lại các tế bào giáp vì phẫu thuật khó có thể lọc sạch được các tế bào quá nhỏ bé của tuyến giáp, việc điều trị bằng đồng vị phóng xạ I^{131} được xem như là “phẫu thuật trong” (nghĩa là không có dao kéo và không làm chảy máu) nhằm hỗ trợ “phẫu thuật ngoài” (dùng dao kéo) tiêu diệt tận gốc các tế bào của tuyến giáp. Ý nghĩa của việc hạn chế iod vào cơ thể rất quan trọng trong điều trị I^{131} , mục đích là để cho cơ thể trở về trạng thái suy giáp đúng mức không có tuyến giáp, không có hormon tuyến giáp sẽ kích thích mức TSH tiết ra nhiều hơn nhằm giúp cho các tế bào tuyến giáp còn sót lại trong cơ thể đối iod hơn và chúng sẽ hấp thu đồng vị phóng xạ hiệu quả hơn nhằm giúp quá trình điều trị với đồng vị phóng xạ I^{131} chính xác và thuận lợi hơn. Các phác đồ hướng dẫn điều trị I^{131} khuyến cáo người bệnh cần phải thực hiện chế độ ăn hạn chế iod trong thức ăn, tốt nhất bệnh nhân chỉ sử dụng iod dưới 50 $\mu\text{g}/\text{ngày}$ trong vòng 2 tuần trước điều trị I^{131} [2] [3] [4].

Theo nghiên cứu của Vũ Trung Nghĩa người bệnh ung thư tuyến giáp sau khi thực hiện chế độ ăn hạn chế iod cho kết quả tình trạng dinh dưỡng theo BMI tỷ lệ đối tượng thiếu năng lượng trường diễn là 5,34%, tỷ lệ thừa cân, béo phì là 18,3%, dinh dưỡng bình thường là 76,4% [5]. Trong quá trình điều trị và thực hiện chế độ ăn hạn chế iod làm ảnh hưởng đến tâm lý người bệnh, người bệnh dễ rơi tình trạng tâm lý không thoải mái, rối loạn giấc ngủ, chán ăn, mệt mỏi cũng sẽ ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng của người bệnh như giảm năng lượng và tỷ lệ các chất dinh dưỡng nạp vào [6].

Điều trị I^{131} là phương pháp điều trị mới được đưa vào áp dụng tại Bệnh viện K từ tháng 11/2019, tại đây chúng tôi thực hiện hướng dẫn người bệnh ăn hạn chế iod trong vòng 2 tuần trước điều trị I^{131} tương tự hướng dẫn của hội y học hạt nhân trong và ngoài nước. Các đánh giá hiệu quả của chế độ ăn hạn chế iod phục vụ điều trị ở bệnh nhân Việt Nam còn ít. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: “Đánh giá tình

trạng dinh dưỡng và chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư tuyến giáp sau khi thực hiện chế độ ăn hạn chế iod tại Bệnh viện K năm 2022”.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Khoa Y học hạt nhân Bệnh viện K cơ sở Tân Triều.

Thời gian: từ 01/2022 - 06/2022.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

2.3.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Người bệnh UTTĐ đã phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp sau khi thực hiện chế độ ăn hạn chế iod để điều trị iod phóng xạ tại khoa Y học hạt nhân tại bệnh viện K.

2.3.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Người bệnh mắc các bệnh lý mạn tính kèm theo như suy thận, tăng huyết áp, suy tim, suy gan, đái tháo đường,... Người bệnh có rối loạn ý thức. Người bệnh không đồng ý tham gia, không tuân thủ chế độ dinh dưỡng và không có đầy đủ hồ sơ.

2.4. Cơ mẫu, chọn mẫu

Cơ mẫu: 70 người bệnh.

Chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện. Chọn tất cả người bệnh UTTĐ thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn tại Khoa Y học hạt nhân bệnh viện K cơ sở Tân Triều trong thời gian nghiên cứu.

2.5. Phương pháp đánh giá nhận định kết quả

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng bộ công cụ PG – SGA theo 3 mức độ: PG - SGA A: dinh dưỡng tốt; PG – SGA B: suy dinh dưỡng nhẹ hoặc vừa hay có nguy cơ suy dinh dưỡng; PG – SGA C: suy dinh dưỡng nặng.

Đánh giá CLCS theo thang đo QLQ-C30: các câu hỏi được đo lường theo 4 mức độ từ 1 (không có) đến 4 (rất nhiều). Quy sang thang điểm 100 và cách tính điểm, đánh giá điểm của nhóm nghiên cứu EORTC. Vấn đề chức năng và sức khỏe chung điểm càng cao chức năng và sức khỏe càng tốt. Vấn đề triệu chứng điểm càng cao triệu chứng càng nặng và xấu đi.

Chế độ ăn hạn chế iod của người bệnh điều trị I¹³¹: chế độ ăn với hàm lượng iod dưới 50 µg/ngày trong vòng 2 tuần trước điều trị I¹³¹, cụ thể như sau: chế độ ăn cơm, quả chín, sử dụng các gia vị không chứa iod, hướng dẫn người bệnh lựa chọn những thực phẩm có chứa hàm lượng iod thấp mà vẫn đảm bảo năng lượng và các chất dinh dưỡng cũng như lượng iod theo khuyến nghị.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu nghiên cứu được mã hoá, xử lý và phân tích

bằng phần mềm STATA 14.0

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được Chứng nhận chấp thuận khía cạnh đạo đức đối với đề tài nghiên cứu khoa học và công nghệ của Hội đồng Nghiên cứu y sinh học – Trường Đại học Y Hà Nội số 386/GCN-HĐĐĐNCYSH-ĐHYHN ngày 03/5/2021

3. KẾT NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=70)

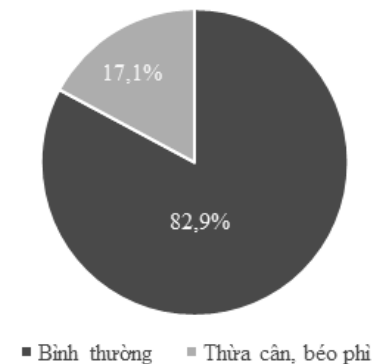
Thông tin chung		Tần số (n)	Tỷ lệ %
Tuổi	<40	24	34,3
	40-59	40	57,1
	≥ 60	6	8,6
	Trung bình	44,8 ±10,4 tuổi	
Giới tính	Nam	11	15,7
	Nữ	59	84,3
Dân tộc	Kinh	62	88,6
	Khác	8	11,4
Trình độ học vấn	Dưới THPT	39	55,7
	THPT	17	24,3
	Trung cấp/ Cao đẳng/Đại học	14	20,0

Nghiên cứu tiến hành trên 70 người bệnh UTTG với độ tuổi trung bình 44,8 ±10,4 tuổi, trong đó 40 – 59 tuổi chiếm phần lớn 57,1%. Hầu hết đối tượng nghiên

cứu là nữ giới 84,3%; dân tộc kinh chiếm 88,6%. Đa số đối tượng nghiên cứu có trình độ học vấn dưới THPT 55,7%.

Biểu đồ 1. Tình trạng dinh dưỡng theo chỉ số BMI

Tình trạng dinh dưỡng theo chỉ số BMI



Kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn đối tượng trong nghiên cứu có BMI ở trong giới hạn bình thường chiếm 82,9%, thừa cân béo phì chiếm 17,1%.

Bảng 2. Tình trạng dinh dưỡng theo bộ công cụ PG-SGA

Tình trạng dinh dưỡng	Kết quả (n,%/ ±SD)
Tình trạng dinh dưỡng tốt (PG – SGA A)	67 (95,7)
Nguy cơ SDD mức độ nhẹ (PG – SGA B)	3 (4,3)
Điểm PG – SGA trung bình (điểm)	1,3 ± 0,8

Kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn đối tượng có (PG-SGA B) là 4,3%. Điểm PG- SGA trung bình là tình trạng dinh dưỡng tốt (PG- SGA A) chiếm 95,7%. 1,3 ± 0,8 điểm. Tình trạng dinh dưỡng có nguy cơ SDD mức độ nhẹ

Bảng 3. Tình trạng dinh dưỡng qua các chỉ số hóa sinh

Chỉ số	Phân loại	Kết quả (n,%/ $\bar{X} \pm SD$)
Albumin (g/dl)	Bình thường	70 (100)
	Albumin trung bình	46,3 ± 2,3
Canxi máu (mmol/l)	Bình thường	58 (82,9)
	Hạ canxi máu	12 (17,1)
	Canxi máu trung bình	2,3 ± 0,1

Chỉ số albumin cho kết quả 100% đối tượng nghiên cứu có albumin bình thường. Kết quả nghiên cứu cho thấy albumin trung bình là 46,3 ± 2,3g/dl. Tỷ lệ đối tượng có hạ canxi máu chiếm 17,1%, canxi máu trung bình là 2,3 ± 0,1mmol/l.

Bảng 4. Điểm chất lượng cuộc sống theo các mặt chức năng và triệu chứng (n=70)

Các chỉ số	Điểm trung bình ($\bar{X} \pm SD$)
Sức khỏe toàn diện	86,8 ± 7,7
Các mặt chức năng	
Chức năng chung	95,3 ± 3,2
Thể chất	96,8 ± 5,4
Hoạt động	93,7 ± 11,5
Nhận thức	99,5 ± 2,8
Cảm xúc	89,9 ± 3,7
Xã hội	100,0 ± 0,0
Tài chính	0,0 ± 0,0

Các chỉ số	Điểm trung bình ($\bar{X} \pm SD$)
Các mặt triệu chứng	
Triệu chứng chung	11,5 ± 5,3
Mệt mỏi	27,5 ± 11,5
Buồn nôn, nôn	0,5 ± 2,8
Đau	6,2 ± 10,7
Khó thở	6,7 ± 13,4
Rối loạn giấc ngủ	10,5 ± 17,5
Mất cảm giác ngon miệng	16,2 ± 16,8
Táo bón	8,1 ± 14,4
Tiêu chảy	1,4 ± 6,8

Kết quả nghiên cứu cho thấy điểm trung bình sức khỏe toàn diện và chức năng chung của đối tượng nghiên cứu cụ thể như sau điểm trung bình sức khỏe toàn diện là $86,8 \pm 7,7$ điểm và $95,3 \pm 3,2$ điểm. Kết quả nghiên cứu cho thấy các mặt triệu chứng chung là $11,5 \pm 5,3$ điểm, mệt mỏi điểm trung bình là $27,5 \pm 11,5$ điểm, mất cảm giác ngon miệng điểm trung bình là $16,2 \pm 16,8$ điểm.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $44,8 \pm 10,4$ tuổi, hầu hết đối tượng nghiên cứu là nữ giới 84,3%. Kết quả này tương đồng với kết quả của Đậu Thị Hồng Nhung tuổi trung bình của bệnh nhân UTTG là $44,47 \pm 12,79$ tuổi, 85,6% đối tượng là nữ giới [7]. Trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu dưới THPT chiếm phần lớn 55,7%, đối tượng nghiên cứu học THPT chiếm 24,3% và đối tượng nghiên cứu có trình độ học Trung cấp/ Cao đẳng/ Đại học là 20,0%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Vũ Trung Nghĩa năm 2022 tại Bệnh viện K trình độ học vấn dưới THPT là 53,4% và THPT trở lên là 46,5% [5].

Tình trạng dinh dưỡng theo BMI, nghiên cứu của Vũ Trung Nghĩa trên bệnh nhân UTTG cho kết quả 76,4% có BMI bình thường và 18,3% đối tượng có BMI thừa cân béo phì. Nghiên cứu của Hoàng Thị Hằng trên bệnh nhân UTTG trước khi điều trị ¹³¹I cho kết quả BMI bình thường là 89,7% và 13,0% đối tượng có thừa cân béo phì [8]. Các kết quả này khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Có thể thấy phần lớn người bệnh ung thư tuyến giáp có tình trạng dinh dưỡng bình

thường và thừa cân béo phì đang là vấn đề được quan tâm hiện nay của nhóm đối tượng này.

Tình trạng dinh dưỡng theo bộ công cụ PG – SGA cho kết quả phần lớn đối tượng có tình trạng dinh dưỡng tốt chiếm 95,7%. Nghiên cứu năm 2021 của Hoàng Thị Hằng trên bệnh nhân UTTG cho kết quả 93,6% dinh dưỡng tốt và 6,4% người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng mức độ vừa hoặc nhẹ, kết quả này tương đồng với kết quả của chúng tôi [8]. Bộ công cụ PG-SGA là bộ công cụ đánh giá tình trạng dinh dưỡng cho người bệnh ung thư được áp dụng phổ biến hiện nay tại các bệnh viện, giúp đánh giá được những thay đổi về dinh dưỡng trong thời gian ngắn của người bệnh, qua đó phần nào đánh giá được những hiệu quả của việc hướng dẫn chế độ ăn hạn chế iod mà vẫn đảm bảo nhu cầu năng lượng của đối tượng trong nghiên cứu.

Hạ canxi máu là một trong những vấn đề thường gặp ở người bệnh sau khi phẫu thuật tuyến giáp đặc biệt là sau phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp. Nghiên cứu của Dương Thị Phương cho kết quả tỷ lệ đối tượng bị hạ canxi máu là 27,5% đối với người bệnh sau phẫu thuật tuyến giáp và 47,6% đối với người bệnh cắt toàn bộ tuyến giáp [9]. Có thể thấy tỷ lệ người bệnh sau phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp bị hạ canxi máu khá cao, do đó việc hướng dẫn người bệnh ung thư tuyến giáp tăng cường sử dụng các thực phẩm giàu canxi là rất cần thiết để góp phần cải thiện tình trạng hạ canxi máu ở những người bệnh sau phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp.

Chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư đang là vấn đề rất được quan tâm hiện nay. Nghiên cứu của Vũ Trung Nghĩa năm 2022 cho thấy sức khỏe toàn diện



của người bệnh ung thư có điểm số trung bình là $72,3 \pm 14,6$ điểm thấp hơn không đáng kể so với kết quả của chúng tôi [5]. Nghiên cứu của Đậu Thị Hồng Nhung năm 2022 về CLCS bệnh nhân ung thư cho thấy 125 bệnh nhân sau phẫu thuật ung thư biểu mô tuyến giáp thì chỉ số triệu chứng “mệt mỏi” là cao nhất và có ảnh hưởng đến CLCS của bệnh nhân tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi [7]. Nghiên cứu của Wing-Lok Chen năm 2021 tại Hồng Kông sử dụng bộ chất lượng cuộc sống QLQ-C30 trên đối tượng bệnh nhân ung thư tuyến giáp cho kết quả mệt mỏi và mất ngủ là 2 triệu chứng hay gặp nhất và bị ảnh hưởng nhiều nhất của bệnh nhân ung thư tuyến giáp, điểm trung bình mệt mỏi là $26,4 \pm 20,6$ điểm, mất ngủ là $26,2 \pm 27,6$ điểm [6]. Các kết quả trên tương đối tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Người bệnh phải thực hiện chế độ ăn hạn chế iod dẫn đến sẽ có những giới hạn trong việc lựa chọn và lượng thực phẩm ăn vào điều này đã ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh đặc biệt là triệu chứng chán ăn và mất cảm giác ngon miệng bị ảnh hưởng nhiều nhất.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy phần lớn đối tượng trong nghiên cứu có tình trạng dinh dưỡng ở trong giới hạn bình thường. Chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư tuyến giáp sau khi thực hiện chế độ ăn hạn chế iod bị ảnh hưởng một phần, mệt mỏi và mất cảm giác ngon miệng là 2 triệu chứng bị ảnh hưởng nhiều nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*, 71(3), 2021, 209–249.
- [2] Li JH, He ZH, Bansal V, Low iodine diet in differentiated thyroid cancer: a review. *Clin Endocrinol (Oxf)*, 84(1), 2016, 3–12.
- [3] ThyCa: Thyroid Cancer, Survivors' Association, Inc. 2015
- [4] Anna M. Sawka, Dietary iodine restriction in preparation for radioactive iodine treatment or scanning in well-differentiated thyroid cancer: a systematic review PubMed. Accessed July 12, 2022.
- [5] Vũ Trung Nghĩa, Tình trạng dinh dưỡng và chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư tuyến giáp sau phẫu thuật tại khoa Y học hạt nhân - Bệnh viện K giai đoạn 2021-2022; Luận văn Thạc sĩ, Trường đại học Y Hà Nội, 2022.
- [6] Chan W-L, Choi HC-W, Lang B, et al., Health-Related Quality of Life in Asian Differentiated Thyroid Cancer Survivors. *Cancer Control J Moffitt Cancer Cent*. 2021, 28. doi: 10.1177/10732748211029726.
- [7] Đậu Thị Hồng Nhung, Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú và thể nang sau phẫu thuật cắt tuyến giáp; Tạp chí Nghiên cứu Y học, 151(3), 2022, 63-72.
- [8] Hoàng Thị Hằng, Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ung thư tuyến giáp trước điều trị I-131 tại Bệnh viện Nội tiết trung ương năm 2020-2021; Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm, 18(1), 2022, 72-79.
- [9] Dương Thị Phụng, Tình trạng dinh dưỡng nồng độ canxi huyết thanh của người bệnh ung thư tuyến giáp sau phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2021; Luận văn Thạc sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội, 2022.

NUTRITIONAL STATUS AND ASSOCIATED FACTORS AMONG UNDER 5-YEAR-OLD CHILDREN AT PEDIATRICS CLINIC, VIETNAM – CUBA DONG HOI FRIENDSHIP HOSPITAL IN 2022 - 2023

Bui Thi Nhi Sen^{1*}, Duong Thi Phuong², Le Thi Huong^{2,3}

¹Vietnam-Cuba Friendship Hospital Dong Hoi - Huu Nghi street, Nam Ly, Dong Hoi, Quang Binh, Vietnam

²Hanoi Medical University Hospital - 1 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

³Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

Received: 08/09/2023

Revised: 30/09/2023; Accepted: 27/10/2023

ABSTRACT

Objective: To assess the nutritional status and some related factors of children under 5 years old at the pediatrics clinic, Vietnam–Cuba Dong Hoi Friendship Hospital in 2022-2023.

Subject and Method: A Cross-sectional study was conducted among 451 under 5 years old and their caregivers.

Results: The overall malnutrition rate was 37.2% of which 12.6 percent was underweight, 22.2 percent was stunting and 14.4 percent was wasting. The malnutrition rate was higher in Male than female children in these 3 types with $p < 0.05$. The age group which is most susceptible to malnutrition fluctuates from 12 months old to 23 months old. The malnutrition rate decreases inversely with the child's age. Of all 3 malnutrition types, moderate malnutrition accounts for the highest rate, meanwhile, severe malnutrition reaches a peak in type CC/T. Some factors related to nutritional status include weaning time before 18 months old (OR = 1.846, $p = 0.037$, 95%CI: 1.039 – 3.281), acute respiratory disease (OR = 1.992, $p = 0.028$, 95%CI: 1.077 – 3.684), children's eating habits (OR = 1.830, $p = 0.011$, 95%CI = 1.149 – 2.914).

Conclusion: While stunting and underweight malnutrition have reached an average level, wasting malnutrition remains prevalent. Some factors related to the children's nutritional status include weaning time before 18 months old, acute respiratory disease, and children's eating habits.

Keywords: Nutritional Status, Malnutrition, Children.

*Corresponding author

Email address: buinhisen@gmail.com

Phone number: (+84) 944 952 736

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>



TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở TRẺ DƯỚI 5 TUỔI TẠI PHÒNG KHÁM KHOA NHI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT NAM-CUBA ĐỒNG HỚI NĂM 2022 - 2023

Bùi Thị Nhị Sen^{1*}, Dương Thị Phương², Lê Thị Hương^{2,3}

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam - Cuba Đồng Hới - Đường Hữu Nghị, Khu 10, Nam Lý, Đồng Hới, Quảng Bình, Việt Nam

²Bệnh viện trường Đại học Y Hà Nội - Số 1 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

³Trường Đại học Y Hà Nội - Số 1 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 08 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 30 tháng 09 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 27 tháng 10 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và mô tả một số yếu tố liên quan ở trẻ dưới 5 tuổi tại phòng khám Khoa Nhi, Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam-CuBa Đồng Hới năm 2022 - 2023.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 451 trẻ em dưới 5 tuổi và người chăm sóc trẻ đến khám tại phòng khám khoa Nhi, Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam – Cu Ba Đồng Hới.

Kết quả: Tỷ lệ SDD chung là 37,2%, trong đó tỷ lệ SDD nhẹ cân là 12,6%, SDD thấp còi là 22,2% và SDD thể gầy còm là 14,4%. Nam chiếm tỷ lệ SDD nhiều hơn nữ ở cả 3 thể, với $p < 0,05$. Tỷ lệ SDD giảm dần theo tuổi của trẻ. Một số yếu tố liên quan đến TTDD của trẻ: thời gian cai sữa trước 18 tháng (OR = 1,846, $p = 0,037$, 95%CI 1,039 – 3,281), có bệnh đường hô hấp cấp (OR = 1,992, $p = 0,028$, 95%CI: 1,077 – 3,684), tình trạng ăn của trẻ (OR = 1,830, $p = 0,011$, 95%CI = 1,149 - 2,914).

Kết luận: SDD thể thấp còi, nhẹ cân ở mức trung bình, SDD thể gầy còm còn ở mức cao. Một số yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ bao gồm thời gian cai sữa trước 18 tháng, bệnh nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính, tình trạng ăn của trẻ.

Từ khóa: Tình trạng dinh dưỡng, Suy dinh dưỡng, Trẻ em.

*Tác giả liên hệ

Email: buinhisen@gmail.com

Điện thoại: (+84) 944 952 736

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dinh dưỡng chiếm một vị trí quan trọng đối với sức khỏe con người, đặc biệt là ở trẻ dưới 5 tuổi bởi vì dinh dưỡng ảnh hưởng trực tiếp đến quá trình tăng trưởng và phát triển của trẻ. Do vậy, việc đảm bảo đầy đủ dinh dưỡng trong giai đoạn này là hết sức quan trọng và giai đoạn này nhu cầu nhu cầu năng lượng cũng cao hơn các giai đoạn khác [1,2,3].

Theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế Giới năm 2019, hiện có nay có 21,3% trẻ SDD thể thấp còi, 23,1% số trẻ này phân bố ở các nước kém phát triển, Châu Á chiếm tỷ lệ 21,8%, 29,1% ở các nước Châu Phi, còn ở Châu Mỹ Latinh và vùng Caribe chỉ có 9%. Ở Việt Nam, nhờ các chương trình, chiến lược quốc gia về dinh dưỡng nên tỷ lệ SDD trẻ dưới 5 tuổi đã giảm theo các năm [10].

Hằng năm, tại phòng khám khoa Nhi Bệnh Hữu nghị Việt Nam-CuBa Đồng Hới lượng bệnh nhân đến khám, điều trị rất cao. Tuy nhiên, chưa có đánh giá nào chỉ ra trong số những trẻ đến khám có bao nhiêu trẻ bình thường, bao nhiêu trẻ bị SDD và SDD như thế nào, nguyên nhân của SDD, vấn đề ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ. Xuất phát từ đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở trẻ dưới 5 tuổi tại phòng khám khoa nhi bệnh viện Hữu nghị Việt nam-CuBa Đồng Hới năm 2022-2023” với 2 mục tiêu: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và mô tả một số yếu tố liên quan ở trẻ dưới 5 tuổi tại phòng khám Khoa Nhi, Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam-CuBa Đồng Hới năm 2022 - 2023.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại phòng khám Khoa Nhi Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam - CuBa Đồng Hới từ tháng 8/2022 đến tháng 6/2023.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Trẻ em từ 0 tháng đến 5 tuổi và người chăm của các trẻ trên

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu.

- Cỡ mẫu:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{(\epsilon.p)^2}$$

n: Cỡ mẫu nghiên cứu

Với độ tin cậy 95%, ta có $Z^2_{(1-\alpha/2)} = 1,96^2$

- $p = 17,4\%$ (0,174) là tỷ lệ SDD thấp còi khu vực bắc Trung bộ và Duyên hải miền Trung theo Tổng điều tra dinh dưỡng quốc gia [10].

- Chọn $\epsilon = 0,2$.

Thay vào công thức ta tính được $n = 456$ trẻ, lấy tròn là 450 trẻ và mẹ.

- Chọn mẫu: Chọn mẫu theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện: Lấy tất cả các bệnh nhân vào khám tại phòng khám Khoa Nhi Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam-CuBa Đồng Hới bắt đầu từ tháng 8/2022 đến khi đủ số lượng mẫu.

2.5. Biến số nghiên cứu và tiêu chuẩn đánh giá

- **Biến số:** Tuổi của trẻ, cân nặng của trẻ, chiều cao/chiều dài, SDD thể nhẹ cân, SDD thể thấp còi, SDD thể gầy còm.

- **Phương pháp đánh giá tình trạng:** Dựa vào bảng phân loại dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi của WHO năm 2006.

Bảng 2.1. Các điểm ngưỡng đánh giá tình trạng dinh dưỡng trẻ

Z-Score	CC/T	CN/T	CN/CC
> 3			Béo phì
> 2		Thừa cân	Thừa cân
$-2SD \leq Z\text{-score} \leq 2SD$			
< -2	Thấp còi mức độ vừa	Nhẹ cân mức độ vừa	Gầy còm mức độ vừa
< -3	Thấp còi mức độ nặng	Nhẹ cân mức độ nặng	Gầy còm mức độ nặng

Mục tiêu 2:

- Người chăm trẻ: tuổi, nghề nghiệp, trình độ văn hoá, dân tộc, số con trong gia đình....
- Quá trình nuôi dưỡng trẻ: giới tính, cân nặng lúc sinh, có cho bú sớm trong vòng 1 giờ đầu, từ 1-24 giờ và sau 24 giờ, thời gian cai sữa, có cho uống gì trước khi bú mẹ không, thức ăn bổ sung, thời gian cho ăn, cách bú mẹ, ăn thêm sữa công thức khi cai sữa, số bữa ăn khi bắt đầu ăn bổ sung.
- Thông tin về tình trạng sức khoẻ trẻ: mắc các bệnh lý cấp tính về đường hô hấp, đường tiêu hoá trong vòng 6 tháng qua.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

- Nhóm thông tin về nhân khẩu học: sử dụng phiếu hỏi phỏng vấn người chăm trẻ để thu thập các thông tin về tuổi, giới, địa chỉ của trẻ.
- Các chỉ số nhân trắc: trẻ được cân, đo chiều cao để xác định tình trạng dinh dưỡng
- Nhóm thông tin về một số yếu tố nguy cơ liên quan

đến tình trạng dinh dưỡng: phỏng vấn trực tiếp người chăm trẻ qua bộ câu hỏi được thiết kế sẵn.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

- Số liệu được nhập bằng phần mềm Edidata 3.1.
- Số liệu nhân trắc học được xử lý bằng phần mềm Anthro của WHO, 2006.
- Tất cả các số liệu được chuyển và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu có xin phép và được sự đồng ý của Ban Giám đốc, Phòng KHTH, Khoa Nhi Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam-CuBa Đồng Hới. Các đối tượng tham gia nghiên cứu một cách tự nguyện, và có quyền từ bỏ không tham gia nghiên cứu. Các thông tin về đối tượng được giữ bí mật và chỉ được sử dụng với mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Tỷ lệ SDD của trẻ dưới 5 tuổi tại phòng khám khoa Nhi

Chỉ số đánh giá	TTDD	SDD theo các thể	
		n	%
CN/T		57	12,6
CC/T		100	22,2
CN/CC		65	14,4
MUAC		29	6,4
SDD chung		168	37,2
Trẻ bình thường		283	62,8

Nhận xét: Tỷ lệ SDD chung của trẻ dưới 5 tuổi tại phòng khám khoa Nhi là 37,2% và tính riêng theo phân loại của WHO 2006 thì SDD thể nhẹ cân chiếm

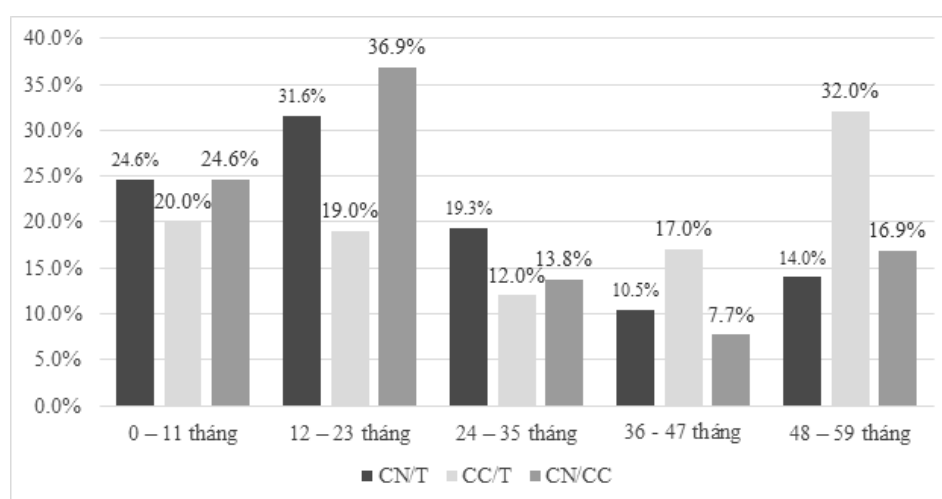
12,6%; SDD thể thấp còi chiếm 22,2%; SDD thể gầy còm là 14,4%.

Bảng 3.2. Tình trạng SDD trẻ dưới 5 tuổi theo giới

Giới	TTDD		p	CC/T		p	CN/CC		p
	n	%		n	%		n	%	
Nam (n=261)	48	18,4	<0,05	74	28,4	<0,05	40	15,3	>0,05
Nữ (n=190)	9	4,7		26	13,7		25	13,2	
Chung	57	12,6		100	22,2		65	14,4	

Nhận xét: Trẻ nam chiếm tỷ lệ nhiều hơn trẻ nữ ở SDD thể nhẹ cân và thấp còi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Biểu đồ 3.1. Tình trạng SDD chung của trẻ dưới 5 tuổi phân theo nhóm tuổi



Nhận xét: Tỷ lệ SDD chiếm cao nhất ở nhóm tuổi 12 - 23 tháng cho 2 thể suy dinh dưỡng CN/T và CN/CC tương ứng là 31,6% và 36,9% ($p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê); trong khi thể SDD CC/T thì nhóm chiếm tỷ lệ cao nhất là 48 - 59 tháng tuổi.

Bảng 3.3. Liên quan giữa SDD với nuôi con bằng sữa mẹ

Thông tin chung		Trẻ SDD	Trẻ BT	OR (95%CI)	p
Cho uống trước khi bú mẹ	Không	54 (32,1)	114 (67,9)	1	0,084
	Có	114 (40,3)	169 (59,7)	1,424 (0,97 - 2,049)	
Cách bú mẹ	Theo giờ	1 (33,3)	2 (66,7)	1	0,529
	Bất cứ lúc nào	74 (52,1)	68 (47,9)	2,176 (0,193 - 24,548)	
Thời gian cai sữa	≥ 18tháng	67 (27,6)	176 (72,4)	1	0,037
	< 18tháng	26 (41,3)	37 (58,7)	1,846 (1,039 - 3,281)	
Ăn thêm sữa công thức khi cai sữa	Có	90 (30,4)	206 (69,6)	1	0,325
	Không	6 (42,9)	8 (57,1)	1,717 (1,196 - 2,728)	

Nhận xét: Trẻ bị cai sữa dưới 18 tháng có nguy cơ SDD gấp 1,846 lần so với nhóm trẻ cai sữa trên 18 tháng với $p < 0,05$.

Bảng 3.4. Mô hình hồi quy dự đoán yếu tố liên quan đến tình trạng SDD của nhóm trẻ

Yếu tố		Hệ số β	P	OR	95%CI
Thời gian cai sữa	< 18 tháng	-0,498	0,131	0,607	0,318 - 1,160
	≥ 18 tháng			1	
Thời gian \check{A} BS	< 6 tháng	-,416	0,344	0,660	0,279 - 1,562
	≥ 6 tháng			1	
Tình trạng ăn	Ép	0,604	0,011	1,830	1,149 - 2,914
	Không ép			1	
Số bữa ăn hiện tại	≤ 3 bữa	0,409	0,779	1,506	0,087 - 26,188
	> 3 bữa			1	
Bệnh tiêu hóa	Có	-0,245	0,493	0,783	0,388 - 1,577
	Không			1	
NKHHC	Có	0,689	0,028	1,992	1,077 - 3,684
	Không			1	

Nhận xét: Mô hình hồi quy cho thấy các yếu tố: yếu tố liên quan đến tình trạng SDD của trẻ bao gồm: bệnh nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính (OR = 1,992, $p = 0,028$, 95%CI: 1,077 - 3,684), tình trạng ăn của trẻ (OR= 1,830, $p = 0,011$, 95%CI: 1,149 - 2,914).

4. BÀN LUẬN

Đối với SDD thể nhẹ cân (theo chỉ số CN/T): Kết quả ở bảng 3.2 cho thấy tỷ lệ SDD thể nhẹ cân ở trẻ dưới 5 tuổi tại phòng khám khoa Nhi là 12,6% chiếm tỷ lệ thấp nhất trong 3 thể. Tỷ lệ này thấp hơn tỷ lệ SDD thể nhẹ cân trong toàn quốc năm 2015 là 14,1%, và cao hơn năm 2019 là 12,2% và 2020 là 11,5%.

Đối với SDD thể thấp còi (theo chỉ số CC/T): Đây được coi là chỉ tiêu phản ánh sự phát triển của xã hội, phản ánh tình trạng thiếu dinh dưỡng kéo dài hoặc SDD trong quá khứ làm cho trẻ bị còi cọc, và là chỉ số đánh giá hậu quả của sự đói nghèo. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ SDD thể thấp là 22,2% cao nhất trong 3 thể SDD. Nhưng tỷ lệ SDD thể thấp còi ở đây thấp hơn tỷ lệ SDD thấp còi ở dân tộc Chứt, huyện Bố Trạch, tỉnh Quảng

Bình năm 2019 (31,5%) [5].

Đối với SDD thể gầy còm (theo chỉ số CN/CC): Chiếm tỷ lệ 14,4% cao hơn tỷ lệ SDD thể nhẹ cân và thấp hơn tỷ lệ SDD gầy còm chung trong cả nước năm 2018 là 23% [10]. Điều này chứng tỏ bệnh nhân được đến viện sớm khi bắt đầu có những biểu hiện của tình trạng dinh dưỡng không tốt như trẻ chán ăn, chậm tăng cân... là những lý do mà chúng tôi thường gặp ở những bệnh nhân đến khám. Tuy nhiên kết quả này cao hơn nghiên cứu tại Bồ Trạch, Quảng Bình 8,8% (năm 2019) và Hải Phòng 8,0% (năm 2020). Theo TCYTTG cộng đồng có tỷ lệ SDD cấp trên 5% là ngưỡng báo động cần phải can thiệp dinh dưỡng sớm.

Suy dinh dưỡng theo giới: Kết quả bảng 3.3 cho thấy ở cả 3 thể SDD trẻ nam đều chiếm tỷ lệ nhiều hơn trẻ nữ. Kết quả nghiên cứu của một số tác giả trong nước như Tô Thi Thảo⁶ trẻ nữ chiếm tỷ lệ SDD nhiều hơn nam ở cả 3 thể với $p < 0,05$, Nguyễn Thị Hải Anh, Lương Thị Thu Hà [8] không thấy có sự khác biệt tỷ lệ SDD thể thấp còi ở trẻ nam và trẻ nữ.

SDD theo nhóm tuổi: Biểu đồ 3.1 cho thấy tình trạng SDD gặp ở mọi lứa tuổi, tỷ lệ SDD chiếm cao nhất ở

nhóm tuổi 12 - 23 tháng cho 2 thể là suy dinh dưỡng CN/T và CN/CC. Sau đó đến nhóm tuổi 0 - 11 tháng tuổi cho cả 3 thể. Ta thấy SDD xuất hiện sớm từ 11 tháng tuổi, đặc biệt là trẻ dưới 6 tháng tuổi. Như vậy SDD xuất hiện từ rất sớm ở tất cả các thể điều này có thể do từ 6 tháng tuổi trẻ bắt đầu được ăn bổ sung và cách ăn bổ sung không hợp lý đã ảnh hưởng đến cân nặng, chiều cao của trẻ.

Liên quan giữa suy dinh dưỡng và thời gian cai sữa: Bảng 3 cho thấy cai sữa < 18 tháng có nguy cơ SDD cao hơn 1,846 lần so với cai sữa ≥ 18 với $p < 0,05$. Theo thống kê của Viện Dinh Dưỡng tỷ lệ trẻ được bú mẹ tiếp tục đến 1 tuổi trong toàn quốc là 77% và tỷ lệ tiếp tục bú mẹ đến 2 tuổi giảm xuống còn 22,1%. Và điều này cũng tương ứng với các nghiên cứu của tác giả Tô Thị Thảo [6], Lê Thị Thu Hà [5], cai sữa dưới 18 tháng mới là yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng SDD của trẻ.

Mô hình hồi quy dự đoán yếu tố liên quan đến tình trạng SDD của nhóm trẻ: Kết quả bảng 3.4 cho thấy các yếu tố: Bệnh nhiễm khuẩn hô hấp cấp, tình trạng ăn của trẻ là yếu tố làm tăng nguy cơ SDD cho trẻ. Một nghiên cứu bệnh - chứng tại Iran sau khi phân tích hồi quy đa biến cho thấy các yếu tố như: học vấn của mẹ, cân nặng lúc sinh, giới tính và nghề nghiệp của mẹ là những yếu tố liên quan đến SDD [9]. Kết quả nghiên cứu của Tô Thị Thảo [6] cũng cho thấy SDD bị ảnh hưởng bởi các yếu tố cân nặng lúc sinh, thời gian cai sữa, NKHHC, số bữa ăn bổ sung.

5. KẾT LUẬN

Qua điều tra 451 trẻ và người chăm sóc tại phòng khám khoa Nhi Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam-CuBa Đòng Hới chúng tôi thu được một số kết quả sau: Tỷ lệ SDD thể thấp còi chiếm tỷ lệ cao nhất trong 3 thể SDD. Nam chiếm tỷ lệ SDD nhiều hơn nữ, $p < 0,05$. SDD xuất hiện sớm bắt đầu từ dưới 11 tháng tuổi, chiếm tỷ lệ cao nhất là ở nhóm tuổi 12- 23 tháng, tỷ lệ SDD giảm dần tỷ lệ nghịch với tuổi của trẻ. Một số yếu tố liên quan đến TTDD của trẻ: thời gian cai sữa trước 18 tháng, có bệnh

đường hô hấp cấp, tình trạng ăn của trẻ với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Từ Giấy, Hà Huy Khôi, Một số vấn đề về dinh dưỡng thực hành, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 1998, tr. 253-255.
- [2] Hà Huy Khôi, Phương pháp dịch tễ học dinh dưỡng, Nhà xuất bản Y học, 1997, tr108.
- [3] Từ Giấy, Hà Huy Khôi, Dinh dưỡng hợp lý và sức khỏe, Nhà xuất bản Y học, 1999, tr45,47.
- [4] UNICEF, A Report Card on Nutrition, Progress For Children, New York, USA, 2006.
- [5] Lê Thị Thu Hà, Phạm Duy Tường, Nguyễn Minh Trang, Suy dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở dân tộc Chứt, Văn Kiếu năm 2019; Tạp chí Nghiên cứu y học, số 129, trang 303-309, 2020.
- [6] Tô Thị Hào, Nghiên cứu tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố ảnh hưởng đến trẻ SDD tại phòng khám Dinh dưỡng, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội, 72 trang, 2011
- [7] Nguyễn Thị Hải Anh, Mô tả tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan đến suy dinh dưỡng của trẻ em dưới 5 tuổi tỉnh Lào Cai, 2005.
- [8] Trần Quang Trung, Nguyễn Thị Thùy Linh, Lê Thị Hiền và Cộng sự, Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở trẻ em dưới 5 tuổi tại huyện Ba Vì thành phố Hà Nội năm 2019; Tạp chí Y học Dự phòng, 30(5), 2020, p. 82-89.
- [9] Afshan S, Aziz K, Mohammad F, Evaluating risk factors for protein-energy malnutrition in children under the age of six years: a case-control study from Iran, International Journal of General Medicine, 2011.
- [10] Viện Dinh Dưỡng và Unicef, Tổng điều tra dinh dưỡng Việt Nam 2019-2020, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2020.



REVIEW OF BACHELOR'S DEGREE NUTRITION PROGRAMS AT SEVERAL UNIVERSITIES IN VIETNAM

Hoang Thi Hong Nhung¹, Nguyen Thuy Linh^{2,3*}, Nguyen Do Huy⁴, Tran Thi Minh Xuan²

¹National Institute of Nutrition - 48B Tang Bat Ho, Hai Ba Trung district, Hanoi City, Vietnam

²Hanoi Medical University - 01 Ton That Tung, Dong Da district, Hanoi City, Vietnam

³Hanoi Medical University Hospital - 01 Ton That Tung, Dong Da district, Hanoi City, Vietnam

⁴University of Medicine and Pharmacy, Vietnam National University, Hanoi - 144 Xuan Thuy, Cau Giay district, Hanoi City, Vietnam

Received: 08/09/2023

Revised: 29/09/2023; Accepted: 30/10/2023

ABSTRACT

The bachelor's degree program in nutrition is an essential part of training to prepare a workforce with the knowledge and skills needed to meet the increasing demands in the field of nutrition, contributing to improving the quality of life and human health. This drives universities to develop flexible and modern bachelor's degree programs in nutrition to meet the diverse needs of the community. This article focuses on providing an overview and analysis of approaches, trends, and priorities in the bachelor's degree programs in nutrition at some universities in Vietnam. This serves as a basis for universities to expand and adjust their programs and training processes after ten years of implementing the bachelor's degree program in nutrition.

Keywords: Bachelor of Nutrition, Training program, Nutrition.

*Corresponding author

Email address: linhngthuy@hmu.edu.vn

Phone number: (+84) 932 214 168

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>

TỔNG QUAN CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO CỬ NHÂN DINH DƯỠNG TẠI MỘT SỐ TRƯỜNG ĐẠI HỌC Ở VIỆT NAM

Hoàng Thị Hồng Nhung¹, Nguyễn Thùy Linh^{2,3*}, Nguyễn Đỗ Huy⁴, Trần Thị Minh Xuân²

¹*Viện Dinh dưỡng - 48B Tăng Bạt Hổ, quận Hai Bà Trưng, TP. Hà Nội, Việt Nam*

²*Trường Đại học Y Hà Nội - Số 01 Tôn Thất Tùng, quận Đống Đa, TP. Hà Nội, Việt Nam*

³*Bệnh viện Đại học Y Hà Nội - Số 01 Tôn Thất Tùng, quận Đống Đa, TP. Hà Nội, Việt Nam*

⁴*Trường Đại học Y dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội - 144 Xuân Thủy, quận Cầu Giấy, TP. Hà Nội, Việt Nam*

Ngày nhận bài: 08 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 29 tháng 09 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 30 tháng 10 năm 2023

TÓM TẮT

Chương trình đào tạo cử nhân dinh dưỡng là một phần quan trọng trong việc đào tạo chuẩn bị nguồn nhân lực có kiến thức và kỹ năng phù hợp để đáp ứng nhu cầu ngày càng cao trong lĩnh vực dinh dưỡng, góp phần vào việc cải thiện chất lượng cuộc sống và sức khỏe của con người. Điều này thúc đẩy các trường đại học phát triển các chương trình đào tạo cử nhân dinh dưỡng linh hoạt và hiện đại để đáp ứng nhu cầu đa dạng của cộng đồng. Bài báo này tập trung vào việc tổng quan đánh giá và phân tích những cách tiếp cận, xu hướng và trọng tâm trong chương trình đào tạo cử nhân dinh dưỡng của một số trường đại học ở Việt Nam. Đây là cơ sở để các trường đại học có thể mở rộng đào tạo cũng như điều chỉnh chương trình, quy trình đào tạo hiện hành sau 10 năm triển khai đào tạo mã ngành cử nhân dinh dưỡng.

Từ khóa: Cử nhân Dinh dưỡng, Chương trình đào tạo, Dinh dưỡng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), chỉ số về số lượng dinh dưỡng viên/100.000 dân là một trong các chỉ số cốt lõi của Khung Giám sát Dinh dưỡng Toàn cầu để đo lường mục tiêu dinh dưỡng toàn cầu. Các chuyên gia dinh dưỡng được đào tạo làm việc tại các cơ sở y tế, ở cấp độ dân số và cộng đồng có thể ảnh hưởng đến các chính sách dinh dưỡng, cũng như việc thiết kế và thực hiện các chương trình can thiệp dinh dưỡng ở nhiều cấp độ khác nhau [1]. Theo báo cáo khảo sát ở 42 nước của Liên đoàn Quốc tế các Hiệp hội dinh dưỡng (ICDA) năm 2016, số lượng dinh dưỡng

viên/100.000 dân tại Nhật Bản khoảng 39/100.000 dân, Mỹ khoảng 23/100.000 dân, Philippin khoảng 1/100.000 dân và Indonesia khoảng < 1/100.000 dân. 34/42 nước tham gia khảo sát cho biết trình độ tối thiểu của các nhân sự ngành được đào tạo phải là Cử nhân đại học [2]. Nghiên cứu mô tả về thực trạng sử dụng và nhu cầu nhân lực Cử nhân Dinh dưỡng (CNDD) tại Việt Nam năm 2020 của Nguyễn Thùy Linh và Lê Thị Hương cho thấy, Thực trạng nguồn nhân lực chính quy chỉ chếm 1/3 tổng số nhân viên của mỗi đơn vị. Nhu cầu tuyển dụng Cử nhân Dinh dưỡng trong bệnh viện cao gấp đôi so với các đơn vị ngoài bệnh viện [3].

*Tác giả liên hệ

Email: linhngthuy@hmu.edu.vn

Điện thoại: (+84) 932 214 168

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>



Việc hình thành và phát triển đào tạo nguồn nhân lực chính quy về cử nhân dinh dưỡng còn khá mới ở Việt Nam so với các quốc gia trên thế giới. Chương trình đào tạo cử nhân dinh dưỡng đã được Bộ Giáo Dục và Đào tạo phê duyệt và bắt đầu triển khai thí điểm tại trường Đại học Y Hà Nội vào năm 2013. Tính đến năm 2023, sau 10 năm triển khai, cả nước có 10 trường đại học đủ điều kiện và được Bộ Giáo dục và Đào tạo cho phép tuyển sinh và đào tạo mã ngành Cử nhân dinh dưỡng hệ chính quy (Đại học Y Hà Nội, Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh, Đại học Y Phạm Ngọc Thạch, Đại học Đông Á Đà Nẵng, Đại học Y tế Công cộng Hà Nội, Đại học Thăng Long, Đại học Trà Vinh, đại học Thành Đông, Đại học Điều dưỡng Nam Định, Đại học Tây Đô). Ngoài ra, hệ cử nhân chính quy, một số trường đại học cũng đã bắt đầu tổ chức tuyển sinh và đào tạo cử nhân dinh dưỡng hệ vừa làm vừa học khi đáp ứng đủ yêu cầu theo quy định của Bộ Giáo dục và Đào tạo.

Thông tư 17/2021/TT-BGDĐT, ngày 22/06/2021 của Bộ trưởng Bộ Giáo dục và Đào tạo [4], Quy định về chuẩn chương trình đào tạo, xây dựng, thẩm định và ban hành chương trình đào tạo các trình độ của giáo dục đại học là văn bản pháp lý để các trường xây dựng, biên soạn chương trình, tài liệu đào tạo. Khác với nhiều nước trên thế giới, Việt Nam theo quy định tại Điều 36 của Luật Giáo dục đại học số 08/2012/QH13 [5], chương trình đào tạo gồm có chương trình khung do Bộ Giáo dục và Đào tạo ban hành theo đề nghị của Hội đồng xây dựng chương trình khối ngành Khoa học sức khỏe, dựa trên chương trình khung này các trường đại học y tự xây dựng chương trình đào tạo riêng của mình. Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu khảo sát, đánh giá về thực trạng chương trình đào tạo cử nhân dinh dưỡng để có cơ sở điều chỉnh chương trình, quy trình đào tạo hiện hành. Do vậy, khung hương trình đào tạo ở 4 trường đại học lớn tại Việt Nam là Đại học Y Hà Nội, Đại học Y tế Công cộng, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch đã được rà soát, so sánh và đối chiếu với các quy định chuẩn theo Thông tư 17/2021/TT-BGDĐT, ngày 22/06/2021 của Bộ trưởng Bộ Giáo dục và Đào tạo.

Các quy định chuẩn theo Thông tư này được nhấn mạnh trong nghiên cứu này gồm: Mục tiêu của chương trình đào tạo; chuẩn đầu ra; chuẩn đầu vào; khối lượng học tập; cấu trúc và nội dung; phương pháp giảng dạy và đánh giá kết quả học tập; cơ sở vật chất, công nghệ và học liệu của chương trình đào tạo.

2. PHƯƠNG PHÁP TỔNG QUAN TÀI LIỆU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên cơ sở thu thập các tài liệu từ nhiều nguồn thông tin khác nhau: các bài báo khoa học, các luật, thông tư, văn bản có liên quan đến đào tạo đại học, khung chương trình đào tạo cử nhân dinh dưỡng tại từ tháng 1/2012 đến 7/2023.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu phân tích tổng quan hệ thống

2.3. Nguồn số liệu

Nghiên cứu thực hiện thu thập các tài liệu, luật, thông tư, văn bản có liên quan đến đào tạo đại học, khung chương trình đào tạo cử nhân dinh dưỡng từ năm 2012 trở lại đây từ nhiều nguồn thông tin khác nhau đã được xuất bản hoặc đăng tải chính thức bằng hình thức trực tuyến (online).

Cơ sở dữ liệu trực tuyến được thu thập theo hai nguồn dữ liệu chính đó là trên các cơ sở dữ liệu khoa học lớn và có uy tín như Google scholar; PubMed/ Medline,... Đối với các tài liệu tiếng Việt, số liệu được thu thập từ các tạp chí lớn như Tạp chí Nghiên cứu Y học, Tạp chí Y học Dự phòng, Tạp chí Y học Cộng đồng, Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm... và các bài viết trên các trang web trực tuyến của các trường đại học: Y Hà Nội, Y tế công cộng, Y dược TP. Hồ Chí Minh, Y khoa Phạm Ngọc Thạch.

Để tổng hợp tài liệu từ nhiều nguồn khác nhau, một số kỹ thuật đã được áp dụng như phân tích văn bản, liên kết nội dung các văn bản và nhóm các tài liệu theo nội dung nghiên cứu.

2.4. Cách thức thu thập thông tin, dữ liệu

Công cụ tìm kiếm trực tuyến trên các website của các cơ sở dữ liệu khoa học lớn và uy tín như Google scholar; PubMed/Medline,... được sử dụng để tìm ra các ấn phẩm trên các tạp chí, các báo cáo của các tổ chức trong và ngoài nước.

Các từ khoá được sử dụng để tìm kiếm tài liệu:

+ Tiếng Việt: Khung chương trình đào tạo cử nhân dinh dưỡng, Cử nhân Dinh dưỡng, Văn bản quy định về giáo dục đại học, luật giáo dục đại học.

+ Tiếng Anh: Nutrition professionals, Bachelor of Nutrition training, Bachelor of Nutrition training program framework.

2.5. Phương pháp lựa chọn tài liệu, thông tin

50 tài liệu, bài báo, báo cáo đã được lựa chọn ra trong lần thu thập đầu tiên. Dựa vào tiêu chí lựa chọn, có khoảng 35 tài liệu trong cơ sở dữ liệu tìm kiếm đã bị loại. Cụ thể, các tài liệu, thông tin bị loại trừ do không phù hợp về nội dung tổng quan. Còn lại 15 tài liệu được lựa chọn để tìm phiên bản đầy đủ, trong đó 9 tài liệu được lựa chọn để tham khảo sau khi đã được kiểm tra nội dung và thông tin phù hợp.

2.6. Cách phân tích, xử lý thông tin, dữ liệu

Phần mềm quản lý tài liệu tham khảo Endnote được sử dụng để tổng hợp toàn bộ các tài liệu thu thập được. Phần mềm Word được sử dụng để lưu trữ và tổng hợp toàn bộ các tiêu chí, chỉ số và kết quả của các chỉ tiêu, chỉ số liên quan nội dung bài báo.

2.7. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

Tất cả tài liệu sử dụng tổng quan là các tài liệu chính thống và đã được đăng tải hoặc xuất bản bởi các tổ chức có uy tín. Các số liệu đều được thu thập đầy đủ, trung thực, chính xác và chỉ sử dụng vào mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Mục tiêu và chuẩn đầu vào của chương trình đào tạo

Mục tiêu của chương trình đào tạo cử nhân dinh dưỡng đóng vai trò quan trọng trong việc đảm bảo sự thành công và hiệu quả của chương trình. So sánh, đối chiếu mục tiêu của chương trình đào tạo tại 4 trường đại học đều đảm bảo 3 tiêu chí theo thông tư 17/2021/TT-BGDĐT. Đó là chương trình đào tạo đã nêu rõ kỳ vọng của cơ sở đào tạo về năng lực và triển vọng nghề nghiệp của người tốt nghiệp chương trình đào tạo và đã thể hiện được định hướng đào tạo: định hướng nghiên cứu, định hướng ứng dụng hoặc định hướng nghề nghiệp; đáp ứng nhu cầu của giới tuyển dụng và các bên liên quan. Đồng thời, chương trình đào tạo cũng phù hợp và gắn kết với sứ mạng, tầm nhìn, chiến lược phát triển của cơ sở đào tạo, nhu cầu của xã hội; phù hợp với mục tiêu của giáo dục đại học theo quy định tại mục 2, điều 5 của Luật Giáo dục đại học số 08/2012/QH13: đào tạo trình độ đại học để sinh viên có kiến thức chuyên môn toàn diện, nắm vững quy luật tự nhiên – xã hội, có kỹ năng thực hành cơ bản, có khả năng làm việc độc lập, giải quyết những vấn đề thuộc ngành được đào tạo [4], [6-9].

Chuẩn đầu vào của chương trình đại học đã được các trường xác định rõ yêu cầu về trình độ là người học phải tốt nghiệp trung học phổ thông hoặc trình độ tương đương [6-9].

3.2. Chuẩn đầu ra của chương trình đào tạo

Bảng 1. Chuẩn đầu ra của chương trình đào tạo cử nhân dinh dưỡng [6-9]

Nội dung		ĐH Y Hà Nội	ĐH Y dược HCM	ĐH Y tế công cộng	ĐH Y khoa PNT
Chuẩn đầu ra (PLO)		19	11	12	22
Mức độ PLO	Kiến thức	05	08	03	-
	Kỹ năng	10	09	07	-
	Mức tự chủ và trách nhiệm	04	05	02	-

Theo Thông tư 17/2021/TT-BGDĐT [4], chuẩn đầu ra là yêu cầu cần đạt về phẩm chất và năng lực của người học sau khi hoàn thành một chương trình đào tạo, gồm cả yêu cầu tối thiểu về kiến thức, kỹ năng, mức độ tự chủ và trách nhiệm của người học khi tốt nghiệp. kết quả bảng 1 cho thấy: Trong tổng số 19 PLO của trường Đại học Y Hà Nội có 5 PLO mức độ kiến thức, 10 PLO

mức độ kỹ năng, 4 PLO mức tự chủ và tự chịu trách nhiệm. Trường Đại học Y tế công cộng có 12 PLO, trong đó có 3 PLO kiến thức, 7 PLO kỹ năng; 2 PLO mức tự chủ và tự chịu trách nhiệm. Trong khi đó, ĐH Y dược TP. HCM có 11 PLO nhưng có 8 PLO kiến thức, 9 PLO kỹ năng, 5 PLO mức tự chủ và trách nhiệm, tức là có những PLO yêu cầu đồng thời cả 2 mức độ về

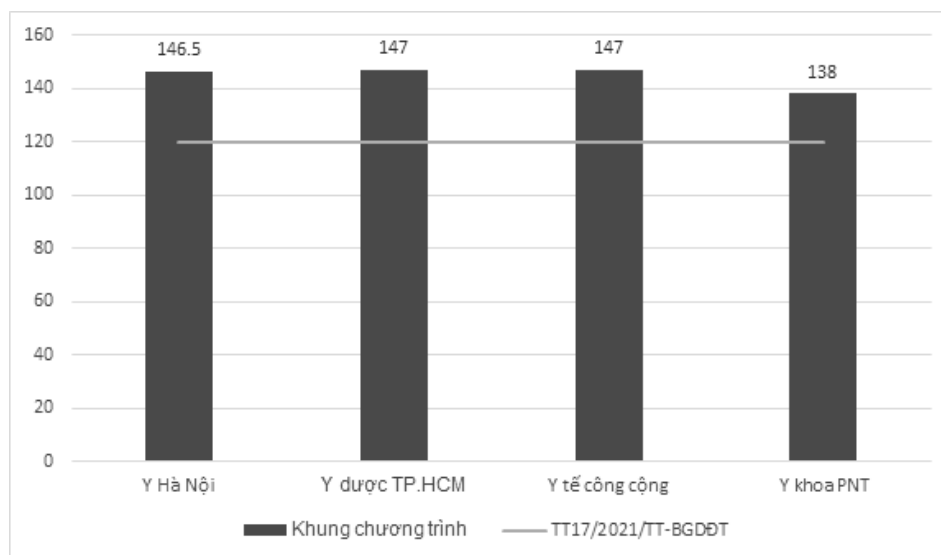


kiến thức và kỹ năng hoặc cả 3 mức độ kiến thức, kỹ năng, tự chủ và trách nhiệm. Trường ĐH Y khoa Phạm Ngọc Thạch có số lượng PLO nhiều nhất (22 PLO) tuy nhiên chưa có mô tả phân loại riêng cho từng mức độ kiến thức, kỹ năng, mức tự chủ và trách nhiệm. Mặc dù các trường quy định số lượng PLO khác nhau, mức độ về kiến thức, kỹ năng, mức tự chủ và trách nhiệm khác nhau nhưng vẫn đảm bảo các tiêu chí nội dung về chuẩn đầu ra. Đó là: Sự rõ ràng và thiết thực, thể hiện kết quả học tập mà người tốt nghiệp cần đạt được về hiểu biết chung và năng lực cốt lõi ở trình độ đào tạo, những yêu cầu riêng của lĩnh vực, ngành đào tạo; Đo lường, đánh giá được theo các cấp độ tư duy làm căn cứ thiết kế, thực hiện và cải tiến nội dung và phương pháp giảng dạy; kiểm tra, đánh giá kết quả học tập và cấp văn bằng cho người học; Nhất quán với mục tiêu của chương trình đào tạo, thể hiện được sự đóng góp rõ nét đồng thời phản ánh được những yêu cầu mang tính

đại diện cao của giới tuyển dụng và các bên liên quan khác; Chỉ rõ bậc trình độ cụ thể và đáp ứng chuẩn đầu ra về kiến thức, kỹ năng, mức độ tự chủ và trách nhiệm, năng lực cần thiết theo quy định cho bậc trình độ tương ứng theo Khung trình độ quốc gia Việt Nam; Đảm bảo tính liên thông với chuẩn đầu vào của trình độ đào tạo cao hơn (nếu có), đồng thời tạo cơ hội liên thông ngang giữa các chương trình cùng trình độ đào tạo, nhất là giữa các chương trình thuộc cùng nhóm ngành hoặc cùng lĩnh vực; Được cụ thể hóa một cách đầy đủ và rõ nét trong chuẩn đầu ra của các học phần và thành phần trong chương trình đào tạo, đồng thời được thực hiện một cách có hệ thống qua liên kết giữa các học phần và các thành phần; Đảm bảo tính khả thi, phù hợp với khối lượng chương trình để phần lớn người học đã đáp ứng chuẩn đầu vào có khả năng hoàn thành của chương trình đào tạo trong thời gian tiêu chuẩn.

3.3. Khối lượng học tập

Hình 1. Biểu đồ khối lượng học tập trong chương trình đào tạo CN. Dinh dưỡng



TT 17/2021/TT-BGDĐT quy định khối lượng học tập của chương trình đào tạo, của mỗi thành phần hoặc của mỗi học phần trong chương trình đào tạo được xác định bằng số tín chỉ và khối lượng học tập tối thiểu của chương trình đào tạo đại học là 120 tín chỉ. Kết quả hình 1 cho thấy, khối lượng học tập trong chương trình

đào tạo cử nhân dinh dưỡng của cả 4 trường đại học đều cao hơn yêu cầu khối lượng học tập tối thiểu của Bộ Giáo dục và Đào tạo. Trong đó, cao nhất là trường ĐH Y tế công cộng và ĐH Y dược TP. Hồ Chí Minh (147 tín chỉ), sau đó là ĐH Y Hà Nội (146,5 tín chỉ) và ĐH Y khoa Phạm Ngọc Thạch (138 tín chỉ) [4], [6-9].

3.4. Cấu trúc và nội dung chương trình

Bảng 2. Cấu trúc và nội dung chương trình đào tạo cử nhân dinh dưỡng [6-9]

Trường	Kiến thức giáo dục đại cương	Kiến thức giáo dục chuyên nghiệp
ĐH Y Hà Nội	50,5	96
ĐH Y dược TP. HCM	47	100
ĐH Y tế công cộng	36	111
ĐH Y khoa PNT	43	95
Trung bình	44,1	100,5

Kết quả bảng 2 cho thấy, cấu trúc chương trình đào tạo cử nhân dinh dưỡng của 4 trường đại học đều đảm bảo hai phần là kiến thức giáo dục đại cương và kiến thức giáo dục chuyên nghiệp theo yêu cầu của TT 17/2021/TT-BGDĐT [4]. Tuy nhiên có sự khác nhau trong việc phân bổ số lượng tín chỉ các môn học trong hai phần này ở cả 4 trường đại học. Kiến thức giáo dục đại cương dao động từ 36 – 50.5 tín chỉ, trong đó cao nhất là trường ĐH Y Hà Nội (50.5 tín chỉ), thấp nhất là ĐH y tế công cộng (36 tín chỉ). Kiến thức giáo dục chuyên nghiệp dao động từ 95 – 111 tín chỉ, trong đó cao nhất là ĐH Y tế công cộng (111 tín chỉ) và thấp nhất là ĐH Y khoa Phạm Ngọc Thạch (95 tín chỉ). Về nội dung chương trình đào tạo cử nhân dinh dưỡng, các trường ĐH đều đảm bảo yêu cầu các môn lý luận chính trị, pháp luật, giáo dục thể chất, giáo dục quốc phòng – an ninh trong phần kiến thức giáo dục đại cương. Đồng thời các môn học thuộc phần kiến thức giáo dục chuyên nghiệp đều thể hiện rõ những thành phần chính yếu, bắt buộc đối với tất cả người học cũng như sự liên kết logic và bổ trợ lẫn nhau giữa các thành phần, học phần đảm bảo thực hiện mục tiêu yêu cầu tổng thể của chương trình đào tạo.

3.5. Phương pháp giảng dạy và đánh giá kết quả học tập

Bốn trường đại học Y Hà Nội, Y dược TP. Hồ Chí Minh, Y tế công cộng và Y khoa Phạm Ngọc Thạch là các trường đại học đào tạo Y, Dược lớn tại Việt Nam và đều có thế mạnh trong việc thiết kế phương pháp giảng dạy theo cách tiếp cận lấy người học làm trung tâm và chủ thể của quá trình đào tạo, thúc đẩy người học phát huy chủ động và nỗ lực tham gia các hoạt động học tập; định hướng hiệu quả để người học đạt được chuẩn đầu ra của mỗi học phần, mỗi thành phần

và của cá chương trình đào tạo cử nhân dinh dưỡng. Các phương pháp giảng dạy tích cực hiện đang được các trường áp dụng là thuyết trình ngắn, thực hành, thảo luận nhóm, đọc bài báo, bài tập cá nhân/nhóm, đi thực tế, động não, kinh nghiệm công tác, đào tạo qua giải quyết vấn đề, đào tạo dự trên máy tính... Đồng thời, việc đánh giá kết quả học tập cũng được các trường mô tả rõ ràng trong phương thức đánh giá, lượng giá kết quả học tập của sinh viên. Phương pháp giảng dạy và đánh giá kết quả học tập của cả 4 trường đại học đều tuân theo các tiêu chí tại Điều 9 của TT 17/2021/TT-BGDĐT [4], [6-9].

3.6. Cơ sở vật chất, công nghệ và học liệu

Đảm bảo các yêu cầu tối thiểu về cơ sở hạ tầng, trang thiết bị thực hành, thí nghiệm, công nghệ thông tin, thư viện, học liệu, hệ thống quản lý hỗ trợ học tập, quản lý đào tạo để giúp người học đạt được chuẩn đầu ra của chương trình đào tạo là một trong những tiêu chí được đề cập trong TT 17/2021/TT-BGDĐT [4]. Mặc dù cả bốn trường đại học Y Hà Nội, Y tế công cộng, Y Dược Tp. Hồ Chí Minh và Y Khoa Phạm Ngọc Thạch đều đảm bảo yêu cầu của thông tư nhưng một trong những nội dung đáng quan tâm ở phần học liệu là chưa có sự đồng bộ trong việc sử dụng bộ giáo trình đào tạo của các trường. Điều này được lý giải theo Mục 2, Điều 36, Luật giáo dục đại học “Hiệu trưởng cơ sở giáo dục đại học tổ chức biên soạn hoặc lựa chọn, duyệt giáo trình giáo dục đại học để sử dụng làm tài liệu giảng dạy, học tập trong cơ sở giáo dục đại học trên cơ sở thẩm định của Hội đồng thẩm định giáo trình do hiệu trưởng cơ sở giáo dục đại học thành lập” [5].



4. KẾT LUẬN

Chương trình đào tạo của các trường đại học trong nghiên cứu cơ bản đạt yêu cầu theo Thông tư 17/2021/TT-BGDĐT về mục tiêu chương trình, chuẩn đầu vào, chuẩn đầu ra. Khối lượng học tập của các chương trình đào tạo đều đạt và cao hơn yêu cầu của Bộ giáo dục - Đào tạo là trên 120 tín chỉ. Cấu trúc, nội dung chương trình của các trường có sự khác biệt về khối lượng giữa phần kiến thức đại cương và giáo dục chuyên nghiệp tuy nhiên đáp ứng yêu cầu của Thông tư. Phương pháp giảng dạy đa dạng và tích cực góp phần vào thành công trong công tác đào tạo cử nhân dinh dưỡng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nutrition Landscape Information System (NLIS), NutritNutrition and nutrition-related health and development data <https://www.who.int/data/nutrition/nlis/info/nutrition-professionals-density> Accessed July 20, 2023.
- [2] Cần tối thiểu 2000 dinh dưỡng viên cho hệ thống bệnh viện tại Việt Nam. <https://suckhoedoisong.vn/can-toi-thieu-2000-dinh-duong-vien-tai-cho-he-thong-benh-vien-tai-viet-nam-169220607092613765.htm>. Truy cập ngày 19/07/2023.
- [3] Nguyễn Thùy Linh, Lê Thị Hương, Ma Ngọc Yến, Thực trạng sử dụng và nhu cầu nhân lực cử nhân dinh dưỡng Việt Nam năm 2020; Tạp chí Nghiên cứu Y học số 146 (10) – 2021.
- [4] Thông tư 17/2021/TT-BGDĐT, ngày 22/06/2021 của Bộ trưởng Bộ Giáo dục và Đào tạo, Thông tư quy định về chuẩn chương trình đào tạo; xây dựng, thẩm định và ban hành chương trình đào tạo các trình độ của giáo dục đại học.
- [5] Luật Giáo dục đại học số 08/2012/QH13.
- [6] Chương trình đào tạo cử nhân dinh dưỡng ban hành kèm theo Quyết định số 6912/QĐ-ĐHYHN ngày 30/12/2022 của trường Đại học Y Hà Nội. <https://spmph.edu.vn/vi-VN/bai-viet/thong-bao-quyet-dinh-dai-hoc/quyet-dinh-ban-hanh-chuong-trinh-dao-tao1>.
- [7] Chương trình đào tạo dinh dưỡng ban hành kèm theo Quyết định số 2159/QĐ-ĐHYD, ngày 30/8/2022 của Hiệu trưởng Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. https://admin.ump.edu.vn/uploads/ckeditor/files/Truong/DaoTaoDaiHoc/ChuongTrinhDaoTao/2022/2159_30082022_QD_ChuongTrinhDaoTao_Dinhduong.pdf
- [8] Chương trình đào tạo cử nhân dinh dưỡng trường Đại học Y tế công cộng. https://dtdh.huph.edu.vn/sites/dtdh.huph.edu.vn/files/DTDH/CN_DD/FINAL%20CH%20C6%AF%20C6%A0NG%20TR%20C3%8CNH%20C4%90%20C3%80O%20T%E1%BA%A0%20C%E1%BB%AC%20N%20H%20C%3%82N%20DINH%20D%20C6%AF%20E1%BB%A0NG.pdf
- [9] Chuẩn đầu ra chương trình đào tạo cử nhân dinh dưỡng ban hành kèm theo Quyết định số 2261/QĐ-TĐHYKPNT ngày 10/06/2022 của Hiệu trưởng trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch. <https://sites.google.com/pnt.edu.vn/qltdth-ks>.

REVIEW OF NST - IMPORTANT ROLE IN NUTRITION MANAGEMENT AND HEALTHCARE

Hoang Thi Hong Nhung^{1*}, Nguyen Do Huy², Nguyen Thuy Linh^{3,4}, Vu Van Quyet³

¹National Institute of Nutrition- 48B Tang Bat Ho, Hai Ba Trung district, Hanoi City, Vietnam

²University of Medicine and Pharmacy, Vietnam National University, Hanoi - 144 Xuan Thuy, Cau Giay district, Hanoi City, Vietnam

³Hanoi Medical University - 01 Ton That Tung, Dong Da district, Hanoi City, Vietnam

⁴Hanoi Medical University Hospital - 01 Ton That Tung, Dong Da district, Hanoi City, Vietnam

Received: 08/09/2023

Revised: 09/10/2023; Accepted: 31/10/2023

ABSTRACT

This article focuses on providing an overview of the literature on Nutrition Support Teams (NST) and the crucial role of NST in nutrition management and healthcare. The NST is a group of nutrition experts, physicians, pharmacists, and other highly skilled professionals who collaborate to ensure that patients receive appropriate and optimal nutritional interventions during their treatment and recovery. Nutrition graduates, specifically dietitians, are indispensable in the nutrition management of patients within the NST. Therefore, to ensure the effective functioning of the NST, in addition to training proficient physicians, pharmacists, and nurses, enhancing the education and knowledge of professional nutrition personnel, such as Nutrition Bachelor's graduates in Vietnam, will significantly contribute to ensuring that patients receive high-quality and optimal nutritional interventions. This, in turn, will help improve patients' health and enhance their recovery, as well as the overall health of the community.

Keywords: NST, Nutrition Support Team.

*Corresponding author

Email address: hoanghongnhung1209@gmail.com

Phone number: (+84) 943 397 042

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>



TỔNG QUAN VỀ NST - VAI TRÒ QUAN TRỌNG TRONG QUẢN LÝ DINH DƯỠNG VÀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE

Hoàng Thị Hồng Nhung^{1*}, Nguyễn Đỗ Huy², Nguyễn Thùy Linh^{3,4}, Vũ Văn Quyết³

¹Viện Dinh dưỡng - 48B Tăng Bạt Hổ, quận Hai Bà Trưng, TP. Hà Nội, Việt Nam

²Trường Đại học Y dược, Đại học Quốc gia Hà Nội - 144 Xuân Thủy, quận Cầu Giấy, TP. Hà Nội, Việt Nam

³Trường Đại học Y Hà Nội - Số 01 Tôn Thất Tùng, quận Đống Đa, TP. Hà Nội, Việt Nam

⁴Bệnh viện Đại học Y Hà Nội - Số 01 Tôn Thất Tùng, quận Đống Đa, TP. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 08 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 09 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 31 tháng 10 năm 2023

TÓM TẮT

Bài báo này tập trung vào việc tổng quan tài liệu về nhóm hỗ trợ dinh dưỡng (Nutrition Support Team - NST) và vai trò quan trọng của NST trong quản lý dinh dưỡng và chăm sóc sức khỏe. Nhóm hỗ trợ dinh dưỡng là một tập hợp các chuyên gia dinh dưỡng, bác sĩ, dược sĩ và những chuyên gia khác có trình độ cao về dinh dưỡng, cùng hợp tác để đảm bảo bệnh nhân nhận được can thiệp dinh dưỡng phù hợp và tối ưu nhất trong quá trình điều trị và phục hồi. Cử nhân dinh dưỡng - chuyên gia dinh dưỡng trong NST là thành phần không thể thiếu trong quá trình quản lý dinh dưỡng của bệnh nhân. Do vậy, để NST hoạt động tốt, bên cạnh việc đào tạo bác sĩ, dược sĩ, điều dưỡng giỏi thì công tác đào tạo nâng cao chuyên môn, kiến thức cho nguồn nhân lực dinh dưỡng chính quy như Cử nhân dinh dưỡng ở Việt Nam sẽ đóng góp quan trọng vào việc đảm bảo rằng bệnh nhân nhận được can thiệp dinh dưỡng tối ưu và chất lượng cao, từ đó giúp cải thiện tình trạng sức khỏe và tăng cường khả năng phục hồi của bệnh nhân cũng như sức khỏe cộng đồng.

Từ khóa: NST, nhóm hỗ trợ dinh dưỡng, quản lý dinh dưỡng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy dinh dưỡng thường gặp ở bệnh nhân khi nhập viện và có thể diễn biến trầm trọng hơn trong thời gian nằm viện nếu không được hỗ trợ dinh dưỡng thích hợp. Tỷ lệ suy dinh dưỡng trong bệnh viện là từ 30% đến 55% và hai phần ba số bệnh nhân này sẽ tiếp tục suy dinh dưỡng nặng hơn trong thời gian nằm viện [1]. Suy dinh dưỡng gây ra tỷ lệ biến chứng, tỷ lệ mắc bệnh và tỷ lệ tử vong cao hơn, làm tăng thời gian nằm viện và kéo dài thời gian phục hồi chức năng. Nhận biết sớm nguy

cơ dinh dưỡng cho người bệnh và áp dụng kịp thời một liệu pháp dinh dưỡng phù hợp là rất quan trọng. Quản lý dinh dưỡng hiệu quả không chỉ cải thiện tình trạng dinh dưỡng mà còn ngăn ngừa các kết quả lâm sàng tiêu cực và tăng chất lượng cuộc sống của bệnh nhân [2].

Dinh dưỡng của bệnh nhân là một chỉ số quan trọng trong đánh giá chất lượng chăm sóc và hiệu quả điều trị ở các bệnh viện [3]. Can thiệp dinh dưỡng phù hợp có thể cải thiện tối ưu kết quả điều trị và rút ngắn thời gian nằm viện, cũng như nâng cao chất lượng khám chữa bệnh và tài chính. Nhưng việc cải thiện tình trạng dinh

*Tác giả liên hệ

Email: hoanghongnhung1209@gmail.com

Điện thoại: (+84) 943 397 042

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>

dưỡng của người bệnh trong các bệnh viện tại Việt Nam hiện nay còn hạn chế do chưa có sự hỗ trợ, phối hợp chặt chẽ giữa các khoa phòng trong điều trị và chăm sóc người bệnh. Vậy làm thế nào để thúc đẩy sự phối hợp này một cách chặt chẽ để làm nổi bật vai trò của dinh dưỡng trong điều trị? Việc thiết lập một chương trình quản lý dinh dưỡng hiệu quả thông qua mô hình “Nhóm hỗ trợ dinh dưỡng” là vấn đề cấp thiết hiện nay để phòng chống suy dinh dưỡng trong hệ thống chăm sóc sức khỏe cho người dân. Nghiên cứu “NST – vai trò quan trọng trong quản lý dinh dưỡng và chăm sóc sức khỏe” đã được thực hiện nhằm mô tả nhân lực hoạt động và lợi ích của mô hình “Nhóm hỗ trợ dinh dưỡng” trong chăm sóc sức khỏe người bệnh hiện nay.

2. PHƯƠNG PHÁP TỔNG QUAN TÀI LIỆU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên cơ sở thu thập các tài liệu từ nhiều nguồn thông tin khác nhau: các bài báo khoa học, báo cáo, sách, luận văn, luận án, các văn bản trong nước và quốc tế, các văn bản có liên quan đến nhóm hỗ trợ dinh dưỡng đến tháng 7/2023.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu phân tích tổng quan hệ thống.

2.3. Nguồn số liệu

Nghiên cứu thực hiện thu thập các tài liệu từ nhiều nguồn thông tin khác nhau đã được xuất bản hoặc đăng tải chính thức từ các tổ chức khoa học có uy tín và các văn bản liên quan đến nhóm hỗ trợ dinh dưỡng.

+ Dữ liệu, thông tin có sẵn (offline): Cơ sở dữ liệu offline được thu thập từ các tài liệu có liên quan tại các đơn vị trực thuộc BHYT, thư viện Đại học Y Hà Nội, thư viện Viện Dinh dưỡng. Các tài liệu offline chủ yếu là các ấn phẩm, tạp chí, sách, báo, luận văn và các báo cáo trong nước.

+ Dữ liệu, thông tin trực tuyến (online): Cơ sở dữ liệu trực tuyến được thu thập theo hai nguồn dữ liệu chính đó là trên các cơ sở dữ liệu khoa học lớn và có uy tín như Google scholar; PubMed/ Medline,... Đối với các tài liệu tiếng Việt, số liệu được thu thập từ các tạp chí lớn như Tạp chí Nghiên cứu Y học, Tạp chí Y học Dự phòng, Tạp chí Y học Cộng đồng, Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm... và các bài viết trên các trang web trực tuyến liên quan.

Để tổng hợp tài liệu từ nhiều nguồn khác nhau, một số kỹ thuật đã được áp dụng như phân tích văn bản, liên kết nội dung các văn bản và nhóm các tài liệu theo nội dung nghiên cứu.

2.4. Cách thức thu thập thông tin, dữ liệu

Công cụ tìm kiếm trực tuyến trên các website của các cơ sở dữ liệu khoa học lớn và uy tín như Google scholar; PubMed/Medline,... được sử dụng để tìm ra các ấn phẩm trên các tạp chí, các báo cáo của các tổ chức trong và ngoài nước.

Các từ khoá được sử dụng để tìm kiếm tài liệu:

+ Tiếng Việt: Nhóm hỗ trợ dinh dưỡng, vai trò, lợi ích của dinh dưỡng trong điều trị, khoa dinh dưỡng trong bệnh viện, dinh dưỡng lâm sàng và tiết chế.

+ Tiếng Anh: Nutrition support team (NST), role and benefits of nutrition in treatment, effects of nutrition support, clinical nutrition and dietetics.

2.5. Phương pháp lựa chọn tài liệu, thông tin

100 tài liệu, bài báo, báo cáo đã được lựa chọn ra trong lần thu thập đầu tiên. Dựa vào tiêu chí lựa chọn, có khoảng 70 tài liệu trong cơ sở dữ liệu tìm kiếm đã bị loại. Cụ thể, các tài liệu, thông tin bị loại trừ do không phù hợp về nội dung tổng quan. Còn lại 30 tài liệu được lựa chọn để tìm phiên bản đầy đủ, trong đó 12 tài liệu được lựa chọn để tham khảo sau khi đã được kiểm tra nội dung và thông tin phù hợp.

2.6. Cách phân tích, xử lý thông tin, dữ liệu

Phần mềm quản lý tài liệu tham khảo Endnote được sử dụng để tổng hợp toàn bộ các tài liệu thu thập được. Phần mềm Word được sử dụng để lưu trữ và tổng hợp toàn bộ các tiêu chí, chỉ số và kết quả của các chỉ tiêu, chỉ số liên quan nội dung bài báo.

2.7. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

Tất cả tài liệu sử dụng tổng quan là các tài liệu chính thống và đã được đăng tải hoặc xuất bản bởi các tổ chức có uy tín. Các số liệu đều được thu thập đầy đủ, trung thực, chính xác và chỉ sử dụng vào mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm của nhóm hỗ trợ dinh dưỡng (NST)

Năm 1992, Simon Allison đã định nghĩa “Nhóm hỗ trợ dinh dưỡng” (NST: Nutrition support team) là một



nhóm gồm nhiều chuyên khoa khác nhau có sự thấu hiểu, phối hợp tốt giúp hỗ trợ dinh dưỡng tốt nhất cho từng bệnh nhân. NST giúp cải thiện chất lượng điều trị và giảm chi phí bằng cách tránh các chỉ định điều trị không cần thiết và đơn giản hóa các phương pháp điều trị; giảm các biến chứng; giám sát việc sử dụng các chất dinh dưỡng và kết quả điều trị; giảm chất thải y tế; tiêu chuẩn hóa các chất dinh dưỡng và thiết bị y tế “ [4].

“Nhóm hỗ trợ dinh dưỡng” (NST – Nutrition support team) đầu tiên được thành lập tại Mỹ, năm 1973, sau đó là các nhóm trên khắp châu Âu [5]. Đến năm 2010, tại Vương quốc Anh, 60% bệnh viện có NST. Viện Sức khỏe và Chất lượng Lâm sàng Quốc gia Vương quốc Anh (NICE) khuyến nghị hỗ trợ dinh dưỡng cần được cung cấp tại tất cả các bệnh viện bởi NST đa ngành [6]. Tại Nhật Bản, NST được thành lập đầu tiên tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Suzuka vào năm 1998. Đến năm 2016 có 1182 bệnh viện sử dụng NST; năm 2018 là 1403 bệnh viện và đến năm 2020 có trên 1500 bệnh viện sử dụng NST [7].

3.2. Vai trò quan trọng của NST

NST có vai trò quan trọng trong tư vấn về quản lý dinh dưỡng ngoài đường tiêu hóa (PN) hoặc dinh dưỡng qua đường tiêu hóa (EN) và đảm bảo bệnh nhân được hỗ trợ dinh dưỡng một cách an toàn theo lộ trình phù hợp [8].

NST có thể thực hiện nhiều chức năng trong chăm sóc bệnh nhân tổng thể, bao gồm xác định bệnh nhân có nguy cơ cao, tiến hành đánh giá dinh dưỡng cho bệnh nhân, tính toán khẩu phần, giải quyết các yêu cầu chất điện giải, đánh giá lộ trình dinh dưỡng, quản lý việc thay thế chất điện giải và chức năng ruột, đồng thời cung cấp dịch vụ giám sát liên tục.

Tiết kiệm chi phí: Các chức năng thường xuyên của nhóm NST, chẳng hạn như quản lý nuôi dưỡng đường ruột, cung cấp khả năng tiếp cận dinh dưỡng và thuốc men và quản lý chất điện giải, cũng có thể chứng minh tiết kiệm chi phí. Quản lý đường ruột có thể giúp ngăn ngừa táo bón hoặc tiêu chảy mãn tính làm giảm mức độ trầm trọng bệnh tật.

Can thiệp dinh dưỡng: Can thiệp dinh dưỡng là trách nhiệm, là chức năng phối hợp và hợp tác giữa nhóm hỗ trợ dinh dưỡng và nhiều chuyên ngành liên quan đến chăm sóc người bệnh. Các chức năng cụ thể phải được thực hiện để đảm bảo các can thiệp hỗ trợ dinh dưỡng có chất lượng cao.

Các chức năng phụ trợ khác mà NST có thể thực hiện

bao gồm nghiên cứu, đánh giá nội bộ, giáo dục bệnh nhân, giáo dục nhân viên, vận động bệnh nhân và hỗ trợ tiếp tục EN và PN tại nhà. Để tránh các biến chứng, bệnh nhân có nhu cầu dinh dưỡng dài hạn được hỗ trợ dinh dưỡng tại nhà phải được xử lý cẩn thận khi họ chuyển sang danh mục thuốc của bệnh viện (ví dụ: chuyển đổi giữa các công thức EN hoặc hợp chất PN).

3.3. Tổ chức hoạt động của NST

Một NST đa khoa nên bao gồm giám đốc/điều phối viên, chuyên gia dinh dưỡng, điều dưỡng và dược sĩ là những thành viên nòng cốt; các bác sĩ có thể sử dụng chuyên môn của họ để hỗ trợ trong khả năng phụ trợ. Các thành viên chính của một NST và vai trò của họ như sau [8]:

- Giám đốc/Điều phối viên: Với tư cách là người đứng đầu NST, giám đốc chịu trách nhiệm về hiệu suất và hiệu quả tổng thể của NST trong bệnh viện. Giám đốc giúp ban hành, xem xét và phê duyệt hoạt động của mô hình trước khi thực hiện..

- Chuyên gia dinh dưỡng: Sàng lọc và đánh giá tình trạng dinh dưỡng (TTDD) của bệnh nhân, xác định nguyên nhân cơ bản của suy dinh dưỡng (SDD) như chúng khó nuốt, tư vấn cho bệnh nhân về chế độ dinh dưỡng hợp lý và thiết lập các hướng dẫn chế độ ăn uống cho những bệnh nhân không cần hỗ trợ ăn uống bổ sung. Chuyên gia dinh dưỡng cũng có thể hỗ trợ lựa chọn dinh dưỡng PN hoặc EN cho bệnh nhân, soạn thảo kế hoạch cho ăn chuyên tiếp và đưa ra các đề xuất về việc chấm dứt hỗ trợ dinh dưỡng.

- Điều dưỡng: Thiết lập tiếp cận cho ăn qua đường ruột hoặc tĩnh mạch, thực hiện giáo dục bệnh nhân và duy trì chăm sóc bệnh nhân tổng thể là một trong những vai trò NST của điều dưỡng. Vì các điều dưỡng tham gia vào việc chăm sóc tổng thể cho bệnh nhân nên họ có vai trò lý tưởng trong việc đưa ra các đề xuất về dinh dưỡng.

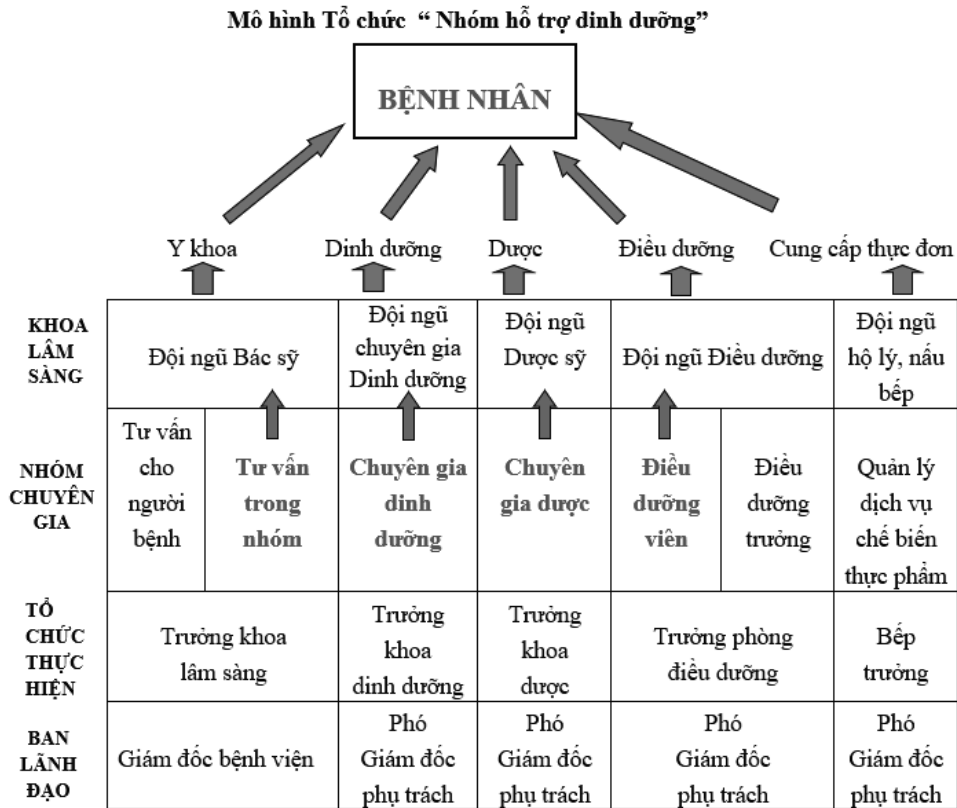
- Dược sĩ: Cả PN và EN đều có thể bao gồm các liệu pháp điều trị bằng thuốc phức tạp, nên việc bao gồm một chuyên gia về thuốc trong NST là rất quan trọng. Kiến thức chuyên sâu của dược sĩ về các quy trình pha chế PN cũng như tính ổn định và vô trùng của sản phẩm khiến họ trở nên phù hợp đặc biệt để đưa ra các đề xuất về tính tương thích của thành phần và thời gian treo dung dịch nuôi dưỡng.

- Bác sĩ: Ngoài vai trò chẩn đoán và kê đơn, bác sĩ có thể giám sát NST và hỗ trợ thực hiện các chính sách và thủ tục do NST thiết lập trong bệnh viện. Ở nhiều

cơ sở, sự hiện diện của một bác sĩ trên NST giúp người bệnh có nhiều cơ hội được bảo hiểm y tế chi trả viện phí. Một bác sĩ trong nhóm NST là một nhân lực quan trọng khi quản lý những bệnh nhân phức tạp như bệnh

nhân bị đa chấn thương, bệnh nhân cần tiếp cận xâm lấn (ví dụ: đường trung tâm hoặc ống thông dạ dày nội soi qua da) có thể được đánh giá và điều trị một cách nhanh chóng.

Hình 1: Mô hình tổ chức “Nhóm hỗ trợ dinh dưỡng” [9]



3.4. Ứng dụng của NST

Tổng quan các nghiên cứu về NST được công bố từ năm 2000 đến 2018 ở các nước có 27 nghiên cứu chủ yếu có nguồn gốc từ Anh và Mỹ đã chỉ ra rằng NST có thể dẫn đến sự gia tăng tỷ lệ EN so với việc sử dụng PN và có thể làm giảm việc sử dụng PN không phù hợp, giảm đáng kể các biến chứng chuyển hóa, tỷ lệ tử vong và sử dụng PN không phù hợp: giảm 68% tỷ lệ nhiễm trùng ống thông, hạ phosphat máu ít xảy ra hơn (giảm 12%), việc sử dụng PN không phù hợp đã giảm 21% và tỷ lệ tử vong trong 30 ngày giảm 6% [10].

Hỗ trợ dinh dưỡng hợp lý từ can thiệp NST cũng có thể giúp giảm các biến chứng nhiễm trùng, thủng đường tiêu hóa, loét do tỳ đè và thậm chí các vấn đề liên quan đến tim ở những bệnh nhân bị hoặc có nguy cơ bị suy dinh dưỡng, giảm tỷ lệ tái nhập viện và có thể là tử vong ở bệnh nhân ≥ 65 tuổi bị hoặc có nguy cơ suy dinh

dưỡng. Hơn nữa, can thiệp dinh dưỡng sớm có thể làm giảm thời gian nằm viện cho những bệnh nhân bị suy dinh dưỡng nặng trung bình từ 2,3 đến 3,8 ngày [11].

Điều trị suy dinh dưỡng có thể tốn kém, nhưng việc xác định và điều trị tích cực các bệnh nhân suy dinh dưỡng nhờ NST có thể quản lý chi phí một cách hiệu quả. Những bệnh nhân trong bệnh viện bị suy dinh dưỡng được cung cấp hỗ trợ dinh dưỡng qua đường miệng đã giảm chi phí nằm viện tới 21,6% [11]. Nghiên cứu của Chris Anderson và cộng sự đã chứng minh: nhờ có NST việc giảm chi phí dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch hàng năm từ \$2107 xuống còn \$1784 USD/ngày. NST đã tư vấn chuyển nhiều chỉ định chưa phù hợp từ PN sang EN góp phần tiết kiệm khoảng 1.500 đô la mỗi ngày từ việc giảm chi phí phát sinh do các tác dụng phụ của PN [12].

4. KẾT LUẬN

NST giúp phòng ngừa và điều trị suy dinh dưỡng trong bệnh viện tạo cơ hội để tối ưu hóa và nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh, cải thiện kết quả điều trị và giảm chi phí cho người bệnh, bệnh viện và giảm gánh nặng xã hội. Do vậy, để nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh, một trong những công việc ưu tiên là làm nổi bật vai trò quan trọng của chăm sóc/can thiệp dinh dưỡng trong lâm sàng và đề xuất các phương pháp thực tế, hiệu quả để chẩn đoán và điều trị kịp thời người bệnh bị suy dinh dưỡng và những người có nguy cơ suy dinh dưỡng bằng phương pháp tiếp cận đa ngành (nhóm chăm sóc/can thiệp dinh dưỡng). Như vậy, để giải quyết vấn đề suy dinh dưỡng trong bệnh viện và sau thời gian nằm viện, đào tạo, nâng cao năng lực đội ngũ cán bộ y tế đa ngành (bác sỹ, dược sỹ, điều dưỡng...) về dinh dưỡng hiện đại và đặc biệt là công tác đào tạo nguồn nhân lực dinh dưỡng chính quy như các cử nhân dinh dưỡng là vô cùng quan trọng và cần thiết trong thời gian tới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Merry D, PharmD, Karrie D, Developing an Effective Nutrition Support Team”. Pharmacy Purchasing & Products, Vol.12 No.4 April 2015. Page 8
- [2] Emilie R, Rachel S, Lia B et al., Efficacy and Efficiency of Nutritional Support Teams, Journal of Clinical Medicine 2019 Sep; 8 (9): 1281
- [3] Bộ Y tế, Giảm tỷ lệ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân nằm viện, 2019. https://moh.gov.vn/chuong-trinh-muc-tieu-quoc-gia/-/asset_publisher/7ng11fEWgASC/content/giam-ty-le-suy-dinh-duong-o-benh-nhan-nam-vien Truy cập ngày 05/03/2023.
- [4] Allison SP, Nutritional support - who needs it and who does it? Clin Nutr 1992 Aug;11(4):165-166
- [5] S.M.ten Dan, A. Droop, W. Arjaans, S.D.W. de Groot “Organisation of Nutritional Care. Ethical and Legal Aspects”. https://Illnutrition.com/mod_III/TOPI11/m111.htm
- [6] Nutrition support teams: How they work, are set up and maintained. Jenemy Nightingale and et al. Frontline Gastroenterol 2010 Oct, 1 (3): 171-177
- [7] Akihiko F, Shohei I, Yutaka S, Current status of nutrition support systems in Japan: Survey of the representatives and academic councilors of the Japanese Society for Clinical Nutrition and Metabolism (formerly, the Japanese Society for Parenteral and Enteral Nutrition) JSPEN Vol. 3(4) 2021: 238-248.
- [8] Merry Daniel, PharmD, Karrie D, Developing an Effective Nutrition Support Team, Pharmacy Purchasing & Products, Vol.12 No.4 April 2015. Page 8
- [9] BAPEN. Nutrition Support team (s) (NST). <https://www.bapen.org.uk/ofnsh/page7.html>
- [10] Marcel KE, Benjarmin C, Simon MDB et al., Systematic review with meta-analysis: effects of implementing a nutrition support team for in-hospital parenteral nutrition”. Alimentary Pharmacology & Therapeutics. 2018, Volume 54, Issue 5. Page 560-570
- [11] Phillipson TJ, Snider JT, Lakdawalla DN, et al. Impact of oral nutritional supplementation on hospital outcomes. Am J Manag Care. 2013;19(2):121-128.
- [12] Cangelosi MJ, Auerbach HR, Cohen JT, A clinical and economic evaluation of enteral nutrition. Curr Med Res Opin. 2011;27(2):413-422.

EFFECTIVENESS OF NUTRITIONAL INTERVENTION WITH HYDLIZED SOUP ON NUTRITIONAL STATUS AND MUSCLE MASS ON ULTRASONIC IN ELDERLY

Pham Thi Tuyet Chinh¹, Ta Thanh Nga^{1*}, Nguyen Thuy Nam², Duong Quy Dong³,
Nguyen Thuy Linh^{1,2}

¹Hanoi Medical University Hospital - 1 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

³Dong Anh district Health Center - Km3 Tien Duong, Dong Anh, Hanoi, Vietnam

Received: 08/09/2023

Revised: 05/10/2023; Accepted: 01/11/2023

ABSTRACT

Objective: Evaluate the effectiveness of nutritional intervention with hydrolyzed soup on nutritional status and quadriceps muscle mass in the elderly at the Elderly Care Center in 2023

Subject and method: Controlled intervention study was conducted on subjects aged 60 and over at Tuyet Thai Elderly Care Center.

Results: Elderly people participating in the study had an average age of 76.3 years old with a higher proportion of women than men (64.5% and 35.5%). MNA assessment scores at the time after intervention of the elderly in the intervention group tended to increase (from 22.5 to 23.5) while the control group decreased (19.6 decreased to 19.4). The quadriceps muscle volume of the intervention group increased compared to the time before the study (101.8 increased to 114.3) compared to the intervention group (101.2 decreased to 89.8).

Conclusion: Nutritional intervention with hydrolyzed soup was effective in improving nutritional status (according to MNA) as well as increasing the average volume of bilateral quadriceps muscles in the intervention group with statistical significance.

Keywords: Elderly people, nutritional status, nutritional intervention, muscle mass ultrasound.

*Corresponding author

Email address: thanhngahmuh@gmail.com

Phone number: (+84) 968 643 261

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>



HIỆU QUẢ CAN THIỆP DINH DƯỠNG BẰNG SOUP THỦY PHÂN LÊN TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ KHỐI CƠ TRÊN SIÊU ÂM Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Phạm Thị Tuyết Chinh¹, Tạ Thanh Nga^{1*}, Nguyễn Thúy Nam², Dương Quý Đông³, Nguyễn Thùy Linh^{1,2}

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội - Số 1 Tôn Thất Tùng, quận Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

²Trường Đại học Y Hà Nội - Số 1 Tôn Thất Tùng, quận Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

³Trung Tâm Y tế huyện Đông Anh- Km3 Tiên Dương, Đông Anh, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 08 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 05 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 01 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả can thiệp dinh dưỡng bằng soup thủy phân lên tình trạng dinh dưỡng và khối cơ tứ đầu đùi ở người cao tuổi tại Trung tâm chăm sóc người cao tuổi năm 2023.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp có đối chứng được thực hiện trên đối tượng từ 60 tuổi trở lên tại Trung tâm chăm sóc người cao tuổi Tuyết Thái.

Kết quả: Người cao tuổi tham gia nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 76,3 tuổi với tỷ lệ nữ giới cao hơn nam giới (64,5% và 35,5%). Điểm đánh giá MNA tại thời điểm sau can thiệp của người cao tuổi nhóm can thiệp có xu hướng tăng (từ 22,5 lên 23,5) trong khi nhóm chứng giảm (19,6 giảm còn 19,4). Thể tích cơ tứ đầu đùi của nhóm can thiệp tăng so với thời điểm trước nghiên cứu (101,8 tăng lên 114,3) so với nhóm can thiệp (101,2 giảm còn 89,8).

Kết luận: Can thiệp dinh dưỡng bằng soup thủy phân có hiệu quả cải thiện tình trạng dinh dưỡng theo MNA cũng như tăng thể tích trung bình cơ tứ đầu đùi hai bên tại nhóm can thiệp có ý nghĩa thống kê.

Từ khóa: Người cao tuổi, tình trạng dinh dưỡng, soup thủy phân, siêu âm khối cơ.

*Tác giả liên hệ

Email: thanhngahmuh@gmail.com

Điện thoại: (+84) 968 643 261

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy dinh dưỡng ở người cao tuổi sống trong cộng đồng đang là vấn đề đáng quan tâm đầy thách thức về sức khỏe, không chỉ làm tăng tỷ lệ tử vong và tỷ lệ mắc bệnh mà còn làm suy giảm thể chất, ảnh hưởng lớn đến sinh hoạt hàng ngày và chất lượng cuộc sống. Sự suy giảm khối lượng cơ, sức mạnh và chức năng của cơ bắp khi lão hóa, cũng như tác động của những thay đổi đó đối với sức khỏe và chất lượng cuộc sống đã được ghi nhận rõ ràng. Khối lượng cơ tương ứng với khoảng 40% khối lượng cơ thể. Khi già đi, chất lượng và sức mạnh của cơ xương suy giảm. Tỷ lệ mắc suy mòn cơ ở người già từ 60 tuổi trở lên tới 30%, người già từ 80 tuổi trở lên có thể lên hơn 50% [1]. Nguyên nhân là do sự mất cân bằng giữa quá trình tổng hợp và thoái hóa protein. Có một số cơ chế gây ra sự suy giảm khối lượng và sức mạnh cơ bắp liên quan đến tuổi tác, bao gồm tình trạng nội tiết tố bị thay đổi, quá trình viêm nhiễm, giảm hoạt động thể chất và suy dinh dưỡng, thường là do suy dinh dưỡng. Do đó, việc tìm kiếm một giải pháp can thiệp dinh dưỡng hiệu quả giúp cải thiện thành phần cơ thể (duy trì khối lượng cơ và chất lượng cơ) là điều quan trọng nhất đối với các nhà lâm sàng và người bệnh. Sự cải thiện chất lượng khối cơ là một lĩnh vực thậm chí gần đây được quan tâm hơn vì nó có tác động đến tiên lượng người cao tuổi. Từ khi được xác nhận vào năm 1994, bộ công cụ đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở người cao tuổi MNA (Mini Nutritional Assessment) đã được kiểm chứng tốt, có độ nhạy và độ đặc hiệu cao. Nghiên cứu về tình trạng dinh dưỡng ở người cao tuổi Myanmar có tỷ lệ suy dinh dưỡng và có nguy cơ suy dinh dưỡng lần lượt là 21,7% và 59,4%, một nghiên cứu khác ở Sri Lanka chỉ ra tỷ lệ suy dinh dưỡng, nguy cơ suy dinh dưỡng 12,5%, 52,4% [2].

Người cao tuổi đang gia tăng đáng kể tại Việt Nam. Theo tổng điều tra dân số năm 2019, tỷ lệ dân số từ 65 tuổi trở lên là 7,7%. Người cao tuổi hay gặp các vấn đề khó khăn trong nhai, nuốt dẫn tới tình trạng dinh dưỡng kém. Việc cung cấp dinh dưỡng tối ưu cho người cao tuổi còn gặp nhiều khó khăn. Để tìm hiểu về thực trạng dinh dưỡng và khả năng tiêu hóa với một số cấu trúc thực phẩm khác nhau, đề tài nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu đánh giá hiệu quả can thiệp dinh dưỡng bằng soup thủy phân lên tình trạng dinh dưỡng và khối cơ tứ đầu đùi ở người cao tuổi tại Trung tâm chăm sóc người cao tuổi năm 2023.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp có đối chứng, đánh giá trước và sau can thiệp.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Từ tháng 12/2022 đến tháng 10/2023. Trung tâm chăm sóc người cao tuổi Tuyết Thái - huyện Đông Anh, Hà Nội.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng từ 60 tuổi trở lên tại Trung tâm chăm sóc người cao tuổi Tuyết Thái

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Người cao tuổi có khả năng đi lại, giao tiếp được và có thể ăn được đường miệng.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh mắc rối loạn nuốt, ăn qua sonde, không có khả năng giao tiếp, có tình trạng viêm.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

Cỡ mẫu: Chọn chủ đích mỗi nhóm 35 NCT, tổng 2 nhóm là 70 người

Lập danh sách NCT đủ tiêu chuẩn lựa chọn, phân bổ ngẫu nhiên 1 NCT vào nhóm can thiệp, 1 NCT vào nhóm chứng cho đến khi mỗi nhóm đủ 35 người.

+ Nhóm 1 (35 người): Can thiệp dinh dưỡng bằng thay đổi cấu trúc thực phẩm với 2 bữa phụ dùng sản phẩm 100% đạm thủy phân Fomeal care với thể tích 250 ml/hộp với thành phần dinh dưỡng: 14,5g protein, 6,6g lipid, 25,5g carbohydrate, gồm 13 vitamins và 12 khoáng chất, gồm omega 3,6,9, chất xơ 4,0g, chỉ số đường huyết là 33±17. Ba bữa chính theo thực hành hiện tại của Trung tâm.

+ Nhóm 2 (nhóm chứng n=35): Người cao tuổi thực hành dinh dưỡng hiện tại tại Trung tâm dưỡng lão gồm 3 bữa chính, 2 bữa phụ theo thực đơn của Trung tâm gồm cháo, chè hoặc bánh hoặc sữa.

2.5. Biến số/ chỉ số/ Nội dung/ chủ đề nghiên cứu

- Thông tin chung: Tuổi, giới, bệnh lý kèm theo, số lượng thuốc dùng hàng ngày

- Đánh giá trước và sau can thiệp 8 tuần bằng các chỉ số sau:

+ Tình trạng dinh dưỡng: cân nặng, chiều cao, BMI, bộ công cụ MNA

+ Đánh giá thể tích khối cơ qua siêu âm cơ tứ đầu đùi.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

- Thu thập thông tin chung bằng bộ câu hỏi phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu.



- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng bộ câu hỏi MNA-LF

- Siêu âm cơ tứ đầu đùi được thực hiện bởi bác sĩ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh. Sử dụng máy siêu âm Aloka Pround 2, thiết diện khối cơ thẳng đùi được đo 2 lần và tính giá trị trung bình giữa hai lần đo.

Các chỉ số biến số nghiên cứu được đánh giá trước can thiệp (T0) và sau can thiệp 8 tuần (T1)

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1. Sau đó, số liệu sẽ được làm sạch và đưa vào phân tích bằng phần mềm STATA 13.

Phân tích số liệu : Sử dụng trung bình, độ lệch chuẩn để mô tả các đặc điểm nhân học của đối tượng. Sử dụng test χ^2 để so sánh hai tỷ lệ, T-test để so sánh hai giá trị trung bình có phân bố chuẩn, Mann-Whitney test với phân bố không chuẩn.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu là một phần số liệu nằm trong đề tài cơ sở đã được phê duyệt theo quyết định số 807/GCN-HĐĐĐNCYSH-ĐHYHN ngày 10/2/2023 của Trường Đại học Y Hà Nội. Việc tiến hành nghiên cứu được sự đồng ý của lãnh đạo trung tâm Y tế và trung tâm Điều dưỡng người cao tuổi Tuyết Thái.

Các thông tin thu thập được của đối tượng nhằm mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho nhân dân chứ không nhằm mục đích nào khác.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến hành trên 70 NCT, 35 người nhóm chứng và 35 người nhóm can thiệp. Sau 8 tuần can thiệp, nhóm chứng có 05 người bỏ cuộc, nhóm can thiệp 03 NCT bỏ cuộc do không tuân thủ phác đồ can thiệp hoặc do từ chối tham gia nghiên cứu. Kết quả đánh giá sau can thiệp gồm 30 NCT nhóm chứng, 32 NCT nhóm can thiệp.

Bảng 1. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Nhóm can thiệp (n= 32)	Nhóm chứng (n= 30)	Chung (n=62)	p
Tuổi trung bình		76,44 ± 7,65	76,13 ± 10,25	76,29 ± 8,93	0,8947
Nhóm tuổi	< 75 (n = 26)	13 (40,63)	13 (43,33)	26 (41,94)	0,829
	≥ 75 (n = 36)	19 (59,38)	17 (56,67)	36 (58,06)	
Giới	Nam	12 (37,5)	10 (33,33)	22 (35,48)	0,732
	Nữ	20 (62,5)	20 (66,67)	40 (64,52)	
Bệnh lý	< 3 bệnh lý	25 (78,13)	26 (86,67)	51 (82,26)	0,379
	≥ 3 bệnh lý	7 (21,88)	4 (13,33)	11 (17,74)	
Thuốc	≤ 3 thuốc	22 (68,75)	24 (80,0)	46 (74,19)	0,312
	> 3 thuốc	10 (31,25)	6 (20,0)	16 (25,81)	

Bảng 1 cho thấy, độ tuổi trung bình là 76,29 ± 8,93. Tỷ lệ nam - nữ lần lượt là 35,5% và 64,5%. Tỷ lệ người cao tuổi có ≥ 3 bệnh lý đi kèm chiếm 17,7% và tỷ lệ người cao tuổi dùng trên 3 loại thuốc trong ngày là 25,8%.

Tuổi, giới, tình trạng bệnh lý và thuốc của hai nhóm can thiệp - đối chứng là tương đương, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 2. Hiệu quả can thiệp lên cân nặng và MNA

Biến số	Nhóm can thiệp (n=32) (a)		pa	Nhóm chứng (n=30) (b)		pb
	T1	T0		T1	T0	
Cân nặng TB ± SD	52,55 ± 9,87	52,26 ± 9,98	0,0619	53,07 ± 7,77	52,79 ± 7,77	0,1128
MNA LF TB ± SD	23,48 ± 2,81	22,52 ± 2,97	0,0194	19,37 ± 3,36	19,62 ± 3,02	0,6621
Suy dinh dưỡng n(%)	0 (0,0)	0 (0,0)		7 (23,33)	5 (16,67)	
Nguy cơ suy dinh dưỡng	19 (59,38)	18 (56,25)		19 (63,33)	22 (73,33)	
Bình thường n(%)	13 (40,63)	14 (43,75)		4 (13,33)	3 (10,0)	

Bảng 2 cho thấy, cân nặng của đối tượng nghiên cứu ở cả hai nhóm đều có sự thay đổi ở cả 2 thời điểm, tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Điểm trung bình MNA tại nhóm can thiệp có xu hướng tăng lên sau can thiệp, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về

điểm MNA của nhóm chứng tại 2 thời điểm. Tỷ lệ suy dinh dưỡng không đổi (0%) và tỷ lệ có nguy cơ suy dinh dưỡng ở nhóm can thiệp tăng từ 56,3 lên 59,4%. Tỷ lệ suy dinh dưỡng ở nhóm chứng tăng từ 16,7% lên 23,3%.

Bảng 3. Hiệu quả can thiệp lên khối cơ tứ đầu đùi trên siêu âm

Biến số	Nhóm can thiệp (n=32) TB ± SD (a)		Pa	Nhóm chứng (n=30) TB ± SD (b)		Pb	P1-3	P2-4
	T1(1)	T0(2)		T1(3)	T0(4)			
Thể tích đùi T	114,46 ± 41,71	101,92 ± 38,70	0,0001	98,56 ± 53,5	112,26 ± 50,32	0,0057	0,0358	0,5731
Thể tích đùi P	114,04 ± 30,94	101,67 ± 34,53	0,0019	81,06 ± 32,40	90,11 ± 32,51	0,0458	0,0001	0,1806
Thể tích trung bình cơ tứ đầu đùi 2 bên	114,25 ± 28,20	101,79 ± 31,38	0,000	89,81 ± 36,61	101,19 ± 35,07	0,005	0,0003	0,6320

Bảng 3 cho thấy sự thay đổi về kích thước cơ tứ đầu đùi tăng lên ở nhóm can thiệp trong khi nhóm chứng lại giảm có ý nghĩa thống kê. Không có sự khác biệt về thể tích cơ tứ đầu đùi ở 2 nhóm tại thời điểm trước can thiệp với $p > 0,05$.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành trên 62 đối tượng tại Trung tâm chăm sóc người cao tuổi Tuyệt Thái. Độ tuổi trung bình của người cao tuổi là $76,3 \pm 8,9$ tương đương với nghiên cứu của Chou và cộng sự ($76,5 \pm 6,3$) [3]. Tỷ lệ người cao tuổi có bệnh lý đi kèm từ 3 bệnh trở lên

chiếm 17,7%, và dưới 3 bệnh chiếm 82,3%. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Vũ Nguyễn Huyền Nga (2022) với tỷ lệ mắc < 3 bệnh 78.0% và mắc ≥ 3 bệnh 22.0%, điều này có thể do nghiên cứu của Vũ Nguyễn Huyền Nga và cộng sự được thực hiện trên nhóm đối tượng người bệnh cao tuổi mắc bệnh tim mạch nên tỷ lệ bệnh hiện mắc ≥ 3 bệnh sẽ cao hơn[4],[5].

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng công cụ MNA được sử dụng như một mô tả về tình trạng dinh dưỡng của người già trong một số nghiên cứu, và đã được chứng minh điểm MNA thấp có liên quan đến tăng tỷ lệ mắc bệnh và tăng tỷ lệ tử vong. Tỷ lệ suy dinh dưỡng theo MNA trong nghiên cứu này là 8,1% (trước can



thiệt) và 11,3% (sau can thiệp). Tỷ lệ này cao hơn rất nhiều so với tỷ lệ người cao tuổi khỏe mạnh tại cộng đồng và thấp hơn nhiều so với tỷ lệ suy dinh dưỡng của người cao tuổi trong các cơ sở chăm sóc trong nghiên cứu của Yves Guigoz [6]. Việc phát hiện sớm tình trạng suy dinh dưỡng là rất quan trọng để cho phép can thiệp dinh dưỡng có mục tiêu và phải là một phần quan trọng trong đánh giá lão khoa. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự cải thiện có ý nghĩa về điểm đánh giá MNA trung bình ở nhóm can thiệp. Nghiên cứu tổng quan hệ thống của Laura Lorenzo-López cũng chỉ ra điểm số MNA có liên quan đến tình trạng suy nhược cơ, và chế độ ăn có bổ sung vi chất dinh dưỡng, giàu protein có mối liên quan nghịch với tình trạng suy nhược [7]. Vì vậy, việc bổ sung sản phẩm dinh dưỡng thủy phân cho thấy hiệu quả nhất định trong việc cải thiện điểm đánh giá tình trạng dinh dưỡng của nhóm can thiệp ($22,5 \pm 3,0$ tăng lên $23,5 \pm 2,8$; có ý nghĩa thống kê) so với nhóm chứng ($19,6 \pm 3,0$ giảm xuống $19,4 \pm 3,4$).

Một khẩu phần ăn không đầy đủ hoặc chất lượng của bữa ăn kém là một trong những vấn đề phổ biến trong cộng đồng NCT. Khẩu phần ăn của NCT thường thiếu về cả năng lượng, cacbonhidrat và protein. Chế độ ăn uống không đủ protein sẽ xúc tác sự phân hủy protein cơ bắp và làm giảm tốc độ tổng hợp protein. Việc bổ sung protein và axit amin chuỗi nhánh (BCAA) đã cho thấy sự cải thiện về kết quả của cơ xương [8].

Mất khối lượng cơ và sức mạnh cơ dần dần là hậu quả sinh lý của quá trình lão hóa và nếu không có sự can thiệp thường diễn biến thành suy mòn cơ. Mất khối cơ tăng nguy cơ ngã và chấn thương, tăng nguy cơ nhập viện và tái nhập viện, thời gian nằm viện cũng như nguy cơ tử vong, gia tăng gánh nặng kinh tế. Trong số những chỉ số về cơ xương, độ dày cơ tứ đầu đùi có liên quan chặt chẽ với hoạt động thể chất, sự ổn định trong dáng đi và hỗ trợ điều chỉnh tư thế bình thường của khớp gối, điều này quan trọng để đối tượng có thể đi lại độc lập. Giảm thể tích cơ tứ đầu đùi có liên quan đến sự suy giảm chức năng thể chất ở người lớn tuổi [9]. Có một số cơ chế gây ra sự suy giảm khối lượng và sức mạnh cơ bắp liên quan đến tuổi tác, bao gồm tình trạng nội tiết tố bị thay đổi, quá trình viêm nhiễm, giảm hoạt động thể chất và suy dinh dưỡng, thường là do suy dinh dưỡng [10]. Đánh giá và nhận biết sớm nguy cơ suy giảm thể tích cơ tứ đầu đùi là rất quan trọng để can thiệp, ngăn ngừa mất thêm khối lượng cơ. Do đó, việc tìm kiếm một giải pháp can thiệp dinh dưỡng hiệu quả giúp cải

thiện thành phần cơ thể (duy trì khối lượng cơ và chất lượng cơ) là điều quan trọng nhất đối với các nhà lâm sàng và người bệnh. Sự cải thiện chất lượng khối cơ là một lĩnh vực thậm chí gần đây được quan tâm hơn vì nó có tác động đến tiên lượng NCT. Kết quả nghiên cứu cho thấy, thể tích cơ tứ đầu đùi trung bình tăng từ $101,79 \pm 31,38$ lên $114,25 \pm 28,20$ ở nhóm can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p = 0,000$ và giảm từ $101,19 \pm 35,07$ xuống $89,81 \pm 36,61$ ở nhóm chứng có ý nghĩa thống kê với $p=0,005$.

5. KẾT LUẬN

Can thiệp dinh dưỡng bằng soup thủy phân có hiệu quả cải thiện tích cực điểm đánh giá tình trạng dinh dưỡng MNA cũng như tăng thể tích trung bình cơ tứ đầu đùi hai bên ở nhóm can thiệp có ý nghĩa thống kê, trong khi hai giá trị này giảm hoặc không cải thiện ở nhóm chứng. Việc lựa chọn cấu trúc thực phẩm phù hợp với đặc điểm chức năng của người cao tuổi là cần thiết góp phần cải thiện tình trạng dinh dưỡng cho người cao tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Y. Du, C. Oh, J. No, Advantage of Dairy for Improving Aging Muscle, *J Obes Metab Syndr*. 28 (2019) 167–174. <https://doi.org/10.7570/jomes.2019.28.3.167>.
- [2] H.D.W.T. Damayanthi, F.M. Moy, K.L. Abdullah, S.D. Dharmaratne, Prevalence of malnutrition and associated factors among community-dwelling older persons in Sri Lanka: a cross-sectional study, *BMC Geriatr*. 18 (2018) 199. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0892-2>.
- [3] H.-H. Chou, T.-J. Lai, C.-H. Yen et al., Sarcopenic Obesity Tendency and Nutritional Status Is Related to the Risk of Sarcopenia, Frailty, Depression and Quality of Life in Patients with Dementia, *Int J Environ Res Public Health*. 19 (2022) 2492. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052492>.
- [4] K. Christensen, G. Doblhammer, R. Rau et al., Ageing populations: the challenges ahead, *Lancet*; 374 (2009) 1196–1208. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61460-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61460-4).

- [5] Vũ Nguyễn Huyền Nga, Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh cao tuổi mắc bệnh tim mạch và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện II Lâm Đồng năm 2021-2022, Thesis, 2022. <http://dulieuso.hmu.edu.vn/handle/hmu/3678> (accessed October 18, 2023).
- [6] Y. Guigoz, S. Lauque, B.J. Vellas, Identifying the elderly at risk for malnutrition. The Mini Nutritional Assessment, *Clin Geriatr Med.* 18 (2002) 737–757. [https://doi.org/10.1016/s0749-0690\(02\)00059-9](https://doi.org/10.1016/s0749-0690(02)00059-9).
- [7] L. Lorenzo-López, A. Maseda, C. de Labra et al., Nutritional determinants of frailty in older adults: A systematic review, *BMC Geriatr*; 17 (2017) 108. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0496-2>.
- [8] A. Molnár, I. Jónásné Sztruhár, Á.A. Csontos et al., Special nutrition intervention is required for muscle protective efficacy of physical exercise in elderly people at highest risk of sarcopenia, *Physiol Int*; 103 (2016) 368–376. <https://doi.org/10.1556/2060.103.2016.3.12>.
- [9] Y. Kokura, S. Nishioka, Nutritional Risk Indicators for Predicting a Change in Quadriceps Muscle Thickness in Acute Patients with Stroke, *JMA J.* 5 (2022) 62–71. <https://doi.org/10.31662/jmaj.2021-0107>.
- [10] T.J. Doherty, Invited review: Aging and sarcopenia, *J Appl Physiol* (1985); 95 (2003) 1717–1727. <https://doi.org/10.1152/jappphysiol.00347.2003>.



NUTRITIONAL STATUS AND SOME RELATED FACTORS IN CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD VISITING THE NUTRITION CLINIC OF HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL IN 2022 – 2023

Le Thi Huong¹, Nguyen Ha Thu¹, Nguyen Thi Hien Trang², Nguyen Thi Minh Ngoc¹,
Bui Thi Tra Vi^{3*}

¹Hanoi Medical University - 01 Ton That Tung, Trung Tu, Dong Da, Hanoi, Vietnam

²Vinmec Times City Hospital - 458 Minh Khai, Minh Khai, Hai Ba Trung, Hanoi, Vietnam

³Hanoi Medical University Hospital - 01 Ton That Tung, Trung Tu, Dong Da, Hanoi, Vietnam

Received: 08/09/2023

Revised: 05/10/2023; Accepted: 31/10/2023

ABSTRACT

Objective: The study aims to evaluate the nutritional status of children under 5 years old and describe some factors related to nutritional status in children under 5 years old visiting the nutrition clinic of Hanoi Medical University Hospital. year 2022 - 2023.

Research subjects and methods: Cross-sectional descriptive study on 103 children examined at the clinic during the research period.

Results: Wasting malnutrition accounts for the highest rate among all forms of malnutrition (29.1%). The rates of underweight and stunted children are quite similar (23.3% and 21.4%). The rate of overweight and obesity is only 1.0%. Male children tend to be more malnourished, children aged 24 - 59 months also have a higher rate of malnutrition, however the difference is not statistically significant ($p = 0.892/ 0.251$). The rate of children being exclusively breastfed for the first 6 months is 62.1%. The weaning rate in the 12 to 18 months old group is the highest at 52.4%; Next is the group of children weaned before 12 months of age, accounting for 29.1%, and the lowest is the group of children weaned after 18 months of age, accounting for 11.7%.

Conclusion: Malnutrition and wasting are still the form of malnutrition with the highest rate. The current status of breastfeeding shows that the rate of children not exclusively breastfed in the first 6 months is still relatively high, the majority of children are weaned. milk between the ages of 12 - 18 months, requiring the need to promote communication and nutritional education about breastfeeding.

Keywords: Nutritional status; children under 5 years old; nutritional examination.

*Corresponding author

Email address: travi.hmu@gmail.com

Phone number: (+84) 379 937 858

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở TRẺ DƯỚI 5 TUỔI ĐẾN KHÁM TẠI PHÒNG KHÁM DINH DƯỠNG BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI NĂM 2022 – 2023

Lê Thị Hương¹, Nguyễn Hà Thu¹, Nguyễn Thị Hiền Trang², Nguyễn Thị Minh Ngọc¹,
Bùi Thị Trà Vi^{3*}

¹Trường Đại học Y Hà Nội - 01 Tôn Thất Tùng, Trung Tự, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Vinmec Times City - 458 Minh Khai, Minh Khai, Hai Bà Trưng, Hà Nội, Việt Nam

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội - 01 Tôn Thất Tùng, Trung Tự, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 08 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 05 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 31 tháng 10 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá tình trạng dinh dưỡng của trẻ dưới 5 tuổi và mô tả một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng ở trẻ dưới 5 tuổi đến khám tại phòng khám dinh dưỡng Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2022 - 2023.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 103 trẻ đến khám tại phòng khám trong thời gian nghiên cứu.

Kết quả: Suy dinh dưỡng gầy còm chiếm tỷ lệ cao nhất trong các thể suy dinh dưỡng (29,1%). Tỷ lệ trẻ suy dinh dưỡng nhẹ cân và suy dinh dưỡng thấp còi khá tương đương nhau (23,3% và 21,4%). Tỷ lệ thừa cân, béo phì của chỉ chiếm 1,0%. Trẻ nam có xu hướng suy dinh dưỡng nhiều hơn, trẻ trong độ tuổi 24 - 59 tháng tuổi cũng có tỷ lệ suy dinh dưỡng cao hơn, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,892/ 0,251$). Tỷ lệ trẻ được cho bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu là 62,1%. Tỷ lệ cai sữa ở nhóm 12 đến 18 tháng tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 52,4%; tiếp đến là nhóm trẻ cai sữa trước 12 tháng tuổi chiếm 29,1% và thấp nhất là trẻ cai sữa sau 18 tháng tuổi chiếm 11,7%

Kết luận: Suy dinh dưỡng gầy còm vẫn là thể suy dinh dưỡng chiếm tỷ lệ cao nhất, thực trạng nuôi con bằng sữa mẹ cho thấy, tỷ lệ trẻ không bú mẹ hoàn toàn 6 tháng đầu vẫn tương đối cao, phần lớn trẻ cai sữa trong độ tuổi 12 - 18 tháng tuổi, yêu cầu cần đẩy mạnh truyền thông, giáo dục dinh dưỡng về nuôi con bằng sữa mẹ.

Từ khóa: Tình trạng dinh dưỡng, trẻ dưới 5 tuổi, khám dinh dưỡng.

*Tác giả liên hệ

Email: travi.hmu@gmail.com

Điện thoại: (+84) 379 937 858

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy dinh dưỡng (SDD) trẻ em là tình trạng phổ biến ở các nước trên thế giới, đặc biệt là ở các nước đang phát triển, trong đó có Việt Nam. Theo WHO (Tổ chức Y tế Thế giới) và UNICEF (Quỹ Nhi đồng Liên Hợp Quốc) năm 2020 ước tính trên thế giới có 149,2 triệu trẻ dưới 5 tuổi suy dinh dưỡng thấp còi, 45,4 triệu trẻ gầy còm và 38,9 triệu trẻ thừa cân béo phì. Hơn một nửa số trẻ em bị suy dinh dưỡng thể gầy còm sống ở Nam Á và theo thống kê châu Á có hơn 3/4 tổng số trẻ em bị gầy còm trầm trọng[1],[2]. Tại Hội nghị công bố kết quả Tổng điều tra Dinh dưỡng toàn quốc 2019 – 2020 của Viện Dinh dưỡng quốc gia cho thấy tỷ lệ SDD thấp còi ở trẻ dưới 5 tuổi trên toàn quốc đang giảm dần, giảm từ 29,3% (năm 2010) xuống 19,6%, chuyển từ mức cao xuống mức trung bình theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới và đang trên đà đạt được Mục tiêu dinh dưỡng toàn cầu năm 2025 về giảm suy dinh dưỡng thấp còi. Tuy nhiên, tốc độ giảm suy dinh dưỡng thể thấp còi ở trẻ em dưới 5 tuổi hằng năm đang chậm lại, ở mức dưới 1%/năm kể từ năm 2015[3],[4]. Tỷ lệ trẻ dưới 5 tuổi SDD thể gầy còm là 5,2% (năm 2020)[4]. Theo báo cáo của Viện Dinh dưỡng năm 2020 về tỷ lệ SDD trẻ em dưới 5 tuổi trên toàn quốc, tỷ lệ SDD thể nhẹ cân là 11,6%⁷. Ngoài ra, tỷ lệ thừa cân/béo phì đang gia tăng nhanh chóng ở cả ở thành thị và nông thôn. Thừa cân/béo phì ở trẻ dưới 5 tuổi là 11,1% (thành phố 11,4%, nông thôn 7,6%)[4]. Vì vậy, với mong muốn có được số liệu chính xác để làm cơ sở góp phần đưa ra các khuyến nghị về chăm sóc và nuôi dưỡng trẻ, nghiên cứu về: “Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở trẻ dưới 5 tuổi đến khám tại phòng khám dinh dưỡng Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2022 – 2023” được tiến hành với mục tiêu như sau:

1. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của trẻ dưới 5 tuổi đến khám tại phòng khám dinh dưỡng Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2022 – 2023

2. Mô tả một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng ở trẻ dưới 5 tuổi đến khám tại phòng khám dinh dưỡng Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2022 - 2023

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Từ tháng 10/2022 đến tháng 5/2023

- Nghiên cứu được tiến hành tại phòng Khám dinh dưỡng Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Địa chỉ số 1 Tôn Thất Tùng, Trung Tự, Đống Đa, Hà Nội

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Trẻ em dưới 5 tuổi đến khám và tư vấn dinh dưỡng tại Phòng khám dinh dưỡng Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

- Người chăm sóc trẻ chính (Bố, mẹ, người thân, gọi chung là “bà mẹ”)

- Các bà mẹ của các trẻ này tự nguyện tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ

- Trẻ mắc các bệnh dị tật bẩm sinh có thể gây ảnh hưởng tới nhân trắc.

- Người chăm sóc trẻ không đủ năng lực hành vi, rối loạn trí nhớ hoặc không tự nguyện tham gia nghiên cứu.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

- Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

- Quy trình chọn mẫu: Chọn tất cả các đối tượng phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ đối tượng trong thời gian khảo sát, lấy cho đến khi đủ cỡ mẫu.

- Trong thời gian tiến hành nghiên cứu, chọn được 103 trẻ phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

2.5. Biến số/ chỉ số và tiêu chuẩn đánh giá

- Các biến số về thông tin chung của trẻ:

Đặc điểm chung của trẻ: Nhóm tuổi: 0 – 23 tháng, 24 – 59 tháng; Giới tính: nam/nữ; Cân nặng lúc sinh: < 2500g, ≥ 2500g; Cách thức sinh: sinh thường, sinh mổ; tình trạng trẻ lúc sinh: đủ tháng (38 – 42 tuần), thiếu tháng (< 38 tuần), già tháng (> 42 tuần);

- Các biến số về tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của trẻ:

Chỉ số nhân trắc: Cân nặng, chiều cao. Tính điểm Z-score và phân loại tình trạng dinh dưỡng

Thực hành nuôi con bằng sữa mẹ thông qua bộ câu hỏi

• Chỉ số cân nặng theo tuổi với Z-score được chia ra các mức độ

- + Dưới -3SD : Suy dinh dưỡng thể nhẹ cân, mức độ nặng
- + Từ -3SD đến -2SD: Suy dinh dưỡng thể nhẹ cân, mức độ vừa
- + Từ -2SD đến +2SD: Bình thường
- + Từ +2SD trở lên: Thừa cân
- + Từ +3SD trở lên: Béo phì
- Chỉ số chiều cao theo tuổi với Z-score được chia ra các mức độ
- + Dưới -3SD: Suy dinh dưỡng thể thấp còi, mức độ nặng
- + Từ -3SD đến -2SD: Suy dinh dưỡng thể thấp còi, mức độ vừa
- + Từ -2SD đến +2SD: Bình thường
- Chỉ số cân nặng theo chiều cao với Z-score được chia ra các mức độ
- + Dưới -3SD: Suy dinh dưỡng thể gầy còm, mức độ nặng
- + Từ -3SD đến -2SD: Suy dinh dưỡng thể gầy còm, mức độ vừa
- + Từ -2SD đến +2SD: Bình thường
- + Từ +2SD trở lên: Thừa cân
- + Từ +3SD trở lên: Béo phì

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

+ Cân đo chỉ số nhân trắc của trẻ: Cân lòng máng, cân điện tử, thước gỗ 2 mảnh của UNICEF, thước gỗ 3 mảnh của UNICEF

+ Phỏng vấn người chăm sóc trẻ bằng bộ câu hỏi phỏng vấn

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

- Số liệu sau khi thu thập được mã hóa theo mẫu, nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.
- Phần mềm WHO Anthro 3.2.2 được sử dụng để tính tuổi và các chỉ số về nhân trắc của trẻ.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

- Bà mẹ chăm sóc trẻ trước khi tham gia nghiên cứu được thông báo và giải thích rõ ràng về mục đích và nội dung tiến hành trong nghiên cứu.
- Gia đình trẻ có quyền hoàn toàn từ chối, ngừng tham gia bất kỳ thời điểm nào của nghiên cứu. Trẻ chỉ tham gia nghiên cứu khi được cha mẹ đồng ý.
- Tất cả các dụng cụ cân đo, đều được kiểm định đảm bảo an toàn tuyệt đối, không gây tổn thương nguy hiểm cho trẻ.
- Các thông tin thu thập được trong điều tra nghiên cứu được giữ bí mật, không được tiết lộ thông tin nghiên cứu cho một cá nhân hay một tổ chức nào khác; các thông tin chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu
- Đề cương nghiên cứu được thông qua tại Viện Đào tạo YHDP & YTCC, trường Đại học Y Hà Nội theo biên bản ngày 22/11/2022 trước khi tiến hành nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu (n=103)

Thông tin chung của trẻ		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi (tháng)	0 - 23 tháng	27	26,2
	24 - 59 tháng	76	73,8
Giới tính	Nam	62	60,2
	Nữ	41	39,8
Cân nặng trẻ lúc sinh	< 2500g	13	12,6
	≥ 2500g	90	87,4
Cách thức sinh	Sinh thường	49	47,6
	Sinh mổ	54	52,4
Tình trạng trẻ lúc sinh	Đủ tháng (38 - 42 tuần)	77	74,8
	Thiếu tháng (< 38 tuần)	26	25,2
	Già tháng (> 42 tuần)	0	0



Độ tuổi trẻ đến khám tập trung chủ yếu từ 24 - 59 tháng tuổi (87,4%), < 2500g chiếm 12,6%. Về cách thức sinh, số trẻ sinh thường chiếm 47,6%; sinh mổ chiếm 52,4%. Đa số trẻ sinh đủ tháng (74,8%); số trẻ thiếu tháng và già tháng lần lượt chiếm 25,2% và 0%.

Bảng 2. Phân bố tỷ lệ suy dinh dưỡng theo giới và tuổi (n=103)

		Phân loại SDD						p
		Bình thường		SDD		Thừa cân, béo phì		
		n	%	n	%	n	%	
Giới tính	Nam	15	24,2	46	74,2	1	1,6	0,892*
	Nữ	11	26,8	30	73,2	0	0,0	
Nhóm tuổi (tháng)	0 - 23 tháng	10	37,0	17	63,0	0	0,0	0,251*
	24 - 59 tháng	16	21,1	59	77,6	1	1,3	

*Fisher's Exact Test

Kết quả cho thấy tỷ lệ trẻ nam và nữ mắc suy dinh dưỡng nói chung cao tương đương nhau (74,2% và 73,2%). Tình trạng suy dinh dưỡng nói chung cao hơn

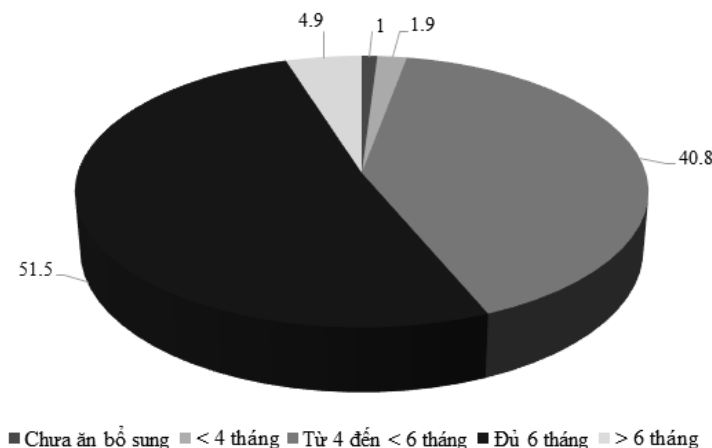
ở trẻ từ 24 - 59 tháng tuổi (77,6%). Tuy nhiên, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các tình trạng dinh dưỡng theo giới và tuổi của trẻ (p > 0,05).

Bảng 3. Tỷ lệ trẻ bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu (n=103)

Thực hành bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có	64	62,1
Không	39	37,9
Tổng	103	100,0

Phần lớn trẻ được cho bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu (62,1%); 37,9% trẻ không được bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng.

Biểu đồ 1. Thời gian bắt đầu cho trẻ ăn bổ sung thực tế (n=103)



Tỷ lệ trẻ ăn bổ sung khi đủ 6 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất 51,5%; tiếp đến là nhóm trẻ bắt đầu ăn bổ sung từ 4 đến < 6 tháng chiếm 40,8%. Số trẻ ăn bổ sung khi > 6 tháng chiếm 4,9%. Chỉ số ít trẻ được điều tra ăn bổ sung lúc < 4 tháng và chưa bắt đầu ăn bổ sung lần lượt chiếm 1,9% và 1,0%.

Bảng 4. Thời điểm trẻ cai sữa thực tế (n=103)

Thời điểm trẻ cai sữa	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Chưa cai sữa	7	6,8
Trước 12 tháng tuổi	30	29,1
Từ 12 đến 18 tháng tuổi	54	52,4
Từ sau 18 tháng tuổi	12	11,7
Tổng	103	100,0

Số trẻ trong nghiên cứu hiện còn bú mẹ chiếm 6,8%. Tỷ lệ cai sữa ở nhóm 12 đến 18 tháng tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 52,4%; tiếp đến là nhóm trẻ cai sữa trước 12 tháng tuổi chiếm 29,1% và thấp nhất là trẻ cai sữa sau 18 tháng tuổi chiếm 11,7%

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 103 trẻ cho thấy độ tuổi trẻ đến khám tập trung chủ yếu từ 24 – 59 tháng tuổi (73,8%), còn lại thuộc nhóm từ 0 – 23 tháng tuổi (26,2%). Tỷ lệ trẻ nam chiếm 60,2% cao hơn trẻ nữ (39,8%). Phân bố trẻ theo nhóm tuổi phụ thuộc nhiều vào đặc điểm kinh tế xã hội từng thời kỳ dẫn đến tỷ lệ sinh của từng thời điểm khác nhau. Tương tự với nghiên cứu của Hoàng Đức Phúc và cộng sự tại một số quận huyện tại Hà Nội có tỷ lệ trẻ 24 – 59 tháng tuổi chiếm phần lớn (58,2%) [5]. Tuy nhiên có điểm khác với nghiên cứu của Trần Thị Duyên tại Viện Dinh Dưỡng có số trẻ 24 – 59 tháng tuổi chỉ chiếm 36,2% [6]. Phần lớn trẻ lúc sinh có cân nặng $\geq 2500g$ (87,4%), số trẻ dưới 2500g chiếm 12,6%. Về cách thức sinh, số trẻ sinh thường và sinh mổ có tỷ lệ tương đương nhau (47,6% và 52,4%). Đa số trẻ sinh đủ tháng (74,8%); số trẻ non dưới 38 tuần chiếm 25,2%.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ trẻ nam mắc suy dinh dưỡng nói chung cao hơn trẻ nữ tuy nhiên tỷ lệ này khá tương đương nhau (74,2% và 73,2%). Kết quả của nghiên cứu này không tách ra từng thể suy dinh dưỡng mà xét theo tỷ lệ trẻ bình thường, trẻ suy dinh dưỡng nói chung và trẻ thừa cân, béo phì nên khá khó khăn trong việc tìm nghiên cứu có kết quả tương tự để đối chứng. Tuy nhiên, có sự tương đồng với hai nghiên cứu

của Vũ Thị Vân Anh và cộng sự năm 2019 tại phòng khám Nội Nhi, Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh cho thấy suy dinh dưỡng thể thấp còi và gầy còm có xu hướng gặp nhiều ở trẻ nam hơn trẻ nữ [7]; và nghiên cứu của Trần Thị Duyên (2020) cũng cho thấy kết quả về tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp còi và gầy còm ở trẻ nam cao hơn trẻ nữ, nhưng sự chênh lệch này không đáng kể [6]. Về tình trạng dinh dưỡng của trẻ theo tuổi thì tình trạng suy dinh dưỡng nói chung cao hơn ở nhóm trẻ từ 24 – 59 tháng tuổi (77,6%). Nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh Trang (2020) cũng cho thấy kết quả tỷ lệ suy dinh dưỡng nhẹ cân, thấp còi và gầy còm đều cao hơn ở trẻ từ 24 đến 59 tháng tuổi [8]. Ngoài ra, nghiên cứu của Trần Thị Duyên cũng cho thấy tỷ lệ SDD cả 3 thể chủ yếu gặp ở nhóm 24 – 47 tháng tuổi [6]. Có thể nói các nghiên cứu này chỉ ra rằng trẻ từ 24 tháng tuổi trở lên phát triển nhanh, đòi hỏi lượng lớn nhu cầu năng lượng phục vụ quá trình phát triển cũng như hoạt động vận cơ. Tuy nhiên có thể có nhiều lý do như chế độ ăn của trẻ không đủ chất dinh dưỡng, chưa hợp lý, tỷ lệ nhiễm trùng tăng cao dẫn đến tăng tỷ lệ suy dinh dưỡng.

Trong nghiên cứu này, phần lớn trẻ được cho bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu (62,1%); 37,9% trẻ không được bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của tác giả Aphanhnee Souliyakane chỉ có 32,9%. Nguyên nhân có thể là do bà mẹ phải quay lại làm việc sớm, sợ con đói và mẹ nghĩ cho ăn thêm sẽ tốt hơn,...[9]. Khi trẻ được đủ 6 tháng tuổi, sữa mẹ không còn đủ để đáp ứng tất cả các nhu cầu dinh dưỡng thì việc cho trẻ ăn bổ sung là cần thiết. Thực hành cho trẻ ăn bổ sung quá sớm hoặc quá muộn đều dẫn đến hậu quả trẻ bị suy dinh dưỡng. Trước 6 tháng tuổi sữa mẹ là nguồn dinh dưỡng tốt nhất và cung cấp đầy đủ chất



đinh dưỡng cho trẻ. Chính vì thế, cần đẩy mạnh công tác truyền thông, tư vấn về nuôi con bằng sữa mẹ.

Theo khuyến cáo của WHO và Viện Dinh dưỡng Quốc gia, từ tháng thứ 6 trở đi ngoài sữa mẹ, trẻ cần được ăn bổ sung các loại thực phẩm khác [10]. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ trẻ ăn bổ sung khi đủ 6 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất 51,5%; tiếp đến là nhóm trẻ bắt đầu ăn bổ sung từ 4 đến < 6 tháng chiếm khá cao 40,8%. Số trẻ ăn bổ sung khi > 6 tháng chiếm 4,9%. Chỉ số ít trẻ được điều tra ăn bổ sung lúc < 4 tháng và chưa bắt đầu ăn bổ sung lần lượt chiếm 1,9% và 1,0%. Tương tự nghiên cứu của Aphanhnee Souliyakane có tỷ lệ trẻ ăn bổ sung khi đủ 6 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (87,0%). Tuy nhiên, kết quả này khác với nhiều kết quả nghiên cứu của các tác giả khác; phần lớn nghiên cứu không đề cập đến tỷ lệ trẻ ăn bổ sung khi đủ 6 tháng mà chỉ xác định tỷ lệ trẻ ăn bổ sung khi trẻ dưới 4 tháng; từ 4 – 6 tháng tuổi và trên 6 tháng tuổi [6], [11] và các nghiên cứu đó đã chỉ ra rằng tỷ lệ trẻ được cho ăn bổ sung ngoài sữa mẹ là khá sớm.

Về thời điểm cai sữa, số trẻ trong nghiên cứu hiện còn bú mẹ chiếm 6,8%. Tỷ lệ cai sữa ở nhóm 12 đến 18 tháng tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 52,4%; tiếp đến là nhóm trẻ cai sữa trước 12 tháng tuổi chiếm 29,1% và thấp nhất là trẻ cai sữa sau 18 tháng tuổi chiếm 11,7%. Khác với nghiên cứu của Trần Thị Duyên cho thấy phần lớn trẻ cai sữa ở 18 – 24 tháng tuổi (58,1%); tiếp đến là nhóm 12 – 18 tháng chiếm 27,1% và thấp nhất ở nhóm > 24 tháng (0,8%) [6]. Thời gian cai sữa so với các khuyến cáo đều tương đối sớm, cần truyền thông, giáo dục dinh dưỡng cho bà mẹ nuôi con nhỏ, cũng như có thêm những chính sách ưu tiên cho bà mẹ đang trong độ tuổi dưới 2 tuổi.

5. KẾT LUẬN

Suy dinh dưỡng gầy còm chiếm tỷ lệ cao nhất trong các thể suy dinh dưỡng. Tỷ lệ trẻ suy dinh dưỡng nhẹ cân và suy dinh dưỡng thấp còi khá tương đương nhau. Tỷ lệ thừa cân béo phì trong nghiên cứu thấp hơn nhiều so với trong cộng đồng chứng tỏ đây là một vấn đề sức khỏe chưa được quan tâm nhiều ở trẻ dưới 5 tuổi. Trong 103 trẻ được khảo sát tỷ lệ trẻ được cho bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu tương đối cao. Phần lớn trẻ được cai sữa trong độ tuổi 12 – 18 tháng, có một tỷ lệ khá ít trẻ được bú mẹ đến sau 18 tháng, đòi hỏi cần đẩy mạnh công tác tư vấn, truyền thông về giáo dục dinh dưỡng cho bà mẹ cho con bú cũng như mở rộng chính sách ưu tiên cho bà mẹ nuôi con trong độ tuổi dưới 2 tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Malnutrition in Children. UNICEF DATA. Accessed October 2, 2022.
- [2] The UNICEF/WHO/WB Joint Child Malnutrition Estimates (JME) group released new data for 2021; Accessed October 3, 2022.
- [3] Bộ Y tế công bố kết quả Tổng điều tra Dinh dưỡng năm 2019-2020 - Tin nổi bật - Cổng thông tin Bộ Y tế; Accessed October 27, 2022.
- [4] Quyết định số 1294/QĐ-BYT, ngày 19/5/2022 của Bộ Y tế về việc Ban hành Kế hoạch hành động thực hiện Chiến lược Quốc gia về dinh dưỡng đến năm 2025.
- [5] Hoàng Đức Phúc, Trần Quang Trung, Nguyễn Thị Kiều Anh & cs, Thực trạng dinh dưỡng của trẻ em dưới 5 tuổi tại một số quận huyện ở Hà Nội, năm 2019; Tạp chí Y học Dự phòng, 30(6), 2020, 53-60.
- [6] Trần Thị Duyên, Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của trẻ dưới 5 tuổi đến khám tại Viện Dinh dưỡng năm 2018, Luận văn thạc sỹ dinh dưỡng, Trường ĐH Y Hà Nội, 2020.
- [7] Vũ Thị Vân Anh, Nguyễn Thị Phương Lan, Nguyễn Thành Trung & cs, Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của trẻ dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Sản nhi Bắc Ninh; TNU Journal of Science and Technology, 207(14), 2019, 219-224.
- [8] Nguyễn Thị Minh Trang, Tình trạng dinh dưỡng của trẻ dưới 5 tuổi và kiến thức thực hành nuôi dưỡng trẻ của bà mẹ tại Trung tâm y tế huyện Phú Vang tỉnh Thừa Thiên Huế, Luận văn thạc sỹ dinh dưỡng, Trường ĐH Y Hà Nội, 2020.
- [9] Aphanhnee S, Tình trạng dinh dưỡng và thiếu thiếu vi chất dinh dưỡng ở trẻ 6 tháng đến 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Trung ương, Luận văn thạc sỹ, Trường ĐH Y Hà Nội, 2021.
- [10] Viện Dinh dưỡng, Chăm sóc dinh dưỡng cho bà mẹ & trẻ em, NXB Y học, năm 2015.
- [11] Vũ Thị Mai Hương, Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của trẻ dưới 5 tuổi đến khám tại Viện Dinh Dưỡng Quốc gia năm 2018, Khóa luận tốt nghiệp cử nhân y khoa, Trường ĐH Y Hà Nội, 2019.

THE NUTRITIONAL STATUS AND THE RISK OF REFEEDING SYNDROME OF COVID-19 PATIENTS IN ICU AT COVID-19 TREATMENT HOSPITAL IN 2021-2022

Hoang Truong Giang¹, Nguyen Thuy Linh^{1,2*}, Hoang Hai My², Hoang Thi Hoa²,
Pham Thi Tuyet Chinh², Bui Thi Cam Tra¹

¹Hanoi Medical University - 01 Ton That Tung, Trung Tu, Dong Da, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Medical University Hospital - 01 Ton That Tung, Trung Tu, Dong Da, Hanoi, Vietnam

Received: 08/09/2023

Revised: 30/09/2023; Accepted: 30/10/2023

ABSTRACT

Objective: Many Covid-19 patients in ICU suffered from acute respiratory distress syndrome (ARDS), which requires urgent respiratory and hemodynamic support. There are several nutrition-specific issues in ICU Covid-19 patients that need to be taken into consideration, such as malnutrition and the refeeding syndrome. Refeeding syndrome must be prevented when we feed patients to avoid overfeeding and its complications. In this study, we aimed to assess the prevalence of malnutrition and evaluate the risk of refeeding syndrome in Covid-19 patients at the Covid-19 Patients Treatment Hospital (Covid-19 hospital) in 2021-2022.

Subject and method: A cross-sectional study was conducted among 488 Covid-19 patients admitted to the Covid-19 hospital from September 2021 to December 2022. The nutritional status of patients was assessed by GLIM 2019 criteria. The risk of refeeding syndrome was evaluated by ASPEN 2020 criteria.

Results: The prevalence of malnutrition in Covid-19 patients in ICU was 76,9%. The percentage of patients who had the risk of refeeding syndrome was 53,8%, of which the moderate risk was 37,1 %, and 16,7% for severe risk.

Conclusion: The refeeding syndrome is a severe complication of nutritional intervention; therefore, early diagnosis and preventive treatment of refeeding syndrome will help prevent feeding complications in ICU patients

Keywords: Covid-19, ICU, malnutrition, the refeeding syndrome.

*Corresponding author

Email address: linhngthuy@hmu.edu.vn

Phone number: (+84) 932 214 168

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>



TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ NGUY CƠ HỘI CHỨNG NUÔI ĂN LẠI CỦA NGƯỜI BỆNH TRONG KHOA ĐIỀU TRỊ TÍCH CỰC BỆNH VIỆN ĐIỀU TRỊ NGƯỜI BỆNH COVID-19, NĂM 2021-2022

Hoàng Trường Giang¹, Nguyễn Thùy Linh^{1,2*}, Hoàng Hải My², Hoàng Thị Hòa², Phạm Thị Tuyết Chinh², Bùi Thị Cẩm Trà¹

¹Trường Đại học Y Hà Nội - 01 Tôn Thất Tùng, Trung Tự, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội - 01 Tôn Thất Tùng, Trung Tự, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 08 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 30 tháng 09 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 30 tháng 10 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Người bệnh Covid-19 điều trị tại ICU thường xuyên mắc phải hội chứng suy hô hấp cấp và cần các biện pháp hỗ trợ oxy và huyết động. Đồng thời, một số yếu tố dinh dưỡng cần phải chú ý như tình trạng suy dinh dưỡng (SDD) và hội chứng nuôi ăn lại (HCNAL). HCNAL cần phải được phòng ngừa khi bổ sung dinh dưỡng cho người bệnh, tránh nuôi dưỡng quá mức có thể dẫn tới các biến chứng liên quan. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá tình trạng dinh dưỡng và nguy cơ hội chứng nuôi ăn lại của người bệnh Covid-19 tại các đơn nguyên điều trị tích cực tại bệnh viện điều trị người bệnh Covid-19 trong năm 2021-2022.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang với cỡ mẫu 488 người bệnh Covid-19 điều trị tại ICU tại Bệnh viện điều trị người bệnh Covid-19 từ tháng 9 năm 2021 tới tháng 12 năm 2022. Tình trạng dinh dưỡng được đánh giá theo tiêu chuẩn GLIM 2019. Nguy cơ hội chứng nuôi ăn lại được đánh giá theo tiêu chuẩn ASPEN 2020.

Kết quả: Tỷ lệ suy dinh dưỡng của người bệnh Covid-19 điều trị tại ICU là 76,9%. Tỷ lệ người bệnh có nguy cơ hội chứng nuôi ăn lại là 53,8%, trong đó nguy cơ vừa là 36,1%, nguy cơ cao là 16,7%.

Kết luận: Suy dinh dưỡng và hội chứng nuôi ăn lại xảy ra với tỷ lệ cao trên người bệnh Covid-19 điều trị tại ICU. Đánh giá sớm nguy cơ hội chứng nuôi ăn lại và suy dinh dưỡng sẽ giúp giảm các biến chứng liên quan của người bệnh Covid-19 trong ICU.

Từ khóa: Covid-19, ICU, suy dinh dưỡng, hội chứng nuôi ăn lại.

*Tác giả liên hệ

Email: linhngthuy@hmu.edu.vn

Điện thoại: (+84) 932 214 168

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đại dịch Covid-19 là một đại dịch toàn cầu gây ra bởi virus SARS-CoV2. Đại dịch đã gây ra hàng triệu cái chết trên toàn thế giới. Nghiên cứu chỉ ra rằng có tới 30% người bệnh Covid-19 có triệu chứng của hội chứng hô hấp cấp (ARDS) và cần hỗ trợ hô hấp và những hỗ trợ y tế khác tại khoa điều trị tích cực (ICU) [1]. Ở những người bệnh này, hỗ trợ dinh dưỡng đóng một vai trò quan trọng và nên được thực hiện cùng với các điều trị khác càng sớm càng tốt. Liên quan tới hỗ trợ dinh dưỡng, một vài vấn đề đặc trưng ở người bệnh Covid-19 tại ICU là tình trạng SDD và HCNAL. SDD có thể xảy ra trước khi người bệnh mắc phải Covid-19, hoặc đồng thời với diễn biến của bệnh. Trong cả hai trường hợp, SDD có ảnh hưởng nghiêm trọng tới hiệu quả điều trị, thời gian nằm viện và tiên lượng của người bệnh. Mặt khác, HCNAL, đặc trưng bởi tình trạng rối loạn điện giải và vi chất như K, P, Mg, xảy ra do nuôi dưỡng quá mức ở những người bệnh kém nuôi dưỡng trong một thời gian dài. HCNAL có thể dẫn tới những biến chứng nguy hiểm cho người bệnh, bao gồm các cơn động kinh, suy tim, hôn mê [2].

SDD và HCNAL có quan hệ mật thiết với mức độ nặng của người bệnh. Người bệnh Covid-19 điều trị tại ICU thường là người già, cao tuổi và có nhiều bệnh nền, dẫn tới dễ bị ảnh hưởng bởi SDD và HCNAL. Đồng thời, người bệnh Covid-19 điều trị tại ICU thường điều trị trong một thời gian dài, dẫn tới suy giảm khối cơ và mỡ, ảnh hưởng tới tiên lượng người bệnh và các hậu quả khác của hội chứng nuôi ăn lại [3].

Mặc dù đã có một số nghiên cứu về HCNAL trên người bệnh ICU, có rất ít nghiên cứu đánh giá tình trạng dinh dưỡng và nguy cơ HCNAL ở người bệnh Covid-19 điều trị tại ICU. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu với hai mục tiêu:

1. Đánh giá trình trạng dinh dưỡng theo tiêu chuẩn GLIM của người bệnh Covid-19 điều trị tại các đơn nguyên điều trị tích cực – Bệnh viện Điều trị Người bệnh Covid-19 năm 2021-2022.
2. Đánh giá nguy cơ HCNAL của người bệnh Covid-19 điều trị tại các đơn nguyên điều trị tích cực – Bệnh viện Điều trị Người bệnh Covid-19 năm 2021-2022.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Người bệnh Covid-19 điều trị tại khoa điều trị tích cực (ICU) tại bệnh viện điều trị người bệnh Covid-19 từ tháng 9 năm 2021 tới tháng 12 năm 2022.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người trưởng thành từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán xác định mắc Covid-19, điều trị tại các đơn nguyên hồi sức tích cực.

Tiêu chuẩn loại trừ: phụ nữ mang thai, đối tượng không đo lường được đủ các chỉ số nhân trắc theo tiêu chuẩn của GLIM 2019.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

Chọn mẫu ngẫu nhiên, lựa chọn tất cả người bệnh Covid-19 được điều trị tại ICU đủ tiêu chuẩn lựa chọn. Tổng số là 488 người bệnh.

2.5. Biến số/ chỉ số/ nội dung/ chủ đề nghiên cứu

Đặc điểm nhân khẩu học: Tuổi, giới, bệnh nền, đường nuôi dưỡng (ăn đường miệng, ăn qua đường tiêu hóa, nuôi dưỡng tĩnh mạch)/ phương pháp hỗ trợ oxy (thông khí ngắt quãng/thở máy không xâm nhập/thở oxy liều cao/thở oxy qua ống thông mũi/thở oxy kính/tự thở không cần hỗ trợ). Thông tin chung được thu thập bệnh án điện tử, thông tin về tình trạng dinh dưỡng sau khi được đánh giá được nhập vào biểu mẫu đánh giá tình trạng dinh dưỡng đã thiết kế sẵn trên bệnh án điện tử bởi (được thực hiện bởi điều dưỡng, bác sĩ hoặc dinh dưỡng viên).

Giảm cân không chủ đích: Nghiên cứu viên hỏi người bệnh hoặc điện thoại hỏi người nhà hoặc người chăm sóc qua điện thoại hoặc hỏi nhân viên y tế tuyến trước đối với người bệnh nặng chuyển từ tuyến dưới để biết được tình trạng giảm cân của đối tượng.

Giảm khối lượng cơ: Điều dưỡng hoặc bác sĩ hoặc dinh dưỡng viên quan sát và đánh giá tình trạng suy giảm khối lượng cơ vị trí như cơ tam đầu, cơ tứ đầu đùi để đánh giá tình trạng suy giảm khối lượng cơ.

Giảm khẩu phần ăn: Nghiên cứu viên ghi lại tình trạng ăn uống và khẩu phần ăn 24h đầu nhập viện của bệnh nhân.



Tổng hợp các tiêu chí trên, nhóm nghiên cứu áp dụng tiêu chuẩn GLIM 2019 để chẩn đoán tình trạng dinh dưỡng cho người bệnh [4]. Tiêu chuẩn GLIM dựa trên 5 tiêu chí, gồm 3 tiêu chí thực thể (chỉ số khối cơ thể thấp, giảm cân không chủ đích, giảm khối cơ) và 2 tiêu chí nguyên nhân (tình trạng bệnh tật và viêm hệ thống). Phân loại suy dinh dưỡng (SDD): Có chẩn đoán SDD khi có ít nhất 1 tiêu chí thực thể và 1 tiêu chí nguyên nhân. Phân loại SDD mức độ vừa khi có một tiêu chí thực thể ở mức độ vừa và phân loại SDD mức độ nặng khi có một tiêu chí thực thể ở mức độ nặng.

Đánh giá nguy cơ hội chứng nuôi ăn lại: dựa trên tiêu chuẩn ASPEN 2020 để đánh giá nguy cơ hội chứng nuôi ăn lại [5]. Có hai mức độ của hội chứng nuôi ăn lại là nguy cơ vừa và nguy cơ cao. Người bệnh được đánh giá có nguy cơ vừa HCNAL khi có 2 trong các tiêu chí sau: BMI từ 16-18.5 kg/m²; Sụt 5% cân nặng trong 1 tháng; Sụt giảm khối cơ, mất lớp mỡ dưới da mức độ trung bình; KPA 24h <75% NCNL trong 1 tuần trở lên; Hạ Kali, Phosphor máu mức độ nhẹ. Người bệnh được đánh giá có nguy cơ cao HCNAL khi có 1 trong các tiêu chí: BMI < 16.0 kg/m²; Sụt cân 10% trong 6 tháng; Sụt giảm khối cơ, mất lớp mỡ dưới da mức độ nặng; KPA 24h < 50% NCKN trong 1 tuần trở lên; Hạ Kali, Phosphor mức độ trung bình-nặng. Hạ Kali máu được chia thành: hạ Kali máu nhẹ: $3,0 \leq K < 3,5$; trung bình:

$2,5 \leq K < 3,0$; nặng: $K < 2,5$ (mmol/L). Hạ Phosphor máu được chia thành: nhẹ (0,66-0,8mmol/L), trung bình (0,32-0,65mmol/L), hoặc nặng (< 0,32mmol/L).

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Điều dưỡng viên thực hiện đo lường các chỉ số nhân trắc của người bệnh và nhập vào biểu mẫu trên bệnh án điện tử. Bác sĩ dinh dưỡng hoặc dinh dưỡng viên đánh giá tình trạng dinh dưỡng dựa trên tiêu chuẩn GLIM 2019 và đánh giá nguy cơ HCNAL dựa trên tiêu chuẩn ASPEN 2020, sau đó nhập vào biểu mẫu trên bệnh án điện tử. Điều tra viên thu thập dữ liệu nghiên cứu từ biểu mẫu đánh giá tình trạng dinh dưỡng và nguy cơ HCNAL trên bệnh án điện tử

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập qua Microsoft Access (Microsoft Corporation, Hanoi, Vietnam) và sử dụng phần mềm Stata 16 (StataCorp LLC, California) để phân tích số liệu.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được chấp thuận bởi hội đồng nghiên cứu của Trường đại học Y Hà Nội theo Quyết định số 1469/QĐ-ĐHYHN vào ngày 20 tháng 5 năm 2021.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

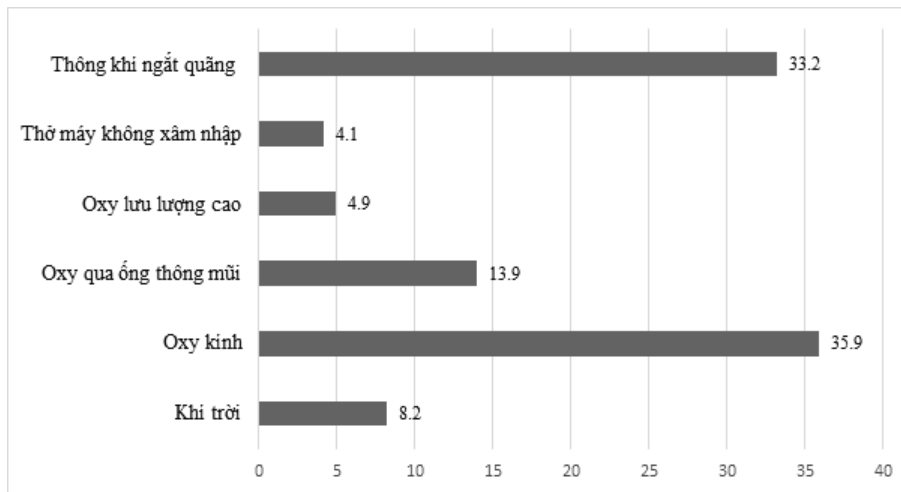
Bảng 1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

		$\bar{X} \pm SD$	Thấp nhất	Cao nhất
Tuổi		71 ± 16,31	18	103
		Tần số (n)		Tỉ lệ (%)
Giới tính	Nam	262	53,7	
	Nữ	226	46,3	
Tình trạng bệnh nhân khi vào ICU	Nhẹ	6	1,2	
	Trung bình	22	4,5	
	Nặng	162	33,2	
	Nguy kịch	298	61,1	

Bảng 1 cho thấy tuổi trung bình của người bệnh là 71±16,3 tuổi. Trong đó, nam giới chiếm 53,7%. Phần

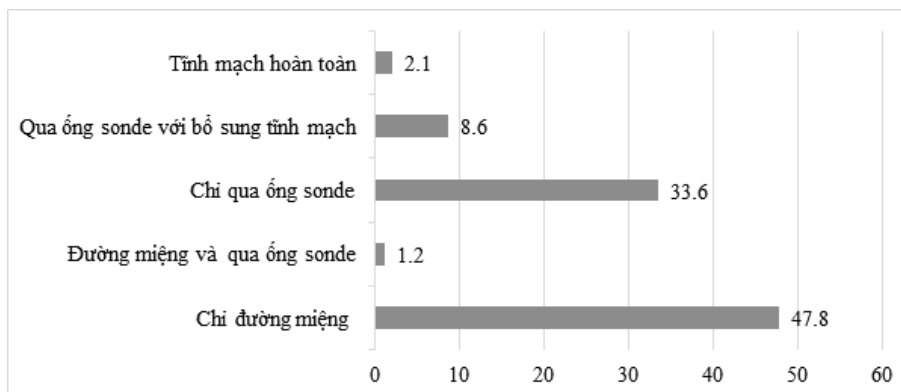
lớn mức độ Covid-19 của người bệnh khi vào ICU là nặng và nguy kịch, chiếm 33,2% và 61,1%.

Biểu đồ 1. Liều pháp oxy của người bệnh Covid-19 khi vào khoa ICU



Biểu đồ 1 cho thấy trong 24-48 giờ đầu vào ICU, chỉ có 8,2% số người bệnh có thể tự thở. Phương pháp hỗ trợ oxy phổ biến nhất là oxy kính với 35,9% và thông khí ngắt quãng với 33,2%.

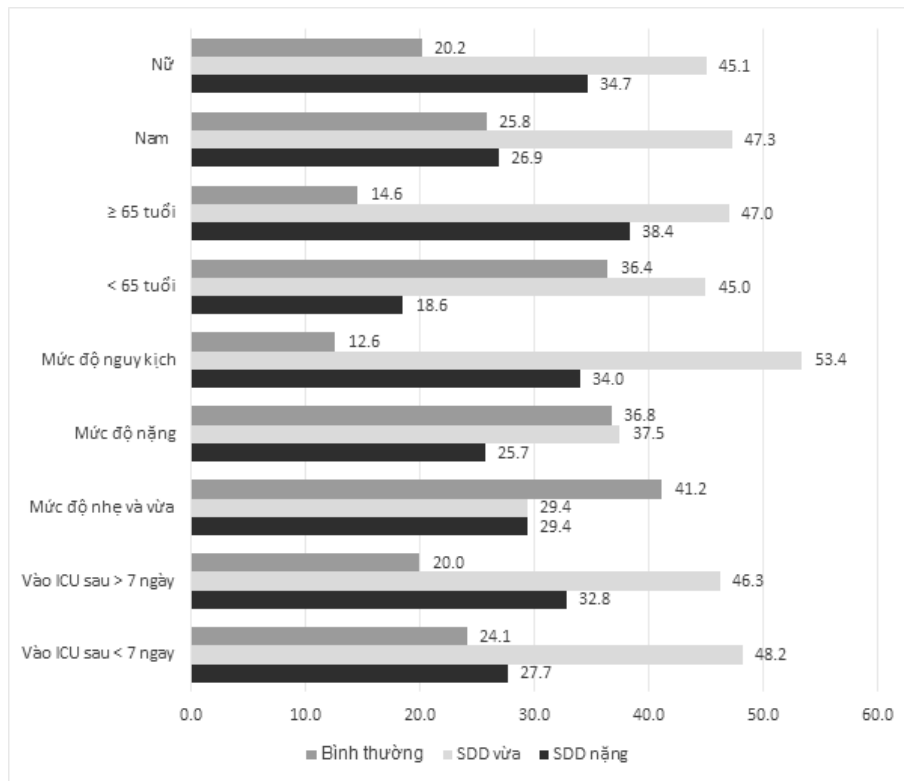
Biểu đồ 2. Đường nuôi dưỡng bệnh nhân ICU trong 24-48 giờ đầu nhập viện



Biểu đồ 2 cho thấy trong 24-48 giờ đầu vào ICU, phần lớn người bệnh có thể ăn uống bằng đường miệng. Có 33,6% người bệnh sử dụng phương pháp nuôi dưỡng đường tiêu hóa. Nuôi dưỡng qua tĩnh mạch được sử dụng ở hơn 10% người bệnh, trong đó 8,6% là nuôi dưỡng tĩnh mạch bổ sung, 2,1% là nuôi dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn.



Biểu đồ 3. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng dựa theo GLIM 2019



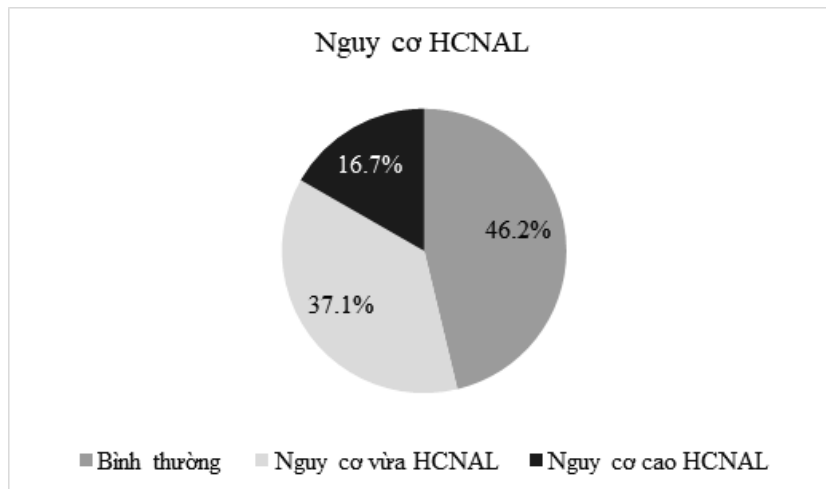
Biểu đồ 3 cho thấy tình trạng SDD xảy ra ở các mức độ khác nhau. Tỷ lệ SDD vừa và nặng ở nhóm người bệnh Covid-19 nặng và nguy kịch là cao nhất. Nhóm người bệnh ≥ 65 tuổi có tình trạng SDD cao hơn nhóm người bệnh < 65 tuổi.

Bảng 2: Mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng và tuổi, giới, tình trạng Covid-19

	Không SDD	SDD	OR (CI 95%)	Giá trị p
Tuổi				
< 65	42 (11,7%)	55 (15,3%)	4,11 (2,38-7,1)	p < 0,05
≥ 65	41 (11,4%)	221 (61,6%)		
Giới				
Nam	48 (13,4%)	138 (38,4%)	1,37 (0,83-2,25)	p > 0.05
Nữ	35 (9,8%)	138 (38,4%)		
Mức độ nặng của COVID-19				
Nhẹ và trung bình	7 (1,9%)	10 (2,8%)	2,45 (0,9-6,69)	p > 0,05
Nặng và nguy kịch	76 (21,2%)	266 (74,1%)		

Bảng 2 cho thấy người bệnh Covid-19 lớn tuổi (≥ 65) có tỷ lệ SDD cao hơn nhiều so với bệnh nhân <65 tuổi (OR: 4,11-CI 95%: 2,38-7,1). Nữ giới mắc SDD cao hơn bệnh nhân nam giới, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa người bệnh Covid-19 mức độ nhẹ và trung bình với người bệnh Covid-19 nặng và nguy kịch.

Biểu đồ 4: Nguy cơ HCNAL ở người bệnh Covid-19 điều trị tại ICU



Biểu đồ 4 cho thấy có 53,8% người bệnh Covid-19 có nguy cơ hô chứng nuôi ăn lại, trong đó nguy cơ vừa là 37,1%, nguy cơ cao là 16,7%.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy người bệnh Covid-19 điều trị tại ICU có tỉ lệ cao SDD và có nguy cơ HCNAL.

Bệnh nhân lớn tuổi (≥ 65 tuổi) có tỷ lệ SDD cao gấp 5 lần bệnh nhân <65 tuổi. Điều này ảnh hưởng tới tình trạng bệnh lý và các biến chứng liên quan tới Covid-19 và SDD [6]. SDD còn có liên quan tới tỉ lệ tử vong cao ở người bệnh Covid-19. Nghiên cứu của của Recinella và đồng sự đã cho thấy người bệnh lớn tuổi có nguy cơ tử vong cao hơn với các nhóm khác [7]. Nghiên cứu về tình trạng dinh dưỡng của người bệnh Covid-19 ở Vũ Hán, Trung Quốc sử dụng thang điểm đánh giá dinh dưỡng giản lược (MNA) cho thấy tỉ lệ SDD trên người bệnh lớn tuổi rất cao, 52,7% [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ người bệnh Covid-19 cao tuổi có tình trạng suy dinh dưỡng là hơn 84%. Có sự khác biệt đáng kể này với các nghiên cứu khác là do nghiên cứu của chúng tôi đánh giá trên người bệnh Covid điều trị tại ICU, trong khi các nghiên cứu khác đánh giá trên người bệnh Covid-19 nói chung.

Ngoài ra, tỉ lệ SDD trong nghiên cứu của chúng tôi, đánh giá bằng thang điểm GLIM 2019, là 76,9%. Ở người bệnh Covid-19, đặc biệt tình trạng nặng và nguy kịch hoặc có bệnh lý nền sẽ có nguy cơ cao mắc SDD. Tuy nhiên, chúng tôi không tìm được sự khác biệt có ý

nghĩa thống kê của các yếu tố này với tình trạng SDD. Chúng tôi cho rằng người bệnh Covid-19 điều trị tại ICU đều có đặc điểm lâm sàng nghiêm trọng cần phải hỗ trợ hô hấp, huyết động, dẫn tới tỉ lệ SDD ở người bệnh tiền sử khỏe mạnh hay mức độ bệnh nhẹ và trung bình đều khá cao. Điều này cũng tương tự với nghiên cứu ở 160 người bệnh tại Pháp [9].

Về nguy cơ HCNAL, người bệnh Covid-19 mức độ nặng và nguy kịch có nguy cơ cao hơn so với người bệnh mức độ nhẹ và trung bình. Tỉ lệ người bệnh Covid-19 có nguy cơ HCNAL là 53,8%. Kết quả của chúng tôi nhỏ hơn kết quả của nghiên cứu trên 327 người bệnh ICU tại Iran với tỉ lệ là 82% [10]. Kết quả này có thể là do nghiên cứu tại Iran chỉ tập trung trên người bệnh Covid-19 mức độ nguy kịch, trong khi đó chúng tôi nghiên cứu trên toàn bộ người bệnh Covid-19 điều trị tại ICU.

Một trong những giới hạn trong nghiên cứu của chúng tôi là không đánh giá được một số chỉ số cận lâm sàng liên quan tới tình trạng dinh dưỡng và hội chứng nuôi ăn lại như vitamin B1, Mg do hạn chế về mặt thiết bị. 25-OH vitamin D cũng không được xét nghiệm thường xuyên. Dẫn tới các chỉ số xét nghiệm về mặt dinh dưỡng không được đầy đủ.

5. KẾT LUẬN

Tỉ lệ SDD của người bệnh Covid-19 điều trị tại ICU, đánh giá dựa trên tiêu chuẩn GLIM 2019, là cao. Người bệnh Covid-19 tình trạng nặng và nguy kịch, người bệnh cao tuổi có nguy cơ SDD cao hơn các nhóm khác.

Đồng thời, tỉ lệ người bệnh có nguy cơ HCNAL, đánh giá dựa trên tiêu chuẩn ASPEN 2020, là cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Huang C, Wang Y, Li X et al., Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*, 395(10223), 2020, 497–506.
- [2] Khan LUR, Ahmed J, Khan S et al., Refeeding syndrome: a literature review. *Gastroenterol Res Pract*, 2011, 410971.
- [3] Yang X, Yu Y, Xu J et al., Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. *Lancet Respir Med*, 8(5), 2020, 475–481.
- [4] Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD et al., GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. *Clin Nutr*, 38(1), 2019, 1–9.
- [5] Da Silva JSV, Seres DS, Sabino K et al., ASPEN Consensus Recommendations for Refeeding Syndrome. *Nutr Clin Pract*, 35(2), 2020, 178–195.
- [6] Wang T, Du Z, Zhu F et al., Comorbidities and multi-organ injuries in the treatment of COVID-19. *Lancet*, 395(10228), 2020, e52.
- [7] Recinella G, Marasco G, Serafini G et al., Prognostic role of nutritional status in elderly patients hospitalized for COVID-19: a monocentric study. *Aging Clin Exp Res*, 32(12), 2020, 2695–2701.
- [8] Li T, Zhang Y, Gong C et al., Prevalence of malnutrition and analysis of related factors in elderly patients with COVID-19 in Wuhan, China. *Eur J Clin Nutr*, 74(6), 2020, 871–875.
- [9] Bedock D, Bel Lassen P, Mathian A et al., Prevalence and severity of malnutrition in hospitalized COVID-19 patients. *Clin Nutr ESPEN*, 40, 2020, 214–219.
- [10] Vahdat SZ, Vahdat SM, Shahbazi E et al., Refeeding Syndrome and Its Related Factors in Critically Ill Coronavirus Disease 2019 Patients: A Prospective Cohort Study. *Front Nutr*, 9, 830457, 2022.

WEIGHT GAIN AND SOME RELATED FACTORS IN PREGNANT WOMEN VISITING THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY IN 2023

Nguyen Thi Thu Lieu^{1,2*}, Nguyen Quynh Nhung¹

¹Hanoi Medical University - No.1 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

²National Hospital of Obstetrics and Gynecology - 43 Trang Thi, Hoan Kiem, Hanoi, Vietnam

Received: 08/09/2023

Revised: 29/09/2023; Accepted: 27/10/2023

ABSTRACT

Objective: To describe status of gestational weight gain (GWG) and some related factors in pregnant women visiting the National Hospital of Obstetrics and Gynecology in 2023.

Subject and method: The cross-sectional study was conducted on 377 pregnant women who visited the National Hospital of Obstetrics and Gynecology from January to June 2023.

Results: The study results showed that the proportion of gestational weight gain below and above the 2009 Institute of Medicine (IOM) guidelines was respectively 60,48% and 11,94%.

The factors related to insufficient GWG according to the 2009 IOM guidelines are maternal age, diseases, BMI before pregnancy, mid upper arm circumference (MUAC), thickness of subcutaneous fat and consumption of milk and dairy products from milk.

Conclusion: These differences are statistically significant with $p < 0.05$. Therefore, it is necessary to assess pregnant women's nutritional status, GWG and advise on appropriate diets to improve the nutritional status and dietary intake of women during pregnancy.

Keywords: Nutritional status; gestational weight gain; pregnant women; related factors.

*Corresponding author

Email address: nguyenthulieu@hmu.edu.vn

Phone number: (+84) 975 880 211

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>



MỨC TĂNG CÂN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở PHỤ NỮ MANG THAI ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG NĂM 2023

Nguyễn Thị Thu Liễu^{1,2*}, Nguyễn Quỳnh Nhung¹

¹Trường đại học Y Hà Nội - 01 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam
²Bệnh viện Phụ sản Trung ương - 43 Tràng Thi, Hoàn Kiếm, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 08 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 29 tháng 09 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 27 tháng 10 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tình trạng tăng cân trong thai kỳ và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ mang thai đến khám tại Bệnh viện Phụ sản trung ương năm 2023.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 377 phụ nữ mang thai đến khám tại Bệnh viện Phụ sản trung ương từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2023.

Kết quả: Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ phụ nữ mang thai tăng cân dưới và trên mức khuyến nghị theo IOM lần lượt là 60,48% và 11,94%. Các yếu tố liên quan đến mức đáp ứng tăng cân theo khuyến nghị của IOM là tuổi, bệnh hiện mắc, BMI trước khi mang thai, chu vi vòng cánh tay, bề dày lớp mỡ dưới da và tiêu thụ sữa và chế phẩm từ sữa không thường xuyên. Các sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết luận: Đối với phụ nữ mang thai đến khám tại bệnh viện cần thực hiện đánh giá tình trạng dinh dưỡng và tư vấn khẩu phần phù hợp nhằm cải thiện tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần của phụ nữ trong các giai đoạn thai kỳ.

Từ khóa: Dinh dưỡng; tăng cân thai kỳ; phụ nữ mang thai; một số yếu tố liên quan.

*Tác giả liên hệ

Email: nguyenthulieu@hmu.edu.vn

Điện thoại: (+84) 975 880 211

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình trạng dinh dưỡng của phụ nữ mang thai là một trong những yếu tố quyết định cho sự phát triển của bào thai, sự tạo sữa trong thời kỳ cho con bú và sự lớn lên của trẻ sau khi được sinh ra. Nhiều nghiên cứu đã được tiến hành để tìm hiểu về mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng của phụ nữ mang thai và cân nặng lúc sinh của trẻ [1]. Khi tăng cân không phù hợp, người mẹ có thể gặp các vấn đề như đái tháo đường thai kỳ, tiền sản giật, các biến chứng khi sinh, thiếu máu, suy dinh dưỡng. Trẻ sinh ra có thể mắc béo phì, nhẹ cân hoặc dị tật bẩm sinh, chậm phát triển, nhận thức kém. Do đó, viện Y học Hoa Kỳ (IOM) đã xây dựng khuyến nghị mức tăng cân cho phụ nữ mang thai dựa trên phân loại chỉ số khối cơ thể (BMI) của WHO. Trên toàn cầu, tỉ lệ tăng cân không phù hợp trong thai kỳ ở trên và dưới ngưỡng khuyến nghị của IOM năm 2009 lần lượt là 27,8% và 39,4% [2]. Để góp phần cung cấp thêm thông tin về mức tăng cân của phụ nữ mang thai, giúp hỗ trợ điều trị và nâng cao sức khỏe sinh sản, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu nhằm xác định mức tăng cân trong thai kỳ và mô tả một số yếu tố liên quan ở phụ nữ mang thai đến khám tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2023.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa khám bệnh, Khoa khám bệnh theo yêu cầu tại bệnh viện Phụ sản trung ương từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2023.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Phụ nữ mang thai trong 6 tháng cuối của thai kỳ đến khám tại bệnh viện Phụ sản trung ương đồng ý tham gia nghiên cứu, có thể đo được các chỉ số nhân trắc, được làm xét nghiệm máu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Phụ nữ đến khám có tiên lượng nặng hoặc không thể đo được chiều cao cân nặng, sinh đôi trở lên, có triệu chứng phù, không theo dõi cân nặng trong quá trình mang thai và không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

Cỡ mẫu: được tính theo công thức cỡ mẫu cho việc ước

tính một tỉ lệ trong quần thể

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{(\epsilon.p)^2}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu nghiên cứu

p: tỉ lệ phụ nữ mang thai tăng cân dưới mức khuyến nghị ở nghiên cứu trước là 42,9% [3].

ϵ : mức sai lệch tương đối, chọn $\epsilon = 0,12$

α : mức ý nghĩa thống kê, lấy $\alpha = 0,05$. Khi đó, $Z(1-\alpha/2) = 1,96$.

Thay vào công thức tính được cỡ mẫu của nghiên cứu là $n = 355$.

Thực tế, nghiên cứu của chúng tôi thu được cỡ mẫu là 377 đối tượng nghiên cứu.

Mẫu nghiên cứu được lựa chọn theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện, các bà mẹ đến khám trong thời gian tiến hành nghiên cứu, thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn được chọn vào nghiên cứu cho đến khi đủ số lượng theo cỡ mẫu nghiên cứu.

2.5. Biến số/ chỉ số/ Nội dung/ chủ đề nghiên cứu

- Tình trạng dinh dưỡng khi mang thai: Chiều cao, cân nặng, chỉ số khối cơ thể (BMI) trước khi mang thai, mức tăng cân trong thai kỳ, chu vi vòng cánh tay, bề dày lớp mỡ dưới da

- Yếu tố liên quan: tuổi, trình độ học vấn, nơi ở, các bệnh hiện mắc, tần suất tiêu thụ thực phẩm.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

- Công cụ thu thập số liệu:

+ Về cân nặng, chiều cao: sử dụng cân Tanita với độ sai số 0,1kg và thước đo chiều cao gắn tường (độ chính xác 0,1cm) theo tiêu chuẩn của Viện Dinh dưỡng.

+ Chu vi vòng cánh tay: Dùng thước mềm, không chun giãn với độ chính xác 0,1cm.

+ Bề dày lớp mỡ dưới da: Dùng dụng cụ đo Figure finder fat – o – meter với độ chính xác 0,1cm.

- Tiêu chuẩn đánh giá:

+ Ngưỡng đánh giá tình trạng dinh dưỡng: Chu vi vòng cánh tay <23cm có nguy cơ suy dinh dưỡng [4].

+ Khuyến nghị về mức độ tăng cân trong thai kỳ của Viện Y học Hoa Kỳ (IOM) [2]



+ Phân loại tình trạng dinh dưỡng theo BMI trước khi mang thai theo WHO [5]

+ Tần suất tiêu thụ thực phẩm được chia làm 2 nhóm: Thường xuyên (sử dụng thực phẩm đó >2 lần/tuần) và không thường xuyên (sử dụng thực phẩm đó ≤2 lần/tuần).

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

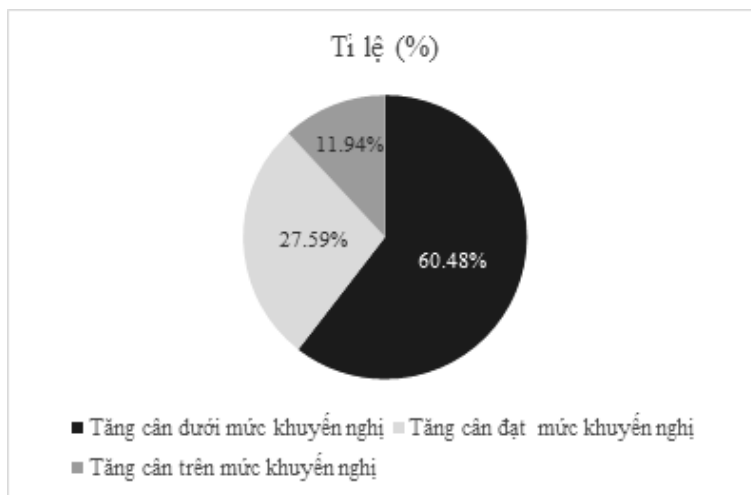
Số liệu sau khi thu thập đã được làm sạch và nhập vào máy tính bằng phần mềm Redcap. Các phân tích sẽ được thực hiện trên phần mềm STATA 16.0.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu chỉ được tiến hành khi đối tượng tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện đồng ý. Nghiên cứu được sự đồng ý của Giám đốc Bệnh viện Phụ sản trung ương, được thông qua Hội đồng phê duyệt nhiệm vụ khoa học công nghệ cấp cơ sở năm 2023 của Trường đại học Y Hà Nội theo Quyết định số 1102/QĐ-ĐHYHN.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Biểu đồ 1. Mức tăng cân theo khuyến nghị của IOM của đối tượng nghiên cứu (n=377)



Biểu đồ 1 cho thấy tỉ lệ tăng cân dưới mức khuyến nghị theo IOM của phụ nữ mang thai đến khám tại bệnh viện Phụ sản trung ương là 60,48%, trên mức khuyến nghị là 11,94%.

Bảng 1. Tỉ lệ tăng cân trong thai kỳ theo tình trạng dinh dưỡng trước khi mang thai (n=377)

Phân loại BMI trước khi mang thai (kg/m ²)	Dưới mức khuyến nghị n (%)	Đạt mức khuyến nghị n (%)	Trên mức khuyến nghị n (%)
<18,5	48 (76,19)	14 (22,22)	1 (1,59)
18,5 – 24,9	165 (57,09)	87 (30,1)	37 (12,8)
25 – 29,9	12 (60)	2 (10)	6 (30)
≥30	3 (60)	1 (20)	1 (20)
Tổng	228(60,48)	104 (27,59)	45 (11,94)

Bảng 1 cho thấy tỉ lệ tăng cân dưới mức khuyến nghị trong quá trình mang thai cao nhất ở nhóm phụ nữ bị thiếu năng lượng trường diễn (BMI<18,5 kg/m²) chiếm 76,19%. Tỉ lệ tăng cân trên mức khuyến nghị cao nhất ở nhóm phụ nữ thừa cân (BMI từ 25 – 29,9 kg/m²) chiếm 30%, thấp nhất ở nhóm phụ nữ thiếu năng lượng trường diễn với 1,59%.

Bảng 2. Mối liên quan giữa mức tăng cân trong thai kỳ và một số thông tin của đối tượng nghiên cứu (n=377)

Yếu tố liên quan	Mức tăng cân trong thai kỳ		OR (95% CI)	P
	Dưới mức khuyến nghị theo IOM n (%)	Từ mức khuyến nghị theo IOM trở lên n (%)		
Tuổi				
≥35	46 (76,67)	14 (23,33)	2,43 (1,28 – 4,64)	0,04*
<35	182 (57,41)	135 (42,59)	1	
Trình độ học vấn				
Dưới THPT	12 (70,59)	5 (29,41)	1,6 (0,51-5,91)	0,38*
Từ THPT trở lên	216 (60)	144 (40)	1	
Nơi sống				
Nông thôn	91 (61,9)	56 (38,1)	1,1 (0,72 – 1,69)	0,65*
Thành thị	137 (59,57)	93 (40,43)	1	
Bệnh hiện mắc				
Có	30 (76,92)	9 (23,09)	2,4 (1,1 – 5,3)	0,03*
Không	198 (58,58)	140 (41,42)	1	
Tuổi thai				
<24 tuần	10 (76,92)	3 (23,08)	2,2 (0,56-12,8)	0,2**
≥24 tuần	218 (59,89)	146 (40,11)	1	

*: test khi bình phương (X^2); **: fisher's exact test

Bảng 2 cho thấy mối liên quan giữa mức tăng cân trong thai kỳ và tuổi của bà mẹ. Bà mẹ trên 35 tuổi có nguy cơ tăng cân dưới mức khuyến nghị gấp 2,43 lần những bà mẹ dưới 35 tuổi, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với khoảng tin cậy 95% CI của OR dao động trong khoảng 1,28 đến 4,64. Những bà mẹ mang thai có bệnh

hiện mắc có nguy cơ tăng cân dưới mức khuyến nghị cao gấp 2,4 lần những bà mẹ khác, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với khoảng tin cậy 95% CI của OR dao động trong khoảng 1,1 đến 5,3. Chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các đặc điểm về trình độ học vấn, nơi sống của bà mẹ và tuổi thai với mức tăng cân trong thai kỳ.

Bảng 3. Mối liên quan giữa mức tăng cân trong thai kỳ và một số chỉ số nhân trắc (n=377)

Yếu tố liên quan	Mức tăng cân trong thai kỳ		OR (95% CI)	P
	Dưới mức khuyến nghị theo IOM n (%)	Từ mức khuyến nghị theo IOM trở lên n (%)		
BMI trước khi mang thai				
<18,5	48 (77,42)	14 (2,58)	2,5 (1,4 – 5)	0,003*
≥18,5	180 (57,14)	135 (42,86)	1	
Chu vi vòng cánh tay				
MUAC < 23cm	56 (82,35)	12 (17,65)	3,7 (1,9-7,3)	0,00*
MUAC ≥23cm	172 (55,66)	137 (44,34)	1	
Bề dày lớp mỡ dưới da	24,5±3,4	26,7±3,7		0,00***



*: test khi bình phương (X^2);

** : fisher's exact test;

***: Mann - Whitney test

Bảng 3 cho thấy nhóm thiếu năng lượng trường diễn trước khi mang thai có nguy cơ tăng cân dưới mức khuyến nghị cao hơn 2,5 lần so với nhóm phụ nữ có BMI trước khi mang >18,5 kg/m². Về phân loại tình trạng dinh dưỡng

theo chu vi vòng cánh tay, nhóm có MUAC < 23cm có nguy cơ tăng cân dưới mức khuyến nghị theo IOM gấp 3,7 lần nhóm có MUAC từ 23cm trở lên, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Những bà mẹ tăng cân dưới mức khuyến nghị có bề dày lớp mỡ dưới da trung bình là 24,5±3,4mm, trong khi đó giá trị trung bình ở nhóm còn lại là 26,7±3,7mm, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p của Mann - Whitney test <0,05).

Bảng 4. Mối liên giữa mức tăng cân và tần suất sử dụng một số loại thực phẩm (n=377)

Yếu tố liên quan	Mức tăng cân trong thai kỳ		OR (95% CI)	P
	Dưới mức khuyến nghị theo IOM n (%)	Từ mức khuyến nghị theo IOM trở lên n (%)		
Tần suất tiêu thụ nhóm sữa và chế phẩm từ sữa				
Không thường xuyên	41 (74,5)	14 (25,5)	2,1 (1,08 – 4,37)	0,02*
Thường xuyên	187 (59,32)	135 (40,68)	1	
Tần suất tiêu thụ nhóm trứng các loại				
Không thường xuyên	20 (71,43)	8 (28,57)	1,7 (0,7 – 3,97)	p=0,2*
Thường xuyên	208 (59,6)	141 (40,4)	1	

Bảng 4 cho thấy nhóm bà mẹ tiêu thụ sữa và chế phẩm từ sữa không thường xuyên có mức tăng cân dưới khuyến nghị cao gấp 2,1 lần bà mẹ tiêu thụ sữa thường xuyên, và mối liên quan này có ý nghĩa thống kê. Nhóm bà mẹ tiêu thụ trứng không thường xuyên có mức tăng cân dưới khuyến nghị cao gấp 1,7 lần nhóm tiêu thụ trứng thường xuyên, tuy nhiên chưa tìm được mối liên quan có ý nghĩa thống kê.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 377 bà mẹ mang thai đến khám tại bệnh viện Phụ sản Trung ương. Để đánh giá mức tăng cân trong thai kỳ, chúng tôi dựa trên khuyến nghị của Viện Y học Hoa Kỳ (IOM) năm 2009 theo phân loại chỉ số khối cơ thể (BMI) trước khi mang thai. Một nghiên cứu tổng quan hệ thống được thực hiện năm 2020 đã cho thấy mức đáp ứng tăng cân không đủ trong thai kỳ là yếu tố nguy cơ đáng kể đối với tình trạng cân nặng sơ sinh thấp của trẻ khi sinh ra và tỉ lệ sinh non. Khi so sánh mức tăng cân theo khuyến nghị của IOM năm 2009, nghiên cứu cho thấy có 60,48% tăng cân dưới mức khuyến nghị, 11,94%

tăng cân trên mức khuyến nghị. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu tại Niger với lần lượt là 62,9% và 13,1% [6]. Nghiên cứu của Ancira tại Mexico năm 2019 có 29,39% phụ nữ tăng cân dưới mức khuyến nghị và 40,91% người tăng cân trên mức khuyến nghị [7]. Những sự khác biệt này có thể do sự khác nhau trong giai đoạn mang thai, thực hành dinh dưỡng, sự thay đổi trong tiêu thụ thực phẩm. Kết quả nghiên cứu cho thấy sự chênh lệch tỷ lệ tăng cân dưới và trên khuyến nghị của IOM khác nhau ở mỗi nhóm BMI trước khi mang thai. Tỉ lệ tăng cân dưới mức khuyến nghị trong quá trình mang thai cao nhất ở nhóm phụ nữ bị thiếu năng lượng trường diễn (BMI < 18,5 kg/m²) chiếm 76,19%. Tỉ lệ tăng cân trên mức khuyến nghị cao nhất ở nhóm phụ nữ thừa cân (BMI từ 25 – 29,9 kg/m²) chiếm 30%, thấp nhất ở nhóm phụ nữ thiếu năng lượng trường diễn với 1,59%. Nghiên cứu của Gilberto Kac và cộng sự trên 2562 phụ nữ Bangladesh năm 2019 cũng cho kết quả tương tự với mức tăng cân dưới khuyến nghị cao nhất ở nhóm có BMI < 18,5 kg/m² (87%) và mức tăng cân trên khuyến nghị cao nhất ở nhóm có BMI từ 25 kg/m² (42,1%) [8].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mối liên quan giữa mức tăng cân trong thai kỳ và tuổi, bệnh hiện mắc của

bà mẹ. Bà mẹ trên 35 tuổi có nguy cơ tăng cân dưới mức khuyến nghị gấp 2,43 lần những bà mẹ dưới 35 tuổi, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với khoảng tin cậy 95% CI của OR dao động trong khoảng 1,28 đến 4,64. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có điểm khác biệt so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hải Yến trên địa bàn Hà Nội năm 2020, những phụ nữ dưới 30 tuổi có nguy cơ tăng cân dưới mức khuyến nghị gấp 1,7 lần so với nhóm còn lại (OR = 1,7, 95% CI: 1,1 – 1,7) [3]. Trong thời gian có thai, bà mẹ có thể mắc các bệnh như tiền sản giật - sản giật, đái tháo đường, cao huyết áp,... ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe, cân nặng. Những bà mẹ mang thai gặp vấn đề về sức khỏe có nguy cơ tăng cân dưới mức khuyến nghị cao gấp 2,4 lần những bà mẹ khác (95% CI: 1,1 – 5,3). Điều này đã được chứng minh trong nghiên cứu diễn ra tại đông bắc Ethiopia cho thấy tỉ lệ suy dinh dưỡng, tăng cân không đủ ở những bà mẹ mắc bệnh trước và trong khi mang thai cao gấp 6 lần so với nhóm bà mẹ khỏe mạnh [9].

Kết quả của nghiên cứu cho thấy mối tương quan giữa mức tăng cân của phụ nữ mang thai và một số chỉ số nhân trắc khác. Nhóm phụ nữ có tình trạng thiếu năng lượng trường diễn theo BMI trước khi mang thai có nguy cơ tăng cân dưới mức khuyến nghị trong thai kỳ cao hơn 2,5 lần so với nhóm phụ nữ có BMI trước khi mang thai >18,5 kg/m². Điều này có thể lí giải do phụ nữ có BMI trước khi sinh thấp thường do chế độ dinh dưỡng không đầy đủ trong thời gian dài, cơ thể không chỉ thiếu năng lượng trường diễn mà còn kèm theo thiếu nhiều vi chất. Trong khi đó, cả quá trình mang thai cơ thể tăng nhu cầu dinh dưỡng về số lượng và chất lượng, dẫn đến phụ nữ tăng cân ít trong thai kỳ. Về phân loại tình trạng dinh dưỡng theo chu vi vòng cánh tay, nhóm có MUAC < 23cm có nguy cơ tăng cân dưới mức khuyến nghị theo IOM gấp 3,7 lần nhóm có MUAC từ 23cm trở lên, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Theo Viện Dinh dưỡng, bề dày lớp mỡ dưới da được dùng như một số đo trực tiếp sự béo trệ, hay nói cách khác, chỉ số này phản ánh kích thước của kho dự trữ mỡ dưới da và từ đó cho phép ước lượng tổng số lượng mỡ của cơ thể. Những bà mẹ tăng cân dưới mức khuyến nghị có bề dày lớp mỡ dưới da trung bình là 24,5±3,4mm, trong khi đó giá trị trung bình ở nhóm còn lại là 26,7±3,7mm, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p của Mann – Whitney test <0,05). Về tần suất tiêu thụ thực phẩm của bà mẹ tham gia nghiên cứu, nhóm bà mẹ tiêu thụ sữa và chế phẩm từ sữa không thường xuyên có mức tăng cân dưới khuyến nghị cao gấp 2,1 lần bà mẹ tiêu thụ sữa thường

xuyên, và mối liên quan này có ý nghĩa thống kê. Nhóm bà mẹ tiêu thụ trứng không thường xuyên có mức tăng cân dưới khuyến nghị cao gấp 1,7 lần nhóm tiêu thụ trứng thường xuyên, tuy nhiên chưa tìm được mối liên quan có ý nghĩa thống kê. Một nghiên cứu khác về mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng và chế độ ăn ở Pakistan cũng cho thấy mối liên quan giữa tần suất sử dụng trứng và tăng cân trong thai kì (p<0,05)[10].

5. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 377 đối tượng nghiên cứu đến khám tại bệnh viện Phụ sản trung ương cho thấy tỷ lệ phụ nữ mang thai có mức tăng cân dưới mức khuyến nghị trong 6 tháng cuối của thai kỳ tương đối cao. Các yếu tố liên quan đến mức tăng cân của phụ nữ mang thai là tuổi, bệnh hiện mắc của mẹ, BMI trước khi mang thai, mức tăng cân theo IOM, bề dày lớp mỡ dưới da và mức tiêu thụ sữa và chế phẩm từ sữa. Các sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Do đó, đối với phụ nữ mang thai đến khám tại bệnh viện cần thực hiện đánh giá tình trạng dinh dưỡng, mức tăng cân và tư vấn khẩu phần phù hợp nhằm cải thiện tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần của phụ nữ trong các giai đoạn thai kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] C. Berti et al., “Pregnancy and Infants” Outcome: Nutritional and Metabolic Implications,” Crit Rev Food Sci Nutr, vol. 56, no. 1, pp. 82–91, 2016, doi: 10.1080/10408398.2012.745477.
- [2] J. A. Martínez-Hortelano, I. Cavero-Redondo, C. Álvarez-Bueno et al., Monitoring gestational weight gain and prepregnancy BMI using the 2009 IOM guidelines in the global population: a systematic review and meta-analysis, BMC Pregnancy and Childbirth, vol. 20, no. 1, p. 649, Oct. 2020, doi: 10.1186/s12884-020-03335-7.
- [3] Nguyễn Thị Hải Yến, Hoàng Đức Phúc, Nguyễn Thị Kiều Anh, Tăng cân thai kỳ và một số yếu tố liên quan của phụ nữ mang thai tại thành phố Hà Nội năm 2020, Tạp chí Y học dự phòng, vol. 31, no. 3, Art. no. 3, Jun. 2021, doi: 10.51403/0868-2836/2021/319.
- [4] Mija-tesse V, Annick A, Anita S et al., Which

Anthropometric Indicators Identify a Pregnant Woman as Acutely Malnourished and Predict Adverse Birth Outcomes in the Humanitarian Context? PLoS Curr; 2013 June 7.

- [5] A healthy lifestyle - WHO recommendations. Accessed November 27, 2022. <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/a-healthy-lifestyle---who-recommendations>
- [6] C. T. Ouédraogo, K. R. Wessells, R. R. Young et al., Prevalence and determinants of gestational weight gain among pregnant women in Niger, *Matern Child Nutr*, vol. 16, no. 1, p. e12887, Sep. 2019, doi: 10.1111/mcn.12887.
- [7] M. Ancira-Moreno et al., “Gestational weight gain trajectories over pregnancy and their association with maternal diet quality: Results from the PRINCESA cohort,” *Nutrition*, vol. 65, pp. 158–166, Sep. 2019, doi: 10.1016/j.nut.2019.02.002.
- [8] G. Kac, C. D. Arnold, S. L. Matias et al., Gestational weight gain and newborn anthropometric outcomes in rural Bangladesh, *Matern Child Nutr*, vol. 15, no. 4, p. e12816, Apr. 2019, doi: 10.1111/mcn.12816.
- [9] S. Birara Aychiluhm, A. Gualu, and A. G. Wuneh, Undernutrition and its associated factors among pregnant women attending antenatal care at public health facilities in pastoral communities of Afar Regional State, northeast Ethiopia, *Pastoralism*, vol. 12, no. 1, p. 35, Aug. 2022, doi: 10.1186/s13570-022-00251-7.
- [10] F. Ali, I. Thaver, and S. A. Khan, Assessment of dietary diversity and nutritional status of pregnant women in Islamabad, Pakistan, *Journal of Ayub Medical College Abbottabad*, vol. 26, no. 4, Art. no. 4, Dec. 2014.

PREDICTIONAL VALUE OF SOME HEMATOLOGY TEST IN COVID-19 PATIENTS FOR SEVERE PROGNOSIS AT VIETNAM SWEDEN – UONG BI HOSPITAL

Nguyen Thi Ngoc Lan^{1,2*}, Nguyen Duc Tuan^{1,2}

¹Hanoi Medical University - No1 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Medical University Hospital - No1 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

Received: 08/09/2023

Revised: 06/10/2023; Accepted: 27/10/2023

ABSTRACT

Objective: This study aims to survey the characteristics of COVID-19 patients who have received 2 vaccines at the time of admission and evaluate their association with the patient's prognosis.

Subject and method: A retrospective cross-sectional descriptive study was conducted on 632 study subjects diagnosed with COVID-19 received more than 2 doses of COVID-19 vaccine.

Results: In 632 study subjects, 601 study subjects (accounting for 95,1%) had mild or asymptomatic symptoms, while 31 study subjects (accounting for 4,9%) had moderate, severe, or critical conditions. The male-to-female ratio in the study was 49,52% and 50,48%, respectively. Among all study subjects, there was an increased risk of severe outcomes in the group aged 50 and above compared to those below 50. In the male group, we observed differences in RBC, D-DIMER, INR, and PT levels at the time of admission between the group with mild or asymptomatic symptoms and the group with moderate to severe symptoms (including moderate, severe, and critical). Furthermore, male patients with elevated D-DIMER levels had a 3,37-fold higher risk of severe outcomes (95% CI 1,19-9,51) compared to the normal group. All these differences were statistically significant with $p < 0,05$.

Conclusion: There were differences in RBC, D-DIMER, INR, and PT levels at the time of admission between the group of male patients with mild or asymptomatic symptoms and the group with moderate to severe symptoms. An elevated D-DIMER level is a warning sign that the patient is at a 3,37 times higher risk of severe outcomes

Keywords: COVID-19, hematological indices, D-DIMER.

*Corresponding author

Email address: ngoclannguyen@hmu.edu.vn

Phone number: (+84) 964 311 285

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>



GIÁ TRỊ DỰ BÁO TIÊN LƯỢNG NẶNG CỦA MỘT SỐ CHỈ DẤU XÉT NGHIỆM HUYẾT HỌC TRÊN BỆNH NHÂN COVID-19 TẠI BỆNH VIỆN VIỆT NAM THỤY ĐIỂN UÔNG BÍ

Nguyễn Thị Ngọc Lan^{1,2*}, Nguyễn Đức Tuấn^{1,2}

¹Trường Đại học Y Hà Nội - Số 1 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội - Số 1 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 08 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 06 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 27 tháng 10 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng và một số chỉ số xét nghiệm huyết học của bệnh nhân COVID-19 tại thời điểm nhập viện và đánh giá mối liên quan giữa chúng với tiên lượng tình trạng của bệnh nhân.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu trên 632 đối tượng nghiên cứu được chẩn đoán mắc COVID-19, tất cả các đối tượng được tiêm từ trên 2 mũi vaccin phòng chống SARS-CoV-2.

Kết quả: Trong 632 đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) có 601 ĐTNC (chiếm 95,1%) có triệu chứng mức độ nhẹ hoặc không triệu chứng của COVID-19, 31 ĐTNC (chiếm 4,9%) có diễn biến mức độ trung bình, nặng hoặc nguy kịch. Tỷ lệ nam giới và nữ giới trong nghiên cứu lần lượt là 49,52% và 50,48%. Trong tất cả các ĐTNC, có sự gia tăng nguy cơ diễn biến nặng ở nhóm trên 50 tuổi so với dưới 50 tuổi. Trong nhóm nam giới, có sự khác biệt về chỉ số RBC, D-DIMER, INR và PT tại thời điểm nhập viện giữa nhóm bệnh nhân có triệu chứng mức độ nhẹ hoặc không triệu chứng và nhóm có triệu chứng từ mức độ trung bình trở lên (bao gồm trung bình, nặng và nguy kịch). Đặc biệt, nam giới có chỉ số D-DIMER tăng sẽ có nguy cơ diễn biến nặng tăng gấp 3,37 lần (95%CI 1,19-9,51) so với nhóm nam giới bình thường. Các khác biệt trên đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết luận: Có sự khác biệt về chỉ số RBC, D-DIMER, INR và PT tại thời điểm nhập viện giữa nhóm ĐTNC nam giới có triệu chứng nhẹ hoặc không triệu chứng so với nhóm có diễn biến mức độ trung bình, nặng hoặc nguy kịch, chỉ số D-DIMER tăng là dấu hiệu cảnh báo bệnh nhân có nguy cơ diễn biến nặng.

Từ khóa: COVID-19, chỉ số huyết học, D-DIMER.

*Tác giả liên hệ

Email: ngoclannguyen@hmu.edu.vn

Điện thoại: (+84) 964 311 285

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đại dịch COVID-19 là bệnh viêm đường hô hấp cấp do virus SARS-CoV-2 gây ra, bệnh xuất hiện lần đầu tiên ở thành phố Vũ Hán, tỉnh Hồ Bắc, Trung Quốc vào tháng 12/2019 sau đó nhanh chóng lan ra toàn thế giới. Theo thống kê của WHO, tính đến giữa tháng 8 năm 2023, đã có hơn 769 triệu trường hợp được xác nhận nhiễm COVID-19, và hơn 6,9 triệu trường hợp tử vong. Tại Việt Nam, chúng ta đã trải qua 4 làn sóng dịch với hơn 11 triệu ca mắc và hơn 43,000 ca tử vong. Hiện nay, với thành công của chiến dịch tiêm chủng vaccin phòng COVID-19, nguy cơ bùng phát dịch đã được hạn chế, tuy nhiên với sự xuất hiện của nhiều biến chủng mới như Omicron XBB.1.5, Omicron XBB.1.16, Omicron BA.2.86,... có thể làm suy yếu hiệu quả của vaccin khiến cho công tác phòng, chống dịch COVID-19 vẫn là một vấn đề cần hết sức lưu tâm.[1]

Bệnh COVID-19 có triệu chứng và diễn biến lâm sàng rất đa dạng, phần lớn người mắc không có triệu chứng hoặc chỉ có triệu chứng nhẹ, tuy nhiên có những bệnh nhân có diễn biến rất nặng như hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển, suy chức năng đa cơ quan hay rối loạn đông máu. Do đó, để đối phó với đại dịch COVID-19, việc xác định các đối tượng nguy cơ cao có thể diễn biến nặng luôn được chú trọng. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy ảnh hưởng của các yếu tố như tuổi, giới, tình trạng tiêm vaccin, bệnh lý nền kèm theo tới tiên lượng của bệnh nhân COVID-19. Bên cạnh đó, gần đây, nhiều nghiên cứu trên thế giới đã nhấn mạnh ý nghĩa của các chỉ số xét nghiệm trong đó có chỉ số xét nghiệm huyết học, đông máu cũng có giá trị quan trọng trong hỗ trợ tiên lượng bệnh nhân COVID-19. Tiêu biểu trong số này là nghiên cứu của Haoting Zhan (2021) hay nghiên cứu của Mariangela Palladino (2021) đều cho thấy giá trị của chỉ số D-DIMER ngay tại thời điểm nhập viện trong theo dõi, tiên lượng bệnh nhân COVID-19. [2] [3]

Bệnh viện Việt Nam Thụy Điển Uông Bí là một trong số những cơ sở y tế tuyến đầu tiếp nhận, phân loại và điều trị hàng chục nghìn bệnh nhân trong đại dịch COVID-19 vừa qua, do đó, việc nghiên cứu, đánh giá nhằm xác định các đặc điểm lâm sàng cũng như cận lâm sàng có thể hỗ trợ dự báo nguy cơ diễn biến nặng của bệnh nhân là rất quan trọng. Chính vì vậy, nghiên

cứ này được thực hiện nhằm khảo sát đặc điểm của bệnh nhân COVID-19 đã tiêm đủ 2 mũi vaccin tại thời điểm nhập viện và đánh giá mối liên quan giữa chúng với tiên lượng của bệnh nhân.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/2021 đến tháng 06/2023 tại Bệnh viện Việt Nam – Thụy Điển Uông Bí.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn vào nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu được chẩn đoán mắc COVID-19 theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Bộ Y tế theo Quyết định 3646/QĐ-BYT 2021.

- Đối tượng nghiên cứu trên 18 tuổi.

- Đối tượng nghiên cứu đã tiêm tối thiểu 2 mũi vaccin phòng COVID-19.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Đối tượng nghiên cứu không có đầy đủ hồ sơ bệnh án.

- Đối tượng nghiên cứu có ghi nhận tiền sử mắc các bệnh lý nền.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện bao gồm toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu, tối thiểu 500 bệnh nhân.

2.5. Biến số/ chỉ số/ Nội dung/ chủ đề nghiên cứu

Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới tính, tiền sử tiêm vaccin: số mũi tiêm. Các loại vaccin được sử dụng gồm có: vaccin Moderna, vaccin Pfizer, vaccin Astrazeneca, vaccin Verocell, vaccin Sputnik V.

Thông tin cận lâm sàng: Các chỉ số cận lâm sàng được thu thập trong vòng 24h nhập viện gồm có: RBC, HGB, HCT, MCV, MCH, WBC, LYMPH, PLT, D-DIMER, INR, PT. Kết quả cận lâm sàng được phiên giải theo bảng 2.1.



Bảng 2.1: Phiên giải kết quả cận lâm sàng

Chỉ số huyết học	Giá trị tham chiếu	Giá trị thấp
RBC	Nam: 4,7-6,1 T/L Nữ: 4,2-5,4 T/L	Nam: < 4,7 T/L Nữ: < 4,2 T/L
HGB	Nam: 130-180 g/L Nữ: 120-160 g/L	Nam: <130 g/L Nữ: <120 g/L
HCT	Nam: 0,36-0,47 Nữ: 0,35-0,44	Nam: < 0,36 Nữ: < 0,35
MCV	83-92 fl	<0,83 fl
MCH	27-32 pg	<27 pg
WBC	4-11 G/L	<4 G/L
LYMPT	1-4 G/L	<1G/L
PLT	150-450 G/L	<150 G/L
Chỉ số đông máu	Giá trị tham chiếu	Giá trị cao
D-DIMER	1-500 ng/mL	>500 ng/mL
INR	0,9-1,1	> 1,1
PT	11-13s	> 13s

Thông tin phân loại mức độ bệnh theo hướng dẫn của BHYT gồm: không triệu chứng, triệu chứng nhẹ, trung bình, nặng và nguy kịch. Nhóm bệnh nhân không triệu chứng, triệu chứng nhẹ được xếp vào nhóm bệnh nhân mức độ nhẹ, nhóm bệnh nhân triệu chứng trung bình, nặng và nguy kịch được xếp vào nhóm bệnh nhân mức độ nặng.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

ĐTNC đáp ứng tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu được thu thập thông tin lâm sàng và các kết quả cận lâm sàng dựa trên hồ sơ bệnh án. Số liệu được nhập liệu vào phần

mềm Microsoft Excel 2016.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được nhập bằng phần mềm Microsoft Excel 2016 và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Toàn bộ thông tin nghiên cứu được truy cập hồi cứu từ hồ sơ bệnh án, các thông tin được bảo mật và không can thiệp vào quá trình điều trị bệnh nhân.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

		Chung N= 632	Nam N= 313	Nữ N= 319
Tuổi	Tuổi trung bình	36,6 ± 12,6	35,3 ± 12,5	38,0 ± 12,6
	< 50 tuổi	552 (87,3%)	279 (89,1%)	273 (85,6%)
	≥50 tuổi	80 (12,7%)	34 (10,9%)	46 (14,4%)
Vaccin	Tiêm 2 mũi	587 (92,9%)	295 (94,3%)	292 (91,5%)
	Tiêm 3 mũi	44 (7,0%)	17 (5,4%)	27 (8,5%)
	Tiêm 4 mũi	1 (0,2%)	1 (0,3%)	0 (0%)

		Chung N= 632	Nam N= 313	Nữ N= 319
Chẩn đoán mức độ nặng	Không triệu chứng	45 (7,1%)	22 (7,0%)	23 (7,2%)
	Nhẹ	556 (88,0%)	272 (86,9%)	284 (89,0%)
	Trung bình	23 (3,6%)	13 (4,2%)	10 (3,1%)
	Nặng, nguy kịch	8 (1,3%)	6 (1,9%)	2 (0,6%)
Kết quả các chỉ số xét nghiệm huyết học khi vào viện	RBC (T/L)	4,8 ± 0,6	5,1 ± 0,5	4,5 ± 0,5
	HGB (g/L)	138,5 ± 15,7	149,3 ± 11,0	127,9 ± 11,9
	HCT (L/L)	0,43 ± 0,36	0,47 ± 0,51	0,38 ± 0,03
	MCV (fl)	98,5 ± 7,5	87,4 ± 6,6	85,6 ± 8,2
	MCH (pg)	29,0 ± 3,1	29,4 ± 2,6	28,6 ± 3,5
	WBC (G/L)	7,2 ± 18,4	7,3 ± 18,2	7,1 ± 18,5
	LYMPT (G/L)	2,1 ± 3,9	2,4 ± 4,8	1,8 ± 2,9
	PLT (G/L)	210,3 ± 52,8	202,4 ± 47,8	218,0 ± 56,3
	D-DIMER	412,1 ± 448,8	333,7 ± 471,9	489,3 ± 411,2
	INR	0,99 ± 0,08	0,98 ± 0,09	1,0 ± 0,08
	PT (s)	11,6 ± 1,0	11,4 ± 1,0	11,7 ± 0,9

Trong tổng số 632 ĐTNCC tỷ lệ nam giới và nữ giới lần lượt là 49,52% và 50,48%. Độ tuổi trung bình của ĐTNCC là 36,6 ± 12,6 tuổi trong đó nhóm dưới 50 tuổi chiếm 87,3%, nhóm từ 50 tuổi trở lên chiếm 12,7%.

Trong tất cả ĐTNCC tỷ lệ ĐTNCC thuộc nhóm mức độ nhẹ và nhóm mức độ nặng lần lượt là 92,9% và 4,9%. Trong nhóm nam giới, tỷ lệ nhóm mức độ nặng chiếm 6,1%, tỷ lệ tương ứng ở nhóm nữ giới là 3,7%.

Bảng 3.2: Một số đặc điểm của bệnh nhân COVID-19 mức độ nặng và mức độ nhẹ

	Chung N=632			Nam N=313			Nữ N=319		
	Mức độ nhẹ n=601	Mức độ nặng n=31	p value	Mức độ nhẹ n=294	Mức độ nặng n=19	P value	Mức độ nhẹ n=307	Mức độ nặng n=12	p value
Tuổi	36,1 ± 11,9	47,4 ± 19,5	<0,01*	34,4 ± 11,3	48 ± 21,5	<0,01*	37,7 ± 12,3	46,3 ± 16,8	0,019*
RBC (T/L)	4,8 ± 0,6	4,7 ± 0,5	0,218	5,1 ± 0,5	4,9 ± 0,5	0,032*	4,5 ± 0,5	4,4 ± 0,5	0,287
HGB (g/L)	138,4 ± 15,7	140,7 ± 15,4	0,43	149,5 ± 10,8	146,8 ± 13,7	0,3172	127,8 ± 11,9	130,9 ± 13,2	0,376
HCT (L/L)	0,43 ± 0,37	0,42 ± 0,05	0,854	0,47 ± 0,53	0,43 ± 0,04	0,7397	0,38 ± 0,03	0,38 ± 0,04	0,777
MCV (fl)	86,4 ± 7,6	89,0 ± 5,3	0,06	87,3 ± 6,6	89,2 ± 5,8	0,2302	85,5 ± 8,3	88,7 ± 4,4	0,191
MCH (pg)	28,9 ± 3,1	30,1 ± 1,9	0,034*	29,4 ± 2,6	30,2 ± 2,0	0,1901	28,5 ± 3,5	30,1 ± 1,9	0,122
WBC (G/L)	7,2 ± 18,8	6,9 ± 2,1	0,918	7,3 ± 18,8	7,4 ± 2,2	0,9816	7,1 ± 18,9	6,0 ± 1,7	0,840
LYMPT (G/L)	2,1 ± 3,8	3,2 ± 6,2	0,129	2,3 ± 4,6	3,8 ± 7,4	0,1978	1,8 ± 2,8	2,2 ± 3,5	0,658
PLT (G/L)	210,7 ± 53,0	201,9 ± 49,2	0,368	202,6 ± 47,9	198,7 ± 47,8	0,7306	218,4 ± 56,5	207 ± 53,1	0,491
D-DIMER	405,8 ± 444	538,9 ± 522	0,113	314,6 ± 455	645,8 ± 621	0,0037*	493,7 ± 415,3	378,6 ± 276,9	0,342
INR	0,99 ± 0,08	1,02 ± 0,09	0,165	0,98 ± 0,09	1,03 ± 0,10	0,0285*	1,01 ± 0,08	0,99 ± 0,04	0,661
PT (s)	11,6 ± 0,99	11,8 ± 1,0	0,178	11,4 ± 1,0	12,0 ± 1,2	0,0320*	11,7 ± 0,9	11,6 ± 0,5	0,659

*p<0,05: có ý nghĩa thống kê

Trong tất cả ĐTNC, tuổi trung bình của nhóm mức độ nhẹ là 36,1 ± 11,9 tuổi, tuổi trung bình của nhóm mức độ nặng là 47,4 ± 19,5 tuổi. Trong nhóm nam giới, RBC, D-DIMER, INR, PT của nhóm mức độ nhẹ lần lượt là 5,1 ± 0,5 (T/L); 314,6 ± 455,7 (ng/mL); 0,98 ±

0,09; 11,4 ± 1,0 (s), trong nhóm mức độ nặng giá trị này lần lượt là 4,9 ± 0,5 (T/L); 645,8 ± 621,0 (ng/L); 1,03 ± 0,10; 12,0 ± 1,2 (s). Sự khác biệt về chỉ số RBC, D-DIMER, INR, PT là có ý nghĩa thống kê giữa nhóm nam giới diễn biến mức độ nhẹ và nhóm diễn biến mức độ nặng.

Bảng 3.3: Môi liên quan giữa các yếu tố và phân loại mức độ lâm sàng của ĐTNC

		Chung N=632			Nam N=313			Nữ N=319		
		Mức độ nhẹ N (%)	Mức độ nặng N (%)	OR (95% CI)	Mức độ nhẹ N (%)	Mức độ nặng N (%)	OR (95%CI)	Mức độ nhẹ N (%)	Mức độ nặng N (%)	OR (95%CI)
Tuổi	< 50 tuổi	533 (96,6)	19 (3,4)	4,95 (2,3-10,6)*	269 (96,4)	10 (3,6)	9,68 (3,60-26,0)*	264 (96,7)	9 (3,3)	2,05 (0,53-7,86)
	≥50 tuổi	68 (85)	12 (15)		25 (73,5)	9 (26,5)		43 (93,5)	3 (6,5)	
Giới	Nam	294 (93,9)	19 (6,1)	0,60 (0,29-1,27)						
	Nữ	307 (96,2)	12 (3,8)							
RBC	Bình thường	449 (95,7)	20 (4,3)	1,62 (0,76-3,47)	240 (94,5)	14 (5,5)	1,59 (0,55-4,59)	209 (97,2)	6 (2,8)	2,14 (0,67-6,78)
	Thấp	152 (93,2)	11 (6,8)		54 (91,5)	5 (8,5)		98 (94,2)	6 (5,8)	
HGB	Bình thường	537 (95,2)	27 (4,8)	1,24 (0,42-3,67)	282 (94,3)	17 (5,7)	2,76 (0,57-13,4)	255 (96,2)	10 (3,8)	0,98 (0,21-4,61)
	Thấp	64 (94,1)	4 (5,9)		12 (85,7)	2 (14,3)		52 (96,3)	2 (3,7)	
HCT	Bình thường	510 (95,7)	23 (4,3)	1,95 (0,85-4,49)	241 (94,9)	13 (5,1)	2,10 (0,76-5,77)	269 (96,4)	10 (3,6)	1,42 (0,30-6,71)
	Thấp	91 (91,9)	8 (8,1)		53 (89,8)	6 (10,2)		38 (95)	2 (5)	
MCV	Bình thường	404 (94,6)	23 (5,4)	0,71 (0,31-1,62)	201 (93,5)	14 (6,5)	0,77 (0,27-2,21)	203 (95,8)	9 (4,2)	0,65 (0,17-2,45)
	Thấp	197 (96,1)	8 (3,9)		93 (94,9)	19 (6,1)		104 (97,2)	3 (2,8)	
MCH	Bình thường	477 (94,5)	28 (5,5)	0,41 (0,12-1,38)	229 (93,1)	17 (6,9)	0,41 (0,09-1,84)	248 (95,7)	11 (4,3)	0,38 (0,05-3,02)
	Thấp	124 (97,6)	3 (2,4)		65 (97,0)	2 (3,0)		59 (98,3)	1 (1,7)	
WBC	Bình thường	538 (94,9)	29 (5,1)	0,59 (0,14-2,53)	273 (93,8)	18 (6,2)	0,72 (0,09-5,68)	265 (96,0)	11 (4,0)	0,57 (0,07-4,56)
	Thấp	68 (96,9)	2 (3,1)		21 (95,5)	1 (4,5)		42 (97,7)	1 (2,3)	

		Chung N=632			Nam N=313			Nữ N=319		
		Mức độ nhẹ N (%)	Mức độ nặng N (%)	OR (95% CI)	Mức độ nhẹ N (%)	Mức độ nặng N (%)	OR (95%CI)	Mức độ nhẹ N (%)	Mức độ nặng N (%)	OR (95%CI)
LYMP	Bình thường	486 (95,9)	21 (4,1)	2,01 (0,92-3,39)	243 (94,9)	13 (5,1)	2,2 (0,8-6,1)	243 (96,8)	8 (3,2)	1,90 (0,55-6,50)
	Thấp	115 (92)	10 (8)		51 (89,5)	6 (10,5)		64 (94,1)	4 (5,9)	
PLT	Bình thường	564 (95,3)	28 (4,7)	1,68 (0,49-5,79)	278 (94,2)	17 (5,8)	2,04 (0,43-9,62)	286 (96,3)	11 (3,7)	1,3 (0,16-10,58)
	Thấp	36 (92,3)	3 (7,7)		16 (88,9)	2 (11,1)		20 (95,2)	1 (4,8)	
D - DIMER	Bình thường	447 (95,5)	21 (4,5)	1,26 (0,57-2,81)	256 (95,5)	12 (4,5)	3,37 (1,19-9,51)*	191 (95,5)	9 (4,5)	0,56 (0,15-2,11)
	Cao	152 (94,4)	9 (5,6)		38 (86,4)	6 (13,6)		114 (97,4)	3 (2,6)	
INR	Bình thường	532 (95,7)	24 (4,3)	1,6 (0,60-4,41)	259 (95,2)	13 (4,8)	2,85 (0,96-8,47)	273 (96,1)	11 (3,9)	-
	Cao	68 (93,1)	5 (6,9)		35 (87,5)	5 (12,5)		33 (100)	0 (0)	
PT	Bình thường	441 (95,9)	19 (4,1)	1,46 (0,66-3,2)	203 (95,3)	10 (4,7)	1,78 (0,68-4,67)	238 (96,4)	9 (3,6)	0,78 (0,16-3,68)
	Cao	159 (94,1)	10 (5,9)		91 (91,9)	8 (8,1)		68 (97,1)	2 (2,9)	

*p<0,05: có ý nghĩa thống kê

Trong tất cả các ĐTNC, nguy cơ diễn biến nặng ở nhóm trên 50 tuổi cao gấp 4,95 lần nhóm dưới 50 tuổi (95CI 2,30-10,64); trong nhóm nam giới con số này là 9,68 lần (95%CI 3,60-26,05). Nhóm nam giới, ĐTNC có tăng chỉ số D-DIMER có nguy cơ diễn biến nặng cao gấp 3,37 lần (95%CI 1,19-9,51) so với nhóm bình thường. Các khác biệt trên đều có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

4. BÀN LUẬN

Nhiều nghiên cứu đã cho thấy ảnh hưởng của các yếu tố như tuổi, giới, tình trạng tiêm vaccin, bệnh lý nền kèm theo tới tiên lượng của bệnh nhân COVID-19. [4] [6] Trong các yếu tố trên, bệnh lý nền là một yếu tố phức tạp bởi sự khác biệt về mặt bệnh, mức độ bệnh, triệu chứng lâm sàng, sự biến đổi cận lâm sàng cũng như các biện pháp điều trị của từng bệnh nhân, đây có thể là một khó khăn đối với các nghiên cứu khác để đánh giá ảnh hưởng của các nhân tố mới trong COVID-19.

Để giải quyết vấn đề này, nghiên cứu của chúng tôi đã lựa chọn tất cả ĐTNC đều không có tiền sử bệnh lý nền kèm theo và đã được tiêm tối thiểu 2 mũi vaccin phòng COVID-19. Đồng thời tiêu chuẩn trên cũng khiến cho độ tuổi trung bình của ĐTNC trong nghiên cứu của chúng tôi thấp chỉ là 36,6 ± 12,6 tuổi và tỷ lệ nhóm dưới 50 tuổi chiếm đa số (87,3%). Mặc dù số lượng bệnh nhân cao tuổi trong nghiên cứu không nhiều (31/844 ĐTNC chiếm 4,9%), tuy nhiên chúng tôi vẫn nhận thấy sự gia tăng nguy cơ diễn biến nặng của nhóm bệnh nhân trên 50 tuổi cao gấp 4,95 lần so với nhóm dưới 50 tuổi (95%CI 2,30-10,64; p<0,05). Những kết quả trên tương đồng với nghiên cứu của tác giả Mohitosh với độ tuổi trên 50 có nguy cơ diễn biến nặng, tử vong cao gấp 15,4 lần so với bệnh nhân ở độ tuổi dưới 50 (RR 15,44, 95CI 95 13,02–18,31; p < 0,00001), hay tại Việt Nam, nghiên cứu của Đoàn Tấn Bửu (2021) trên tổng số 13,709 ca bệnh tại Đồng Tháp đều cho thấy có mối liên quan giữa nhóm tuổi với nguy cơ diễn biến nặng và tử vong do COVID-19 (p<0,001). [7] Bên cạnh đó, trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nam giới chiếm 49,52% và nữ

giới chiếm 50,48%, tỷ lệ ĐTNC diễn biến nặng trong nhóm nam giới là 6,1% cao hơn so với trong nhóm nữ giới là 3,7%. Tuy nhiên chúng tôi chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê do ảnh hưởng chung của giới tới nguy cơ diễn biến nặng của bệnh nhân như nghiên cứu của Colin W. Binns và cộng sự (2022) với tỷ lệ tử vong ở nam giới cao hơn so với nữ giới, sự khác biệt này có thể lý giải do sự khác biệt về cỡ mẫu, nhóm ĐTNC, tiêu chuẩn lựa chọn ĐTNC giữa các nghiên cứu. [6]

Trong bệnh lý COVID-19, tình trạng đông máu của bệnh nhân là một yếu tố luôn được các bác sĩ lâm sàng quan tâm. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng như tại Việt Nam như nghiên cứu của Danying Liao (2020) với nhóm ĐTNC có D-DIMER >2 mg/L có nguy cơ diễn biến nặng và tử vong cao gấp 4,41 lần (95%CI 1,06-18,3, p=0,041), [8] hay nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh Thy tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ cho thấy sự khác biệt về giá trị chỉ số D-DIMER, INR, PT giữa các nhóm bệnh nhân có mức độ bệnh khác nhau.[9] Đồng thuận với những kết quả trên, ở nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của chỉ số D-DIMER, INR, PT tại thời điểm nhập viện giữa nhóm nam giới có diễn biến nhẹ và nhóm diễn biến nặng. Đặc biệt, ĐTNC có tăng chỉ số D-DIMER có nguy cơ diễn biến nặng cao gấp 3,37 lần (95%CI 1,19-9,51) so với nhóm bình thường, các khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Tuy nhiên, chúng tôi chưa nhận thấy sự khác biệt tương tự ở nhóm bệnh nhân nữ giới, nguyên nhân của kết quả này có thể do số lượng bệnh nhân diễn biến nặng trong nhóm nữ giới chưa đủ lớn (chỉ có 12 bệnh nhân).

Bên cạnh những chỉ số đánh giá tình trạng đông máu, trong thời gian qua, một loạt nghiên cứu trên thế giới đã cho thấy ý nghĩa của các chỉ số huyết học trong hỗ trợ tiên lượng bệnh nhân COVID-19. Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của chỉ số RBC thời điểm nhập viện giữa nhóm nam giới có diễn biến nhẹ và nhóm diễn biến nặng. Kết quả trên tương đồng với nghiên cứu của Lê Thị Hương Lan (2022) trên 187 bệnh nhân tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên, hay nghiên cứu của Manish Jha (2022) trên 784 ĐTNC cho thấy mối tương quan đáng kể giữa thiếu máu với nguy cơ diễn biến nặng cũng như tử vong ở bệnh nhân COVID-19 (P = 0,002). [10] [11] Ngoài ra, một số nghiên cứu trước đây đã chỉ ra sự khác biệt về chỉ số WBC, LYMPH tại thời điểm nhập viện giữa nhóm diễn biến nhẹ và nhóm diễn biến nặng

như nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh Thy (2023).[9] Tuy nhiên, trong nghiên cứu này chúng tôi chưa nhận thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê cũng như ảnh hưởng của các chỉ số WBC, LYMPH, MCV, PLT tới nguy cơ diễn biến nặng của bệnh nhân COVID-19. Để làm rõ hơn điều này, chúng tôi kiến nghị cần có những nghiên cứu lớn hơn để đánh giá mối liên quan giữa các chỉ số trên và tiên lượng của bệnh nhân COVID-19 tại Việt Nam.

5. KẾT LUẬN

Có sự khác biệt về chỉ số RBC, D-DIMER, INR và PT tại thời điểm nhập viện giữa nhóm bệnh nhân nam giới mắc COVID-19 có diễn biến nặng và nhóm có diễn biến nhẹ, những bệnh nhân có chỉ số D-DIMER tăng cao có nguy cơ diễn biến nặng cao hơn nhóm có kết quả chỉ số D-DIMER bình thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] V. Hoang, The COVID-19 pandemic in Vietnam – success, crisis, and endemic: Key thresholds and lessons, *J. Glob. Health*, vol. 12, p. 03065, doi: 10.7189/jogh.12.03065.
- [2] H. Zhan et al., Diagnostic Value of D-Dimer in COVID-19: A Meta-Analysis and Meta-Regression, *Clin. Appl. Thromb. Off. J. Int. Acad. Clin. Appl. Thromb.*, vol. 27, p. 10760296211010976, 2021, doi: 10.1177/10760296211010976.
- [3] M. Palladino, Complete blood count alterations in COVID-19 patients: A narrative review, *Biochem. Medica*, vol. 31, no. 3, p. 030501, Oct. 2021, doi: 10.11613/BM.2021.030501.
- [4] A. Hamza, N. N. Shah, A. M. Azad et al., “Impact of age, gender and comorbidities affecting the severity of COVID-19 infection in Kashmir,” *J. Fam. Med. Prim. Care*, vol. 11, no. 4, pp. 1519–1524, Apr. 2022, doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_278_21.
- [5] Đoàn Tấn Bửu, Nguyễn Công Cừu, Lê Minh Luận & cs, Tình hình tiêm vắc xin phòng COVID-19 và một số đặc điểm dịch tễ liên quan đến tử vong do bệnh COVID-19 tại Đồng

- Tháp năm 2021, Tạp chí Y tế công cộng số đặc biệt 8/2022, DOI: <https://doi.org/10.53522/ttcc.vi.76544>.
- [6] C. W. Binns, M. K. Lee, T. T. D. Doan et al., COVID and Gender: A Narrative Review of the Asia-Pacific Region, *Int. J. Environ. Res. Public Health*, vol. 20, no. 1, p. 245, Dec. 2022, doi: 10.3390/ijerph20010245.
- [7] M. Biswas, S. Rahaman, T. K. Biswas et al., Association of Sex, Age, and Comorbidities with Mortality in COVID-19 Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis, *Intervirology*, pp. 1–12, Dec. 2020, doi: 10.1159/000512592.
- [8] D. Liao et al., Haematological characteristics and risk factors in the classification and prognosis evaluation of COVID-19: a retrospective cohort study, *Lancet Haematol.*, vol. 7, no. 9, pp. e671–e678, Sep. 2020, doi: 10.1016/S2352-3026(20)30217-9.
- [9] Nguyễn Thị Minh Thy, Lê Thị Hoàng Mỹ, Nguyễn Như Nghĩa & cs, Nghiên cứu đặc điểm một số thông số tế bào máu ngoại vi, đông máu và dấu ấn viêm ở người bệnh COVID-19 tại Bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ, *Tạp chí Y học Việt Nam*, vol. 525, no. 1B, Art. no. 1B, Apr. 2023, doi: 10.51298/vmj.v525i1B.5093.
- [10] Lê Thị Hương Lan, Nguyễn Thị Minh Thiện, Đặc điểm xét nghiệm huyết học và tình trạng tăng đông ở bệnh nhân COVID-19 tại trung tâm hồi sức tích cực Long An năm 2021, *TNU J. Sci. Technol.*, vol. 227, no. 10, Art. no. 10, Jun. 2022, doi: 10.34238/tnu-jst.6031.
- [11] M. Jha et al., Relationship of anemia with COVID-19 deaths: A retrospective cross-sectional study, *J. Anaesthesiol. Clin. Pharmacol.*, vol. 38, no. Suppl 1, pp. S115–S119, Jul. 2022, doi: 10.4103/joacp.joacp_63_22.



SOME CHARACTERISTICS OF CIRRHOSIS PATIENTS AND HEPATOCELLULAR CARCINOMA PATIENTS WITH HISTORY OF HEPATITIS B VIRUS INFECTION AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Nguyen Thi Ngoc Lan^{1,2*}, Nguyen Duc Tuan^{1,2}

¹Hanoi Medical University - No1 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Medical University Hospital - No1 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

Received: 08/09/2023

Revised: 20/10/2023; Accepted: 01/11/2023

ABSTRACT

Objective: Cirrhosis and hepatocellular carcinoma due to chronic hepatitis B virus (HGB) infection are common diseases in our country today. Currently, the number of patients coming for examination and discovering current or past hepatitis B virus infection is increasing.

Subject and method: Cross-sectional descriptive study was used to investigate the characteristics of 111 cirrhosis patients and 107 HCC patients infected with HBV at Hanoi Medical University.

Results: In the cirrhotic group, there was 27.03% patients were found to have HBV at the time of admission and 72.97% had been previously diagnosed with HBV, among these, 45.68% was diagnosis over 10 years. Notably, the rate of patients diagnosed with cirrhosis at Child Pugh A level in the group of patients with previously detected HBV was 39.05%, this rate in the group of patients detected at the time of admission is 20.00%, the difference between the 2 groups is statistically significant. In the HCC group, there was 49.53% patients were found to have HBV at the time of admission and 50.47% had been previously diagnosed with HBV.

Conclusion: There is a relationship between the stage of cirrhosis and the paraclinical indices AST, GGT, PT, INR, ALB, BIL, AFP, time to detect HBV infection, and there is also a relationship between the stage of BMT and some paraclinical indicators such as AST, GGT, AFP

Keywords: Hepatocellular carcinoma, Hepatitis B, Cirrhosis.

*Corresponding author

Email address: ngoclannguyen@hmu.edu.vn

Phone number: (+84) 964 311 285

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM CỦA NHÓM BỆNH NHÂN XƠ GAN, UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN CÓ TIỀN SỬ VIÊM GAN B TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Thị Ngọc Lan^{1,2*}, Nguyễn Đức Tuấn^{1,2}

¹Trường Đại học Y Hà Nội - Số 1 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội - Số 1 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội

Ngày nhận bài: 08 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 20 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 01 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm khảo sát các đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm trên các bệnh nhân xơ gan và ung thư biểu mô tế bào gan trên nền viêm gan B là cần thiết để cung cấp thêm thông tin cho bác sỹ lâm sàng trong quá trình chẩn đoán và điều trị.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Khảo sát đặc điểm của 111 bệnh nhân xơ gan và 107 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) có tiền sử nhiễm virus viêm gan B tại bệnh viện Đại Học Y Hà Nội.

Kết quả: Trong nhóm xơ gan, có 27,03% được phát hiện mắc viêm gan B (VGB) tại thời điểm vào viện và 72,97% đã từng phát hiện mắc viêm gan B trước đây, tỷ lệ bệnh nhân phát hiện viêm gan B trên 10 năm là 45,68%. Đáng chú ý, tỷ lệ bệnh nhân được chẩn đoán xơ gan ở mức độ Child Pugh A ở nhóm bệnh nhân đã được phát hiện VGB trước đây là 39,05%, tỷ lệ này ở nhóm bệnh nhân phát hiện tại thời điểm vào viện lần lượt là 20,00%, sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê. Trong nhóm UTBMTBG, có 49,53% được phát hiện mắc viêm gan B tại thời điểm vào viện và 50,47% đã từng phát hiện mắc viêm gan B trước đây. Nồng độ albumin ở nhóm xơ gan Child Pugh B, C thấp hơn nhóm Child Pugh A có ý nghĩa thống kê, nhưng sự khác biệt giữa các nhóm UTBMTBG thì không có ý nghĩa thống kê. Chưa tìm thấy sự khác biệt về nồng độ glucose giữa các nhóm bệnh nhân xơ gan và UTBMTBG. Giá trị chỉ số AFP, AST, GGT, INR, Bilirubin toàn phần ở nhóm xơ gan Child Pugh A thấp hơn nhóm Child Pugh B, C, có ý nghĩa thống kê. Nhóm bệnh nhân UTBMTBG ở giai đoạn Barcelona A, B có giá trị chỉ số AFP, AST, INR thấp hơn và chỉ số PT cao hơn với nhóm được chẩn đoán ở giai đoạn Barcelona C, D, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê.

Kết luận: Có mối liên quan giữa giai đoạn xơ gan với các chỉ số cận lâm sàng Albumin, Bilirubin toàn phần, AST, GGT, PT, INR, AFP, thời gian phát hiện nhiễm virus VGB, bên cạnh đó cũng thấy có mối liên quan giữa giai đoạn của UTBMTBG với một số chỉ số cận lâm sàng như AST, GGT, AFP.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tế bào gan, Viêm gan B, Xơ gan.

*Tác giả liên hệ

Email: ngoclannguyen@hmu.edu.vn

Điện thoại: (+84) 964 311 285

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm gan B (VGB) là một bệnh truyền nhiễm rất thường gặp ở nước ta hiện nay. Hai trong số những hậu quả nghiêm trọng nhất của VGB đó là tình trạng xơ gan và ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG). Theo báo cáo năm 2017 của WHO, năm 2019 toàn cầu có khoảng 296 triệu người nhiễm HBV mạn và trên 800.000 người tử vong, trong đó có 30% tử vong do xơ gan và 40% tử vong do ung thư biểu mô tế bào gan. Ở Việt Nam, theo số liệu thống kê của Bộ Y Tế năm 2020 ước tính có tới 90.704 trường hợp xơ gan mất bù và 66.680 trường hợp UTBMTBG do nhiễm virus VGB. Xơ gan thường xảy ra sau 10 đến 20 năm ở khoảng 20 đến 30% bệnh nhân bị VGB mạn tính gây ra rất nhiều biến chứng như cổ trướng, xuất huyết tiêu hóa, rối loạn đông máu, ... Bên cạnh đó, có khoảng 3% bệnh nhân bị VGB mạn tính sẽ dẫn tới UTBMTBG.[1], [2]

Bệnh lý xơ gan, UTBMTBG nói chung và xơ gan, UTBMTBG do virus VGB nói riêng thường diễn biến âm thầm với các triệu chứng không điển hình khiến cho việc chẩn đoán chậm trễ, hạn chế hiệu quả điều trị cũng như tiên lượng kém. Hiện nay, đã có nhiều chiến lược được sử dụng để chẩn đoán sớm UTBMTBG như việc sử dụng các thông tin như tiền sử, kết quả siêu âm và đặc biệt là các chỉ dấu sinh học như AFP, AFP-L3 và PIVKA-II. Bên cạnh đó, để nâng cao hiệu quả chẩn đoán sớm xơ gan, UTBMTBG thì việc sàng lọc, quản lý và theo dõi bệnh nhân nhiễm VGB cũng luôn cần được quan tâm.[1]-[3]

Theo số liệu của Bộ Y Tế năm 2020 có trên 7 triệu trường hợp mắc VGB, bên cạnh đó theo ước tính vẫn còn hàng triệu trường hợp nhiễm VGB ở nước ta chưa được phát hiện.[4] Bệnh viện Đại học Y Hà Nội là bệnh viện tuyến Trung Ương, đặc biệt với sự thành lập của Khoa Nhiệt đới và can thiệp giảm hại, số lượng bệnh nhân đến khám và điều trị nhiễm VGB ngày càng tăng. Việc khảo sát đặc điểm của các nhóm bệnh nhân nhiễm VGB, đặc biệt là nhóm có biến chứng mạn tính như xơ gan và ung thư gan có thể cung cấp các thông tin hữu ích cho công tác chẩn đoán và quản lý người bệnh nhiễm VGB. Chính vì vậy, đề tài được thực hiện nhằm khảo sát các đặc điểm của bệnh nhân xơ gan, UTBMTBG có tiền sử VGB tại bệnh viện Đại Học Y Hà Nội.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Từ 07/2021 đến 10/2023 tại Khoa Xét nghiệm, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Nhóm xơ gan: Đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) phát hiện bệnh lần đầu, ĐTNC đáp ứng đủ tiêu chuẩn chẩn đoán mắc xơ gan theo Quyết định 3310/QĐ-BYT

- Nhóm UTBMTBG: ĐTNC phát hiện bệnh lần đầu, ĐTNC đáp ứng đủ tiêu chuẩn chẩn đoán mắc UTBMTBG theo Quyết định 3319/QĐ-BYT.

- Tất cả ĐTNC được xác nhận nhiễm virus viêm gan B (thông qua kết quả xét nghiệm hoặc tiền sử trong hồ sơ bệnh án).

- ĐTNC có đầy đủ thông tin hồ sơ, bệnh án

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân đồng nhiễm virus viêm gan B với các loại virus viêm gan khác

- Bệnh nhân đồng nhiễm với HIV

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện bao gồm toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu.

2.5. Biến số/ chỉ số/ nội dung/ chủ đề nghiên cứu

Thông tin lâm sàng: Giới, tuổi, tiền sử mắc, điều trị VGB và bệnh lý khác, chẩn đoán xác định và chẩn đoán giai đoạn xơ gan, UTBMTBG.

Thông tin cận lâm sàng: AST, ALT, Ure, Creatinin, Bilirubin toàn phần PT, INR, Albumin, Cholesterol, Triglycerid, GGT, AFP tại thời điểm ĐTNC được chẩn đoán xác định.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

ĐTNC đáp ứng tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu được thu thập thông tin lâm sàng và các kết quả cận lâm sàng dựa trên hồ sơ bệnh án, sau đó được phân loại theo nhóm xơ gan và UTBMTBG. Số liệu được nhập liệu vào phần mềm Microsoft Excel 2016.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được nhập bằng phần mềm Microsoft Excel 2016 và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Toàn bộ thông tin được hỏi cứu từ hồ sơ bệnh án, các thông tin được bảo mật và không can thiệp vào quá trình điều trị bệnh nhân.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của nhóm đối tượng nghiên cứu

Trong tổng số 218 Đối tượng nghiên cứu, có 111 đối tượng thuộc nhóm xơ gan và 107 đối tượng thuộc nhóm UTBMTBG.

Bảng 3.1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

		Nhóm xơ gan	Nhóm UTBMTBG
Tuổi	Tuổi trung bình	59,48 ± 10,38	60,64 ± 10,76
	Dưới 50 tuổi	17 (15,32%)	19 (17,76%)
	Trên 50 tuổi	94 (84,68%)	88 (82,24%)
Giới	Nam	82 (73,87%)	90 (84,11%)
	Nữ	29 (26,13%)	17 (15,89%)
Tiền sử bệnh lý khác kèm theo	ĐTĐ	17 (15,32%)	11 (10,28%)
	THA	12 (10,81%)	13 (12,15%)
	Nghiện rượu	32 (28,83%)	34 (31,78%)
Thời gian phát hiện nhiễm VGB	Phát hiện tại thời điểm vào viện	30 (27,03%)	53 (49,53%)
	Đã phát hiện trước đây	81 (72,97%)	54 (50,47%)
Thời gian mắc VGB	Dưới 10 năm	44 (54,32%)	40 (74,07%)
	Trên 10 năm	37 (45,68%)	14 (25,93%)
Điều trị VGB	Điều trị	44 (54,32%)	37 (68,52%)
	Không điều trị	37 (45,68%)	17 (31,48%)
Cận lâm sàng	AFP (ng/mL)	40,35 ± 100,58	513,45 ± 454,51
	AST (U/L)	135,01 ± 171,00	121,28 ± 158,83
	ALT(U/L)	99,18 ± 159,16	87,05 ± 101,80
	GGT(U/L)	184,38 ± 247,17	184,72 ± 184,26
	INR	1,38 ± 0,35	1,26 ± 0,32
	PT(%)	64,45 ± 17,06	77,2 ± 22,41
	Albumin(g/L)	32,25 ± 6,38	37,3 ± 6,44
	Bil TP(μmol/l)	59,24 ± 85,05	40,54 ± 71,65
	Glu ngẫu nhiên(mmol/L)	6,58 ± 3,04	6,52 ± 3,38
	Ure(mmol/L)	4,91 ± 1,90	4,74 ± 1,47
	Cre(mmol/L)	72,99 ± 19,25	74,05 ± 19,74



		Nhóm xơ gan	Nhóm UTBMTBG
Phân loại mức độ xơ gan Child Pugh	Child Pugh A	39 (35,14%)	43 (64,18%)
	Child Pugh B	43 (38,74%)	20 (29,85%)
	Child Pugh C	29 (26,13%)	4 (5,97%)
Phân loại giai đoạn UTBMTB gan	Barcelona 0-A		25 (23,36%)
	Barcelona B		49 (45,79%)
	Barcelona C		29 (27,10%)
	Barcelona D		4 (3,74%)

Độ tuổi trung bình của nhóm xơ gan là $59,48 \pm 10,38$ tuổi và ở nhóm UTBMTBG là $60,64 \pm 10,76$ tuổi, tỉ lệ ĐTNC trên 50 tuổi ở 2 nhóm là 84,68%, và 82,24%. Tỷ lệ nam giới của nhóm xơ gan là 73,87% và nhóm UTBMTBG là 84,11%. Trong nhóm xơ gan, tỷ lệ ĐTNC được chẩn đoán ở các giai đoạn Child Pugh A, B, C lần lượt là 35,14%, 38,74% và 26,13%. Trong nhóm UTBMTBG, tỷ lệ bệnh nhân được chẩn đoán ở các giai đoạn Barcelona 0-A, B, C, D lần lượt là 23,36%, 45,79%, 27,10% và 3,74%. Nồng độ AFP của nhóm xơ gan và UTBMTBG lần lượt là $40,35 \pm 100,58$ ng/mL và $513,45 \pm 454,51$ ng/mL.

Trong nhóm xơ gan, có 27,03% được phát hiện mắc VGB tại thời điểm vào viện và 72,97% đã phát hiện mắc VGB trước đây, trong số này, tỷ lệ bệnh nhân phát hiện VGB trên 10 năm là 45,68% và 54,32% được theo dõi, điều trị. Trong nhóm UTBMTBG, có 49,53% được phát hiện mắc VGB tại thời điểm vào viện và 50,47% đã phát hiện mắc VGB trước đây, trong số này, tỷ lệ bệnh nhân phát hiện VGB trên 10 năm là 25,93% và 68,52% được theo dõi, điều trị.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng của ĐTNC theo các giai đoạn bệnh

Bảng 3.2: Đặc điểm cận lâm sàng của ĐTNC theo các giai đoạn bệnh

		Nhóm xơ gan			Nhóm UTBMTBG		
		Child Pugh A	Child Pugh B,C	P value	Giai đoạn Barcelona 0-A-B	Giai đoạn Barcelona C-D	P value
AFP (ng/mL)	<20 (ng/mL)	34 (87,18%)	44 (61,11%)	0,015*	15 (38,4%)	0 (0%)	0,074
	20-400 (ng/mL)	5 (12,82%)	26 (36,11%)		27 (31,0%)	5 (25%)	
	>400 (ng/mL)	0 (0,00%)	2 (2,78%)		45 (51,7%)	15 (75%)	
Các chỉ số xét nghiệm Hóa sinh và Huyết học	AFP (ng/mL)	$15,97 \pm 35,4$	$53,55 \pm 120,4$	0,04*	$441,9 \pm 424,4$	$839,8 \pm 456$	0,01*
	AST (U/L)	$96,85 \pm 150,6$	$155,6 \pm 178,6$	0,01*	$114,2 \pm 167,3$	$152,1 \pm 112$	0,01*
	ALT (U/L)	$78,33 \pm 84,26$	$110,4 \pm 187,2$	0,434	$84,23 \pm 95,23$	$99,3 \pm 128,7$	0,344
	GGT (U/L)	$120,6 \pm 164,8$	$219,1 \pm 277,1$	0,01*	$180,7 \pm 195$	$200,8 \pm 134$	0,142
	INR	$1,16 \pm 0,13$	$1,50 \pm 0,38$	0,01*	$1,24 \pm 0,33$	$1,36 \pm 0,29$	0,01*
	PT (%)	$76,67 \pm 13,1$	$57,83 \pm 15,2$	0,01*	$79,59 \pm 22,2$	$66,89 \pm 20,7$	0,01*
	Albumin (g/L)	$37,89 \pm 4,65$	$29,15 \pm 4,92$	0,01*	$37,83 \pm 6,11$	$35,04 \pm 7,4$	0,066
	Bil TP (μmol/L)	$17,24 \pm 14,27$	$81,99 \pm 98,01$	0,01*	$33,19 \pm 54,68$	$71,42 \pm 116,32$	0,304
	Glu (mmol/L)	$6,47 \pm 2,88$	$6,64 \pm 3,14$	0,580	$6,28 \pm 3,16$	$7,59 \pm 4,17$	0,056
	Ure (mmol/L)	$5,06 \pm 1,59$	$4,83 \pm 2,05$	0,129	$4,66 \pm 1,40$	$5,11 \pm 1,78$	0,445
Cre (μmol/L)	$73,94 \pm 20,9$	$72,47 \pm 18,4$	0,344	$73,43 \pm 20,8$	$76,8 \pm 13,6$	0,446	

Trong tổng số 111 bệnh nhân xơ gan, nhóm được chẩn đoán ở mức độ Child Pugh A có giá trị chỉ số AFP, AST, GGT, INR, Bill TP thấp hơn và chỉ số PT, Albumin cao hơn với nhóm được chẩn đoán ở mức độ Child Pugh B, C, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Trong tổng số 107 bệnh nhân UTBMTBG, nhóm được

chẩn đoán ở giai đoạn Barcelona 0, A, B có giá trị chỉ số AFP, AST, INR thấp hơn và chỉ số PT cao hơn với nhóm được chẩn đoán ở giai đoạn Barcelona C, D, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.3. Mối liên quan giữa tình trạng nhiễm VGB và giai đoạn chẩn đoán bệnh

Bảng 3.3: Mối liên quan giữa tình trạng nhiễm VGB và giai đoạn chẩn đoán bệnh

		Nhóm xơ gan			Nhóm UTBMTBG		
		Child Pugh A	Child Pugh B, C	P value	Giai đoạn Barcelona 0-A-B	Giai đoạn Barcelona C-D	P value
Thời gian phát hiện nhiễm VGB	Phát hiện tại thời điểm vào viện	06 (20%)	24 (80%)	0,042*	35 (66,00%)	18 (34,00%)	0,315
	Đã phát hiện trước đây	32 (39,05%)	49 (60,05%)		39 (72,20%)	15 (27,80%)	
Thời gian mắc VGB	< 10 năm	15(34,1%)	29(65,9%)	0,195	30 (75%)	10 (25%)	0,329
	>10 năm	17(45,9%)	20(54,1%)		9 (64,3%)	5 (35,7%)	
Điều trị VGB	Điều trị	17(38,6%)	27(61,4%)	0,521	28(75,7%)	9 (24,3%)	0,301
	Không điều trị	15(40,5%)	22(59,5%)		11(64,7%)	6 (35,3%)	

Trong nhóm xơ gan, tỷ lệ ĐTNC được chẩn đoán xơ gan ở mức độ Child Pugh A, Child Pugh B, C ở nhóm đã được phát hiện VGB trước đây là 39,05% và 60,05%, tỷ lệ này ở nhóm phát hiện VGB tại thời điểm vào viện lần lượt là 20% và 80%, sự khác biệt giữa 2 nhóm là có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Trong nhóm UTBMTBG, tỷ lệ được chẩn đoán ở giai đoạn sớm (Barcelona 0, A, B) và giai đoạn muộn (Barcelona C, D) ở nhóm bệnh nhân đã được phát hiện VGB trước đây là 72,2% và 27,8%, tỷ lệ này ở nhóm bệnh nhân phát hiện tại thời điểm vào viện lần lượt là 66,00% và 34,00%.

4. BÀN LUẬN

Viêm gan B là một trong những nguyên nhân hàng đầu dẫn tới xơ gan và UTBMTBG, ở khu vực Đông Nam Á, nơi có Việt Nam, người ta ước tính rằng 65% trường hợp UTBMTBG là do nhiễm VGB mạn tính, một nghiên cứu ở Việt Nam cho thấy lên tới khoảng 70% bệnh nhân UTBMTBG có bằng chứng của nhiễm VGB.[1]–[3]

with a focus on geographic variability across 20 world regions. There will be an estimated 18.1 million new cancer cases (17.0 million excluding nonmelanoma skin cancer Mặc dù gánh nặng do virus viêm gan B gây ra là rất nặng nề, nhưng theo ước tính tỷ lệ người bệnh không được chẩn đoán nhiễm virus VGB còn rất cao. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã khảo sát 111 bệnh nhân xơ gan và 107 bệnh nhân UTBMTBG có tiền sử VGB. Kết quả nghiên cứu cho thấy, trong nhóm xơ gan, có tới 27,03% đối tượng được phát hiện mắc viêm gan B tại thời điểm vào viện. Trong nhóm UTBMTBG, tỷ lệ đối tượng được phát hiện mắc viêm gan B tại thời điểm vào viện còn cao hơn, lên tới có 49,53%. Kết quả trên cho thấy tỷ lệ bệnh nhân không được chẩn đoán nhiễm virus VGB còn khá cao và rất cần được lưu tâm. Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ ĐTNC được chẩn đoán xơ gan ở mức độ Child Pugh A ở nhóm bệnh nhân đã được phát hiện VGB trước đây là 39,05% cao hơn đáng kể so với ở nhóm bệnh nhân phát hiện VGB tại thời điểm vào viện là 20,00%. Trong nhóm UTBMTBG, tỷ lệ được chẩn đoán ở giai đoạn muộn ở nhóm bệnh nhân đã được phát hiện VGB trước đây là 27,80% và tỷ

lệ này ở nhóm bệnh nhân phát hiện VGB tại thời điểm vào viện là 34,00%. Như vậy, việc tầm soát bệnh nhân VGB để theo dõi và phát hiện sớm các trường hợp xơ gan, UTBMTBG là một vấn đề vô cùng quan trọng giúp tăng hiệu quả của can thiệp, điều trị.

Nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng như tại Việt Nam cho thấy, nhóm đối tượng thường gặp của bệnh xơ gan và UTBMTBG là nam giới, tuổi cao. Lý giải cho điều này có thể do nam giới thường có thói quen sinh hoạt không lành mạnh, sử dụng rượu, bia, thuốc lá nhiều hơn nữ giới, cũng như sự tích lũy các đột biến trong cơ thể do quá trình sống. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình và tỷ lệ nam giới của nhóm xơ gan và UTBMTBG lần lượt là $59,48 \pm 10,38$ tuổi và 73,87% so với $60,64 \pm 10,76$ tuổi và 84,11%. Kết quả trên tương tự với nghiên cứu của Philip Johnson năm 2015 trên 1876 bệnh nhân UTBMTBG với tuổi trung bình là $59,00 \pm 12,60$ tuổi, hay một số nghiên cứu khác ở Việt Nam như nghiên cứu của Tôn Thất Ngọc năm 2021 trên 70 bệnh nhân UTBMTBG với tuổi trung bình là $58,2 \pm 10,7$ tuổi hay nghiên cứu của Hồ Tấn Phát năm 2023 với tuổi trung bình của nhóm xơ gan là $51,4 \pm 11,4$ tuổi.[4]

Các chỉ số sinh học như AST, ALT, Ure, Cre, Bil, PT, INR, Albumin, GGT có giá trị quan trọng trong chẩn đoán cũng như theo dõi điều trị ở bệnh nhân xơ gan và UTBMTBG. Trong nghiên cứu này, chúng tôi cũng nhận thấy sự khác biệt của các chỉ số AFP, AST, GGT, INR, Bil toàn phần, PT, Albumin ở nhóm bệnh nhân xơ gan được chẩn đoán ở mức độ Child Pugh A so với nhóm được chẩn đoán ở mức độ Child Pugh B, C. Đối với bệnh nhân UTBMTBG, nhóm được chẩn đoán ở giai đoạn Barcelona 0, A, B cũng có giá trị chỉ số AST, INR thấp hơn và chỉ số PT cao hơn với nhóm được chẩn đoán ở giai đoạn Barcelona C, D. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Ngô Thị Thanh Quýt và cộng sự (2010).[5] Hơn thế kết quả của chúng tôi cũng cho thấy có sự khác biệt lớn về nồng độ AFP giữa nhóm xơ gan và nhóm UTBMTBG ($40,35 \pm 100,58$ ng/mL so với $513,45 \pm 454,51$ ng/mL). Tuy nhiên có 2/111 (chiếm 1,80 %) ĐTNC thuộc nhóm xơ gan có nồng độ AFP trên 400 ng/mL và 15/107 (chiếm 14,02 %) ĐTNC thuộc nhóm UTBMTBG có nồng độ AFP dưới 20 ng/mL. Những kết quả trên tương tự như nghiên cứu của Phạm Cẩm Phương và cộng sự (2019).[6] Điều này cho thấy việc sử dụng dấu ấn sinh học như AFP trong chẩn đoán UTBMTBG cần hết sức cân nhắc, nên dựa vào các triệu chứng lâm sàng cũng như các triệu chứng về xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh của bệnh nhân.

5. KẾT LUẬN

Có mối liên quan giữa giai đoạn xơ gan với các chỉ số cận lâm sàng như albumin, Bilirubin toàn phần AST, GGT, PT, INR, AFP, thời gian phát hiện nhiễm virus VGB, bên cạnh đó cũng thấy có mối liên quan giữa giai đoạn của UTBMTBG với một số chỉ số cận lâm sàng như AST, GGT, AFP.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] F. Bray, J. Ferlay, I. Soerjomataram et al., Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries, CA. Cancer J. Clin., vol. 68, no. 6, pp. 394–424, Nov. 2018, doi: 10.3322/caac.21492.
- [2] M. Kumar, S. Pahuja, P. Khare et al., Current Challenges and Future Perspectives of Diagnosis of Hepatitis B Virus, Diagn. Basel Switz., vol. 13, no. 3, p. 368, Jan. 2023, doi: 10.3390/diagnostics13030368.
- [3] S. Huy Do, Epidemiology of Hepatitis B and C Virus Infections and Liver Cancer in Vietnam, Euroasian J. Hepato-Gastroenterol., vol. 5, no. 1, pp. 49–51, 2015, doi: 10.5005/jp-journals-10018-1130.
- [4] Tôn Thất Ngọc, Nghiên cứu giá trị của Alpha-fetoprotein, Alpha-fetoprotein-len 3 và Des-gamma-Carboxy Prothrombin trong chẩn đoán và điều trị ung thư biểu mô tế bào gan; Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại Học Hà Nội, pp. 82–87, 2021.
- [5] Ngô Thị Thanh Quýt, Nguyễn Phương, Lê Thành Lý & cs, Chẩn đoán mức độ xơ hóa gan bằng phương pháp đo độ đàn hồi gan trên bệnh nhân bệnh gan mạn, Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, Tập 14, số 1, 2010, tr161-166.
- [6] Mai Trọng Khoa, Trần Đình Hà, Phạm Cẩm Phương & cs, Giá trị chẩn đoán bộ ba chỉ số AFP, AFP-L3 và PIVKA-II huyết thanh ở bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan tại Bệnh viện Bạch Mai, Tạp chí Y học Lâm sàng, BV Trung ương Huế, Số 45, 2017.

KNOWLEDGE AND PRATICE ON FOOD SAFETY AND HYGIENE IN FOOD PROCESSING AND PRESERVATION OF PEOPLE IN TAM XA COMMUNE, DONG ANH, HA NOI 2023

Vu Thi Quy*, Hoang Thi Hai Yen

Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Trung Tu ward, Dong Da district, Hanoi city, Vietnam

Received: 08/09/2023

Revised: 09/10/2023; Accepted: 27/10/2023

ABSTRACT

Objective: Describe the current state of knowledge, practice and some factors related to knowledge and practice of food safety in food processing and preservation of people in Tam Xa commune, Dong Anh district, Ha Noi city in 2023.

Subject and methods: We conducted a cross-sectional study from January to May 2023 in order to describe knowledge and practice of FSH and its related factors in food processing and preservation by interview 152 housewives using questionnaire wich adapted from previous studies regarding this area.

Results: Research results show that 31% of subjects have basic knowledge, 24% of subjects have satisfactory knowledge and 12% of subjects have satisfactory practices on food safety and hygiene. There is a relationship between education level and knowledge of housewives in the family about food hygiene and safety with $p < 0.05$; OR= 3.8. Knowledge and practice of food hygiene and safety of housewives in the family are related to each other with $p < 0.05$; OR= 6.5.

Conclusion: Housewives' knowledge and practice of food hygiene and safety in food processing and preservation are still limited, especially the issue of food hygiene and safety practices at households. The relationship between education level and knowledge of food hygiene and safety and knowledge and practice of food hygiene and safety of housewives observed in the study is statistically significant with $p < 0.05$.

Keywords: Knowledge, practice, food safety and hygiene, food preservation.

*Corressponding author

Email address: vuquy@hmu.edu.vn

Phone number: (+84) 914 323 338

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>



KIẾN THỨC, THỰC HÀNH VỀ AN TOÀN VỆ SINH THỰC PHẨM TRONG CHẾ BIẾN VÀ BẢO QUẢN THỰC PHẨM CỦA NGƯỜI DÂN TẠI XÃ TÀM XÁ, ĐÔNG ANH, HÀ NỘI, NĂM 2023

Vũ Thị Quý*, Hoàng Thị Hải Yên

Trường Đại học Y Hà Nội - Số 1 Tôn Thất Tùng, phường Trung Tự, quận Đống Đa, TP.Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 08 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 09 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 27 tháng 10 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng kiến thức, thực hành và một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành về an toàn thực phẩm trong chế biến, bảo quản thực phẩm của người dân tại xã Tầm Xá, huyện Đông Anh, Thành phố Hà Nội năm 2023.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang trên 152 người nội trợ chính trong gia đình tại xã Tầm Xá, huyện Đông Anh, thành phố Hà Nội. Chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện. Thu thập số liệu dựa trên bộ công cụ điều tra được thiết kế dựa trên các nghiên cứu trước đó.

Kết quả: Kết quả nghiên cứu cho thấy 31% đối tượng có những kiến thức cơ bản, 24% đối tượng có kiến thức đạt yêu cầu và 12% đối tượng có thực hành đạt yêu cầu về ATVSTP. Có mối liên quan giữa trình độ học vấn và kiến thức của người nội trợ trong gia đình về ATVSTP với $p < 0,05$; OR= 3,8. Kiến thức và thực hành về ATVSTP của người nội trợ trong gia đình có mối liên quan đến nhau với $p < 0,05$; OR= 6,5.

Kết luận: Kiến thức và thực hành về ATVSTP của người nội trợ trong chế biến và bảo quản thực phẩm còn nhiều hạn chế, đặc biệt là vấn đề thực hành ATVSTP tại hộ gia đình. Mối liên quan giữa trình độ học vấn với kiến thức về VSATTP và kiến thức với thực hành về VSATTP của người nội trợ quan sát được trong nghiên cứu có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Từ khóa: Kiến thức, thực hành, an toàn vệ sinh thực phẩm, bảo quản thực phẩm.

*Tác giả liên hệ

Email: vuquy@hmu.edu.vn

Điện thoại: (+84) 914 323 338

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ăn uống là một nhu cầu thiết yếu của cuộc sống con người. Gắn liền với nhu cầu cơ bản, vấn đề về ATVSTP được đặc biệt quan tâm trên thế giới cũng như ở nước ta. Theo số liệu thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), thực phẩm không an toàn có chứa vi khuẩn, vi rút, ký sinh trùng hoặc các chất hóa học có hại có thể gây ra hơn 200 bệnh - từ tiêu chảy đến ung thư [1].

Ước tính khoảng 2,2 triệu ca tử vong mỗi năm ở các nước đang phát triển xảy ra do các bệnh liên quan đến thực phẩm, ước tính 1,9 triệu trong số đó là trẻ em. Những nguyên nhân này chủ yếu là do ô nhiễm thực phẩm và nước uống do vệ sinh hoặc chuẩn bị kém [2].

Tại Việt Nam, theo Báo cáo của Quốc hội về “Kết quả giám sát việc thực hiện Chính sách Pháp luật về ATVSTP giai đoạn 2011-2016” cho thấy từ năm 2011-2016, có 7 bệnh lây truyền qua thực phẩm được báo cáo với 4.012.038 trường hợp bệnh, trong đó có 123 trường hợp tử vong [3]. Trong năm 2021, toàn quốc ghi nhận 81 vụ ngộ độc thực phẩm làm 1.942 người mắc và 18 trường hợp tử vong [4]. Tính đến tháng 9 năm 2022, Tổng cục Thống kê ghi nhận cả nước xảy ra 39 vụ ngộ độc thực phẩm với số lượng là 544 người mắc và 11 người tử vong[5].

Tàm Xá là một xã trực thuộc huyện Đông Anh, Đông Anh sẽ lên quận và Tàm Xá sẽ trở thành phường dự kiến vào năm 2025. Tính đến thời điểm hiện tại trên địa bàn huyện Đông Anh, đặc biệt là địa bàn xã Tàm Xá vẫn chưa có nghiên cứu nào đề cập một cách rõ ràng hơn các vấn đề về kiến thức, thực hành và các yếu tố liên quan của người dân trong chế biến và bảo quản thực phẩm. Vì vậy, việc thực hiện nghiên cứu này là rất cần thiết với mục đích giúp chính quyền, đặc biệt y tế địa phương có cơ sở xây dựng những chương trình đảm bảo ATVSTP, đẩy mạnh công tác chăm sóc sức khỏe người dân nông thôn đang dần chuyển mình sang đô thị hóa.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Từ tháng 1/2023 đến tháng 5/2023 tại xã Tàm Xá.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Những người nội trợ chính trong gia đình phụ trách công việc chế biến và bảo quản thực phẩm.

Tiêu chuẩn lựa chọn là những người nội trợ chính trong gia đình từ 18 tuổi trở lên, đảm bảo yêu cầu về sức khỏe, trí nhớ, khả năng giao tiếp, hiểu câu hỏi, có thể trả lời và tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ là những người không đồng ý tham gia nghiên cứu, có vấn đề về thần kinh, trí nhớ; hạn chế về khả năng giao tiếp hoặc rối loạn ngôn ngữ...

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu nghiên cứu được ước tính dựa công thức ước lượng cho một tỉ lệ trong quần thể:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{\Delta^2}$$

Với p là tỷ lệ người tiêu dùng thực phẩm đạt yêu cầu kiến thức về VSATTP ở Hà Nội năm 2011 là 90,5% theo nghiên cứu trước đó của Nguyễn Thị Yến và cộng sự [6]. Chọn = 0,05. Thay vào công thức trên và dự phòng 10% đối tượng có thể không hoàn thành hoặc từ chối tham gia phỏng vấn là 145 người. Trên thực tế, có tổng số 152 đối tượng phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ tham gia vào nghiên cứu.

Chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện.

2.5. Nội dung nghiên cứu

Các nội dung nghiên cứu bao gồm:

- Thông tin chung: bao gồm giới tính, tuổi, cấp học cao nhất, nghề nghiệp, trình độ nấu ăn.
- Mô tả thực trạng kiến thức, thực hành về an toàn thực phẩm trong chế biến, bảo quản thực phẩm
- Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành về an toàn thực phẩm trong chế biến, bảo quản thực phẩm:

2.6. Phương pháp và công cụ thu thập số liệu

Phương pháp thu thập số liệu: thông tin được thu thập dựa vào bộ câu hỏi thiết kế sẵn.

Bộ công cụ điều tra: cấu trúc bộ câu hỏi được xây dựng dựa trên một số nghiên cứu có liên quan được thực hiện ở Việt Nam. Cụ thể, nghiên cứu “Thực trạng kiến thức - thực hành của người nội trợ chính về an toàn thực phẩm trong gia đình và một số yếu tố liên quan tại xã Thanh Văn - Thanh Oai - Hà Nội, năm 2014” của tác giả Hà



Minh Trang [7] và nghiên cứu “Kiến thức, thực hành về an toàn thực phẩm và một số yếu tố liên quan của người nội trợ tại phường Quang Trung, thành phố Kon Tum, tỉnh Kon Tum năm 2022” của tác giả Phạm Thị Lam Giang [8]. Đồng thời, căn cứ vào tình hình ở địa phương, điều tra thử và chỉnh sửa thông qua trước khi đưa vào nghiên cứu.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

- Nhập số liệu trên phần mềm Redcap.
- Mã hóa và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 26, Excel 2010.
- Thống kê mô tả tỷ lệ phần trăm. Kiểm định Chi bình phương. Mối liên quan giữa các biến độc lập với kiến thức và thực hành của người nội trợ được đo lường qua

tỷ suất chênh OR và 95% khoảng tin cậy và Chi bình phương test.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu này đã được Chính quyền xã Tầm Xá thông qua và chấp nhận thực hiện trên địa bàn.
- Tất cả các thông tin của đối tượng được đảm bảo bí mật, chỉ phục vụ cho mục đích học tập và nghiên cứu khoa học nhằm nâng cao sức khỏe, chất lượng sống cho địa phương tiến hành nghiên cứu nói riêng và cộng đồng nói chung.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu (n = 152)

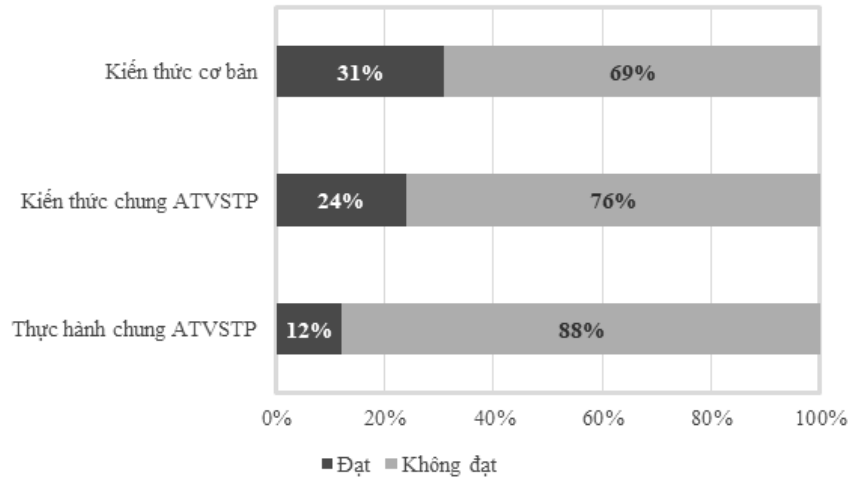
Đặc tính	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
<i>Nhóm tuổi</i>		
Từ 18 tuổi đến dưới 60 tuổi	146	96,1
Từ 60 tuổi trở lên	6	3,9
<i>Giới tính</i>		
Nam	6	3,9
Nữ	146	96,1
<i>Nghề nghiệp</i>		
Nông dân	65	42,8
Cán bộ viên chức	21	13,8
Công nhân	34	22,4
Người kinh doanh	17	11,2
Ở nhà	5	3,3
Sinh viên	6	3,9
Nghỉ hưu	4	2,6
<i>Trình độ học vấn</i>		
Trên đại học	1	0,7
Đại học	17	11,2
Cao đẳng	13	8,6
Trường dạy nghề	9	5,9
Trung học phổ thông	35	23
Trung học cơ sở	67	44,1
Tiểu học	10	6,6

Trong số 152 đối tượng tham gia nghiên cứu, nữ giới có tổng cộng 146 người, chiếm đa số với tỷ lệ 96,1%. Còn lại đối tượng là nam giới, chiếm 3,9%. Phần lớn các đối tượng thuộc nghiên cứu này là nông dân với tỷ lệ 42,8%, tiếp theo là công nhân với 22,4%. Nhóm đối tượng là nội trợ chiếm 3,3%. Thấp nhất là hưu trí

với tỷ lệ 2,6%. Đa số các đối tượng có trình độ học vấn là Trung học cơ sở (THCS) chiếm 44,1%, tiếp theo là Trung học phổ thông (THPT) chiếm 23% và 0,7% có trình độ trên đại học.

3.2. Kiến thức và thực hành của người nội trợ trong gia đình về ATVSTP

Biểu đồ 3.1. Kiến thức và thực hành của đối tượng về ATVSTP (n = 152)



Trong số 152 đối tượng tham gia nghiên cứu, 31% có kiến thức cơ bản và 24% có kiến thức đạt yêu cầu về ATVSTP. Đa số các đối tượng nghiên cứu đều không đạt thực hành về ATVSTP với số lượng 134/152 người chiếm 88% và chỉ có 12% đối tượng đạt thực hành về

ATVSTP.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành về an toàn thực phẩm trong chế biến, bảo quản thực phẩm của người nội trợ trong gia đình

Bảng 3.2. Liên quan giữa trình độ học vấn và kiến thức về ATVSTP

Trình độ học vấn		Kiến thức				OR (95%CI)	p
		Đạt		Không đạt			
		n	%	n	%		
Phân loại học vấn	Trên THPT	27	17,8	48	31,6	3,77 (1,67 - 8,51)	<0,05
	Dưới THPT	10	6,6	67	44,1		
Tổng		37	24,2	115	75,7		

Bảng 3.2 cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa trình độ học vấn và kiến thức của người nội trợ

trong gia đình về ATVSTP với $p < 0,05$; ODDS RATIO (OR) = 3,8, CI 1,67 -,8,51.



Bảng 3.3. Liên quan giữa kiến thức và thực hành về VSATTP

Kiến thức		Thực hành				OR (95%CI)	p
		Đạt		Không đạt			
		n	%	n	%		
Phân loại Kiến thức	Đạt	11	7,2	26	17,1	6,52 (2,30 - 18,47)	<0,05
	Không đạt	7	4,6	108	71,1		
Tổng		18	11,8	134	88,2		

Bảng 3.3 cho thấy mối liên quan giữa kiến thức và thực hành về ATVSTP của người nội trợ trong gia đình Là mối liên quan có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$; ODDS RATIO (OR) = 6,5, CI 2,3- 18,47.

4. BÀN LUẬN

4.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu này đã chỉ ra rằng, đa số những người nội trợ chính trong gia đình đều là nữ giới, chiếm tỷ lệ 96,1%, trong khi nam giới chỉ chiếm 3,9%. Nghề nghiệp của những người nội trợ trong nghiên cứu này chủ yếu là nông dân (42,8%), tiếp đến là công nhân chiếm 22,4%, chỉ có 3,3% đối tượng là ở nhà làm nội trợ.

Nhìn chung, học vấn của các đối tượng tham gia nghiên cứu còn thấp, đa số các đối tượng đều tốt nghiệp Trung học cơ sở với tỷ lệ là 44,1%, cao hơn rất nhiều so với tỷ lệ tốt nghiệp Trung học phổ thông (23%), Đại học (11,2%) và Trên đại học (chiếm 0,7%).

4.2. Thực trạng kiến thức và thực hành của người nội trợ trong gia đình về ATVSTP

Hiểu biết của các đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi về những kiến thức cơ bản trong vấn đề ATVSTP còn thấp, tỷ lệ những đối tượng đạt yêu cầu lượng giá chiếm 31% (47 đối tượng) và 24% có kiến thức đạt yêu cầu về ATVSTP. Kết quả này của chúng tôi thấp hơn so với kết quả của tác giả Lê Thị Ngọc Dung thực hiện tại tỉnh Đồng Tháp năm 2017 là 45,9% [9]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nhiều so với người dân tại Iceland (67% đối tượng có kiến thức đạt yêu cầu)[10]. Có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là nông dân, cỡ mẫu nhỏ nên kết quả về kiến thức ATVSTP còn thấp kém.

Đa số các đối tượng nghiên cứu đều không đạt thực hành về ATVSTP với tỷ lệ 88% và chỉ có 12% đối

tượng đạt thực hành về ATVSTP. Kết quả của nghiên cứu chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Hà Minh Trang tại xã Thanh Văn trên cùng địa bàn Hà Nội năm 2015, cụ thể tỷ lệ có kiến thức đạt là 47,4% và thực hành đạt là 43% [7]. Có thể thấy kiến thức và thực hành của đối tượng nghiên cứu chúng tôi còn rất thấp. Chưa nhận thức được hậu quả của ô nhiễm thực phẩm đến sức khỏe.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối liên quan giữa trình độ học vấn và kiến thức của người nội trợ trong gia đình về ATVSTP với $p < 0,05$. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu tại một vùng dân sinh sống ở Ý [11]. Theo đó, trình độ học vấn càng thấp thì kiến thức về ATVSTP của đối tượng càng kém.

5. KẾT LUẬN

Kiến thức và thực hành về ATVSTP của người nội trợ trong chế biến và bảo quản thực phẩm còn nhiều hạn chế, đặc biệt là vấn đề thực hành ATVSTP tại hộ gia đình. Mối liên quan giữa trình độ học vấn với kiến thức về VSATTP và kiến thức với thực hành về VSATTP của người nội trợ quan sát được trong nghiên cứu có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này cho thấy cần phải đẩy mạnh hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe nhằm nâng cao kiến thức và thực hành đúng về ATVSTP của người dân tại xã Tầm Xá, huyện Đông Anh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] WHO, Food safety, World Health Organization, 2022.
- [2] Sudershan, R; Rao, G.S; Rao, P; at al., Food safety related perceptions and practices of mothers—A case study in Hyderabad, India. Food

- Control, 19, 2008, 506–513
- [3] WHO, An toàn Thực phẩm tại Việt Nam; World Health Organization, 2016.
- [4] Sở Y tế tỉnh An Giang, Bảo đảm an toàn thực phẩm, phòng chống ngộ độc thực phẩm và bệnh truyền qua thực phẩm năm 2022, Cổng thông tin điện tử Sở Y tế tỉnh An Giang, 2022.
- [5] Tổng cục thống kê, Infographic tình hình dịch bệnh, ngộ độc thực phẩm 9 tháng năm 2022; Dữ liệu và số liệu thống kê, Tổng cục thống kê, 2022.
- [6] Nguyễn Thị Yến, Nguyễn Thanh Phong, Trần Thị Thu Liễu, Đánh giá kiến thức về an toàn thực phẩm của người tiêu dùng tại một số tỉnh của Việt Nam năm 2011, Tạp chí Y học Thực hành, 820 (05), 2012, 33.
- [7] Hà Minh Trang, Thực trạng kiến thức - thực hành của người nội trợ chính về an toàn thực phẩm trong gia đình và một số yếu tố liên quan tại xã Thanh Văn - Thanh Oai - Hà Nội, năm 2014; Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội, 2014.
- [8] Phạm Thị Lam Giang, Kiến thức, thực hành về an toàn thực phẩm và một số yếu tố liên quan của người nội trợ tại phường Quang Trung, thành phố Kon Tum, tỉnh Kon Tum năm 2022; Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng, Đại học Y tế công cộng, 2022.
- [9] Lê Thị Ngọc Dung, Kiến thức, thực hành về an toàn thực phẩm và một số yếu tố liên quan của người nội trợ tại xã Mỹ Đông huyện Tháp Mười, tỉnh Đồng Tháp năm 2017; Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng, Đại học Y tế công cộng, 2017.
- [10] Nora A. Moreb, Anushree Priyadarshini, Amit K. Jaiswal, Knowledge of food safety and food handling practices amongst food handlers in the Republic of Ireland, Food Control 80, 2017, 341-349,
- [11] Italo F. A, Maria R F, Carmela S, Maria P, Consumers and foodborne diseases: knowledge, attitudes and reported behavior in one region of Italy, International Journal of Food Microbiology, 64,(1–2), 161-166.



CURRENT SITUATION OF WEIGHT- OBSERVATION AND SOME RELATED FACTORS IN ADULTS 25 TO 64 AGES IN CO LOA COMMUNE, DONG ANH DISTRICT, HANOI CITY IN 2019

Vu Thi Quy*, Nguyen Quang Dung, Truong Mai Phuong

Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Trung Tu ward, Dong Da district, Hanoi city, Vietnam

Received: 08/09/2023

Revised: 30/09/2023; Accepted: 31/10/2023

ABSTRACT

Objective: Describe the status of overweight and obesity and some related factors in adults.

Subject and methods: A cross-sectional descriptive study of 268 people aged 25-64 in Co Loa commune, Dong Anh district, Hanoi. Collect data by questionnaires surveying knowledge, attitudes and behaviors about nutrition and measuring anthropometric indicators. Determine the prevalence of overweight and obesity according to WHO standards.

Results: The rate of overweight and obesity in the age group 25 to 64 accounted for 25.3%. In which the overweight rate is 23.1%, the obesity rate is 2.2%. The risk of obesity in the 45-64 age group was higher than in the 25-44 age group with OR= 2.44; p=0.006. Waist circumference, VE/VM, body fat percentage are factors related to overweight and obesity.

Conclusion: The prevalence of overweight and obesity among adults in Co Loa commune, Dong Anh district, Hanoi is high. The waist circumference index, VE/VM, and body fat percentage are related to the prevalence of overweight and obesity and have statistical significance.

Keywords: Overweight, obesity, adults.

*Corresponding author

Email address: vuquy@hmu.edu.vn

Phone number: (+84) 914 323 338

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>

THỰC TRẠNG THỪA CÂN- BÉO PHÌ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH TỪ 25 ĐẾN 64 TUỔI TẠI XÃ CỔ LOA, HUYỆN ĐÔNG ANH, THÀNH PHỐ HÀ NỘI NĂM 2019

Vũ Thị Quý*, Nguyễn Quang Dũng, Trương Mai Phương

Trường Đại học Y Hà Nội - số 1 Tôn Thất Tùng, phường Trung Tự, quận Đống Đa, TP.Hà Nội

Ngày nhận bài: 08 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 30 tháng 09 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 31 tháng 10 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng thừa cân béo phì và một số yếu tố liên quan ở người trưởng thành.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 268 người dân thuộc nhóm tuổi từ 25- 64 tại xã Cổ Loa, huyện Đông Anh, Hà Nội. Thu thập số liệu bằng bộ câu hỏi khảo sát kiến thức, thái độ, hành vi về dinh dưỡng và đo các chỉ số nhân trắc. Xác định tỷ lệ thừa cân béo phì theo tiêu chuẩn WHO.

Kết quả: Tỷ lệ thừa cân béo phì ở độ tuổi 25 đến 64 chiếm 25,3%. Trong đó tỷ lệ thừa cân là 23,1%, tỷ lệ béo phì là 2,2%. Nguy cơ béo phì ở nhóm tuổi 45- 64 cao hơn nhóm tuổi 25-44 với OR= 2,44; p=0,006. Vòng bụng, VE/VM, % mỡ cơ thể là các yếu tố liên quan đến thừa cân, béo phì.

Kết luận: Tỷ lệ thừa cân béo phì của người trưởng thành tại xã Cổ Loa, huyện Đông Anh, Hà Nội ở mức cao. Chỉ số vòng bụng, VE/VM, % mỡ cơ thể có mối liên quan tới tỷ lệ thừa cân, béo phì và có ý nghĩa thống kê.

Từ khóa: Thừa cân, béo phì, người trưởng thành.

*Tác giả liên hệ

Email: vuquy@hmu.edu.vn

Điện thoại: (+84) 914 323 338

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, vấn đề thừa cân béo phì (TCBP) đã gây ra những ảnh hưởng nghiêm trọng tới sức khỏe của người dân và đang là gánh nặng kinh tế cho toàn thế giới. Theo nghiên cứu của WHO, tỷ lệ thừa cân béo phì của người dân thuộc nhóm trên 18 tuổi trên toàn thế giới năm 2016 đạt 39% tăng gần gấp 3 lần so với năm 1975 (14%)^[1]. Hậu quả của TCBP là một yếu tố gây ra nhiều căn bệnh không lây nhiễm ở người trưởng thành như: bệnh tim mạch, tiểu đường, rối loạn cơ xương,... nghiêm trọng hơn là các bệnh ung thư như nội mạc tử cung, vú, buồng trứng, tuyến tiền liệt, gan, túi mật, thận và ruột kết.

Ở Việt Nam, theo nghiên cứu ở tỉnh Hà Tây năm 2006, tỷ lệ thừa cân béo phì ở người trưởng thành là 16%^[2]. Trong khi đó vào năm 2012, một nghiên cứu tiến hành trên toàn quốc cho kết quả tỷ lệ người trưởng thành từ 25 đến 74 tuổi mắc thừa cân béo phì tại thành thị là 18,6% và nông thôn là 9,6%^[3]. Tỷ lệ thừa cân béo phì có xu hướng gia tăng hàng năm song hành cùng với sự phát triển của nền kinh tế đất nước.

Xã Cổ Loa thuộc huyện Đông Anh- Hà Nội với diện tích đất là 8,02 và mật độ dân cư đạt 2059 người/. Ở Đông Anh, Hà Nội chưa tìm thấy nghiên cứu về TCBP ở người trưởng thành, chủ yếu là ở độ tuổi trẻ em. Nghiên cứu này được triển khai nhằm mô tả thực trạng thừa cân- béo phì và một số yếu tố liên quan của người dân sinh sống tại xã Cổ Loa, huyện Đông Anh, Hà Nội có độ tuổi từ 25- 64 năm 2019.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng được đưa vào nghiên cứu thỏa mãn tiêu chuẩn là người trưởng thành độ tuổi từ 25-64 có hộ khẩu thường trú tại xã Cổ Loa hoặc có thời gian sinh sống tại đây ít nhất 1 năm. Các tiêu chuẩn loại trừ bao gồm đối tượng mắc các bệnh cấp tính, khuyết tật ngôn ngữ, rối loạn tâm thần không có khả năng tham gia trả lời, phụ nữ đang mang thai và cho con bú trong vòng 12 tháng.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu theo mô tả cắt ngang.

2.3. Thời gian và địa điểm

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 11/2018 đến tháng 04/2019 tại xã Cổ Loa, huyện Đông Anh, Hà Nội.

2.4. Chọn mẫu và cỡ mẫu

Phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn

- Cỡ mẫu áp dụng công thức tính ước lượng cho 1 tỷ lệ:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

- n: là số mẫu tối thiểu cần lấy
- Z: Trị số phân phối chuẩn 1,96
- α : xác suất sai lầm loại 1, chọn $\alpha=0,05$

p: Tỷ lệ thừa cân ở Hà Nội chọn $p=0,268$ theo kết quả cuộc tổng điều tra thừa cân béo phì giai đoạn 2010-2020^[4].

D: Mức độ sai số chấp nhận được, chọn $d=0,055$.

Thay vào công thức ta có

$$n = \frac{1,96^2 \times 0,268(1-0,268)}{(0,055)^2} = 249$$

Dự phòng 10% đối tượng từ chối tham gia nên ước tính $n=249+249 \times 10\% = 274$. Thực tế, chúng tôi đã tiến hành thu thập được số liệu trên 268 đối tượng.

2.5. Biến số/ chỉ số/ Nội dung/ chủ đề nghiên cứu

Phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi khảo sát và đo chỉ số nhân trắc do điều tra viên đã được tập huấn trước đó.

Sử dụng cân SECA để đo cân nặng. Chiều cao đứng được đo bằng thước gỗ. Chỉ số khối cơ thể BMI (Body Mass Index) = kg/m^2 đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo WHO 2000: CED (thiếu năng lượng trường diễn): $\text{BMI} < 18,5$; Bình thường: $18,5 < \text{BMI} < 24,9$; Thừa cân: $25 < \text{BMI} < 29,9$; Béo phì ≥ 30 ^[2].

Vòng eo và vòng mông được đo bằng thước dây không co giãn. Số đo vòng eo cao khi >90 cm ở nam và >80 cm ở nữ. Tỷ số W/H (Waist/Hip Ratio) cao khi VE/VM (Vòng eo trên vòng mông) $>0,9$ ở nam và $>0,85$ ở nữ^[2].

Tỷ lệ % mỡ cơ thể được đo bằng bộ máy đo điện trở sinh học OMRON của Nhật Bản. Tỷ lệ % mỡ cơ thể được xác định cao khi giá trị đo được >30 ở nữ và >25 ở nam^[2].

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Nghiên cứu được tiến hành theo 2 bước sau:

- Bước 1: Phỏng vấn thu thập thông tin của đối tượng nghiên cứu như: Tuổi, giới tính, nghề nghiệp, trình độ học vấn, kiến thức và thực hành dinh dưỡng.

- Bước 2: Đo các chỉ số nhân trắc

bao gồm: chiều cao, cân nặng, tỷ lệ % mỡ cơ thể, vòng eo, vòng hông.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được làm sạch và nhập bằng phần mềm EpiData 3.1, phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng các test χ^2 dùng để so sánh sự khác biệt giữa các tỷ lệ trong cùng một nhóm tại thời điểm khác nhau hoặc so sánh giữa các nhóm nghiên cứu trong cùng thời điểm và T test dùng để kiểm định sự khác biệt giá trị trung bình.

Mức có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Đối tượng được giải thích rõ về mục đích, nội dung và quyền lợi khi tham gia nghiên cứu. Số liệu thu thập khi có sự đồng ý của đối tượng tham gia. Thông tin của đối tượng được mã hóa bảo mật riêng và sử dụng nhằm mục đích phục vụ nghiên cứu này. Đối tượng có quyền từ chối trả lời, dừng tham gia khi không muốn tiếp tục.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

		Tần số (n=268)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	81	30,2
	Nữ	187	69,8
Tuổi	25-44	52	19,4
	45-64	216	80,6
Trình độ học vấn	≤ Trung học cơ sở	178	66,4
	≥ Trung học phổ thông	90	33,6
Tình trạng hôn nhân	Đã kết hôn	256	95,5
	Khác	12	4,5
Nghề nghiệp	Nông dân	154	57,5
	Công dân	7	2,6
	Cán bộ viên chức	7	2,6
	Nghỉ hưu	11	4,1
	Tự do	89	33,2

Bảng 1 trình bày đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Tỷ lệ nam giới là 30,2% nữ giới là 69,8%. Tỷ lệ tuổi từ 25 đến 44 là 19,4% và từ 45 đến 64 chiếm

80,6%. Tỷ lệ dưới THPT chiếm 66,4%. Tỷ lệ người đã kết hôn là 95,5%, tỷ lệ nghề nông dân là 57,5%.



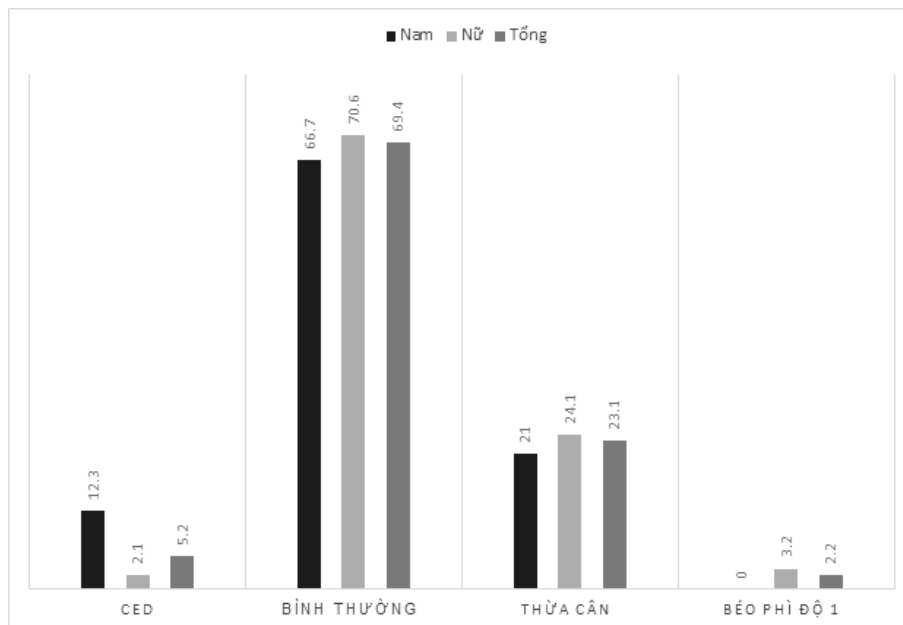
Bảng 2. Các chỉ số nhân trắc của đối tượng nghiên cứu

	Nam (n=81)	Nữ (n=187)	p
Cân nặng (kg)	59,4 ± 9,2	55,9 ± 7,5	0,003
Chiều cao (cm)	163,2 ± 6,1	153,7 ± 4,9	0,000
BMI (kg/)	22,2 ± 2,9	23,6 ± 2,9	0,000
% mỡ cơ thể (%)	21,7 ± 5,2	33,9 ± 4,6	0,000
Vòng bụng (cm)	81,0 ± 10,1	82,3 ± 7,0	0,283
Vòng hông (cm)	91,4 ± 6,5	93,8 ± 6,0	0,004
VE/VM	0,88 ± 0,06	0,87 ± 0,05	0,453

Các chỉ số nhân trắc của đối tượng nghiên cứu được trình bày trong bảng 2. Cân nặng trung bình ở nam là 59,4 ± 9,2 kg, nữ là 55,9 ± 7,5 kg (p=0,003). Chiều cao trung bình ở nam là 163,2 ± 6,1 cm, nữ là 153,7 ± 4,9 cm (p=0,000). Chỉ số BMI giữa nam là 22,2 ± 2,9 và

nữ là 23,6 ± 2,9 (p=0,000). Tỷ lệ % mỡ cơ thể ở nam là 21,7%; ở nữ là 33,9 % (p=0,000). Vòng bụng của nam là 81 ± 10,1 cm; của nữ là 82,3 ± 7,0 cm. Vòng hông của nam là 91,4 ± 6,5 cm; nữ là 93,8 ± 6,0 cm. Tỉ số ± VE/VM ở nam là 0,88 và nữ là 0,87 (p=0,453).

Biểu đồ 1. Tình trạng dinh dưỡng phân loại theo BMI giữa nam và nữ



Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có 23,1% thừa cân và 2,2% béo phì độ 1. Không có đối tượng béo phì độ 2 và độ 3. Tỷ lệ nam giới thừa cân là 21%. Tỷ lệ thừa cân ở nữ

24,1% và 3,2% béo phì độ 1. Tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn (CED) là 5,2% . Tỷ lệ thừa cân béo phì chung ở 2 giới chiếm 25,3%.

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan tới tỷ lệ thừa cân, béo phì của người trưởng thành

Yếu tố		Thừa cân, béo phì		OR (95%CI)	P
		Có	Không		
		n(%)	n(%)		
Tuổi	45-64	21 (40,4%)	31 (59,6%)	2,44 (1,28-4,63)	0,006
	25-44	47 (21,8%)	169 (78,2%)		
Giới tính	Nữ	51 (27,3%)	136 (72,7%)	1,41 (0,75-2,63)	0,278
	Nam	17 (21%)	64 (79%)		
Tình trạng hôn nhân	Đã kết hôn	65 (25,4%)	191 (74,6%)	1,02 (0,27-3,89)	0,976
	Khác	3 (25%)	9 (75%)		
Trình độ học vấn	≤THCS	48 (27%)	130 (73%)	1,29 (0,71-2,35)	0,399
	>THCS	20 (22,2%)	70 (77,8%)		
Vòng bụng	Cao	56 (45,5%)	67 (54,5%)	9,26 (4,65-18,45)	0,000
	Bình thường	12 (8,3%)	133 (91,7%)		
VE/VM	Cao	53 (32,7%)	109 (67,3%)	2,95 (1,56-5,58)	0,001
	Bình thường	15 (14,2%)	91 (85,8%)		
% mỡ cơ thể	Cao	66 (34,6%)	125 (65,4%)	19,80 (4,71-83,20)	0,000
	Bình thường	2 (2,6%)	75 (97,4%)		

Một số yếu tố liên quan thừa cân béo phì được trình bày ở bảng 3. Nhóm tuổi 44-64 mắc TCBP nhiều hơn nhóm tuổi 25-44 gấp 2,44 lần ($p=0,006$). Vòng bụng cao ở người TCBP gấp 9,26 lần với người bình thường ($p=0,000$). Người TCBP có VE/VM cao chiếm 32,7%; OR= 2,950; $p=0,001$. Phần trăm mỡ cơ thể cao ở người TCBP chiếm 34,6% so với người không TCBP; OR= 19,8; $p=0,000$.

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu 268 người dân 25-64 tuổi, tỷ lệ giới tính nam thấp hơn nữ giới. Đối tượng nghiên cứu đều là dân tộc kinh có độ tuổi chủ yếu từ 45 -64. Trình độ học vấn người dân khá thấp thường dưới THPT và đã kết hôn. Đa số người dân có nghề nghiệp là nông dân.

Tỷ lệ thừa cân, béo phì ở người trưởng thành tại xã Cổ Loa năm 2019 lần lượt là 23,1% và 2,2%. Tỷ lệ này của nghiên cứu chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Lê Bạch Mai năm 2015 với tỷ lệ thừa cân, béo phì của người trưởng thành trên toàn quốc lần lượt là 13,5% và

1,7%^[5]. Sự khác biệt này có thể là do hai nghiên cứu khác nhau về đặc điểm địa dư và cỡ mẫu.

Mặt khác, tỷ lệ thừa cân béo phì chung ở người trưởng thành ở đối tượng nghiên cứu là 25,3% cao hơn so với nghiên cứu tại Hà Tây^[2] năm 2008 (TCBP là 16%). Có thể nhận thấy thừa cân béo phì đang có xu hướng gia tăng nhanh chóng tại các khu ngoại thành Hà Nội. Dù vậy, tỷ lệ TCBP ở nghiên cứu chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Lê Văn Chúc năm 2019 là 27,9%^[6]. Do đối tượng nghiên cứu chủ yếu của chúng tôi hơn một nửa là nông dân, trong khi ở nghiên cứu của Lê Văn Chúc số lượng nông dân chỉ chiếm khoảng 1/3 đối tượng. Xét về tổng quan chung, tỷ lệ thừa cân béo phì ở đối tượng nghiên cứu tại xã Cổ Loa không ở mức quá cao cũng như quá thấp so với các vùng miền khác trên cả nước. Tuy nhiên, tỷ lệ TCBP ở người trưởng thành xã Cổ Loa vẫn cần được quan tâm và theo dõi.

Cân nặng trung bình ở nam là 59,4 kg và ở nữ là 55,9 kg. Kết quả này cao hơn nghiên cứu ở Ba Vì ngoại thành Hà Nội của Đỗ Hải Anh năm 2018 ở nam là 58,5 kg và nữ là 51,3 kg^[7]. Trong nghiên cứu của Đỗ Hải Anh, đối

trạng lao động chân tay là chủ yếu chiếm tới 86,3%, mức độ lao động cao thì năng lượng tiêu thụ càng cao nên có thể dẫn đến sự khác biệt này. Về chỉ số chiều cao trung bình, ở cả nam và nữ đều thấp hơn khoảng 1cm so với kết quả cuộc tổng điều tra dinh dưỡng giai đoạn 2009-2010 với chiều cao nam là 164,4 cm và nữ là 154,8 cm^[4]. Có thể sự khác biệt là do yếu tố địa dư và cỡ mẫu của chúng tôi chỉ tập trung tại xã Cổ Loa.

Phần trăm mỡ cơ thể và vòng eo được cho là có mối liên hệ chặt chẽ với tỷ lệ thừa cân, béo phì. Hai chỉ số này có mối tương quan gây ra tăng hội chứng chuyển hóa, tim mạch và một loạt các bệnh mãn tính không lây^[8]. Nghiên cứu chúng tôi cho thấy tỷ lệ % mỡ cơ thể ở nam giới ở ngưỡng bình thường trong khi ở nữ giới cao hơn mức cho phép, hơn mức 30%. Chỉ số vòng bụng cao gấp ở nữ giới với con số là 82,3 cm còn ở nam ở mức bình thường là 81cm. VE/VM ở nữ cũng báo động ở mức cao hơn ngưỡng cho phép 0,85 là 0,87 trong khi tỷ lệ này bình thường ở nam giới. Qua kết quả, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ béo bụng, % mỡ cơ thể và VE/VM cao có thể thường gặp ở đối tượng nữ hơn nam giới.

Theo kết quả nghiên cứu đã trình bày, những yếu tố có liên quan đến tình trạng thừa cân béo phì ở người trưởng thành bao gồm tuổi, vòng bụng, VE/VM và % mỡ cơ thể.

Nhóm người trưởng thành độ tuổi từ 44-64 có nguy cơ mắc thừa cân béo phì cao gấp 2,44 lần nhóm tuổi từ 25-44 với $p=0,006$. Kết quả phản ánh tương đương với nghiên cứu của Lê Văn Chúc, cho thấy độ tuổi càng cao mức độ thừa cân, béo phì càng tăng^[6].

Nghiên cứu chúng tôi cho kết quả nguy cơ TCBP ở người có vòng bụng lớn gấp 9,26 lần với người bình thường ($p=0,000$). Vòng bụng có nguy cơ rủi ro đến sức khỏe người thừa cân, béo phì; điểm này tương đồng với nghiên cứu của Ian Jansan và cộng sự khi họ chỉ ra mối liên quan giữa vòng bụng và thừa cân béo phì^[9]. Điều này lý giải vòng bụng cao là yếu tố nguy cơ có thể dẫn đến tình trạng thừa cân béo phì. Ngoài ra tỷ số VE/VM cao ở TCBP chiếm 32,7%; OR= 2,950; $p=0,001$. Hai yếu tố vòng bụng và VE/VM có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Điều này giải thích có thể xem xét lấy chỉ số vòng bụng và VE/VM để đánh giá tình trạng thừa cân béo phì ngoài chỉ số BMI thông dụng^[8].

Phần trăm mỡ cơ thể cao ở người TCBP chiếm 34,6% so với người không TCBP; OR= 19,8; $p=0,000$. Kết quả cho thấy phần trăm mỡ là yếu tố liên quan đáng kể tới thừa cân, béo phì. Cũng theo nghiên cứu của Shang-

Ping Hung chỉ ra rằng nên kết hợp sử dụng cả % mỡ cơ thể và BMI để đánh giá, kiểm soát tình trạng thừa cân, béo phì^[10].

Các yếu tố giới tính, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn trong nghiên cứu chúng tôi chưa tìm thấy có sự liên quan tới thừa cân béo phì với $p>0,05$.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thừa cân béo phì độ tuổi trưởng thành từ 25 đến 64 tuổi ở xã Cổ Loa, huyện Đông Anh, thành phố Hà Nội khá cao so với đặc điểm dân số và khu vực sinh sống. Cần có những biện pháp can thiệp dinh dưỡng cho nhóm tuổi người trưởng thành, đặc biệt nhóm tuổi 45 đến 64. Các chỉ số vòng bụng, VE/VM, % mỡ cơ thể có thể sử dụng để đánh giá, dự đoán tỷ lệ thừa cân, béo phì ngoài chỉ số BMI thông dụng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] WHO, Obesity and overweight, World health organization, 2014.
- [2] Hà Huy Tuệ, Lê Bạch Mai, Thiếu năng lượng trường diễn và thừa cân béo phì ở người trưởng thành tại xã Duyên Thái - Hà Tây năm 2006, Tạp chí DD&TP/Journal of Food and Nutrition Sciences, 4(2), 2008
- [3] Lê Bạch Mai, Lê Thị Hợp, Nguyễn Thị Diệp Anh, Thực trạng thừa cân béo phì và rối loạn Lipid máu ở người 25-74 tuổi tại khu vực nội thành thành phố và nông thôn, Tạp chí DD&TP/ Journal of Food and Nutrition Sciences, 8(2), 2012
- [4] Bộ Y tế, Bộ Y tế công bố kết quả Tổng điều tra Dinh dưỡng năm 2019-2020, Cổng thông tin điện tử, Bộ Y tế, 2021.
- [5] Lê Bạch Mai & cs, Thừa cân béo phì ở người trưởng thành Việt nam: Thực trạng và một số yếu tố nguy cơ, Tạp chí y học Việt Nam;460, 2017, 57- 63
- [6] Lê Văn Chúc, Lê Thành Tài, Nghiên cứu tình hình thừa cân béo phì ở người 25-64 tuổi tại tỉnh Hậu Giang năm 2018, Trường Đại học Y dược Cần Thơ, 2019.

- [7] Đỗ Hải Anh, Thực trạng thừa cân, béo phì và một số yếu tố liên quan ở người trưởng thành tại ba quận/huyện nội ngoại thành Hà Nội năm 2018, Luận văn thạc sỹ Trường đại học Y Hà Nội, 2020.
- [8] S Zhu, Z Wang, S Heshka, Waist circumference and obesity-associated risk factors among whites in the third National Health and Nutrition Examination Survey: clinical action thresholds, *The American Journal of Clinical Nutrition*, 76(4), 2002, 743.
- [9] Ian J, P T Katzmarzyk, R Ross, Waist circumference and not body mass index explains obesity-related health risk, *The American Journal of Clinical Nutrition*, 79(3), 2004, 379–384
- [10] S-P Hung, C-Y Chen, F-R Guo, et al., Combine body mass index and body fat percentage measures to improve the accuracy of obesity screening in young adults, *Obesity Research & Clinical Practice*, 11(1), 2017, 11-18.



UNDER-NUTRITION STATUS AND SOME RELEVANT FACTORS AMONG PRESCHOOL CHILDREN AT 2 DISTRICTS IN HANOI

Le Thi Tuyet², Nguyen Thi Hong Tham¹, Trinh Thi Bao Ngoc¹, Le Chi Bang¹,
Tran Le Hong Giang¹, Le Thi Huong¹, Do Nam Khanh^{1*}

¹Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Trung Tu ward, Dong Da district, Hanoi city, Vietnam

²Hanoi National University of Education - 136 Xuan Thuy, Dich Vong Hau, Cau Giay, Hanoi, Vietnam

Received: 08/09/2023

Revised: 29/09/2023; Accepted: 27/10/2023

ABSTRACT

Objective: The study aimed to assess the nutritional status and factors related to nutrition and physical activity of preschool children aged 24-59 months in Dong Anh district and Hoan Kiem district, Hanoi in 2020.

Subject and method: A cross-sectional descriptive study was conducted on 1993 preschool students aged 24-59 months in Dong Anh district and Hoan Kiem district, Hanoi in 2020

Results: The study results showed that the age group 48-59 months accounted for the highest proportion (57.6%), while the age group 24-35 months had the lowest proportion (13.95%). The rate of 2.96% of children were mildly underweight, 6.47% were stunted due to malnutrition, and 3.16% were underweight due to malnutrition. Children aged 48-59 months had a lower risk of malnutrition than the 24-35 month age group ($p < 0.05$). Female children had a 1.56 times higher risk of malnutrition than male children. Children in Dong Anh district had a 2.16 times higher risk of malnutrition than those in Hoan Kiem district ($p < 0.01$). The study results also indicated that children of mothers who gained ≥ 12 kg during pregnancy had a half lower risk of malnutrition compared to children of mothers who gained 10-12kg during pregnancy ($p < 0.01$). Children with birth weight < 2500 g had a 1.16 times higher risk of malnutrition than those with birth weight between 2500-3500g ($p < 0.01$).

Conclusion: Malnutrition in preschool children in Dong Anh district and Hoan Kiem district is associated with gender, living area, maternal weight gain during pregnancy, and the child's birth weight.

Keywords: Malnutrition, pre-school, Dong Anh district, Hoan Kiem district.

*Corresponding author

Email address: donamkhanh@hmu.edu.vn

Phone number: (+84) 983 616 365

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>

TÌNH TRẠNG SUY DINH DƯỠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA TRẺ MẦM NON Ở 2 QUẬN, HUYỆN CỦA HÀ NỘI

Lê Thị Tuyết², Nguyễn Thị Hồng Thắm¹, Trịnh Thị Bảo Ngọc¹, Lê Chí Bằng¹, Trần Lê Hồng Giang¹, Lê Thị Hương¹, Đỗ Nam Khánh^{1*}

¹Trường Đại học Y Hà Nội - số 1 Tôn Thất Tùng, phường Trung Tự, quận Đống Đa, TP.Hà Nội

²Trường Đại học Sư phạm Hà Nội - 136 Xuân Thủy, Dịch Vọng Hậu, Cầu Giấy, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 08 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 29 tháng 09 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 27 tháng 10 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá tình trạng suy dinh dưỡng (SDD) và một số yếu tố liên quan đến chăm sóc dinh dưỡng và vận động của trẻ mầm non từ 24-59 tháng tuổi tại huyện Đông Anh và quận Hoàn Kiếm, Hà Nội năm 2020.

Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 1993 học sinh mầm non từ 24-59 tháng tuổi tại huyện Đông Anh và quận Hoàn Kiếm, Hà Nội năm 2020.

Kết quả: Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm tuổi 48-59 chiếm tỉ lệ cao nhất (57.6%), nhóm tuổi 24-35 tháng tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất (13.95%). Nghiên cứu có 2.96% trẻ suy dinh dưỡng nhẹ cân, 6.47% trẻ suy dinh dưỡng thấp còi và 3.16% trẻ suy dinh dưỡng gầy còm. Trẻ 48-59 tháng tuổi có nguy cơ SDD thấp còi thấp hơn nhóm trẻ 24-35 tháng tuổi ($p<0.05$). Trẻ nữ có nguy cơ SDD thấp còi cao gấp 1.56 lần trẻ nam. Trẻ ở huyện Đông Anh có nguy cơ SDD thấp còi cao gấp 2.16 lần trẻ ở Hoàn Kiếm ($p<0.01$). Kết quả nghiên cứu cho thấy những mẹ tăng ≥ 12 kg khi mang thai, thì trẻ có nguy cơ SDD thấp còi giảm một nửa so với trẻ có mẹ tăng 10-12kg khi mang thai ($p<0.01$). Những trẻ có cân nặng sơ sinh <2500 g có nguy cơ SDD thấp còi cao gấp 1.16 lần trẻ có cân nặng từ 2500-3500g ($p<0.01$).

Kết luận: Suy dinh dưỡng ở trẻ mầm non huyện Đông Anh và quận Hoàn Kiếm có liên quan đến giới tính, khu vực sống, cân nặng của mẹ tăng khi mang thai và cân nặng khi sinh của trẻ.

Từ khóa: Suy dinh dưỡng, mầm non, Đông Anh, Hoàn Kiếm.

*Tác giả liên hệ

Email: donamkhanh@hmu.edu.vn

Điện thoại: (+84) 983 616 365

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy dinh dưỡng (SDD) trẻ em dưới 5 tuổi hiện nay được coi là một trong những chỉ tiêu quan trọng bậc nhất phản ánh về mặt chất lượng cuộc sống của xã hội, nhằm đánh giá tiềm năng của các nước nghèo cũng như các quốc gia đang phát triển [1].

Theo Quỹ Nhi đồng Liên hợp quốc (UNICEF), vào năm 2020, 22% hay hơn 1/5 trẻ em dưới 5 tuổi trên toàn thế giới bị thấp còi. Từ năm 2000 đến năm 2020, tỷ lệ trẻ thấp còi trên toàn cầu giảm từ 33,1% xuống 22% và số trẻ em bị ảnh hưởng giảm từ 203,6 triệu xuống 149,2 triệu. Trong khi đó, số trẻ em dưới 5 tuổi bị thừa cân trên toàn thế giới đã tăng từ 33,3 triệu vào năm 2000 lên 38,9 triệu vào năm 2020 [2]. Tại Việt Nam, theo Tổng điều tra dinh dưỡng năm 2019-2020 tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp còi (chiều cao/tuổi) ở trẻ em dưới 5 tuổi trên toàn quốc là 19,6% - mức <20% - được xếp vào mức trung bình theo phân loại của Tổ chức Y tế thế giới. Rất đáng lưu ý là tỷ lệ thừa cân, béo phì tăng từ 8,5% năm 2010 lên thành 19,0% năm 2020, trong đó tỷ lệ thừa cân béo phì khu vực thành thị là 26,8%, khu vực nông thôn là 18,3% và miền núi là 6,9% [3].

Những rối loạn về tình trạng dinh dưỡng trong giai đoạn mầm non như suy dinh dưỡng (nhẹ cân, thấp còi, gầy còm), thừa cân hay béo phì đều ảnh hưởng xấu đến cả sức khỏe và tâm lý của trẻ trong tương lai. SDD ngoài ảnh hưởng xấu đến sự phát triển thể chất và trí tuệ của trẻ còn làm tăng nguy cơ bị các bệnh truyền nhiễm cao và liên quan tới 45% ca tử vong ở trẻ em [1].

Huyện Đông Anh là một huyện ngoại thành của Hà Nội với tốc độ đô thị hoá rất cao với nhiều khu công nghiệp và nhiều hộ gia đình trẻ xen kẽ nhiều mô hình gia đình truyền thống, quận Hoàn Kiếm là một quận lõi trung tâm của thủ đô. Nghiên cứu này tiến hành với mục tiêu mô tả tình trạng suy dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan đến chăm sóc dinh dưỡng của trẻ từ 24-59 tháng tuổi tại quận Hoàn Kiếm và huyện Đông Anh Hà Nội.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu: Là trẻ 24-59 tháng tuổi ở một số trường mầm non thuộc quận Hoàn Kiếm và huyện Đông Anh, Hà Nội. Những người trực tiếp chăm sóc nuôi dưỡng trẻ ở nhà và cô giáo trực tiếp nuôi dạy trẻ

ở trường được chọn để thu thập thông tin liên quan đến trẻ

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Thời gian nghiên cứu: tháng 1/2020-6/2020

- Địa điểm nghiên cứu: 4 trường mầm non thuộc quận Hoàn Kiếm và 2 trường mầm non huyện Đông Anh, Hà nội.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.4. Cơ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Áp dụng công thức tính ước lượng một tỷ lệ cho một quần thể, thực tế nghiên cứu đã thực hiện trên 1993 trẻ mầm non từ 24 đến 59 tháng tuổi tại quận Hoàn Kiếm và huyện Đông Anh.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

Từ danh sách các trường mầm non của hai quận huyện, nghiên cứu tiến hành chọn ngẫu nhiên 4 trường mầm non công lập thuộc quận Hoàn Kiếm và 2 trường thuộc Đông Anh. Từ số trường đã chọn lấy toàn bộ học sinh từ 24-59 tháng tuổi mỗi trường. Nhóm nghiên cứu gửi thư chấp thuận tham gia nghiên cứu đến phụ huynh và các cô giáo mầm non, tiến hành cân đo nhân trắc từng trẻ mầm non đã được chọn ở các trường. Sau đó gửi phiếu tự điền đến các cô giáo mầm non và phụ huynh trẻ mầm non.

2.6. Biến số và tiêu chuẩn đánh giá tình trạng dinh dưỡng của trẻ

- Biến số nghiên cứu: tuổi, giới, nơi sinh sống; tình trạng nhẹ cân, thấp còi, gầy còm. Biến số BMI của bố, BMI của mẹ, cân nặng của mẹ tăng khi mang thai, stress khi mang thai, hình thức đẻ, cân nặng khi sinh của trẻ.

- Tiêu chuẩn đánh giá tình trạng dinh dưỡng của trẻ: Căn cứ theo tiêu chuẩn của WHO năm 2006 dựa trên Z-score cân nặng/chiều cao cho trẻ dưới 5 tuổi. Nghiên cứu tính Zscore của trẻ dựa theo 4 tiêu chí cân nặng/tuổi, chiều cao/tuổi, cân nặng/chiều cao và BMI theo tuổi. Chỉ số Zscore <-2SD được coi suy dinh dưỡng.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

- Số liệu được nhập và quản lý bằng phần mềm Epidata. Các phần mềm Excel 2010, SNPstat, SPSS 16.0. Tính Z-Score cân nặng/ tuổi, chiều cao/ tuổi, cân nặng/chiều cao bằng chương trình WHO Anthro.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được chấp thuận bởi Hội đồng đạo

đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Hà Nội số 03NCS17/HMU IRB ngày 8 tháng 2 năm 2018.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

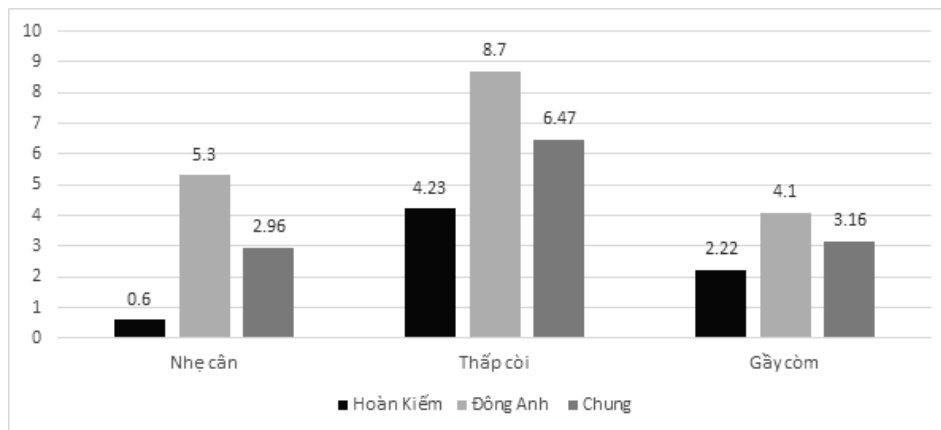
Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Huyện Đông Anh		Quận Hoàn Kiếm		Tổng		
	n	%	n	%	n	%	
Tháng tuổi	24-35 tháng	194	19.4	84	8.46	278	13.95
	36-47 tháng	331	33.1	236	23.77	567	28.45
	48-59 tháng	475	47.5	673	67.77	1148	57.6
	Tổng	1000	100	993	100	1993	100

Bảng 1 cho thấy nhóm tuổi 48-59 chiếm tỉ lệ cao nhất (57.6%), nhóm tuổi 24-35 tháng tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất (13.95%).

3.2. Tỷ lệ suy dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu

Hình 1. Phân loại suy dinh dưỡng của trẻ



Nghiên cứu có 2.96% trẻ suy dinh dưỡng nhẹ cân, 6.47% trẻ suy dinh dưỡng thấp còi và 3.16% trẻ suy dinh dưỡng gầy còm. Tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp còi chiếm tỷ lệ cao nhất trong 3 thể.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến suy dinh dưỡng của trẻ mầm non ở 2 quận huyện của Hà Nội

Bảng 2. Một số yếu tố nhân khẩu học liên quan tới tình trạng SDD của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	SDD thấp còi	BT	OR (95% CI)
Tháng tuổi	24-35	22	1
	36-47	54	1.22 (0.73-2.06)
	48-59	53	0.56 (0.34-0.94)
Giới tính	Nam	59	1
	Nữ	70	1.56 (1.09-2.23)
Khu vực sống	Hoàn Kiếm	42	1
	Đông Anh	87	2.16 (1.48-3.15)

Kết quả nghiên cứu chỉ ra trẻ 48-59 tháng tuổi có nguy cơ SDD thấp còi thấp hơn nhóm trẻ 24-35 tháng tuổi ($p<0.05$). Trẻ nữ có nguy cơ SDD thấp còi cao gấp 1.56 lần trẻ nam. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0.05$). Trẻ ở huyện Đông Anh có nguy cơ SDD thấp còi cao gấp 2.16 lần trẻ ở Hoàn Kiếm ($p<0.01$).

Bảng 3. Các yếu tố liên quan về đặc điểm của cha mẹ và nuôi dưỡng sơ sinh với suy dinh dưỡng của trẻ mầm non Hà Nội

Đặc điểm		SDD thấp còi	BT	OR (95% CI)	p
BMI của bố	BMI < 23	91	1213	0.78 (0.52-1.14)	0.208
	BMI ≥ 23	38	651		
BMI của mẹ	BMI < 23	111	1636	1.16 (0.69-1.95)	0.566
	BMI ≥ 23	18	228		
Cân nặng của mẹ tăng khi mang thai (kg)	10-12	82	911	1	
	<10	14	237	0.66 (0.37-1.18)	0.158
	≥12	33	716	0.51 (0.33-0.78)	0.002
Căng thẳng khi mang thai	Không	115	1656	0.97 (0.55-1.72)	0.915
	Có	14	208		
Hình thức đẻ	Đẻ thường	80	1074	0.83 (0.58-1.20)	0.328
	Đẻ mổ	49	790		
Cân nặng khi sinh của trẻ	2.500 – 3.500	82	1164	1	
	< 2.500	4	49	1.16 (0.41-3.29)	0.003
	3.500 - 4.000	36	543	0.94 (0.63-1.41)	0.769
	≥ 4.000	7	108	0.92 (0.41-2.04)	0.838
	<24 tháng	69	1152		

Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối liên quan giữa cân nặng của mẹ tăng khi mang thai với tỷ lệ SDD thấp còi, những mẹ tăng ≥12kg khi mang thai, thì trẻ có nguy cơ SDD thấp còi giảm một nửa so với trẻ có mẹ tăng 10-12kg khi mang thai ($p<0.01$). Những trẻ có cân nặng sơ sinh <2500g có nguy cơ SDD thấp còi cao gấp 1.16 lần trẻ có cân nặng từ 2500-3500g ($p<0.01$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng suy dinh dưỡng của trẻ mầm non

Nghiên cứu được tiến hành trên trẻ 24-59 tháng tuổi tại 4 trường mầm non thuộc quận Hoàn Kiếm và 2 trường mầm non thuộc huyện Đông Anh với tổng số 1993 trẻ được điều tra. Quận Hoàn Kiếm và huyện Đông Anh

đại diện cho hai vùng đặc trưng của Hà Nội là trung tâm thành phố và vùng nội đô. Trong những thập kỷ gần đây, Việt Nam đã đạt được những cải thiện tích cực đáng kể về dinh dưỡng, cho thấy tỷ lệ SDD các thể đã giảm dần về ngưỡng trung bình và thấp có ý nghĩa sức khoẻ cộng đồng.

Tình trạng dinh dưỡng của trẻ 24-59 tháng tuổi theo 3 chỉ tiêu chỉ số Zscore: CN/T, CC/T, CN/CC. Trẻ em suy dinh dưỡng thể thấp còi chiếm tỷ lệ cao nhất 6.47%, tiếp đến là thể gầy còm 3.16% và thấp nhất là thể nhẹ cân 2.96%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Huyền Trang (2018) trong một nghiên cứu cắt ngang 614 trẻ tham gia tại huyện Hoài Đức, Hà nội về tỷ lệ trẻ SDD thấp còi (15,8%), tỷ lệ SDD thể nhẹ cân (10,4%) và SDD thể gầy còm (6,9%) [4]. Kết quả nghiên cứu của

chúng tôi cũng thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Ngọc Oanh tại Điện Biên (2019) với tỷ lệ SDD thấp còi, nhẹ cân, gầy còm lần lượt là 38.6%, 17.9%, 9.0% [5].

4.2. Một số yếu tố nguy cơ của suy dinh dưỡng ở trẻ mầm non

Nghiên cứu cũng chỉ ra trẻ nữ có nguy cơ SDD thấp còi cao gấp 1.56 lần trẻ nam và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Anurag S, 2012 tại bang Uttar-Pradesh, Ấn Độ cho thấy nguy cơ cao về SDD xảy ra ở trẻ gái [6]. Điều này được giải thích do trong giai đoạn từ 24 tháng tuổi trở lên trẻ đã có xu hướng phân hoá giới tính (đồ chơi, quần áo mặc,...), sự phát triển của trẻ trai và trẻ gái bắt đầu có sự khác biệt nhau ở cả 2 giới, có sự khác biệt về thói quen sinh hoạt, ăn uống, sức đề kháng, các bệnh thường gặp và tốc độ phát triển theo sinh lí. Tuy nhiên kết quả này lại khác so với nghiên cứu của Phạm Thị Thu tại Thanh Hóa 2017 khi chưa tìm thấy mối liên quan giữa tình trạng SDD thấp còi ở trẻ nam và trẻ nữ [7].

Trong nghiên cứu này có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về cân nặng của mẹ tăng trong quá trình mang thai ở nhóm trẻ bình thường với nhóm trẻ SDD thấp còi. Những trẻ có mẹ tăng từ 12kg trở lên có nguy cơ SDD thấp còi giảm một nửa so với trẻ có mẹ tăng 10-12kg trong thai kì ($p < 0.01$). Những trẻ có mẹ tăng từ 12kg trở lên có nguy cơ TCBP cao gấp 1.77 lần so với trẻ có mẹ tăng 10-12kg ($p < 0.01$). Trái lại những mẹ tăng ít hơn 10 kg trong thai kì nguy cơ TCBP giảm một nửa so với trẻ có mẹ tăng 10-12kg ($p < 0.05$). Kết quả này tương tự với kết quả của Kang M ở Hàn Quốc năm 2018 báo cáo rằng mẹ tăng cân nhiều khi mang thai làm tăng nguy cơ béo phì của trẻ và tăng cân ít sẽ làm giảm nguy cơ béo phì của trẻ [8].

Nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ ra cân nặng sơ sinh thấp có mối liên quan chặt chẽ với nguy cơ mắc SDD thấp còi. Trẻ có cân nặng sơ sinh dưới 2500g có nguy cơ SDD thấp còi cao gấp 1.16 lần trẻ có cân nặng sơ sinh từ 2500-3500g. Cân nặng sơ sinh thấp có thể do dinh dưỡng của người mẹ kém trong thời kì mang thai. Giai đoạn này đứa trẻ hoàn toàn phụ thuộc vào mẹ về dinh dưỡng thông qua nhau thai nên bất kỳ sự thiếu hụt dinh dưỡng nào của người mẹ sẽ ảnh hưởng xấu đến sự tăng trưởng và phát triển của trẻ. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.01$. Kết quả này tương tự với kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Thu và cộng sự tại Thanh Hóa năm 2017 cũng chỉ ra rằng trẻ có cân

nặng sơ sinh dưới 2500g có nguy cơ SDD thấp còi cao gấp 1.8 lần so với trẻ có cân nặng sơ sinh trên 2500g [7]. Tác giả Hoàng Thị Hoa Lê nghiên cứu tại xã Quyết Tiến, Tiên Lãng, Hải Phòng năm 2019 cũng báo cáo trẻ có cân nặng sơ sinh dưới 2500g có nguy cơ SDD cao gấp 4 lần so với trẻ có cân nặng sơ sinh trên 2500g [9] và tác giả Trần Quang Trung nghiên cứu ở Ba Vì Hà Nội (3.9 lần) [10].

5. KẾT LUẬN

Tình trạng suy dinh dưỡng nhẹ cân, thấp còi và gầy còm ở quận Hoàn Kiếm và huyện Đông Anh thấp hơn so với tỷ lệ chung của cả nước. Suy dinh dưỡng ở trẻ mầm non huyện Đông Anh và quận Hoàn Kiếm có liên quan đến giới tính, khu vực sống, cân nặng của mẹ tăng khi mang thai và cân nặng khi sinh của trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] World Health Organization. Malnutrition: Key facts. Accessed 10th October, 2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
- [2] UNICEF, Child malnutrition: Stunting has declined steadily since 2000 – but faster progress is needed to reach the 2030 target. Wasting persists at alarming rates and overweight will require a reversal in trajectory if the 2030 target is to be achieved. Accessed 10th October, 2023. <https://data.unicef.org/topic/nutrition/malnutrition/>
- [3] Bộ Y tế, Bộ Y tế công bố kết quả Tổng điều tra Dinh dưỡng năm 2019-2020. Accessed 10th October, 2023. https://moh.gov.vn/tin-noi-bat/-/asset_publisher/3Yst7YhbkA5j/content/bo-y-te-cong-bo-ket-qua-tong-dieu-tra-dinh-duong-nam-2019-2020
- [4] Nguyễn Thị Huyền Trang, Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi ở huyện Hoài Đức, Hà Nội năm 2018, Tạp chí Y học Dự Phòng, 2018;29(10):45.
- [5] Nguyễn Thị Ngọc Oanh, Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của trẻ em dưới 5 tuổi tại 02 xã thuộc huyện Tuần Giáo tỉnh Điện Biên năm 2019, Luận văn Thạc sĩ Dinh dưỡng Đại



học Y Hà Nội, 2019.

- [6] Srivastava A, Mahmood SE, Srivastava PM et al., Nutritional status of school-age children - A scenario of urban slums in India. *Arch Public Health Arch Belg Sante Publique*; 2012;70(1):8. doi:10.1186/0778-7367-70-8
- [7] Phạm Thị Thu, Trương Tuyết Mai và cs, Tình trạng dinh dưỡng trẻ 3-5 tuổi và một số yếu tố liên quan đến suy dinh dưỡng thấp còi tại một số xã tỉnh Thanh Hóa năm 2017; *Tạp chí Y học Việt Nam*, 509(2), 2017.
- [8] Kang M, Yoo JE, Kim K et al., Associations between birth weight, obesity, fat mass and lean mass in Korean adolescents: the Fifth Korea National Health and Nutrition Examination Survey. *BMJ Open*; 2018;8(2):e018039.
- [9] Hoàng Thị Hoa Lê, Hoàng Thị Vân Anh, Cáp Minh Đức, Tình trạng suy dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở trẻ em dưới 5 tuổi tại xã Quyết Tiến, Tiên Lãng, Hải Phòng năm 2019-2020; *Tạp chí Y học Dự phòng*; 31 (5), 2021.
- [10] Trần Quang Trung, Nguyễn Thị Thùy Linh, Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở trẻ dưới 5 tuổi tại huyện Ba Vì thành phố Hà Nội năm 2019; *Tạp chí Y học dự phòng*, 2020; 30 (5).

EVALUATION OF SOME TESTS FOR THE DETECTION OF *MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS*

Nguyen Thi Hang*, Pham Thi Thuan, Phan Thi Hang Giang, Nguyen Thi Huy

Vinmec Times City International General Hospital - 458 Minh Khai, Times City Urban Area, Hai Ba Trung, Hanoi, Vietnam

Received: 08/09/2023

Revised: 05/10/2023; Accepted: 30/10/2023

ABSTRACT

Objectives: (1) Determined the positive rate of *Mycobacterium tuberculosis* (MTB) culture on liquid medium; (2) Evaluated the MTB diagnostic value of the Xpert MTB/ RIF assay and the Quantiferon TB test -MTB IGRA.

Subjects and methods: 150 patient samples were assigned to test for MGIT and Xpert MTB/ RIF and/or Quantiferon TB test at Vinmec Times City Hospital from April 2021 to April 2023. Liquid culture MTB assay (MGIT) was performed using the automated system BACTEC.MGIT 960 (320). MTB identification and resistance to RMP Xpert (Xpert MTB/RIF) used the Gene Xpert MTB/RIF system to amplify the 192bp sequence of the *ropB* gene of TB bacteria by PCR. Quantiferon TB test detected latent TB infection using Qiagen's QuantiFERON-TB Gold Plus kit.

Results: MGIT test was 20.7% positive, 79.3% negative; MGIT test compared to Xpert standard in diagnosing tuberculosis by Xpert MTB/RIF has sensitivity of 87.5% and specificity of 90.0%; of Quantiferon TB test is 95.5% and 66.7%

Conclusion: The positive rate of MTB culture in liquid medium was 20.7%; the sensitivity and specificity of the Xpert MTB/RIF test were 87.5% and 90.0%, and the sensitivity and specificity of the Quantiferon TB test were 95.5% and 66.7%, respectively. Therefore, combining testing techniques to detect MTB (MGIT, Gene Xpert MTB/RIF, Quantiferon TB test...) will increase the ability to early diagnose MTB infection.

Keywords: Tuberculosis; MGIT; Xpert; Quantiferon; MTB.

*Corresponding author

Email address: nthang111282@gmail.com

Phone number: (+84) 988 042 018

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>



GIÁ TRỊ CỦA MỘT SỐ XÉT NGHIỆM PHÁT HIỆN MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS TRONG CHẨN ĐOÁN NHIỄM LAO

Nguyễn Thị Hằng*, Phạm Thị Thuận, Phan Thị Hằng Giang, Nguyễn Thị Huy

Bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec Times City - 458 P. Minh Khai, Khu đô thị Times City, Hai Bà Trưng, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 08 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 05 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 30 tháng 10 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Xác định tỷ lệ nuôi cấy *Mycobacterium tuberculosis* (MTB) dương tính trên môi trường lỏng (MGIT); (2) Đánh giá giá trị chẩn đoán MTB của xét nghiệm MTB định danh và kháng RMP Xpert (Xpert MTB/RIF) và Quantiferon TB test -MTB IGRA (Quantiferon).

Đối tượng và phương pháp: 150 mẫu bệnh phẩm được chỉ định xét nghiệm MGIT và Xpert MTB/RIF và/ hoặc Quantiferon tại Bệnh viện Vinmec Times City từ tháng 04/2021 - 04/2023. Xét nghiệm MGIT sử dụng hệ thống tự động BACTEC.MGIT 960. Xét nghiệm Xpert sử dụng hệ thống máy Gene Xpert MTB/ RIF để nhân đoạn trình tự 192bp của gene *ropB* của vi khuẩn lao bằng phản ứng PCR. Quantiferon là xét nghiệm phát hiện tình trạng nhiễm lao tiềm ẩn sử dụng bộ kit QuantiFERON-TB Gold Plus của hãng Qiagen.

Kết quả: Xét nghiệm MGIT có 20,7 % dương tính, 79,3% âm tính; Xét nghiệm MGIT so với tiêu chuẩn Xpert trong chẩn đoán lao của Xpert MTB/RIF độ nhạy 87,5% và độ đặc hiệu 90,0%; của Quantiferon TB test là 95,5% và 66,7%.

Kết luận: Tỷ lệ nuôi cấy MTB dương tính môi trường lỏng (MGIT) là 20,7%; Giá trị chẩn đoán MTB của xét nghiệm Xpert MTB/RIF có độ nhạy 87,5% và độ đặc hiệu 90,0%; của Quantiferon TB test là 95,5% và 66,7%. Vì vậy nên kết hợp các kỹ thuật xét nghiệm phát hiện MTB (MGIT, Gene Xpert MTB/RIF, Quantiferon TB test...) sẽ làm tăng khả năng chẩn đoán sớm nhiễm MTB.

Từ khóa: Lao; MGIT; Xpert; Quantiferon; MTB.

*Tác giả liên hệ

Email: nthatang111282@gmail.com

Điện thoại: (+84) 988 042 018

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lao vẫn là một vấn đề sức khỏe toàn cầu có số bệnh nhân tử vong xếp hàng thứ 9 trên thế giới và đứng đầu trong các bệnh có nguyên nhân do một loại nhiễm khuẩn, đứng trên cả HIV/AIDS. Năm 2019 thế giới có 6,3 triệu ca mắc lao mới; có 10,4 triệu người bị mắc lao và 1,3 triệu người tử vong do lao. Việt Nam đứng thứ 13 trong số 30 nước có số người bệnh lao cao trên thế giới [1].

Hiện nay, theo hướng dẫn của Chương trình chống lao Quốc gia, có một số kỹ thuật được sử dụng để chẩn đoán nhiễm *Mycobacterium tuberculosis* (MTB), ví dụ: MTB nuôi cấy môi trường lỏng (MGIT), MTB định danh và kháng RMP Xpert (Xpert MTB/RIF) và Quantiferon TB test -MTB IGRA (Quantiferon), *Mycobacterium tuberculosis* Transcription Reverse Transcription Concerted reaction (TRC Ready), AFB nhuộm huỳnh quang... [2] Trong đó, kỹ thuật nuôi cấy MTB giúp xác định chính xác và chắc chắn sự xuất hiện của vi khuẩn này trong mẫu bệnh phẩm; xét nghiệm Xpert MTB/RIF để chẩn đoán bệnh lao và MTB kháng Rifampicin cho kết quả sau khoảng 2 giờ với độ nhạy và độ đặc hiệu cao; Quantiferon TB test là xét nghiệm phát hiện tình trạng nhiễm lao tiềm ẩn [2]. Kết quả nuôi cấy MGIT dương tính vẫn được coi là tiêu chuẩn vàng chẩn đoán MTB. Tuy nhiên, nuôi cấy MGIT có thời gian trả kết quả chậm vì cho kết quả dương tính trung bình sau 2 tuần [2]. Giá trị của Xpert MTB/RIF trong chẩn đoán MTB có độ nhạy từ 82 – 88%, độ đặc hiệu từ 96 – 98% [3]. Độ nhạy của Quantiferon TB test trong chẩn đoán MTB ở người lớn là 33,6% [4], trong chẩn đoán MTB ở trẻ em dao động trong khoảng 62,5% - 87,5% tùy lứa tuổi [5]. Vì vậy chúng tôi tiến hành phân tích số liệu này nhằm mục tiêu sau:

- (1) Xác định tỷ lệ nuôi cấy MTB dương tính trên môi trường lỏng;
- (2) Đánh giá giá trị chẩn đoán MTB của xét nghiệm: MTB định danh và kháng RMP Xpert và Quantiferon TB test -MTB IGRA.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

150 mẫu bệnh phẩm được chỉ định xét nghiệm MGIT và Xpert MTB/ RIF và/ hoặc Quantiferon TB test tại Bệnh viện Vinmec Times City từ tháng 04/2021 - 04/2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu thực nghiệm trong phòng thí nghiệm..
- Quy trình nghiên cứu: Gồm 3 kỹ thuật MGIT, Xpert MTB/ RIF và Quantiferon TB test.

Kỹ thuật MGIT và Xpert MTB/ RIF tiến hành trên cùng loại bệnh phẩm (đờm, dịch phế quản, dịch não tủy, dịch màng phổi, dịch khớp...). Xét nghiệm tầm soát lao Quantiferon TB test được thực hiện phân tích trên mẫu máu của bệnh nhân.

- Kỹ thuật MTB nuôi cấy môi trường lỏng MGIT: Là kỹ thuật nuôi cấy MTB trên môi trường lỏng MGIT bằng hệ thống tự động BACTEC.MGIT 960.

- MTB định danh và kháng RMP Xpert: là kỹ thuật dùng hệ thống máy Gene Xpert MTB/ RIF để nhân đoạn trình tự 192bp của gene *ropB* trên vi khuẩn lao bằng phản ứng PCR.

- Quantiferon TB test: là xét nghiệm phát hiện tình trạng nhiễm lao tiềm ẩn dựa vào việc định lượng nồng độ IFN-g (Interferon gamma) trong máu ngoại vi sau khi kích hoạt bởi kháng nguyên đặc hiệu vi khuẩn lao là ESAT-6, CFP10.

Biến số: Kết quả của các phương pháp phát hiện MTB trong chẩn đoán: MGIT, Xpert MTB/ RIF, Quantiferon TB test. Kết quả nuôi cấy VK lao trên môi trường lỏng MGIT là tiêu chuẩn vàng để xác định giá trị của các phương pháp tìm bằng chứng vi khuẩn dựa vào độ nhạy (Se), độ đặc hiệu (Sp), giá trị dự báo dương tính (PPV), giá trị dự báo âm tính (PNV).

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được xuất từ hệ thống labconnect bản excel.



3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Kết quả xét nghiệm nuôi cấy lỏng MGIT

Kết quả MGIT	Số lượng	Tỷ lệ %
Dương tính	31	20,7
Âm tính	119	79,3
Tổng	150	100

Kết quả bảng 1 cho thấy: Có 150 mẫu bệnh phẩm (đờm, dịch phế quản, dịch não tủy, dịch màng phổi...) làm xét nghiệm nuôi cấy nuôi cấy lỏng MGIT, tỷ lệ nuôi cấy dương tính 20,7%; âm tính 79,3%.

Bảng 2. Giá trị xét nghiệm Xpert MTB/RIF

Xpert \ MGIT	Dương tính	Âm tính	Tổng	Giá trị xét nghiệm Xpert MTB/RIF
Dương tính	14 (87,5%)	7 (10,0%)	21 (24,4%)	Se = 87,5% Sp = 90,0% PPV = 66,7% PNV = 96,9%.
Âm tính	2 (12,5%)	63 (90,0%)	65 (75,6%)	
Tổng	16	70	86 (100%)	

Trong 150 mẫu bệnh phẩm chỉ định xét nghiệm MGIT, có 86 mẫu đồng thời có chỉ định xét nghiệm Xpert MTB/RIF, tỷ lệ dương tính là 24,4% và âm tính là 75,6%. Trong đó:

- Trong các mẫu MGIT dương tính, có 14 mẫu (87,5%) kết quả Xpert MTB/RIF dương tính và 2 mẫu (12,5%) kết quả Xpert MTB/RIF âm tính. Trong các mẫu có kết

quả MGIT âm tính, có 7 mẫu Xpert MTB/RIF (10,0%) kết quả dương tính và 63 mẫu (90,0%) kết quả âm tính.

- Giá trị của xét nghiệm Xpert MTB/RIF so với MGIT: độ nhạy (Se) là 87,5%, độ đặc hiệu (Sp) là 90,0%, giá trị dự báo dương tính (PPV) là 66,7% và giá trị dự báo âm tính (PNV) là 96,9%.

Bảng 3: Giá trị xét nghiệm Quantiferon TB test

Quantiferon \ MGIT	Dương tính	Âm tính	Tổng	Giá trị xét nghiệm Quantiferon TB test
Dương tính	21 (95,5%)	22 (33,3%)	43 (48,9%)	Se = 95,5% Sp = 66,7% PPV = 48,8% PNV = 97,8%.
Âm tính	1 (4,5%)	44 (66,7%)	45 (51,1%)	
Tổng	22	66	88 (100%)	

Trong 150 mẫu bệnh phẩm chỉ định xét nghiệm MGIT, có 88 mẫu đồng thời có chỉ định xét nghiệm Quantiferon. Kết quả bảng 3 cho thấy: tỷ lệ dương tính Quantiferon TB test là 48,9% và âm tính là 51,1 %, trong đó:

- Với các mẫu MGIT (+), có 21 mẫu (95,5%) kết quả Quantiferon TB test dương tính và 1 mẫu (4,5%) kết quả Quantiferon TB test âm tính. Trong các mẫu MGIT

(-), có 22 mẫu (33,3%) kết quả dương tính và 44 mẫu (66,7%) kết quả âm tính.

- Giá trị của xét nghiệm Quantiferon TB test so với MGIT: độ nhạy (Se) là 95,5%, độ đặc hiệu (Sp) là 66,7%, giá trị dự báo dương tính (PPV) là 48,8% và giá trị dự báo âm tính (PNV) là 97,8%.

Bảng 4: Giá trị của việc kết hợp các xét nghiệm

Xét nghiệm	MGIT (+)	MGIT (-)	Tổng	Giá trị của xét nghiệm kết hợp
Xpert (+) và Quanti (+)	13	2	15	Se = 86,6% Sp = 94,7% PPV = 86,6% NPV = 94,7%
Xpert (-) Quanti (+) hoặc Xpert (+) Quanti (-) hoặc Xpert (-) Quanti (-)	2	36	38	
Tổng	15	38	53	

Trong 150 mẫu bệnh phẩm chỉ định xét nghiệm MGIT, có 53 mẫu bệnh phẩm được chỉ định cả 3 xét nghiệm, nếu kết hợp 2 xét nghiệm Xpert MTB/RIF và Quantiferon TB test và cả 2 xét nghiệm cùng dương tính sẽ có độ nhạy 86,6% và giá trị dự đoán dương tính 86,6% so với xét nghiệm MGIT, nếu 1 trong 2 xét nghiệm Xpert MTB/RIF và Quantiferon TB test âm tính sẽ có độ đặc hiệu 94,7% và giá trị dự đoán âm tính 94,7%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Xác định tỷ lệ MTB nuôi cấy môi trường lỏng MGIT

Phân tích số liệu của 150 mẫu bệnh phẩm được chỉ định xét nghiệm MGIT và Xpert MTB/ RIF và/ hoặc Quantiferon tại Bệnh viện Vinmec Times City từ tháng 04/2021 - 04/2023:

Có 31/150 (chiếm 20,7%) mẫu bệnh phẩm có kết quả dương tính với MTB và 119/150 (chiếm 79,3%) mẫu bệnh phẩm có kết quả âm tính (Bảng 1). So với các nghiên cứu được thiết kế tương tự tại Việt Nam, tỷ lệ nhiễm lao có bằng chứng vi khuẩn trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với tỷ lệ khảo sát (7,7%) trong cộng đồng dân số Việt Nam giai đoạn 2017-2018 [6] và thấp hơn tỷ lệ tại bệnh viện chuyên khoa lao (35,2%) [7]. Điều này có thể được giải thích bởi đặc trưng bệnh

viện Vinmec không phải là bệnh viện chuyên khoa lao, bệnh nhân đến khám tại bệnh viện được chỉ định để sàng lọc MTB, cũng như sự đa dạng về mẫu bệnh phẩm được lựa chọn trong nghiên cứu (đờm, dịch phế quản, dịch não tủy, dịch màng phổi, dịch khớp...).

4.2. Giá trị chẩn đoán của xét nghiệm Xpert MTB/RIF, Quantiferon TB test

Độ nhạy và độ đặc hiệu của xét nghiệm Xpert MTB/RIF so với kết quả MGIT lần lượt là 87,5% và 90,0% (Bảng 2). Độ nhạy của xét nghiệm Xpert MTB/RIF trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn khảo sát của WHO và tương tự một số nghiên cứu đã tiến hành tại Việt Nam và trên thế giới [3]. Độ đặc hiệu của xét nghiệm Xpert MTB/RIF trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu kể trên. Sự khác biệt giữa kết quả MGIT và Xpert MTB/RIF đã được quan sát thấy trong một số nghiên cứu trước đây, trong đó một số yếu tố liên quan đến sự khác biệt này là tỷ lệ nhiễm lao trong cộng đồng, nồng độ vi khuẩn trong mẫu và tiền sử sử dụng kháng sinh trước đó. Nghiên cứu của chúng tôi cũng quan sát thấy hiện tượng tương tự, trong đó 7 mẫu xét nghiệm Xpert MTB/RIF dương tính (chiếm 10,0% trong số MGIT âm tính) có nồng độ vi khuẩn rất thấp. Có thể giải thích bởi 2 lý do (1) đây là bệnh nhân cũ đã qua điều trị, vẫn còn xác vi khuẩn trong mẫu, (2) kết quả Xpert dương tính rất thấp thì khả năng lượng vi khuẩn nhỏ có thể phát hiện bằng Xpert nhưng dưới



ngưỡng phát hiện bằng xét nghiệm nuôi cấy.

Từ số liệu bảng 3 cho thấy tỷ lệ xét nghiệm Quantiferon TB test dương tính ở nhóm đối tượng MGIT âm tính trong nghiên cứu của chúng tôi là 33,3%. Tỷ lệ này cũng tương đồng với kết quả trong khảo sát nhiễm lao tiềm ẩn tại Việt Nam [6]. Điều này cho thấy mức độ phổ biến của lao tiềm ẩn trong cộng đồng và sự cần thiết của xét nghiệm khảo sát lao tiềm ẩn cho các đối tượng có nguy cơ cao.

Độ nhạy và giá trị dự đoán âm tính của Quantiferon TB test so với kết quả nuôi cấy lần lượt là 95,5% và 97,8%, tỷ lệ này tương đồng với công bố của nhà sản xuất và cao hơn một số nghiên cứu [5, 8] Độ nhạy cao của xét nghiệm Quantiferon TB test cho thấy khả năng phát hiện tốt người bệnh đang nhiễm lao tiềm ẩn, trong khi đó giá trị dự đoán âm tính cao cho phép loại trừ tình trạng mắc lao ở những bệnh nhân có xét nghiệm âm tính. Độ nhạy của xét nghiệm Quantiferon TB test bị ảnh hưởng bởi một số yếu tố như hệ thống miễn dịch chưa trưởng thành ở trẻ nhỏ hoặc bất thường miễn dịch bẩm sinh hoặc mắc phải [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ nhạy cao của xét nghiệm Quantiferon TB test có thể được giải thích bởi đối tượng nghiên cứu không có yếu tố nguy cơ với các các tình trạng kể trên.

Từ số liệu bảng 4 cho thấy nếu kết hợp 2 xét nghiệm Xpert MTB/RIF và Quantiferon TB test thì giá trị dự đoán dương tính và âm tính so với MGIT được cải thiện đáng kể (PPV 86,6%, NPV 94,7%). Vì vậy việc kết hợp các kỹ thuật xét nghiệm phát hiện MTB (MGIT, Gene Xpert MTB/RIF, Quantiferon TB test...) sẽ làm tăng khả năng chẩn đoán sớm nhiễm MTB.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ nuôi cấy MTB dương tính môi trường lỏng (MGIT) là 20,7%; Giá trị chẩn đoán MTB của xét nghiệm Xpert MTB/RIF có độ nhạy 87,5% và độ đặc hiệu 90,0%; của Quantiferon TB test là 95,5% và 66,7%. Vì vậy nên kết hợp các kỹ thuật xét nghiệm phát hiện MTB (MGIT, Gene Xpert MTB/RIF, Quantiferon TB test...) sẽ làm tăng khả năng chẩn đoán sớm nhiễm MTB.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Chakaya, Jeremiah et al., Global Tuberculosis Report 2020—Reflections on the Global TB burden, treatment and prevention efforts, International journal of infectious diseases; 113, 2021, pp. S7-S12.
- [2] Bộ Y tế, Quyết định số 1314/QĐ-BYT về việc ban hành hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao, Hà Nội, 2020, p. 3.
- [3] Zhang Meng, Xue Miao, He Jian-qing, Diagnostic accuracy of the new Xpert MTB/RIF Ultra for tuberculosis disease: a preliminary systematic review and meta-analysis, International Journal of Infectious Diseases; 90, 2020, pp. 35-45.
- [4] Painter, John A et al., Tuberculosis screening by tuberculosis skin test or QuantiFERON®-TB gold in-tube assay among an immigrant population with a high prevalence of tuberculosis and BCG vaccination, PLoS One; 8(12), 2013, p. e82727.
- [5] Wang, M and He, J-Q, Sensitivity and specificity of QuantiFERON-TB Gold Plus to detect Mycobacterium tuberculosis infection, C53. GLOBAL EXPERIENCES IN TB AND NTM CARE, American Thoracic Society, 2020, pp. A5438-A5438.
- [6] Nguyen Hai Viet et al., The second national tuberculosis prevalence survey in Vietnam, PLoS One; 15(4), 2020, p. e0232142.
- [7] Hoàng Văn Lâm, Lương Thị Năm, Nguyễn Thị Khánh Ly, Kết quả xét nghiệm MGIT ở bệnh nhân lao phổi AFB (-) tại Bệnh viện Lao và Bệnh phổi Thái Nguyên, Tạp chí Khoa học và công nghệ ĐH Thái Nguyên; 225(01), 2020, pp. 61-65.
- [8] Mazurek, Gerald H et al., Guidelines for using the QuantiFERON-TB Gold test for detecting Mycobacterium tuberculosis infection, United States, MMWR recomm rep; 54(RR-15), 2005, pp. 49-55.

KNOWLEDGE, ATTITUDE, PRACTICE ABOUT PLASTIC WASTE OF STUDENTS PREVENTION MEDICAL DOCTOR SYSTEM HANOI MEDICAL UNIVERSITY 2021

Le Thi Linh, Dang Quang Tan, Le Thi Hoan*

Hanoi Medical University - No. 1 Ton That Tung, Trung Tu ward, Dong Da district, Hanoi city, Vietnam

Received: 08/09/2023

Revised: 07/10/2023; Accepted: 31/10/2023

ABSTRACT

Objective: Describe the knowledge, attitude and practice about plastic waste of students of the Doctor of Preventive Medicine system at Hanoi Medical University.

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study on 370 students of preventive medicine doctors at Hanoi Medical University in 2021, in order to collect information on knowledge, attitudes and practices about plastic waste.

Results: Most of the students have a good understanding of the impact of plastic waste on the environment, health and animals (>95%), however, their knowledge about other aspects of plastic waste is not good. There are 91.9% of students think that reducing plastic waste is necessary and very necessary. 88.4% of students think they have a personal responsibility to reduce single-use plastic waste. Good practice to reduce plastic waste accounted for 80.3%. Practice to reduce plastic waste is related to knowledge and attitude.

Conclusion: Students' knowledge about plastic waste is still limited, most of the students' plastic reduction practices are not good. Further research is needed to evaluate students' knowledge, attitudes and practices to reduce plastic waste.

Keywords: Students, plastic waste, knowledge, attitude, practice.

*Corresponding author

Email address: lethihoan@hmu.edu.vn

Phone number: (+84) 912 017 525

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>



KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH VỀ RÁC THẢI NHỰA CỦA SINH VIÊN HỆ BÁC SỸ Y HỌC DỰ PHÒNG TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI NĂM 2021

Lê Thị Linh, Đặng Quang Tân, Lê Thị Hoàn*

Trường Đại học Y Hà Nội - Số 1 Tôn Thất Tùng, phường Trung Tự, quận Đống Đa, TP.Hà Nội

Ngày nhận bài: 08 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 07 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 31 tháng 10 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kiến thức, thái độ, thực hành về rác thải nhựa của sinh viên hệ bác sỹ Y học dự phòng trường Đại học Y Hà Nội.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 370 sinh viên thuộc hệ bác sỹ y học dự phòng trường Đại học Y Hà Nội năm 2021, nhằm thu thập thông tin về kiến thức, thái độ, thực hành về rác thải nhựa.

Kết quả: Đa phần sinh viên hiểu biết về tác động của rác thải nhựa đến môi trường, sức khỏe và động vật (>95%), tuy nhiên kiến thức về các khía cạnh khác của rác thải nhựa là chưa tốt. Có 91,9% sinh viên cho rằng việc giảm thiểu rác thải nhựa là cần thiết và rất cần thiết. 88,4% sinh viên nghĩ rằng họ có trách nhiệm cá nhân trong giảm thiểu rác thải nhựa dùng một lần. Thực hành giảm thiểu rác thải nhựa chưa tốt chiếm 80,3%. Thực hành giảm thiểu rác thải nhựa có liên quan đến kiến thức, thái độ.

Kết luận: Kiến thức của sinh viên về rác thải nhựa còn hạn chế, phần lớn thực hành giảm thiểu nhựa của sinh viên chưa tốt. Cần có thêm nghiên cứu sâu hơn nữa để đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành giảm thiểu rác thải nhựa của sinh viên.

Từ khóa: Sinh viên, rác thải nhựa, kiến thức, thái độ, thực hành.

*Tác giả liên hệ

Email: lethihoan@hmu.edu.vn

Điện thoại: (+84) 912 017 525

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổ chức Bảo tồn thiên nhiên Quốc tế (IUCN) nhấn mạnh rác thải nhựa là một trong những mối đe dọa và thách thức toàn cầu với hệ sinh thái và sức chống chịu của bờ biển.

Theo báo cáo Jambeck (2015), Việt Nam đứng thứ 4 trên thế giới về lượng rác thải ra biển [1]. Theo báo cáo của Liên hợp Quốc (UN) năm 2018, Việt Nam xếp thứ 17 trên thế giới về mức độ ô nhiễm do rác thải nhựa, 80% lượng rác thải ra biển của Việt Nam từ các hoạt động trên đất liền [2].

UN đã phát động chủ đề “Giải quyết ô nhiễm nhựa và nilon”, đưa ra nhận định để giải quyết gốc rễ của vấn đề điều quan trọng là phải nâng cao nhận thức của cộng đồng về ô nhiễm nhựa và ảnh hưởng đến mọi người để tìm kiếm các giải pháp thay thế [3]. Tuy nhiên, qua cuộc khảo sát của WWF (2019) trên 4 tỉnh thành tại Việt Nam, thực tế nhận thức của cộng đồng về rác thải nhựa vẫn còn rất kém, thiếu kiến thức, thờ ơ, thực hiện hành vi giảm thiểu rác thải vẫn còn rất hạn chế [4].

Sinh viên YHDP là đội ngũ cán bộ y tế tương lai, có vai trò quan trọng trong dự phòng, chăm sóc sức khỏe nhân dân, trong đó có phòng chống ảnh hưởng xấu của rác thải nhựa đến môi trường và sức khỏe. Do đó, đây là nhóm nhân tố quan trọng cần tập trung nghiên cứu. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào được thực hiện trên đối tượng này tại Việt Nam. Vì vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành về rác thải nhựa của sinh viên hệ Bác sỹ Y học Dự phòng trường Đại học Y Hà Nội năm 2021.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Thời gian và địa điểm: Từ tháng 11 năm 2020 đến tháng 6 năm 2021, tại trường Đại học Y Hà Nội, số 1 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội.

Đối tượng nghiên cứu: Sinh viên hệ chính quy chuyên ngành Bác sỹ Y học Dự Phòng, Viện Đào tạo Y học Dự phòng và Y tế Công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội.

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu và chọn mẫu:

Cách chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ

Chọn toàn bộ sinh viên của 6 lớp chính quy chuyên ngành Bác sỹ Y học Dự Phòng, trường Đại học Y Hà Nội (Từ Y1 – Y6). Theo cung cấp của phòng Đào tạo – Nghiên cứu Khoa học – Hợp tác Quốc tế, Viện Đào tạo Y học Dự phòng và Y tế Công cộng: Tổng số sinh viên 6 lớp là 459. Thực tế, số sinh viên tham gia nghiên cứu là **370 sinh viên**, đạt tỷ lệ trả lời 80,8%

Phương pháp thu thập thông tin: Thu thập số liệu thông qua bộ câu hỏi online và phát phiếu tự điền đã được thiết kế sẵn, bộ câu hỏi đã được thử nghiệm trước khi tiến hành nghiên cứu.

Phân tích thống kê: Số liệu được làm sạch, mã hóa và nhập bằng phần mềm Excel, sau đó được xử lý bằng phần mềm Stata 15.1.

Đạo đức nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu được giải thích rõ ràng về mục đích, ý nghĩa và tự nguyện tham gia. Thông tin thu thập phục vụ cho mục đích nghiên cứu, không sử dụng mục đích khác, hoàn toàn được giữ bí mật. Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức Viện đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội.



3. KẾT QUẢ

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Thông tin chung		Số lượng	Tần suất (%)
Giới	Nam	110	29,7
	Nữ	260	70,3
Khối lớp	Năm nhất	76	20,5
	Năm hai	62	16,8
	Năm ba	59	15,9
	Năm bốn	51	13,8
	Năm năm	71	19,2
	Năm sáu	51	13,8
Sinh sống cùng ai	Ở cùng gia đình	124	33,5
	Ở cùng bạn bè	209	56,5
	Ở một mình	37	10,0
Học lực	Xuất sắc/Giỏi	20	5,4
	Khá	173	46,8
	Trung bình/dưới trung bình	177	47,8
Chi tiêu trung bình 1 tháng	<1 triệu	34	9,2
	1 – 2 triệu	98	26,5
	2 – 3 triệu	140	37,8
	>3 triệu	98	26,5

70,3% sinh viên là nữ. Sinh viên năm nhất và năm năm có tỷ lệ tham gia nghiên cứu cao nhất (20,5% và 19,2%), hai lớp năm bốn, năm sáu tham gia ít nhất 13,8%. 56,5% sinh viên ở cùng với bạn bè, có 33,5% sinh viên sống cùng với gia đình. Học lực của sinh viên chủ yếu ở mức

trung bình và khá (47,8% và 46,8%). Mức chi tiêu 2 – 3 triệu/tháng chiếm tỷ lệ cao nhất 37,6%.

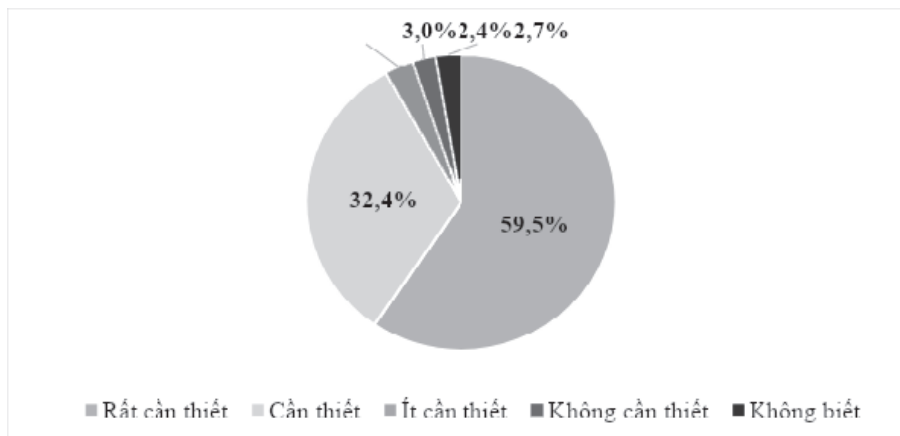
3.2. Thực trạng kiến thức, thái độ và thực hành giảm thiểu rác thải nhựa của sinh viên

Bảng 2: Tỷ lệ sinh viên có kiến thức về phân loại nhựa theo khả năng tái chế

	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhựa PETE có thể tái chế	303	81,9
Nhựa HDPE có thể tái chế	257	69,5
Nhựa PVC không thể tái chế	106	28,7
Nhựa LDPE có thể tái chế	162	43,8
Nhựa PP có thể tái chế	253	68,4
Nhựa PS không thể tái chế	154	41,6
Nhựa OTHER không thể tái chế	55	14,9
Phân loại đúng cả 7 loại nhựa	2	0,5

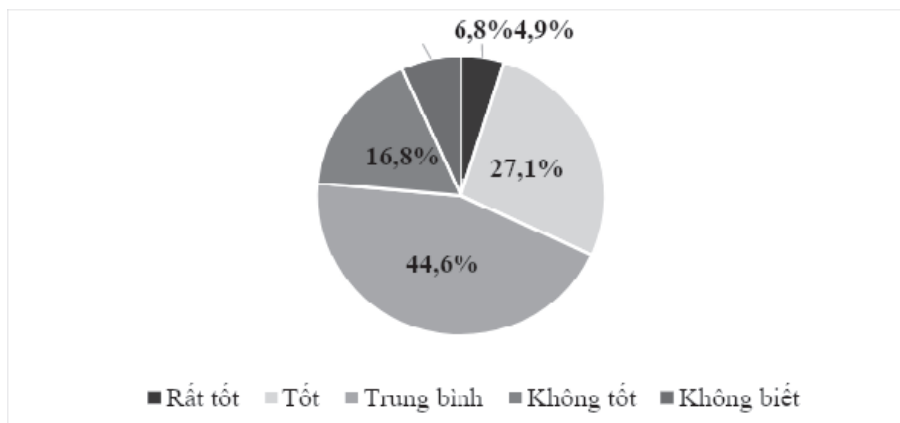
Chỉ có 2/370 sinh viên phân loại đúng cả 7 loại nhựa theo khả năng tái chế của chúng.

Biểu đồ 1. Mức độ cần thiết về việc giảm sử dụng nhựa dùng một lần



Hầu hết sinh viên cho rằng giảm sử dụng SUP là rất cần thiết (59,5%) và cần thiết (32,4%). Sinh viên cho rằng việc này là ít hay không cần thiết hoặc không biết chiếm tỷ lệ thấp và tương đương nhau > 3%.

Biểu đồ 2. Đánh giá việc thực hiện giảm thiểu rác thải nhựa của bản thân



Gần một nửa sinh viên (44,6%) tự đánh giá việc thực hiện giảm thiểu rác thải nhựa của bản thân ở mức trung bình. Mức độ rất tốt có tỷ lệ thấp nhất (4,86%), mức độ tốt 27,0%. Tỷ lệ sinh viên cho rằng bản thân thực hiện không tốt 16,8%.

Bảng 3. Thực trạng việc thực hành sử dụng nhựa của sinh viên

Thực hành	Lựa chọn	Số lượng	%
Sản phẩm nhựa một lần sử dụng nhiều nhất	Chai nhựa	99	26,8
	Túi nhựa dùng một lần	188	50,0
	Hộp, thùng xốp	25	6,8
	Bát, đĩa, cốc dùng một lần	39	10,5
	Không biết	19	5,1
Số lượng túi nilon sử dụng hàng ngày	Dưới 2 túi	214	57,8
	Từ 2 – 4 túi	123	33,2
	Từ 5 – 7 túi	11	3,0
	Từ 8 – 10 túi	3	0,8
	Trên 10 túi	2	0,5
Sau khi sử dụng bạn thường làm gì với túi nilon, đồ nhựa	Tái sử dụng	113	30,5
	Tái chế	14	3,8
	Vứt vào thùng rác	233	63,0
	Vứt ở bất cứ nơi nào thấy thuận tiện	2	0,5
	Đốt	4	1,1
	Khác: Phân loại và bán cho đồng nát	4	1,1
Có phân loại rác sau khi thu gom	Có	143	38,6
	Không	227	61,4

Túi nilon là SUP sử dụng nhiều nhất (50%), chai nhựa chiếm 26,8 %. Số lượng túi nilon chủ yếu < 4 túi/ngày. Sau khi sử dụng SUP 63% được vứt vào thùng rác, 30,5% được tái sử dụng. Có 38,6% phân loại trước thu gom.

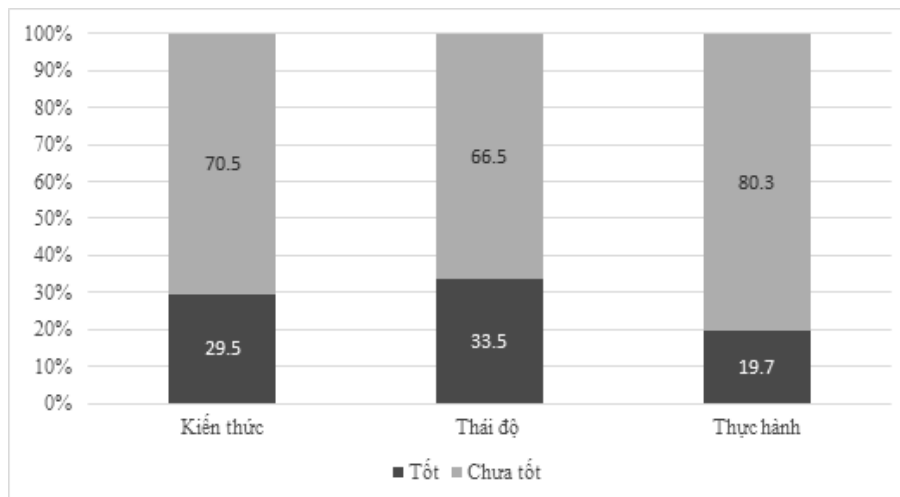
Bảng 4. Thực trạng thực hiện các hành vi giảm sử dụng nhựa của sinh viên

Hành vi	Mức độ	Thường xuyên	Thỉnh thoảng	Hiếm khi	Không bao giờ
		(%)	(%)	(%)	(%)
Mang túi vải, đồ đựng khi đi chợ, mua sắm		22,2	53,2	19,5	5,1
Mang bình đựng nước, đồ đựng khi ăn, uống bên ngoài		37,8	45,4	14,1	2,7
Không dùng túi nilon để đựng rác		10,5	28,1	44,3	17,0
Chọn sản phẩm có bao bì nhựa ít hơn		21,6	53,5	21,9	3,0
Ngừng mua tại cửa hàng, quán ăn dùng SUP		19,2	38,4	33,0	9,5
Mua sắm tại các cửa hàng cam kết dùng sản phẩm hữu cơ, dễ phân hủy hoặc sử dụng nhiều lần		19,2	52,4	24,1	4,3
Dọn rác bãi biển, sông suối, công cộng,...		11,1	40,3	36,8	11,9

Nhìn chung sinh viên chủ yếu thực hiện các hành vi giảm sử dụng nhựa ở mức độ “*thỉnh thoảng*” khoảng

40%. Không sử dụng túi nilon để đựng rác có tỷ lệ “*thường xuyên*” thấp nhất chỉ 10,5%.

Biểu đồ 3. Đánh giá KAP về rác thải nhựa của sinh viên



Tỷ lệ sinh viên có kiến thức, thái độ và thực hành tốt lần lượt là 29,5%, 33,5% và 19,7%.

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu nhìn chung, sinh viên có kiến thức về rác thải nhựa chưa tốt, chỉ có 29,5% sinh viên được đánh giá có kiến thức tốt. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của N. Srinivasan (2019) trên đối tượng sinh viên trường Đại học Annamalai có 46% sinh viên có kiến thức tốt [5], nó phản ánh đúng thực trạng kiến

thức về rác thải nhựa của người dân Việt Nam còn hạn chế [7]. Chỉ có (2/370) sinh viên có thể phân loại đúng 7 loại nhựa theo khả năng tái chế của chúng. Đây là những kết quả không hề khả quan, có thể cho thấy hiểu biết của sinh viên về nhựa rất hạn chế đặc biệt là khả năng nhận biết SUP và phân loại nhựa có thể/không thể tái chế. Điều này sẽ ảnh hưởng đến hoạt động tiêu dùng và cách xử lý, phân loại nhựa sau khi đã sử dụng sẽ không đúng.

Tuy nhiên, kiến thức về ảnh hưởng của rác thải nhựa lại rất cao. Sự khác nhau về hiểu biết giữa các khía

canh khác nhau này cũng giống với nghiên cứu của N. Srinivasan (2019) [5]. Có thể do môi trường, sức khỏe, động vật là những yếu tố tác động trực tiếp đến chất lượng cuộc sống của họ nên mức độ tìm hiểu về những vấn đề trên cao hơn. Tỷ lệ có kiến thức về nhựa ảnh hưởng đến môi trường (96,5%), ảnh hưởng đến sức khỏe (96,2%), ảnh hưởng đến động vật (95,7%). Kết quả này cao hơn so với khảo sát của WWF (2019) trên 4 tỉnh thành tại Việt Nam ở các đối tượng là hộ gia đình, đối tượng thu gom rác (63% – 65%), hộ kinh doanh 26% [4]. Đồng thời cũng cao hơn hai nghiên cứu khác ở nước khác. Nghiên cứu của Adane và Muleta (2011) báo cáo nhựa có hại sức khỏe (51,7%), động vật (72,6%), và môi trường (62,6%) [6]; nghiên cứu của Najin Khanam (2019) trên đối tượng là học sinh trung học phổ thông với tỷ lệ lần lượt là 89,5%, 73,7% và 75,8% [7]. Sự khác biệt này có thể do văn hóa, trình độ học vấn khác nhau, hiệu quả của quá trình giáo dục, nâng cao nhận thức và chiến dịch tuyên truyền của các tổ chức xã hội trong những năm qua.

Thái độ về sự cần thiết phải giảm thiểu rác thải nhựa là rất tích cực 59,5% cho rằng “*rất cần thiết*”, 32,4% “*cần thiết*”. Thái độ tích cực này cũng được ghi nhận ở một số nghiên cứu khác như nghiên cứu của Izzah Abd Hamid và Wan Asrina Wan Yahaya (2020) có khoảng 92% sinh viên ủng hộ chiến dịch giảm rác thải nhựa trong đời sống hàng ngày [8]. Sinh viên nhận thức được trách nhiệm giảm thiểu rác thải nhựa là của tất cả mọi người và cao nhất thuộc về các cá nhân 88,4%, tiếp đến là nhà nước. Kết quả này cao hơn so với khảo sát của Nguyễn Thị Thanh Huyền (2020) trên sinh viên 3 trường Đại học ở Đà Nẵng với tỷ lệ 82,3% [9].

Nghiên cứu này cho thấy túi nhựa và chai nhựa là 2 SUP được sử dụng nhiều nhất (50,0% và 26,8%). Khoảng 90% sử dụng lượng túi nilon chủ yếu <4 túi/ngày, cao hơn so với nghiên cứu của WWF (2019) có 68% hộ gia đình dùng <4 túi/ngày, hơn 30% dùng trên 5 túi/ngày. Điều này có thể do sinh viên ít có thói quen mang túi vải, lần khi đi chợ, sinh viên không ở cùng gia đình thường ngại nấu cơm thay vào đó hay mua đồ ăn bên ngoài hoặc đi ăn tại các quán ăn, nhà hàng. Cũng ở nghiên cứu của WWF cho thấy, 5 – 10% vẫn còn xả rác bừa bãi, trên 55% đối tượng có phân loại rác trước khi thu gom [4]. Trong nghiên cứu của tôi tỷ lệ xả rác bừa bãi rất thấp 0,5% nhưng lại có tỷ lệ phân loại rác thấp hơn 38,6%. Điều này cũng phản ánh đúng do kiến thức của sinh viên về ảnh hưởng của rác thải nhựa đến môi trường tốt hơn dẫn đến họ có ít hành vi xả rác ra

môi trường hơn, kiến thức về phân loại rác và phân loại nhựa còn yếu kém nên tỷ lệ có phân loại rác thấp.

Để có thể thay đổi hành vi là cả một quá trình thay đổi từ nhận thức, thái độ không chỉ của một cá nhân mà là cả cộng đồng. Vì vậy muốn nâng cao kiến thức, thay đổi thái độ tích cực về giảm thiểu rác thải nhựa không hề dễ dàng cần phải được thực hiện thông qua nhiều biện pháp và sự phối hợp của nhiều bên liên quan như các cá nhân, nhà nước, các cơ sở sản xuất, kinh doanh, ... Đối với sinh viên nói riêng và cả cộng đồng nói chung muốn có sự thay đổi này thì biện pháp hữu hiệu nhất là biện pháp giáo dục một cách nghiêm túc, liên tục, phổ cập.

5. KẾT LUẬN

Sinh viên có kiến thức tốt về những tác hại của rác thải nhựa. Họ có thái độ tích cực về vấn đề giảm thiểu rác thải nhựa và trách nhiệm cá nhân trong vấn đề đó. Nhưng nhìn chung kiến thức, thái độ và thực hành về rác thải nhựa của sinh viên là chưa tốt.

Có mối liên quan giữa kiến thức, thái độ với thực hành. Để nâng cao khả năng thực hành giảm thiểu rác thải nhựa cần đưa ra các biện pháp can thiệp về giáo dục nhằm nâng cao kiến thức, thay đổi thái độ, đưa ra các quy định hạn chế sử dụng nhựa, phân loại và xử lý rác thải ở khu vực sinh sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Jambeck JR, Geyer R, Wilcox C et al., Plastic waste inputs from land into the ocean. *Science*, 347(6223), 2015, 768–771
- [2] Nguyễn Quang Phú, Hà Nội triển khai nhiều biện pháp giảm thiểu rác thải nhựa. https://hanoi.gov.vn/tintuc_sukien/-/hn/ZVOM7e-3VDMRM/7320/2831360/ha-noi-trien-khai-nhieu-bien-phap-giam-thieu-rac-thai-nhua.html?jsessionid=-6vrQpzBwMcnNylvLoBpY0Yq.app2, accessed: 19/01/2021.
- [3] UNEP, Single-use plastics: A roadmap for sustainability, United Nations Environment Programme, Nairobi, Kenya, 2018.
- [4] WWF, Summary report on the state of plastic waste generation in vietnam - Plastic

- Smart Cities, World Wildlife Fund, Gland, Switzerland, 2019.
- [5] Srinivasan N, Swarnapriya V, Felix AJW et al., Assessment of knowledge and practice on plastics among the professional course students of Annamalai University, Tamil Nadu. *Int J Community Med Public Health*, 6(2), 2019, 510–514.
- [6] Adane L, Muleta D, Survey on the usage of plastic bags, their disposal and adverse impacts on environment: A case study in Jimma city, Southwestern Ethiopia; *J Toxicol Environ Health Sci*; 3:23, 2011.
- [7] Khanam N, Wagh V, Gaidhane AM et al., Knowledge, attitude and practice on uses of plastic products, their disposal and environmental pollution: A study among school-going adolescents. *J Datta Meghe Inst Med Sci Univ*;14, 2019, 57-60
- [8] Abd Hamid I., wan yahaya wan asrina, Zero-Waste Campaign: Assessment on University Student's Behaviour, Awareness, and Impact on Plastic Products. *Malays J Soc Sci Humanit MJSSH*, 5, 2020, 24–29
- [9] Nguyễn Thị Thanh Huyền và cộng sự, Nghiên cứu phát sinh và hành vi tiêu dùng sản phẩm nhựa dùng một lần trong trường học; *Tạp chí Khoa học và Công nghệ Đại học Duy Tân*, 04(41), 2020, 97-105
- [10] Jones RE, Dunlap RE, The social bases of environmental concern. Have they changed over time? *Rural Social*; 57(1), 1992, 134-44
- [11] Kennedy T, Regehr G, Rosenfield J et al., Exploring the gap between knowledge and behavior: a qualitative study of clinician action following an educational intervention. *Acad Med: J Assoc Am Med Coll*; 79(5), 2004, 386-93.



THE RESULTS OF MINI-PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY UNDER ULTRASOUND GUIDANCE FOR TREATMENT OF KIDNEY STONES AT 19-8 HOSPITAL, MINISTRY OF PUBLIC SECURITY

Tran Hoai Nam*, Nguyen Tran Thanh

19-8 Hospital, Ministry of Public Security - 9 Tran Binh, Mai Dich, Cau Giay, Hanoi, Vietnam

Received: 08/09/2023

Revised: 09/10/2023; Accepted: 01/11/2023

ABSTRACT

Objective: To evaluate the results of mini-percutaneous nephrolithotomy under ultrasound guidance for treatment of kidney stones at 19-8 hospital.

Patients and methods: Cross-sectional description of 185 patients have been operated by mini percutaneous nephrolithotomy under ultrasound guidance for treatment of kidney stones at 19-8 hospital from Jan 2021 to Dec 2022. The patients have assessed and collected characteristics, the collected data is processed on the system statistics SPSS 20.0 software program.

Results: The average age is $51,7 \pm 13,6$ years. Mean stone size was $24,17 \pm 7,6$ mm. Stones in renal pelvis were 48,11% (89/185 patients). The stone free rate after the first operating was 72,97%; 27,03% patients were performed the second operating and the stone free rate after 1 month was 98,38%. The rate of complications was 15,68%, including 14,60% fever post-operative; 0,54% bleeding with transfusion; 0,54% septic shock.

Conclusion: Mini percutaneous nephrolithotomy under ultrasound guidance for treatment of kidney stones is the efficacy, safety methods.

Keywords: Kidney stone, mini percutaneous nephrolithotomy.

*Corresponding author

Email address: drhoainam198@gmail.com

Phone number: (+84) 388 129 768

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>

KẾT QUẢ TÁN SỎI THẬN QUA DA ĐƯỜNG HẦM NHỎ DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM ĐIỀU TRỊ SỎI THẬN TẠI BỆNH VIỆN 19-8, BỘ CÔNG AN

Trần Hoài Nam*, Nguyễn Trần Thành

Bệnh viện 19-8, Bộ Công an - 9 Trần Bình, Mai Dịch, Cầu Giấy, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 08 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 09 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 01 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả tán sỏi qua da đường hầm nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm điều trị sỏi thận tại Bệnh viện 19-8 Bộ Công an.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 185 bệnh nhân được tán sỏi qua da đường hầm nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm điều trị sỏi thận tại Bệnh viện 19-8 từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 12 năm 2022. Các bệnh nhân được theo dõi, thu thập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

Kết quả: Tuổi trung bình $51,7 \pm 13,6$ tuổi; kích thước sỏi trung bình là $24,17 \pm 7,6$ mm. Vị trí sỏi thường gặp là sỏi bể thận 48,11% (89/185 BN); Tỷ lệ sạch sỏi sau tán lần 1 đạt 72,97%; 27,03% được tán sỏi qua da lần 2; tỷ lệ sạch sỏi sau 1 tháng là 98,38%. Tỷ lệ tai biến, biến chứng 15,68%; bao gồm sót sau phẫu thuật 14,60%; chảy máu phải truyền máu 0,54%; sốc nhiễm khuẩn 0,54%.

Kết luận: Tán sỏi qua da đường hầm nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm là phương pháp hiệu quả và an toàn trong điều trị sỏi thận.

Từ khóa: Sỏi thận, tán sỏi qua da đường hầm nhỏ.

*Tác giả liên hệ

Email: drhoainam198@gmail.com

Điện thoại: (+84) 388 129 768

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi thận là bệnh lý thường gặp, gây ra nhiều hậu quả về kinh tế xã hội và ảnh hưởng xấu đến sức khỏe. Hơn thế nữa sỏi thận là một bệnh lý có tỷ lệ tái phát cao với nguy cơ tái phát trên 50% [1]. Trong vài thập kỷ gần đây, sự phát triển của khoa học kỹ thuật đã mang lại nhiều phương pháp phẫu thuật ít xâm lấn, giúp đạt hiệu quả tối đa mà sự tổn hại đến người bệnh ở mức tối thiểu. Trong đó nội soi tán sỏi thận qua da đã tạo nên cuộc cách mạng trong điều trị sỏi thận. Tán sỏi thận qua da là phẫu thuật có tính hiệu quả cao, được chỉ định thay thế cho mổ mở truyền thống [2]. Tuy nhiên, tán sỏi qua da cũng có những nhược điểm và nguy cơ, biến chứng, cần phải được cải tiến thường xuyên. Một trong những cải tiến quan trọng nhất là thu nhỏ kích thước của đường hầm tán sỏi và về sau được gọi là tán sỏi qua da qua đường hầm nhỏ. Kỹ thuật này đã giúp thu nhỏ đường hầm vào thận từ sheath kích thước 24-30Fr xuống chỉ còn 14-20Fr [3]. Qua đó giảm thiểu tổn thương nhu mô thận cùng các tổ chức đường hầm đi qua.

Khoa Ngoại Tiết niệu Bệnh viện 19-8 đã triển khai nội soi tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ (mini-Perc) từ năm 2017 với gần 1000 trường hợp đến nay được phẫu thuật thành công. Bởi vậy việc nghiên cứu kết quả của phẫu thuật này là rất cần thiết. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả của tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm tại Bệnh viện 19-8 Bộ Công an.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân sỏi thận được thực hiện phẫu thuật nội soi tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ tại Khoa Ngoại Tiết

niệu, Bệnh viện 19-8 Bộ Công an trong thời gian từ tháng 1/2021 đến hết tháng 12/2022.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa đi kèm có thể ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật bao gồm tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn đông máu, suy tim, suy gan, suy thận, có thai...

- Bệnh nhân nhiễm khuẩn tiết niệu chưa được kiểm soát ổn định.

- Bệnh nhân gặp các bất thường giải phẫu của hệ tiết niệu như: thận móng ngựa, thận đơn độc, thận lạc chỗ...

- Bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu.

2.1.3. Cỡ mẫu nghiên cứu

Sử dụng cỡ mẫu không xác suất (mẫu tiện lợi) bao gồm các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi có 185 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu mô tả hàng loạt trường hợp.

2.2.2. Thu thập số liệu: Các chỉ tiêu nghiên cứu bao gồm:

- Các chỉ số trước mổ: tuổi, giới, vị trí sỏi, kích thước sỏi.

- Các chỉ số trong mổ: số lượng đường hầm, vị trí đường hầm vào thận, thời gian phẫu thuật, đặt dẫn lưu thận ra da.

- Các chỉ số sau mổ: phẫu thuật lần 2, tỷ lệ sạch sỏi, tỷ lệ biến chứng, thời gian nằm viện sau mổ.

2.2.3. Xử lý số liệu:

Số liệu từ những bệnh nhân thuộc nhóm đối tượng nghiên cứu được lưu trữ, xử lý số liệu bằng Excel và SPSS 20.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân trước phẫu thuật (n= 185)

Bảng 1. Đặc điểm của nhóm nghiên cứu trước phẫu thuật

Đặc điểm		Kết quả
Tuổi trung bình		51,7 ± 13,6
Giới	Nam	126 (68,11%)
	Nữ	59 (31,89%)
Vị trí sỏi	Bể thận	89 (48,11%)
	Đài thận	35 (18,82%)
	Niệu quản đoạn trên	15 (8,11%)
	Nhiều vị trí	46 (24,96%)
Kích thước sỏi trung bình (mm)		24,17 ± 7,6
Giãn thận	Không giãn	19 (10,27%)
	Thận giãn	166 (89,73%)

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 51,7 ± 13,6 tuổi. Trong 185 bệnh nhân có 126 bệnh nhân nam giới chiếm 68,11%, 59 bệnh nhân là nữ (31/89%). Tỷ lệ nam/nữ trong nhóm nghiên cứu là 2:1. Sỏi nằm trong bể thận chiếm 48,11%. Sỏi trong các đài thận và ở niệu quản đoạn trên chiếm 18,82% và 8,11%. Có 24,96% sỏi nằm ở nhiều vị trí. Kích thước sỏi trung bình trong

nhóm nghiên cứu là 24,17 ± 7,6mm. Sỏi kích thước nhỏ nhất là 13mm ở niệu quản và viên sỏi kích thước lớn nhất là sỏi san hô 50mm. Trong 185 trường hợp thì 89,73% có giãn thận và chỉ có 10,27% số các trường hợp không có tình trạng giãn thận.

3.2. Đặc điểm trong quá trình phẫu thuật

Bảng 2. Đặc điểm trong mổ của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm			Kết quả
Số lượng đường hầm	Một đường hầm	Trên	19 (10,27%)
		Giữa	126 (68,11%)
		Dưới	31 (16,76%)
	Nhiều đường hầm	9 (4,86%)	
Dẫn lưu thận	Có dẫn lưu thận ra da	183 (98,92%)	
	Không dẫn lưu thận (tubeless)	2 (1,08%)	
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)			54,8 ± 18,7

Nhận xét: Đa phần các trường hợp đều chỉ cần sử dụng 1 đường hầm vào đài giữa thận (126/185 trường hợp chiếm 68,11%). Có 19 trường hợp đi vào đài trên

(10,27%), 31 trường hợp đi vào đài dưới (16,76%). Có 9 trường hợp phải đi 2 đường hầm trở lên (4,86%). 183/185 các ca phẫu thuật của nhóm nghiên cứu có



dẫn lưu thận ra da sau mổ (98,92%). Chỉ có 2 trường hợp phẫu thuật viên quyết định không dẫn lưu thận ra da (1,08%). Thời gian tiến hành phẫu thuật trung bình là $54,8 \pm 18,7$ phút. Trong đó ca phẫu thuật thực

hiện nhanh nhất là 24 phút và ca phẫu thuật lâu nhất là 90 phút.

3.3. Đặc điểm nhóm nghiên cứu sau phẫu thuật

Bảng 3. Đặc điểm sau phẫu thuật

Đặc điểm		Kết quả
Phẫu thuật lần 2	Đi theo đường hầm cũ	38 (76%)
	Tạo đường hầm mới	10 (20%)
	Tán sỏi ống mềm	0
	Tán sỏi ngoài cơ thể	2 (4%)
Tỷ lệ sạch sỏi	Sau lần đầu phẫu thuật	135 (72,97%)
	Sau phẫu thuật lần 2	173 (93,51%)
	Khi ra viện	177 (95,68%)
	Tái khám sau 1 tháng	182 (98,38%)
Biến chứng	Sốt	27 (14,60%)
	Shock nhiễm khuẩn	1 (0,54%)
	Chảy máu phải truyền máu	1 (0,54%)
	Chảy máu phải xử trí nút mạch	0
Thời gian nằm viện trung bình (ngày)		$6,23 \pm 1,19$

Nhận xét: Có 135 bệnh nhân (72,97%) sạch sỏi ngay sau lần đầu phẫu thuật. 50 bệnh nhân còn lại được tư vấn phẫu thuật lần 2 để điều trị sỏi triệt để. Trong đó có 38 bệnh nhân (76%) đi theo đường hầm cũ để lấy sỏi sỏi. 10 bệnh nhân (20%) phải tạo thêm đường hầm mới để lấy sỏi. Có 2 bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật và chấp nhận thực hiện tán sỏi ngoài cơ thể điều trị sỏi sỏi. Sau phẫu thuật lần 2 thì 93,51% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu sạch sỏi. Có một vài bệnh nhân cần phẫu thuật lần thứ 3 và đến khi xuất viện có 177/185 chiếm 95,68% bệnh nhân sạch sỏi. Sau 1 tháng tái khám, bệnh nhân được siêu âm, chụp XQ kiểm tra thấy 98,38% bệnh nhân hoàn toàn sạch sỏi sau thời gian điều trị.

Biến chứng phổ biến nhất sau mổ là sốt gặp ở 27 bệnh nhân chiếm 14,6%. Trong đó có 1 bệnh nhân (0,54%) chuyển sang shock nhiễm khuẩn phải chuyển ICU điều trị và ổn định sau 3 ngày điều trị tích cực. Có 1 bệnh nhân (0,54%) bị thiếu máu sau mổ phải truyền 02 đơn vị hồng cầu khối. Sau can thiệp bệnh nhân ổn định. Không có bệnh nhân nào phải xử trí nút mạch. Thời

gian nằm viện trung bình là $6,23 \pm 1,19$ ngày.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 185 bệnh nhân đủ điều kiện đặt ra, có tuổi trung bình là $51,7 \pm 13,6$ tuổi. Trong đó độ tuổi 40-60 là cao nhất, có 118 bệnh nhân (63,78%). Tỷ lệ bệnh nhân nam:nữ là 2,14:1. Nghiên cứu của Hoàng Văn Thiệp và cộng sự trên 139 bệnh nhân tán sỏi qua da tại Bệnh viện TW Thái Nguyên cho thấy tuổi trung bình là 52,99 tuổi với tỷ lệ nam:nữ là 1,57:1 [4]. Nghiên cứu trên 52 bệnh nhân tán sỏi qua da của Nguyễn Minh An và cộng sự cho thấy tuổi trung bình là 54,9 tuổi; tỷ lệ nam:nữ là 1,73:1 [5]. Nguyễn Nhật An và cộng sự nghiên cứu 168 bệnh nhân tán sỏi qua da điều trị sỏi san hô tại Bệnh viện 103 cho thấy tuổi trung bình là 51,99 tuổi; tỷ lệ nam:nữ là 2,61:1 [6]. Jiang và cộng sự phân tích gộp 701 bệnh nhân tán sỏi qua da đường hầm nhỏ cho thấy tuổi trung bình là 51,8; tỷ lệ nam:nữ là 1,56:1 [7]. Như vậy, đặc điểm tuổi, giới

trong nghiên cứu của chúng tôi gần tương đương với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác.

Ở đa số các quốc gia trên thế giới, nam giới dễ mắc bệnh lý sỏi thận hơn so với nữ giới, với tỷ lệ nam:nữ dao động từ 1,49 - 2,43. Điều này có thể là do sự khác biệt về lối sống, chế độ ăn, các yếu tố nguy cơ hình thành sỏi giữa 2 giới. Đàn ông thường sử dụng nhiều rượu, cà phê... và tiêu thụ nhiều thịt hơn phụ nữ. Thêm nữa, testosterone có thể thúc đẩy sự hình thành sỏi, trong khi estrogen dường như ức chế sự hình thành sỏi bằng cách điều chỉnh sự tổng hợp 1,25-dihydroxy-vitamin D [8]. Ngoài ra, ở nam giới nguy cơ bị tăng sinh lạnh tính tuyến tiền liệt, được cho là yếu tố góp phần nhiễm khuẩn niệu và hình thành sỏi đường tiết niệu. Điều này cần những nghiên cứu sâu thêm để có thể khẳng định.

Vị trí sỏi liên quan trực tiếp đến việc lựa chọn vị trí chọc dò thận. Chọc dò và nong đường vào thận là bước quan trọng của phẫu thuật cũng như các tai biến, biến chứng phần lớn đều liên quan đến bước này. Trong nghiên cứu của chúng tôi 48,11% bệnh nhân có sỏi bể thận đơn thuần dẫn đến lựa chọn của phẫu thuật viên chọc dò vào đài giữa chiếm đa số (68,11%). Đường chọc dò này thường thuận lợi cho việc tiếp cận để tán sỏi bể thận, niệu quản và có thể đưa máy soi vào các đài để tán sỏi nếu có. Việc chọc dò vào nhóm đài trên hoặc dưới thường được chỉ định cho các trường hợp sỏi khu trú ở các nhóm đài, trong nghiên cứu này của chúng tôi có 27,03% trường hợp được chọc vào nhóm đài trên hoặc dưới. Với các sỏi san hô và sỏi phức tạp, để đảm bảo cho việc tán sỏi thuận lợi và lấy tối đa các mảnh sỏi một số tác giả đã khuyến cáo sử dụng nhiều đường hầm trong cùng một lần tán sỏi. Trong nghiên cứu này của chúng tôi có 9 bệnh nhân (4,86%) sử dụng nhiều đường hầm trong một lần tán sỏi trong đó có 5 bệnh nhân sỏi san hô và 4 bệnh nhân có sỏi bể thận kèm theo nhiều sỏi khu trú ở các đài thận. Việc sử dụng nhiều đường hầm sẽ giúp tiếp cận sỏi ở những vị trí mà đường hầm ban đầu không tiếp cận được qua đó giúp làm tăng tỷ lệ sạch sỏi. Tuy nhiên với việc chọc nhiều đường hầm cũng sẽ làm tăng nguy cơ các tai biến đặc biệt là giả phình mạch sau tán sỏi. Chính vì vậy khi quyết định sử dụng nhiều đường hầm để tán sỏi phẫu thuật viên cần phải cân nhắc kỹ về hiệu quả mang lại so với các nguy cơ có thể xảy ra.

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 2 trường hợp (1,08%) không đặt dẫn lưu thận ra da. Mục đích của việc đặt dẫn lưu thận ra da là để lưu đường hầm trong trường hợp cần phải phẫu thuật lần 2 hoặc xử trí khi có các tai

biến. Tuy nhiên việc đặt dẫn lưu thận ra da thường kéo dài thời gian nằm viện của bệnh nhân. Một số tác giả theo quan điểm tubeless, không đặt dẫn lưu thận ra da nếu hoàn toàn đảm bảo an toàn cuộc phẫu thuật. 2 bệnh nhân tubeless trong nghiên cứu của chúng tôi có sỏi ở vị trí dễ dàng, phẫu thuật nhanh chóng không chảy máu trong mổ và không có nguy cơ nhiễm khuẩn sau mổ.

Trong phẫu thuật nội soi tán sỏi qua da đường hầm nhỏ, thời gian phẫu thuật là một yếu tố hết sức quan trọng. Do mini-perc có đường hầm nhỏ hơn nhiều so với PCNL tiêu chuẩn, nên thời gian phẫu thuật thường bị kéo dài hơn khá nhiều so với PCNL tiêu chuẩn. Thời gian phẫu thuật được tính từ lúc bắt đầu chọc kim chọc dò đến lúc đặt dẫn lưu thận. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện từ năm 2021 đến 2022 là thời điểm các phẫu thuật viên của Khoa Ngoại Tiết niệu Bệnh viện 19-8 đã làm chủ kỹ thuật được 4 năm trước đó và có nhiều kinh nghiệm, nên thời gian chọc dò cũng như tán sỏi nhanh hơn nhiều nghiên cứu cùng thời điểm. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận thời gian phẫu thuật trung bình là $54,8 \pm 18,7$ phút. Trong đó ca phẫu thuật thực hiện nhanh nhất là 24 phút và ca phẫu thuật lâu nhất thực hiện trong 90 phút. Nghiên cứu của Hoàng Long và cộng sự năm 2021 ghi nhận thời gian phẫu thuật trung bình là 68,5 phút [9]. Nghiên cứu của Dương Thế Anh năm 2018 ghi nhận thời gian phẫu thuật trung bình đạt $67,25 \pm 23,12$ phút. Thời gian phẫu thuật của chúng tôi lớn nhất là 90 phút. Nếu như sỏi san hô kích thước lớn hoặc sỏi ở nhiều vị trí rải rác, chúng tôi tư vấn bệnh nhân tiến hành tán sỏi lần 2. Kinh nghiệm của chúng tôi khuyến cáo không nên kéo dài cuộc phẫu thuật quá 90 phút do nhiều nguy cơ cho người bệnh.

Ở nghiên cứu của chúng tôi có 72,79% người bệnh sạch sỏi sau 1 lần phẫu thuật. Bệnh nhân có sỏi kích thước lớn hoặc ở nhiều vị trí khó khăn cho tiếp cận, hoặc chảy máu trong phẫu thuật đều được chúng tôi tư vấn từ trước phẫu thuật là sẽ tán sỏi lần 2. Khi bệnh nhân được ra viện với thời gian nằm viện sau mổ $6,23 \pm 1,19$ ngày, tỷ lệ sạch sỏi là 95,68%. Có 8 bệnh nhân vẫn còn sót sỏi tuy nhiên bệnh nhân không đồng ý can thiệp tiếp hoặc sỏi không có nguy cơ và có thể ra bằng tác động cơ học tự nhiên. Thực tế cho thấy trong 8 bệnh nhân này, ở lần tái khám sau 1 tháng, có 5 bệnh nhân đã sạch sỏi trên KUB và siêu âm.

Chính bởi việc hạn chế thời gian phẫu thuật, tư vấn bệnh nhân tán sỏi lần 2 khiến cho ngày nằm viện của nhóm nghiên cứu chúng tôi cao hơn một số nghiên cứu tương tự tại một số trung tâm khác. Hoàng Long và cộng sự



ghi nhận thời gian nằm viện sau mổ là $3,9 \pm 2,6$ ngày. Ở nghiên cứu của chúng tôi thời gian nằm viện sau mổ là $6,23 \pm 1,19$ ngày. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tương đồng với nghiên cứu của Huỳnh Nguyễn Trường Vinh và cộng sự năm 2022 ở Bệnh viện Xuyên Á cho thấy số ngày nằm viện sau mổ là $6,2 \pm 2,5$ ngày [10]. Thường bệnh nhân sau mổ sẽ được rút dẫn lưu thận vào ngày thứ 2 sau mổ và ra viện vào ngày thứ 4. Có một số trường hợp được xuất viện vào ngày thứ 3 sau mổ. Tuy vậy một tỷ lệ lớn bệnh nhân thực hiện phẫu thuật lần 2 sau lần 1 khoảng 7 ngày dẫn đến kéo dài ngày nằm viện hậu phẫu trung bình.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận biến chứng sốt sau phẫu thuật là phổ biến nhất với 27/185 bệnh nhân (14,60%). Các bệnh nhân này thường có sỏi phức tạp, sỏi nhiễm khuẩn, thời gian tán sỏi kéo dài, chảy máu trong mổ nhiều. Tất cả đều được làm CRP, Procalcitonin để theo dõi và tiên lượng tình trạng nhiễm khuẩn. Đồng thời được sử dụng kháng sinh nhóm carbapenem để điều trị ngay khi có triệu chứng sốt. Kết quả là rất khả quan khi hầu hết bệnh nhân cắt sốt sau 2-3 ngày. Chỉ có duy nhất 1 trường hợp chuyển trạng thái shock nhiễm khuẩn phải chuyển ICU sử dụng vận mạch, bệnh nhân ổn định sau 3 ngày được chuyển lại khoa Tiết niệu theo dõi và ra viện sau 7 ngày.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 01 trường hợp xét nghiệm máu sau phẫu thuật bị thiếu máu phải truyền 02 đơn vị hồng cầu khối. Trong 185 bệnh nhân không có ca nào phải nút mạch hoặc gặp những biến chứng nặng nề hơn.

5. KẾT LUẬN

Kết quả phẫu thuật nội soi tán sỏi qua da đường hầm nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm điều trị sỏi thận tại Bệnh viện 19-8 cho thấy độ an toàn và hiệu quả của phương pháp này có thể chấp nhận được. Việc giới hạn thời gian phẫu thuật tối đa là 90 phút cùng việc nắm chắc kỹ thuật siêu âm hỗ trợ chọc dò là một yếu tố giúp giảm tỷ lệ tai biến, biến chứng, rút ngắn thời gian phẫu thuật và thời gian nằm viện cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Prezioso D, Di Martino M, Galasso R et al.,

Laboratory Assessment. Urol Int. 2007; 79 (1): 20–5.

[2] Türk C, Knoll T, Petrik A et al. Guidelines on Urolithiasis. Arnhem (The Netherlands): European Association of Urology (EAU), 2013.

[3] Wright A, Rukin N, Smith D et al., ‘Mini, ultra, micro’ - nomenclature and cost of these new minimally invasive percutaneous nephrolithotomy (PCNL) techniques. Ther Adv Urol. 2016;8(02):142–146.

[4] Hoàng Văn Thiệp, Trần Đức Quý, Vũ Thị Hồng Anh & cs, Kết quả tán sỏi qua da đường hầm nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm điều trị sỏi thận tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên; Tạp chí Y học Việt Nam, 524(1A), 2023.

[5] Nguyễn Minh An, Đặng Văn Hùng, Đánh giá kết quả điều trị sỏi thận san hô bằng phương pháp tán sỏi qua da đường hầm nhỏ tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương năm 2020, Tạp chí Y học Việt Nam, 503 (2), 2021, pp. 66-70.

[6] Nguyễn Nhật An, Lê Ánh Nguyệt, Cao Quyết Thắng và cộng sự, Đánh giá kết quả tán sỏi thận qua da bằng đường hầm nhỏ điều trị sỏi san hô tại Bệnh viện quân y 103, Tạp chí Y học Việt Nam, 519 - Tháng 10 - Số chuyên đề, 2022, pp. 3-10.

[7] Jiang H, Yu Z, Chen L et al., Minimally Invasive Percutaneous Nephrolithotomy versus Retrograde Intrarenal Surgery for Upper Urinary Stones: A Systematic Review and Meta-Analysis, Biomed Res Int, 2017.

[8] Trương Văn Cẩn, Nghiên cứu điều trị sỏi thận bằng phẫu thuật lấy sỏi thận qua da trên thận đã mổ mở lấy sỏi, Luận án tiến sĩ y học, Trường ĐH Y Dược, ĐH Huế, 2021.

[9] Hoàng Long, Kết quả tán sỏi qua da qua đường hầm nhỏ tư thế nằm nghiêng dưới hướng dẫn của siêu âm; Tạp chí nghiên cứu Y học, 134(10), 2020.

[10] Huỳnh Nguyễn Trường Vinh, Đánh giá kết quả sớm điều trị sỏi thận bằng phẫu thuật tán sỏi qua da đường hầm nhỏ tại Bệnh viện Xuyên Á 2021-2022, Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 55-2022.

EVALUATING THE TRIAL EXTERNAL QUALITY ASSESSMENT PLOT OF HEPATITIS B AND C PROGRAMME

Le Van Chuong¹, Ngo Quoc Dat², Tran Nhat Nguyen¹, Bui Thi Le Xuan¹, Dau Thi Xuyen¹, Huynh Thi Diem Phuc¹, Nguyen Tien Huynh¹, Le Phu Cuong¹, Dang Hung Linh¹, Nguyen Thi Tu Anh^{1*}

¹Quality Control Center for Medical Laboratory - University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh city - 131 Nguyen Chi Thanh Street, Ward 9, District 5, Ho Chi Minh City, Vietnam

²University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh city - 217 Hong Bang Street, 11 Ward, 5 District, HCMC, Vietnam

Received: 08/09/2023

Revised: 29/09/2023; Accepted: 01/11/2023

ABSTRACT

Objective: To evaluate results of the trial External Quality Control (EQA) for hepatitis B and C program using lyophilized method, which is included 06 parameters HBsAg, Anti-HBs, HBeAg, Anti-HBe, Anti-HBc total and Anti-HCV.

Subject and method: A cross-sectional descriptive research was conducted to assess the program's testing outcomes using 03 sample sets, including: Lot 1: Anti-HBs (+), Anti-HCV (+); Lot 2: HBsAg (+), Anti-HBc total (+), Anti-HBe (+); Lot 3: HBsAg (+), Anti-HBc total (+), HBeAg (+) using both rapid testing and ECLIA/CLIA methods.

Results: The rapid testing method accounted for 35.14% of the overall utilization, ECLIA/CLIA with Roche Cobas e601 equipment represented 18.92%, Abbott accounted for 16.22%, while the groups with Roche Cobas e411, Roche Cobas e801, Siemens Atellica IM, Beckman DxI 600/800 made up 13.51%, 5.41%, 5.41%, and 5.41%, respectively. Qualitative analysis revealed 100% agreement between the rapid testing and ECLIA/CLIA methods.

Conclusion: The serological testing of hepatitis B and C in lyophilized sample is suitable for all testing methods and instrument platforms used in participating laboratories. This research can be applied to implement the EQA program for hepatitis B and C as lyophilized serum sample.

Keywords: External Quality Assessment, Hepatitis B and C, Lyophilized serum.

*Corresponding author

Email address: nttuanh@ump.edu.vn

Phone number: (+84) 965 316 034

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>



ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ THỬ NGHIỆM CHƯƠNG TRÌNH NGOẠI KIỂM HUYẾT THANH HỌC VIÊM GAN SIÊU VI B VÀ C

Lê Văn Chương¹, Ngô Quốc Đạt², Trần Nhật Nguyên¹, Bùi Thị Lệ Xuân¹, Đậu Thị Xuyên¹, Huỳnh Thị Diễm Phúc¹, Nguyễn Tiến Huỳnh¹, Lê Phú Cường¹, Đặng Hùng Linh¹, Nguyễn Thị Tú Anh^{1*}

¹Trung tâm Kiểm chuẩn chất lượng xét nghiệm y học - Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh - 131 Nguyễn Chí Thanh, phường 9, quận 5, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh - 217 Hồng Bàng, phường 11, quận 5, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 08 tháng 09 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 29 tháng 09 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 01 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả thử nghiệm chương trình ngoại kiểm huyết thanh học viêm gan siêu vi B và C trên các bộ mẫu đông khô chứa 06 thông số HBsAg, Anti-HBs, HBeAg, Anti-HBe, Anti-HBc total và Anti-HCV

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang nhằm đánh giá kết quả thử nghiệm chương trình với 03 bộ mẫu gồm: Lô 1 (dương tính với Anti-HBs và Anti-HCV); Lô 2 (dương tính với HBsAg, Anti-HBc total và Anti-HBe); Lô 3 (dương tính với HBsAg, Anti-HBc total và HBeAg) bằng các phương pháp xét nghiệm nhanh và Miễn dịch điện hóa phát quang/miễn dịch hóa phát quang (ECLIA/CLIA) được thực hiện tại 35 phòng xét nghiệm trên phạm vi cả nước.

Kết quả: Phương pháp xét nghiệm nhanh chiếm tỉ lệ 35,14%, phương pháp ECLIA/CLIA có nhóm thiết bị Roche Cobas e601 chiếm tỉ lệ 18,92%, Abbott (16,22%), các nhóm thiết bị Roche Cobas e411, Roche Cobas e801, Siemens Atellica IM, Beckman DxI 600/800 lần lượt là 13,51%, 5,41%, 5,41%. Khi phân tích định tính cả phương pháp xét nghiệm nhanh và phương pháp ECLIA/CLIA đều cho kết quả 100% đồng thuận.

Kết luận: Kết quả thử nghiệm chương trình ngoại kiểm huyết thanh học viêm gan siêu vi B và C trên các bộ mẫu đông khô phù hợp với tất cả các phương pháp xét nghiệm và các dòng máy hiện có tại các đơn vị tham gia. Đây là cơ sở khoa học để ứng dụng triển khai chương trình ngoại kiểm huyết thanh học viêm gan siêu vi B và C ở dạng mẫu đông khô.

Từ khóa: Ngoại kiểm tra, Viêm gan siêu vi B, Viêm gan siêu vi C, huyết thanh đông khô.

*Tác giả liên hệ

Email: nttuanh@ump.edu.vn

Điện thoại: (+84) 965 316 034

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm gan do vi rút là một bệnh truyền nhiễm có khả năng đe dọa tính mạng con người. Đặc biệt, vi rút viêm gan siêu vi B và C dẫn đến bệnh mãn tính ở hàng trăm triệu người và là nguyên nhân phổ biến nhất gây xơ gan, ung thư gan và tử vong liên quan đến viêm gan siêu vi. Ước tính có khoảng 354 triệu người trên toàn thế giới nhiễm viêm gan siêu vi B hoặc C [1]. Tuy nhiên chỉ 10% trong tổng số những người bị nhiễm vi rút viêm gan siêu vi B mãn tính được chẩn đoán, và chỉ có 22% trong số đó được điều trị. Đối với nhiễm viêm gan siêu vi C, tỷ lệ này tương ứng lần lượt là 21% và 62% [2]. Từ tỷ lệ trên, cho thấy việc chẩn đoán phát hiện bệnh còn khá thấp, vì vậy để hỗ trợ chẩn đoán và điều trị thì việc nâng cao chất lượng xét nghiệm là một việc cần thiết, đồng thời cũng là quy định bắt buộc theo Thông tư 01/2013/TT-BYT ngày 11/01/2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế về “Hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng xét nghiệm tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh”.

Từ năm 2018 đến nay, Trung tâm Kiểm chuẩn chất lượng xét nghiệm y học – Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh đã cung cấp chương trình ngoại kiểm viêm gan siêu vi B và C, tuy nhiên mẫu ở dạng lỏng đông lạnh nên quá trình vận chuyển còn nhiều khó khăn, tăng chi phí bảo quản và vận chuyển mẫu. Từ tháng 8 năm 2023, Trung tâm đã xây dựng thành công quy trình sản xuất mẫu huyết thanh đông khô ứng dụng cho ngoại kiểm viêm gan siêu vi B và C theo tiêu chuẩn ISO/IEC 17043:2010 [3]. Để nâng cao chất lượng chương trình, chúng tôi tiến hành đánh giá thử nghiệm chương trình ngoại kiểm này tại các phòng xét nghiệm nhằm khẳng định độ tin cậy của chương trình. Với những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Đánh giá kết quả thử nghiệm chương trình ngoại kiểm huyết thanh học viêm gan siêu vi B và C”.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Kiểm chuẩn chất lượng xét nghiệm y học - Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh với sự phối hợp thực hiện của 35 phòng xét nghiệm.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 7/2023 đến tháng 9/2023

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Khoa/ Phòng xét nghiệm tham gia (sau đây gọi chung là phòng xét nghiệm) tham gia chương trình ngoại kiểm huyết thanh học viêm gan siêu vi B và C

- Tiêu chuẩn chọn:

+ Phòng xét nghiệm đồng ý tham gia nghiên cứu.

+ Chọn 6 thông số HBsAg, Anti-HBs, Anti-HBc total, HBeAg, Anti-HBe, Anti-HCV để phân tích bằng các phương pháp/ thiết bị đang được sử dụng tại phòng xét nghiệm.

+ Phòng xét nghiệm có thực hiện phương pháp xét nghiệm nhanh và phương pháp ECLIA/ CLIA.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Các phòng xét nghiệm tham gia bỏ giữa chừng hoặc gửi kết quả trễ so với thời gian thực hiện nghiên cứu

2.4. Nội dung nghiên cứu

Chuẩn bị

• Lựa chọn phòng xét nghiệm tham gia: Nhóm nghiên cứu tiến hành gửi thư mời và đính kèm phiếu đăng ký đến các phòng xét nghiệm tham gia ngoại kiểm trên phạm vi cả nước. Phòng xét nghiệm đồng ý tham gia sẽ gửi phiếu đăng ký về Trung tâm. Nhóm nghiên cứu ghi nhận và lập danh sách các phòng xét nghiệm đồng ý tham gia.

• Tạo bộ mẫu: Các lô mẫu (L1, L2 và L3) được sản xuất với đặc điểm theo mô hình bệnh tật như sau: [4] [5].

➤ Lô 1: Anti-HBs (+), Anti-HCV (+).

➤ Lô 2: HBsAg (+), Anti-HBc total (+), Anti-HBe (+).

➤ Lô 3: HBsAg (+), Anti-HBc total (+), HBeAg (+).

Đảm bảo 03 lô mẫu được sản xuất theo đúng quy trình và đạt tính đồng nhất, độ ổn định theo ISO 13528:2022 về “*Phương pháp thống kê dùng trong thử nghiệm thành thạo bằng so sánh liên phòng thí nghiệm*” [6] trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Chính và cộng sự [7].

Gửi bộ mẫu

Các lọ mẫu được dán nhãn, trên nhãn có thông tin về mã lô, ngày sản xuất, hạn sử dụng, điều kiện bảo quản. Bộ mẫu được đóng gói theo quy cách 3 lớp, hướng dẫn sử dụng đính kèm. Sau khi hoàn tất quá trình đóng gói, đơn vị vận chuyển chịu trách nhiệm giao mẫu đến các phòng xét nghiệm tham gia thử nghiệm.



2.5. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu:

Kết quả phân tích của phòng xét nghiệm tham gia gửi về Trung tâm. Dữ liệu được nhập và xử lý trước khi phân tích bằng Excel 2013.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu: Ở nghiên cứu này, tập trung đánh giá kết quả trên phương pháp xét nghiệm nhanh và phương pháp ECLIA/ CLIA. Dựa vào kết quả định tính của phòng xét nghiệm, từ đó đưa ra các mức độ đánh giá cho kết quả phòng xét nghiệm.

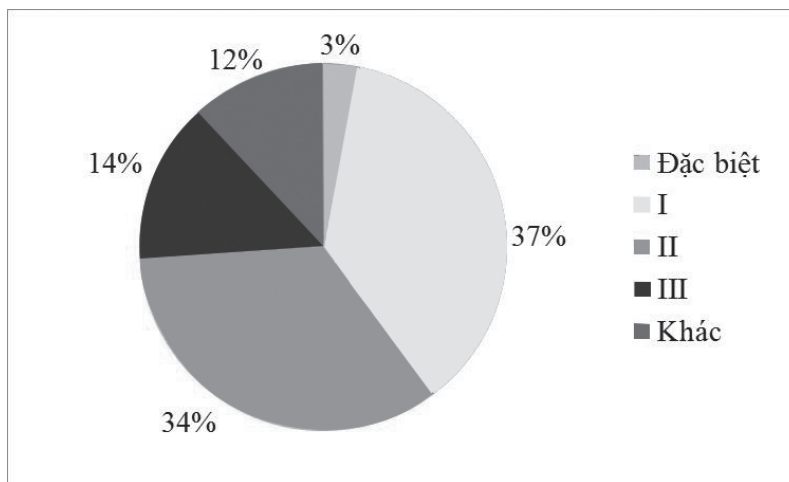
2.7. Đạo đức nghiên cứu: Đề cương nghiên cứu được sự thông qua của Hội đồng xét duyệt đề cương và sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học – Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh số 797/HĐĐĐ-ĐHYD, ngày 26 tháng 10 năm 2022. Nghiên cứu thực nghiệm và được thực hiện trên chế phẩm

huyết tương, không can thiệp và không có bất kỳ tác động có hại nào lên bệnh nhân.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Các phòng xét nghiệm tham gia đến từ hầu hết các vùng miền đất nước, trong đó khu vực Đông Nam Bộ, Duyên hải Nam Trung Bộ và Tây Nguyên chiếm ưu thế lần lượt là 54,3% (19/35); 22,9% (8/35) và 11,4% (4/35). Còn lại là các khu vực Đồng bằng Sông Hồng là 5,7% (2/35); Đông Bắc Bộ và Bắc Trung Bộ là 2,9% (1/35). Phân loại các hạng bệnh viện khác nhau: hạng đặc biệt, hạng I, hạng II, hạng III, hạng khác (hệ thống bệnh viện tư nhân chưa được xếp hạng). Tập trung nhiều nhất là bệnh viện thuộc hạng I và hạng II chiếm tỉ lệ lần lượt là 37% và 34% (Biểu đồ 1).

Biểu đồ 1. Phân loại theo hạng bệnh viện của phòng xét nghiệm tham gia



Có 35 phòng xét nghiệm tham gia chương trình thử nghiệm trong đó phương pháp xét nghiệm nhanh chiếm tỉ lệ 35,14%, phương pháp ECLIA/CLIA có nhóm thiết bị Roche Cobas e601 chiếm tỉ lệ 18,92%, Abbott là 16,22%, các nhóm thiết bị Roche Cobas e411, Roche Cobas e801, Siemens Atellica IM, Beckman Dxl 600/800 lần lượt là 13,51%, 5,41%, 5,41%, 5,41%.

Khi phân tích các thông số Anti-HBs, Anti-HCV bằng phương pháp ECLIA/CLIA trên các nhóm thiết bị hầu hết đều cho kết quả nằm trong khoảng SDI < 2. Phân tích kết quả định tính cả 2 phương pháp ECLIA/CLIA và xét nghiệm nhanh đều cho kết quả 100% đồng thuận là dương tính ở cả 2 thông số là Anti-HBs và Anti-HCV (Bảng 1).

Bảng 1: Kết quả đánh giá thử nghiệm Lô mẫu 1 với các thông số Anti-HBs và Anti-HCV

Phương pháp	Thiết bị	n	Anti-HBs						
			Định lượng (mIU/mL)				Định tính		
			Mean	SDI<2	2<SDI<3	SDI>3	Dương tính	Âm tính	Đồng thuận
ECLIA/CLIA	Abbott	5	189,0	5	0	0	5	0	100%
	Roche Cobas e411	5	311,6	5	0	0	5	0	100%
	Roche Cobas e601	7	345,5	7	0	0	7	0	100%
	Roche Cobas e801	2	361,5	2	0	0	2	0	100%
	Siemens Atellica IM	2	323,2	2	0	0	2	0	100%
	Beckman DxI 600/800	2	198,3	2	0	0	2	0	100%
	Sysmex HISCL 5000	2	241,5	2	0	0	2	0	100%
Xét nghiệm nhanh		4	N/A	N/A	N/A	N/A	4	0	100%
			Anti-HCV						
			Định lượng (S/CO)				Định tính		
ECLIA/CLIA	Abbott	7	18,94	7	0	0	7	0	100%
	Roche Cobas e411	4	28,00	4	0	0	4	0	100%
	Roche Cobas e601	7	27,13	7	0	0	7	0	100%
	Roche Cobas e801	2	38,25	2	0	0	2	0	100%
	Siemens Atellica IM	2	>11	2	0	0	2	0	100%
Xét nghiệm nhanh		12	N/A	N/A	N/A	N/A	12	0	100%

Mean: là giá trị trung bình của nhóm cùng thiết bị; n: Số lượng thiết bị tham gia; N/A: là không tồn tại giá trị được phân tích

Khi phân tích các thông số HBsAg, Anti-HBc total và Anti-HBe bằng phương pháp ECLIA/CLIA trên các nhóm thiết bị hầu hết đều cho kết quả nằm trong khoảng SDI < 2. Trừ thông số HBsAg, nhóm thiết bị Abbott có 2 thiết bị cho kết quả nằm trong khoảng SDI > 3. Phân

tích kết quả định tính cả 2 phương pháp ECLIA/CLIA và xét nghiệm nhanh đều cho kết quả 100% đồng thuận là dương tính ở cả 3 thông số là HBsAg, Anti-HBc total và Anti-HBe (Bảng 2).



Bảng 2: Kết quả đánh giá thử nghiệm Lô mẫu 2 với các thông số HBsAg và Anti-HBc total và Anti-HBe

Phương pháp	Thiết bị	n	HBsAg (S/CO)						
			Định lượng (S/CO)				Định tính		
			Mean	SDI<2	2<SDI<3	SDI>3	Dương tính	Âm tính	Đồng thuận
ECLIA/CLIA	Abbott	8	3253,2	6	0	2	8	0	100%
	Roche Cobas e411	5	2046,0	5	0	0	5	0	100%
	Roche Cobas e601	7	2134,6	7	0	0	7	0	100%
	Roche Cobas e801	2	2172,5	2	0	0	2	0	100%
	Siemens Atellica IM	2	>1000	2	0	0	2	0	100%
	Beckman DxI 600/800	2	488,6	2	0	0	2	0	100%
Xét nghiệm nhanh		13	N/A	N/A	N/A	N/A	13	0	100%
			Anti-HBc total (S/CO)						
			Định lượng (S/CO)				Định tính		
ECLIA/CLIA	Abbott	2	0,051	2	0	0	2	0	100%
	Roche Cobas e411/e601/e801	5	0,01	5	0	0	5	0	100%
			Anti - HBe (S/CO)						
			Định lượng (S/CO)				Định tính		
ECLIA/CLIA	Abbott	2	0,035	2	0	0	2	0	100%
	Roche Cobas e411/e601/e801	7	0,022	7	0	0	7	0	100%
Xét nghiệm nhanh		2	N/A	2	0	0	2	0	100%

Mean: là giá trị trung bình của nhóm cùng thiết bị; n: Số lượng thiết bị tham gia; N/A: là không tồn tại giá trị được phân tích

Khi phân tích các thông số HBsAg, Anti-HBc total và HBeAg bằng phương pháp ECLIA/CLIA trên các nhóm thiết bị hầu hết đều cho kết quả nằm trong khoảng SDI < 2. Trừ thông số HBsAg, nhóm thiết bị Abbott có 2 thiết bị cho kết quả nằm trong khoảng SDI > 3. Phân

tích kết quả định tính cả 2 phương pháp ECLIA/CLIA và xét nghiệm nhanh đều cho kết quả 100% đồng thuận là dương tính ở cả 3 thông số là HBsAg, Anti-HBc total và HBeAg (Bảng 3).

Bảng 3: Kết quả đánh giá thử nghiệm Lô mẫu 3 với các thông số HBsAg và Anti-HBc total và HBeAg

Phương pháp	Thiết bị	n	HBsAg (S/CO)						
			Định lượng (S/CO)				Định tính		
			Mean	SDI<2	2<SDI<3	SDI>3	Dương tính	Âm tính	Đồng thuận
ECLIA/CLIA	Abbott	8	2575	6	0	2	8	0	100%
	Roche Cobas e411	5	1851	5	0	0	5	0	100%
	Roche Cobas e601	7	1847	7	0	0	7	0	100%
	Roche Cobas e801	2	1780	2	0	0	2	0	100%
	Siemens Atellica IM	2	>1000	2	0	0	2	0	100%
	Beckman DxI 600/800	2	468	2	0	0	2	0	100%
Xét nghiệm nhanh		13	N/A	N/A	N/A	N/A	13	0	100%
			Anti-HBc total (S/CO)						
			Định lượng (S/CO)				Định tính		
ECLIA/CLIA	Abbott	2	0,025	2	0	0	2	0	100%
	Roche Cobas e411/e601/e801	5	0,012	5	0	0	5	0	100%
			HBeAg (S/CO)						
			Định lượng (S/CO)				Định tính		
ECLIA/CLIA	Abbott	4	1239,3	4	0	0	4	0	100%
	Roche Cobas e411	4	118,1	4	0	0	4	0	100%
	Roche Cobas e601	5	1081,2	5	0	0	5	0	100%
	Roche Cobas e801	3	1266,0	3	0	0	3	0	100%
Xét nghiệm nhanh		3	N/A	3	0	0	3	0	100%

Mean: là giá trị trung bình của nhóm cùng thiết bị; n: Số lượng thiết bị tham gia; N/A: là không tồn tại giá trị được phân tích

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, bộ mẫu chia làm 3 lô tương ứng với 3 trường hợp thường gặp trên lâm sàng theo mô hình bệnh tật thực tiễn giúp đánh giá sự hiện diện của kháng nguyên - kháng thể rất quan trọng cho công tác chẩn đoán, khám và chữa bệnh. Khi phân tích định tính cả phương pháp xét nghiệm nhanh và phương pháp ECLIA/CLIA đều cho kết quả 100% đồng thuận. Kết

quả tương đồng với nghiên cứu Phạm Thị Hương Trang và cộng sự [8] đánh giá HBsAg và Anti-HCV bằng phương pháp ECLIA/CLIA cho kết quả 100% đồng thuận ở tất cả các nhóm thiết bị tham gia. Nghiên cứu khác của Nguyễn Thị Minh Thuận và cộng sự [9] bộ mẫu thiết kế gồm 12 lô, đánh giá HBsAg, Anti-HCV ở các phòng xét nghiệm bằng phương pháp ECLIA/CLIA cho kết quả 100% đồng thuận, phương pháp xét nghiệm nhanh cho kết quả tương đồng lần lượt là 94,12% và

93,47%. Lý do cho sự khác biệt ở xét nghiệm nhanh do hạn chế của nghiên cứu được thiết kế các thông số với ngưỡng nồng độ cao so với ngưỡng quyết định âm, bên cạnh đó số lượng phòng xét nghiệm tham gia thử nghiệm chưa cao dẫn đến số lượng nhóm thiết bị có thể đánh giá ít. Để khắc phục những hạn chế trên, cần nghiên cứu thiết kế bộ mẫu ở nhiều mức nồng độ khác nhau và tăng số lượng phòng xét nghiệm tham gia để kết quả đánh giá chất lượng xét nghiệm có sự khách quan và chính xác hơn. Tuy nhiên, khi ứng dụng triển khai chương trình ngoại kiểm huyết thanh học viêm gan siêu vi B, C tại Trung tâm với số lượng tham gia thực tế là hơn 70 phòng xét nghiệm sẽ khắc phục được hạn chế này.

Kết quả phân tích định lượng lô mẫu 2 và 3 tại thông số HBsAg, trên dòng máy Abbott có 6/8 thiết bị cho kết quả ở khoảng SDI < 2, có 2/8 thiết bị cho kết quả trong khoảng SDI > 3. Tuy nhiên, phân tích định tính lại cho kết quả đồng thuận đạt 100%. Để lý giải sự không phù hợp này phải điều tra nguyên nhân gốc rễ, nguyên nhân có thể xảy ra trước, trong hoặc sau khi thực hiện chạy mẫu ngoại kiểm. Một số nguyên nhân có thể gặp trước khi thực hiện chạy mẫu như bảo quản mẫu không đúng cách, vấn đề khi hoàn nguyên mẫu, sử dụng pipette và dung môi hoàn nguyên không phù hợp. Trong khi thực hiện chạy mẫu như có vấn đề đối với thuốc thử chạy mẫu, thiết bị chạy mẫu, kết quả nội kiểm trong ngày không đạt, lỗi thao tác của người chạy mẫu EQA hay có thể do lấy nhầm mẫu ngoại kiểm. Sau khi thực hiện chạy mẫu có thể xuất hiện lỗi khi ghi nhận kết quả từ thiết bị đo lường. Còn rất nhiều nguyên nhân dẫn đến kết quả ngoại kiểm không đạt vì vậy sau khi được thông báo kết quả, phòng xét nghiệm tham gia cần truy tìm các nguyên nhân có thể xảy ra và khắc phục sự cố nếu có, nhận tham vấn khắc phục từ đơn vị cung cấp chương trình ngoại kiểm.

5. KẾT LUẬN

Kết quả thử nghiệm chương trình ngoại kiểm huyết thanh học viêm gan siêu vi B và C trên các bộ mẫu đông

khô phù hợp với tất cả các phương pháp xét nghiệm và các dòng máy hiện có tại các đơn vị tham gia. Đây là cơ sở khoa học để ứng dụng triển khai chương trình ngoại kiểm huyết thanh học viêm gan siêu vi B và C ở dạng mẫu đông khô.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] World Health Organization, Hepatitis, 2022.
- [2] World Health Organization, New report highlights global progress on reducing HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections and signals need for renewed efforts to reach 2030 targets, 2021.
- [3] Tiêu Chuẩn Quốc Gia ISO/IEC 17043:2023, Đánh giá sự phù hợp - yêu cầu chung đối với thử nghiệm thành thạo, 2023.
- [4] Bộ Y tế, Quyết định số 3310/QĐ-BYT ngày 29 tháng 7 năm 2019 của Bộ Y tế về việc ban hành hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh viêm gan vi rút B, Hà Nội, 2019.
- [5] Wolkers WF, Brogna R, Oldenhof H et al., Increasing storage stability of freeze-dried plasma using trehalose, PLoS One 15:e0234502, 2020.
- [6] Tiêu Chuẩn Quốc Gia ISO 13528:2022, Phương pháp thống kê dùng trong thử nghiệm thành thạo bằng so sánh liên phòng thí nghiệm, 2022.
- [7] Nguyễn Văn Chinh, Lê Văn Chương và cộng sự, Đánh giá đặc tính bộ mẫu huyết thanh đông khô dùng trong ngoại kiểm Viêm gan B và C, Tạp chí Y học Việt Nam, 529, 2023, tr.208-215.
- [8] Phạm Thị Hương Trang, Nghiên cứu sản xuất mẫu ngoại kiểm huyết thanh học HBsAg và Anti-HCV, Tạp chí Nghiên Cứu Y Học, 130, 2020.
- [9] Nguyen Thi Minh Thuan, Le Tran Bao Uyen, Tran Ton et al., External quality assessment for dual detection of HBsAg and anti-HCV in serum, Pharmaceutical Sciences Asia 49.1., 2022.

SOME RESULTS OF IMPLEMENTING ORGAN DONATION, RESEARCH, COORDINATION AND TRANSPLANTATION IN VIETNAM FROM JUNE 4, 1992 TO SEPTEMBER 30, 2023

Trinh Hong Son, Dong Van He, Nguyen Hoang Phuc, Nguyen Tien Thanh*,
Nguyen Tien Dung, Nguyen Manh Hung, Nguyen Thuy An, Nguyen Thi Vui

Vietnam's National Coordinating Center for Human Organ Transplantation - No. 40, Trang Thi Street, Hoan Kiem, Hanoi, Vietnam

Received: 02/10/2023

Revised: 19/10/2023; Accepted: 09/11/2023

ABSTRACT

Target: The research was conducted for the purpose of this study to record the results of organ donation, retrieval, coordination and transplantation in Vietnam, from the first organ transplant on June 4, 1992 to September 30, 2023.

Subjects and Methods: Implemented using the descriptive retrospective method based on data collected through specialized medical and organ transplant literature channels; Report documents of health sector management agencies; Press and media agencies report on organ donation and transplantation and reports of medical facilities with organ transplant function throughout the country.

Results: It was recorded that the whole country performed 7,992 organ transplants, performed at 20 transplant facilities. Of these, 522 liver transplants, 75 heart transplants, 01 Kidney-Pancreas transplant; 01 Heart-Lung block transplant, 09 lung transplants, 02 intestinal transplants and 02 upper limb transplants. The number of transplants from living donors is 7,519, the number of transplants from brain-dead donors is 466 and there are 7 transplants from heart-stopping donors. Since the first coordination case was carried out in 2015, up to now there have been 30 coordination cases carried out, including 18 cases of organ transportation from North to South or from South to North, 10 cases of transporting organs from the South and the North. North to the central region and there are 02 cases transporting from the central region to the remaining two regions.

Conclusion: Organ transplantation in Vietnam has achieved many important achievements, confirming that the level of organ retrieval and transplantation in Vietnam is equivalent to other countries in the region. But recent results have not yet reached expectations, as well as other development potentials, especially in the field of donation, retrieval, transplantation, and organs from brain-dead donors. Increasing the donation, retrieval, transplantation, and transplantation of organs from brain-dead donors will be the central goal to aim for in the coming time in the field of organ transplantation in Vietnam.

Keywords: Organ donation; Transplant; Organ coordination; Organ donation campaign.

*Corresponding author

Email address: thanhnt.vncchot@moh.gov.vn

Phone number: (+84) 977 013 885

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>



MỘT SỐ KẾT QUẢ TRIỂN KHAI HIỂN, LẤY, ĐIỀU PHỐI VÀ GHÉP TẠNG TẠI VIỆT NAM TỪ NGÀY 04/6/1992 ĐẾN NGÀY 30/9/2023

Trịnh Hồng Sơn, Đông Văn Hệ, Nguyễn Hoàng Phúc, Nguyễn Tiến Thành*, Nguyễn Tiến Dũng, Nguyễn Mạnh Hùng, Nguyễn Thúy An, Nguyễn Thị Vui

Trung tâm Điều phối Quốc gia về ghép bộ phận cơ thể người - Số 40 Tràng Thi, Hàng Bông, Hoàn Kiếm, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 02 tháng 10 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 19 tháng 10 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 09 tháng 11 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được thực hiện nhằm nhằm mục đích của nghiên cứu này ghi nhận kết quả triển khai hiển, lấy, điều phối và ghép tạng tại Việt Nam, từ ca ghép tạng đầu tiên ngày 04/06/1992 đến ngày 30/9/2023.

Phương pháp nghiên cứu: Được thực hiện bằng phương pháp hồi cứu mô tả dựa trên các dữ liệu được thu thập qua các kênh Tài liệu chuyên ngành Y khoa và lĩnh vực ghép tạng; Tài liệu báo cáo của cơ quan quản lý ngành Y tế; Cơ quan thông tấn báo chí, thông tin truyền thông đưa tin về hiển, lấy ghép tạng và Báo cáo của các cơ sở Y tế có chức năng ghép tạng trong cả nước.

Kết quả: Ghi nhận cả nước thực hiện được 7,992 ca ghép tạng, thực hiện tại 20 cơ sở ghép. Trong đó, 522 ca ghép gan, 75 ca ghép tim, 01 ca ghép khối Thận – Tụy; 01 ca ghép khối Tim – Phổi, 09 ca ghép phổi, 02 ca ghép ruột và 02 ca ghép chi trên. Số ca ghép từ người hiến sống là 7,519, số ca ghép từ người hiến chết não là 466 ca và có 7 ca ghép từ người chết tim ngừng đập. Từ khi thực hiện ca điều phối đầu tiên năm 2015, đến nay đã có 30 điều phối được thực hiện, trong đó có 18 ca vận chuyển tạng từ Bắc vào Nam hoặc từ Nam ra Bắc, 10 ca vận chuyển từ miền Nam, miền Bắc vào miền Trung và có 02 ca vận chuyển từ miền trung đi hai miền còn lại.

Kết luận: Ghép tạng tại Việt Nam đã đạt được nhiều thành tựu quan trọng đã khẳng định trình độ lấy, ghép tạng tại Việt Nam đã tương đương các nước trong khu vực. Nhưng những kết quả thời gian qua vẫn còn chưa đạt được như kỳ vọng, cũng như những tiềm năng phát triển khác đặc biệt về lĩnh vực hiển, lấy, ghép, tạng từ người cho chết não. Gia tăng hiển, lấy, ghép, tạng từ người cho chết não sẽ là mục tiêu trọng tâm cần hướng đến trong thời gian tới của lĩnh vực ghép tạng tại Việt Nam.

Từ khóa: Hiển tạng; Ghép tạng; Điều phối tạng; Vận động hiến tạng.

*Tác giả liên hệ

Email: thanhnt.vncchot@moh.gov.vn

Điện thoại: (+84) 977 013 885

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép mô, bộ phận cơ thể người (tạng) là một trong những thành tựu quan trọng của ngành y tế trong việc chữa bệnh, đặc biệt đối với các bệnh nhân mắc bệnh mạn tính, hiểm nghèo do các mô, tạng bị suy giảm chức năng và không hồi phục được như suy thận mãn, suy gan, suy tim, suy tủy, hồng giác mạc.... Ghép tạng là phương pháp điều trị cuối cùng và hiệu quả cho người bệnh suy tạng giai đoạn cuối bằng cách lấy tạng của người hiến để ghép cho người bệnh.

Theo thống kê đến ngày 30/9/2023 cả nước có 25 cơ sở y tế đã thực hiện ghép tạng và đã trải qua hơn 31 năm kinh nghiệm từ khi thực hiện ca ghép tạng đầu tiên ngày 04/06/1992 đến hết ngày 30/9/2023, Việt Nam chúng ta đã thực hiện được 7,992 ca ghép các loại, trong đó có: 7,380 ca ghép thận, 522 ca ghép gan, 75 ca ghép tim, 01 ca ghép khối Thận – Tụy; 01 ca ghép khối Tim – Phổi, 09 ca ghép phổi, 02 ca ghép ruột và 02 ca ghép chi trên.

Trung tâm Điều phối quốc gia về ghép bộ phận cơ thể người gọi tắt là Trung tâm Điều phối ghép tạng Quốc gia (viết tắt: TTĐPGTQG / Trung tâm) là đơn vị sự nghiệp y tế trực thuộc Bộ Y tế, được thành lập theo Quyết định số 2002/QĐ-TTg ngày 10/11/2011 của Thủ tướng Chính phủ. TTĐPGTQG được Bộ Y tế tổ chức lễ ra mắt hoạt động chính thức vào ngày 29.06.2013 tại Hà Nội. TTĐPGTQG được Bộ Y tế giao thực hiện năm nhiệm vụ gồm: Quản lý và điều phối việc hiến, ghép mô, bộ phận cơ thể người; Đào tạo và nghiên cứu khoa học; Truyền thông về hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người; Quản lý đơn vị ; Hợp tác quốc tế.

Trong các nhiệm vụ, nhiệm vụ quản lý và điều phối việc hiến, ghép mô, bộ phận cơ thể người là nhiệm vụ chính quan trọng nhất nên nhóm nghiên cứu thực hiện nghiên cứu này nhằm mục đích của nghiên cứu này ghi nhận kết quả triển khai hiến, lấy, điều phối và ghép tạng tại Việt Nam, từ ca ghép tạng đầu tiên ngày 04/06/1992 đến ngày 30/9/2023.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế, đối tượng, thời gian nghiên cứu

Những đơn vị có đủ điều kiện nhân lực, cơ sở vật chất, trình độ kỹ thuật được Bộ Y tế cấp giấy phép thực hiện ghép tạng, khi đó các cơ sở y tế mới có đủ điều kiện pháp lý tiến hành thực hiện ghép tạng khi có bệnh nhân

suy tạng cần ghép và có nguồn tạng ghép.

Bệnh nhân bị suy tạng giai đoạn cuối cần ghép tạng thay thế đã thực hiện ghép tạng thành công tại các cơ sở Y tế có chức năng ghép tạng trong cả nước.

Đối với hoạt động điều phối tạng hiến là một trong các hoạt động thường quy theo chức năng nhiệm vụ của Trung tâm, các hoạt động được Trung tâm ghi nhận đầy đủ bằng nhật ký.

Thời gian ghi nhận từ ngày 04/06/1992 đến ngày 30/9/2023.

Loại ra khỏi nghiên cứu thông tin ca ghép tạng không có cơ sở y tế nào xác nhận đã thực hiện ca ghép tạng đó.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu hồi cứu, mô tả

- Phương pháp thu thập số liệu:

+ **Tài liệu chuyên ngành Y khoa và lĩnh vực ghép tạng:** Những tài liệu chuyên ngành Y khoa và lĩnh vực ghép tạng tại Việt nam để nắm chính xác thông tin lịch sử, hoạt động của ngành ghép tạng Việt Nam trước khi Trung tâm được thành lập.

+ **Tài liệu báo cáo của cơ quan quản lý ngành Y tế:** Văn bản ban hành liên quan đến lĩnh vực ghép tạng đều chuyển thêm văn bản cho Trung tâm, căn cứ thông tin văn bản Trung tâm tổng hợp dữ liệu để tổng hợp, nghiên cứu và báo cáo sau này.

+ **Báo cáo của các cơ sở Y tế có chức năng ghép tạng:** Theo yêu cầu của Bộ Y tế tại các văn bản số: 23/ĐPGTQG ngày 25/10/2013; 119/BYT-KCB ngày 10/01/2014; 63/ĐPGTQG ngày 30/7/2015; 55/ĐPGTQG ngày 07/7/2016.

+ **Cơ quan thông tấn báo chí, thông tin truyền thông:** Các tin bài đưa lên các phương tiện truyền thông của các cơ quan thông tấn báo chí trong và ngoài nước.

- Phương pháp xử lý số liệu trên phần mềm SPSS 22.

2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu

- Một số dấu mốc quan trọng của ghép tạng Việt Nam

- Tổng hợp thống kê số ca ghép theo từng loại tạng từ 04/06/1992 đến 30/9/2023.

- Số ca ghép tạng từ tháng 11 năm 2012 trở về trước: Do giai đoạn này TTĐPGTQG chưa thành lập nên số liệu được nhóm hồi cứu qua các tài liệu như kỷ yếu “Thành tựu 20 năm ghép tạng tại Việt Nam (1992 -



2012) một số thông tin, hình ảnh”; Tập san “Hội nghị chuyên ngành ghép tạng kỷ niệm 5 năm thành công ca ghép Gan người lớn đầu tiên tại Việt Nam” của Bệnh viện (BV) Việt Đức năm 2012; Tạp chí Y học Quân sự số 281 tháng 05/2012 – Cục Quân Y – Bộ Quốc Phòng “Đặc san kỷ niệm 20 năm ngày thực hiện thành công ca ghép tạng đầu tiên tại Việt Nam (04/06/1992 – 04/06/2012)”.

- Số ca ghép tạng từng năm từ 2013 đến ngày 30/9/2023.
- Số liệu ghép từng tạng: Thận; Gan; Tim; Tụy; Thận + Tụy; Tim + Phổi.
- Nguồn tạng ghép từ: người hiến sống; chết não; chết

ngừng tim và so sánh số ca ghép theo từng nguồn tạng.

- Số trường hợp chết não hiến tạng tại Việt Nam.
- Số ca điều phối tạng hiến đã thực hiện tại Việt Nam.

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Tính từ ca ghép thận đầu tiên từ người cho sống ở Học viện Quân Y ngày 04/06/1992, đến nay Việt Nam đã thực hiện ghép thành công 05 tạng, 02 khối tạng và 01 bộ phận cơ thể người với một số dấu mốc quan trọng, cụ thể như sau:

Bảng 1. Một số dấu mốc ghép tạng, bộ phận cơ thể người tại Việt Nam

TT	Tạng, khối tạng ghép	Ngày ghép đầu tiên	BV ghép đầu tiên	Ghi chú
1	Ghép thận	04/6/1992	BV Quân Y 103	
2	Ghép gan trẻ em	31/01/2004	BV Quân Y 103	Từ người cho sống
	Ghép gan người lớn	28/11/2007	BV HN Việt Đức	Từ người cho sống
	Ghép gan từ người cho chết não	22/05/2010	BV HN Việt Đức	Toàn bộ ekip Việt Nam thực hiện
3	Ghép tim	17/6/2010	BV Quân Y 103	
4	Ghép đa tạng (Gan, Tim, Thận)	25/04/2011	BV HN Việt Đức	Toàn bộ ekip Việt Nam thực hiện
5	Ghép khối tụy - thận	01/03/2014	BV Quân Y 103	
6	Ghép khối tim – phổi	22/7/2015	BV TW Huế	
7	Ghép Phổi	21/02/2017	BV Quân Y 103	Từ người cho sống
	Ghép Phổi từ người cho chết não	26/02/2018	BV TW Quân đội 108	
	Ghép Phổi từ người cho chết não	12/12/2018	BV HN Việt Đức	Toàn bộ ekip Việt Nam thực hiện
8	Ghép chi trên	21/01/2020	BV TW Quân đội 108	Từ người cho sống
		16/9/2020	BV TW Quân đội 108	Từ người cho chết não
9	Ghép Ruột	27/10/2020	BV Quân Y 103	

(Nguồn: Nhóm nghiên cứu tổng hợp)

Tính từ ca ghép tạng đầu tiên ngày 04/06/1992 đến ngày

30/9/2023, sau hơn 31 năm thực hiện ghép tạng, Việt Nam đã thực hiện được 7,992 ca ghép cụ thể như sau:

Bảng 2. Số ca ghép tạng tại Việt Nam theo từng tạng và nguồn (4/6/1992 – 30/9/2023)

Năm	Ghép thận			Ghép gan		Ghép tim	Ghép Thận – Tụy	Ghép Tim - phổi	Ghép phổi		Chi trên		Ghép ruột		Tổng số
	Hiển sống	Chết não	Chết tim	Hiển sống	Chết não				Hiển sống	Chết não	Hiển sống	Chết não	Hiển sống	Chết não	
04.6.1992 đến T11/2012	847	53	-	19	8	7	-	-							934
2013	204	18	-	1	10	2	-	-							235
2014	267	9	-	3	5	2	1	-							287
2015	263	16	-	8	5	3	-	1							296
2016	426	10	1	4	5	2	-	-							448
2017	620	18	-	20	11	3	-	-	1						673
2018	748	22	4	43	7	9	-	-		2					835
2019	896	30		34	16	12				3					991
2020	788	29		57	14	8				2	1	1	2		902
2021	599	16		65	8	7									695
2022	853	27		102	11	10				1					1,004
01/01-31/07/2023	591	23	2	57	9	10									692
Cộng:	7,102	271	7	413	109	75	1	1	1	8	1	1	2	-	7,992
Tổng loại:	7,380			522		75	1	1	9		2		2		7,992

(Nguồn: Nhóm nghiên cứu tổng hợp)

Trong số 7,992 ca ghép được thực hiện cho 7 loại tạng, khối tạng và 01 bộ phận cơ thể người. Nếu tính từ năm

2013 đến nay, từ khi Trung tâm Điều phối ghép tạng Quốc gia thành lập và đi vào hoạt động, năm 2022 là năm có số ca ghép nhiều nhất 1,004 ca.

Bảng 3. Nguồn tạng hiến để ghép tại Việt Nam (1992 - 2023)

TT	Nguồn tạng	Số lượng	Tỷ lệ
1	Hiển sống	7,519	94.08
2	Hiển chết não	466	5.83
3	Hiển chết tim	7	0.09
Tổng cộng		7,992	100.00

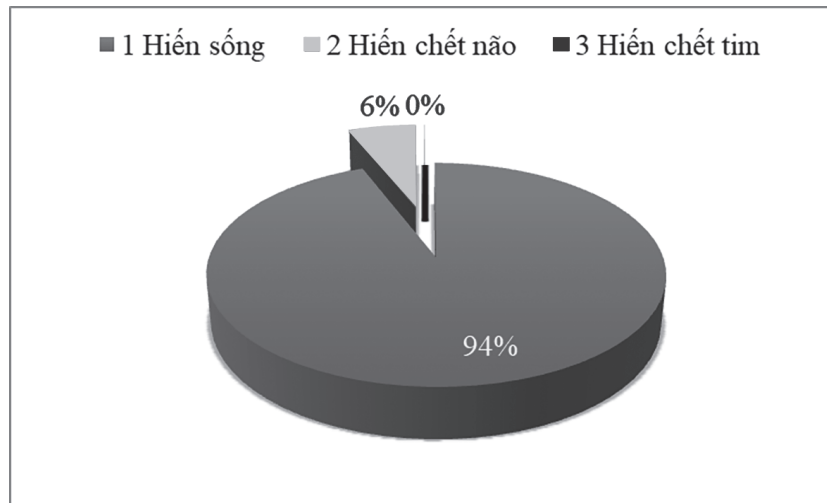
(Nguồn: Nhóm nghiên cứu tổng hợp)

Khác với các quốc gia phát triển trên thế giới, đa phần tạng hiến tại Việt Nam đến từ người nguồn người cho

sống (94.08%), nguồn người cho chết não chỉ chiếm có 5.83% và 0.09% nguồn tạng hiến từ người chết ngừng tim.



Biểu đồ 1. So sánh số ca ghép theo từng nguồn tạng (2013 - 2023)



(Nguồn: Nhóm nghiên cứu tổng hợp)

Năm có số ca ghép tạng từ người chết não nhiều nhất là năm 2020 có 61 ca ghép tạng từ người chết não. Ba năm đầu (2013 – 2017) khoảng cách giữa số ca hiến tạng từ

người cho sống và người cho chết não chỉ quang mức 200 ca, càng những năm gần đây khoảng cách cách giữa số ca hiến tạng từ người cho sống và người cho chết não càng cao, lớn nhất năm 2022 là 906 ca.

Bảng 4. Số trường hợp chết não hiến tạng tại Việt Nam tính tới 30/09/2023

NĂM	Việt Đức	Chợ Rẫy	103	108	TW Huế	HN ĐK NGHỆ AN	Tổng theo năm
2008		1					1
2010	3	3	1	0	0	0	7
2011	2	0	0	0	1	0	3
2012	8	3	1	0	0	0	12
2013	14	0	0	0	0	0	14
2014	6	0	1	0	0	0	7
2015	2	5	0	0	0	0	7
2016	5	2	1	0	0	0	8
2017	9	2	0	1	0	0	12
2018	9	4	0	1	0	0	14
2019	14	1	1	1	0	0	17
2020	12	3	0	2	0	0	17
2021	5	3	0	0	0	0	8
2022	9	3	0	0	1	0	12
2023	8	1	0	0	1	1	11
Tổng các viện	106	31	5	5	3	1	151

(Nguồn: Nhóm nghiên cứu tổng hợp)

Có 106/151 trường hợp (chiếm 70.67%) chết não hiến tạng được thực hiện tại BV Hữu nghị Việt Đức, BV Hữu nghị Việt Đức cũng là BV có số ca chết não hiến

tạng nhiều nhất cả nước. BV Chợ Rẫy đứng thứ hai với 31 trường hợp (chiếm tỷ lệ 20.67%) chết não hiến tạng, hai BV TW Quân đội 108 và BV Quân Y 103 cùng có 5 ca chết não hiến tạng và BV TW Huế mới thực hiện được 3 ca chết não hiến tạng.

Bảng 5: Tổng hợp thống kê số ca ghép theo từng loại tạng (n =7,992)

Tạng ghép	n	%
Ghép Thận	7,380	92.34
Ghép Gan	522	6.53
Ghép Tim	75	0.94
Ghép Khối Thận + Tụy	1	0.01
Ghép Khối Tim + Phổi	1	0.01
Ghép Phổi	9	0.11
Chi trên	2	0.03
Ghép ruột	2	0.03
Tổng:	7,992	100

(Nguồn: Nhóm nghiên cứu tổng hợp)

Việt Nam đã thực hiện ghép thành công được 6 loại tạng và đa tạng, trong đó chủ yếu vẫn là thực hiện ghép thận, chiếm tới 92.34%, tiếp theo là ghép gan, chiếm 6.53% và ghép tim, chiếm 0.94% tổng số ca ghép tạng đã thực hiện thành công tại nước ta. Ghép phổi mới thực hiện thành công trong 03 năm gần đây với 08 ca. Hiện nay cả nước có 25/25 cơ sở y tế đã thực hiện ghép Thận,

ghép gan có 04 BV là: Hữu nghị Việt Đức, 108, Trung ương Huế và Chợ Rẫy đang thực hiện ghép thường quy Gan, Tim cho bệnh nhân suy Gan, Tim giai đoạn cuối.

Điều phổi tạng hiến là một trong 05 chức năng nhiệm vụ chính của Trung tâm, tính từ ca điều phổi đầu tiên ngày 20/7/2015 đến 30/9/2023, Trung tâm đã thực hiện 30 ca điều phổi với thời gian và kết quả như sau:

Bảng 6: Tổng hợp các ca điều phổi tạng hiến tại Việt Nam

Ca số	Thời gian	Nơi lấy tạng	Nơi nhận tạng	Tạng điều phổi
01	20/07/2015	BV Chợ Rẫy	BV TW Huế	1 Tim, 1 phổi
02	04/09/2015	BV Chợ Rẫy	BV Việt Đức	1 Tim, 1 Gan
03	25/04/2016	BV Chợ Rẫy	BV Việt Đức	1 Tim, 1 Gan
04	26/02/2018	BV TW QĐ 108	BV Chợ Rẫy	1 Tim, 1 Thận, 2 Giác mạc
05	05/04/2018	BV ĐK Đồng Nai	BV Chợ Rẫy	1 Tim, 2 Thận, 2 Giác mạc
06	16/05/2018	BV Việt Đức	BV TW Huế	1 Tim, 2 Giác mạc
07	14/06/2018	BV Việt Đức	BV TW Huế	1 Tim, 2 Giác mạc
08	20/08/2018	BV ĐK Kiên Giang	BV Chợ Rẫy	2 Thận, 2 Giác mạc



Ca số	Thời gian	Nơi lấy tạng	Nơi nhận tạng	Tạng điều phối
09	12/12/2018	BV Việt Đức	BV Nhi đồng II	1 Thận
10	13/12/2018	BV Chợ Rẫy	BV ĐHY Dược	1 Gan
11	26/1/2019	BV Việt Đức	BV TW Huế	1 Tim
12	29/6/2019	BV Việt Đức	BV Chợ Rẫy	1 Tim
13	15/8/2019	BV TW QĐ 108	BV TW Huế	1 Tim
14	19/8/2019	BV Chợ Rẫy	BV Việt Đức	1 Tim, 1 Gan
15	31/08/2019	BV Quân y 103	BV TW Huế	1 Tim, 1 Gan
16	09/05/2020	BV Việt Đức	BV Chợ Rẫy	1 tim
17	15/05/2020	BV Việt Đức	BV ĐHY Dược	1 gan
18	16/09/2020	BV TW QĐ 108 và BV Phổi TW	BV Việt Đức	1 tim
19	02/12/2020	BV Chợ Rẫy và BV Bà Rịa	BV TW Huế và BV TW QĐ 108	1 tim, 1 gan
20	04/05/2021	Bv Chợ Rẫy và BV Bà Rịa	Bv ĐHY Dược	1 gan
21	16/05/2021	BV Bà Rịa	Bv Chợ Rẫy	1 tim, 1 gan, 2 thận
22	03/01/2022	BV Việt Đức	BV TW Huế	1 tim
23	06/05/2022	BV Nhân dân Gia Định	BV TW Huế	1 tim
24	22/6/2022	BV Việt Đức	BV Phổi TW	1 phổi
25	14/9/2022	BV Bắc Ninh	BV Việt Đức	1 tim, 1 gan, 2 thận
26	19/9/2022	BV ĐHY Hà Nội	BV Việt Đức và BV TW QĐ 108	1 tim, 1 gan, 2 thận, 1 phổi
27	26/02/2023	BV Chợ Rẫy	BV Việt Đức	1 tim
28	6/7/2023	BV Việt Đức	BV TW Huế	1 tim
29	31/7/2023	BV TW Huế	BV Việt Đức	1 gan
30	7/9/2023	BV Hữu nghị ĐK Nghệ An	BV Việt Đức	1 gan

(Nguồn: Nhóm nghiên cứu tổng hợp)

Những ca điều phối mà BV lấy tạng thông báo cho TTĐPGTQG để điều phối tạng hiến, tìm người ghép phù hợp trong “Danh sách chờ ghép Quốc gia” trên “Phần mềm Hệ thống Quản lý và Điều phối ghép tạng Quốc gia” sẽ được tính là có sự tham gia điều phối tạng ghép của TTĐPGTQG. Điều phối và vận chuyển tạng ghép là công việc phức tạp, đòi hỏi sự tham gia đồng bộ của nhiều bộ phận chức năng, nhiều cá nhân, trong quá trình điều phối, vận chuyển tạng ghép sẽ cần sự tham gia, hỗ trợ của nhiều cá nhân của cơ sở lấy, cơ sở nhận, TTĐPGTQG và cả các cơ sở y tế khác.

4. KẾT LUẬN

Ghi nhận số liệu ghép tạng tại Việt Nam giai đoạn 1992 – 2023, chúng tôi có kết luận sau:

Từ ngày 24/6/1992 đến ngày 30/9/2023 cả nước thực hiện được 7,992 ca ghép tạng, thực hiện tại 20 cơ sở ghép. Trong đó, 522 ca ghép gan, 75 ca ghép tim, 01 ca ghép khối Thận – Tụy; 01 ca ghép khối Tim – Phổi, 09 ca ghép phổi, 02 ca ghép ruột và 02 ca ghép chi trên. Số ca ghép từ người hiến sống là 7,519, số ca ghép từ người hiến chết não là 466ca và có 7 ca ghép từ người chết tim ngừng đập.

Các mốc đáng ghi nhận: ca ghép từ người cho sống đầu

tiên năm 1992 tại Học viện Quân Y; ghép đầu tiên từ người cho chết não tại BV Việt Đức năm 2010; ca ghép đầu tiên từ người cho chết tim ngừng đập năm 2016 tại BV Chợ Rẫy.

Ghi nhận từ 20/07/2015 đến 30/9/2023 có 18 ca vận chuyển tạng từ Bắc vào Nam hoặc từ Nam ra Bắc, 10 ca vận chuyển từ miền nam, miền bắc vào miền trung và có 02 ca vận chuyển từ miền trung đi hai miền còn lại. Trong 28 ca điều phối với sự tham gia và điều hành của Trung tâm Điều phối ghép tạng Quốc gia đều thành công và người nhận tạng đều khỏe mạnh ra viện. Việc vận chuyển mô, tạng với khoảng cách từ hàng ngàn ki lô mét tại Việt Nam là hoàn toàn khả thi, tạng sau khi điều phối đều an toàn. Việc vận chuyển, điều phối tạng phụ thuộc vào việc tổ chức đồng bộ kịch bản điều phối, sự khớp nối chính xác từ cơ quan điều phối và các đơn vị liên quan, phụ thuộc vào phương tiện vận chuyển cũng như sự tận tâm của mỗi cán bộ, chuyên gia trong hoạt động điều phối, lấy, vận chuyển và ghép mô, tạng.

Ghép tạng tại Việt Nam đã đạt được nhiều thành tựu quan trọng đã khẳng định trình độ lấy, ghép tạng tại Việt Nam đã tương đương các nước trong khu vực. Nhưng những kết quả thời gian qua vẫn còn chưa đạt được như kỳ vọng, cũng như những tiềm năng phát triển khác biệt về lĩnh vực hiến, lấy, ghép, tạng từ người cho chết não. Gia tăng hiến, lấy, ghép, tạng từ người cho chết não sẽ là mục tiêu trọng tâm cần hướng đến trong thời gian tới của lĩnh vực ghép tạng tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Thủ tướng Chính phủ, Quyết định số 2002/QĐ-TTg ngày 10/11/2011 về việc thành lập Trung tâm Điều phối quốc gia về ghép bộ phận cơ thể người trực thuộc Bộ Y tế.
- [2] Bộ Y tế, Quyết định số 3049/QĐ-BYT ngày 21/8/2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Điều lệ Tổ chức và hoạt động của Trung tâm Điều phối quốc gia về ghép bộ phận cơ thể người.
- [3] Quốc hội Nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam, Luật Hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người và hiến, lấy xác. Được Quốc Hội ban hành ngày 29/11/2006.
- [4] Trịnh Hồng Sơn và cộng sự, Hoạt động của Trung tâm Điều phối Quốc gia về ghép bộ phận cơ thể người giai đoạn 29.06.2013 – 31.12.2016, Nhà xuất bản Giáo dục, 2017, Hà Nội.
- [5] Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Hoàng Phúc, Nguyễn Tiến Thành, Nguyễn Thị Phương Hoàng, Ghi nhận điều phối ghép tạng tại Việt Nam giai đoạn 01/01/2015 – 31/07/2018, Tạp chí Y học thực hành, số 11 (1119), 2019, tr.102 – 111, 2019.
- [6] Trịnh Hồng Sơn và cộng sự, Ghép tạng và chết não, Nhà xuất bản Y học, 2017, Hà Nội.
- [7] Trịnh Hồng Sơn và cộng sự, Ghép tạng và chết não, Tái bản lần thứ nhất có sửa chữa và bổ sung, Nhà xuất bản Y học, 2021, Hà Nội.
- [8] Phạm Gia Khánh, Nguyễn Tiến Thành, Tình hình ghép tạng Việt Nam và những vấn đề cần quan tâm, Tạp chí Y dược Lâm Sàng 108, tập 14 (Số đặc biệt 11/2019), 2019, tr.01 – 02.
- [9] Nguyễn Hoàng Phúc, Nguyễn Tiến Thành, Hoạt động hiến, lấy, ghép mô, tạng ở Việt Nam, Tạp chí Y Dược học, số 36, tháng 11, 2021, tr.140 - 145.



THE CURRENT SITUATION OF TREATMENT ADHERENCE TO DRUG-RESISTANT TUBERCULOSIS OF PATIENTS AT HANOI LUNG HOSPITAL

Tran Thi Ly^{1*}, Nguyen Thi Nguyet², Dang Thi Anh³

¹National Lung Hospital - 463 Hoang Hoa Tham, Ba Dinh, Hanoi, Vietnam

²University of Medicine and Pharmacy, Vietnam National University, Hanoi - 144 Xuan Thuy, Cau Giay, Hanoi, Vietnam

³Thanh Dong University - No. 3 Vu Cong Dan, Tu Minh Ward, Hai Duong City, Hai Duong, Vietnam

Received: 15/07/2023

Revised: 08/09/2023; Accepted: 30/10/2023

ABSTRACT

Background: Vietnam is still a country with a high drug-resistant tuberculosis (LKT) burden, and the non-compliance of drug-resistant tuberculosis patients greatly affects treatment outcomes.

Objectives: Describe the current situation of treatment adherence to drug-resistant tuberculosis of patients at Hanoi Lung Hospital, in 2018

Methods: Cross-sectional survey

Results: 292 drug-resistant tuberculosis patients participated in the study. The results showed that the rate of patients' medication adherence was 53.1%. This rate was 51.1% in the attack stage and 54.8% in the maintenance phase. The rate of patient's adherence to treatment rate was 40.1%. The treatment adherence rate in the attack stage was 37.2% and the maintenance phase was 42.6%.

Conclusion: The rate of patients complied with medication and treatment was still low. Medical facilities need to strengthen communication, consultation and monitoring support to increase the rate of patient compliance with treatment.

Keywords: Drug-resistant TB, patients, adherence to treatment.

*Corresponding author

Email address: ly13021984@gmail.com

Phone number: (+84) 947 793 568

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>

THỰC TRẠNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ CỦA NGƯỜI BỆNH LAO KHÁNG THUỐC TẠI BỆNH VIỆN PHỔI HÀ NỘI

Trần Thị Lý^{1*}, Nguyễn Thị Nguyệt², Đặng Thị Anh³

¹Bệnh viện Phổi Trung ương - 463 Hoàng Hoa Thám, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội - 144 Xuân Thủy, Cầu Giấy, Hà Nội, Việt Nam

³Trường Đại học Thành Đông - Số 3 Vũ Công Đán, P. Tứ Minh, TP Hải Dương, Hải Dương, Việt Nam

Ngày nhận bài: 15 tháng 07 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 08 tháng 09 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 30 tháng 10 năm 2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Việt Nam vẫn là quốc gia có gánh nặng lao kháng thuốc (LKT) cao và việc không tuân thủ điều trị của người bệnh LKT ảnh hưởng rất nhiều đến kết quả điều trị.

Mục tiêu: Mô tả thực trạng tuân thủ điều trị của người bệnh lao kháng thuốc tại Bệnh viện Phổi Hà Nội, năm 2018.

Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang

Kết quả: 292 người bệnh lao kháng thuốc đã tham gia nghiên cứu. Kết quả cho thấy, tỷ lệ tuân thủ sử dụng thuốc của người bệnh là 53,1%, tỷ lệ này ở giai đoạn tấn công là 51,1% và ở giai đoạn duy trì là 54,8%. Tỷ lệ tuân thủ điều trị của người bệnh là 40,1%. Tỷ lệ này ở giai đoạn tấn công là 37,2% và giai đoạn duy trì là 42,6%.

Kết luận: Tỷ lệ người bệnh tuân thủ điều trị thuốc và tuân thủ điều trị còn thấp. Cơ sở y tế cần tăng cường công tác truyền thông, tư vấn và giám sát hỗ trợ nhằm nâng cao tỷ lệ người bệnh tuân thủ điều trị.

Từ khóa: Lao kháng thuốc, người bệnh, tuân thủ điều trị.

*Tác giả liên hệ

Email: ly13021984@gmail.com

Điện thoại: (+84) 947 793 568

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i10>



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lao là một bệnh truyền nhiễm do vi khuẩn gây nên và là 1 trong 10 nguyên nhân gây tử vong cao hàng đầu thế giới [1]. Sự bùng phát của bệnh lao, đặc biệt là lao kháng thuốc đang là mối đe dọa chủ yếu trong công tác phòng chống bệnh lao trên toàn cầu. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) ước tính năm 2016, toàn cầu có khoảng 10 triệu người mới mắc lao và 1,4 triệu người tử vong do lao [2], [3]. Lao kháng thuốc đặc biệt là lao kháng đa thuốc (LKĐT) là một thể bệnh lao dễ gây tử vong, khó điều trị và kháng lại phần lớn các loại thuốc chống lao hiện là những thuốc có hiệu lực mạnh nhất như Isoniazid và Rifampicin [2], [3]. Tình hình dịch tễ lao kháng thuốc đang có diễn biến phức tạp và đã xuất hiện ở 185/195 quốc gia trên toàn cầu trong đó có 105 quốc gia có sự xuất hiện của LKĐT [4]. Cũng theo WHO, ước tính năm 2015 toàn cầu có khoảng 580.000 người mắc LKT – bao gồm 480.000 ca mắc LKĐT, tuy nhiên chỉ có khoảng 125.000 ca được đưa vào điều trị [4].

Việt Nam vẫn là một trong những nước có gánh nặng bệnh lao và LKT cao trên toàn cầu (xếp thứ 15/30) [5]. Điều tra LKT toàn quốc lần 4 năm 2011 cho thấy tỷ lệ LKT trong số người bệnh lao mới là 4% và tỷ lệ này trong các trường hợp lao tái trị là 23,3%. Dựa trên số liệu người bệnh lao phổi đăng ký điều trị hàng năm, ước tính sẽ có khoảng 5.200 người bệnh LKĐT và lao kháng Rifampicin mỗi năm Năm 2017, tính đến 31/09/2017 cả nước thu dung điều trị 1.955 người bệnh lao kháng thuốc. Tỷ lệ bỏ trị chưa thực sự ổn định (14% năm 2013, 9% năm 2014 và 12,6% năm 2015). Cũng theo báo cáo này trong giai đoạn 2013 đến nay, mặc dù đã có quy định quy trình giám sát DOT tuy nhiên tại nhiều địa phương vẫn chưa thực hiện một cách chặt chẽ, do điều kiện làm việc phải đi xa của người bệnh hoặc nhiều lý do khác mà người bệnh LKT/LKĐT vẫn được cấp thuốc tự uống/ tiêm trong giai đoạn duy trì. Hệ thống sổ sách báo cáo chưa có báo cáo riêng về tuân thủ điều trị nên khó có cơ sở dữ liệu để đánh giá một cách chính xác mà chỉ phụ thuộc vào sự báo cáo tự nguyện của tuyến dưới. Giảm tỷ lệ bỏ trị LKT và tăng cường tuân thủ điều trị luôn là một thách thức cần vượt qua đối với Chương trình Chống lao Quốc gia (CTCLQG).

Trên cơ sở phân tích như trên, để có thông tin bước đầu về việc tuân thủ điều trị của người bệnh tại Hà Nội, chúng thực hiện đề tài nghiên cứu “*Thực trạng tuân thủ điều trị lao kháng thuốc của người bệnh đăng ký điều trị tại Bệnh viện Phổi Hà Nội*”.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

(1) Người bệnh lao kháng thuốc, tiêu chuẩn lựa chọn:

- NB từ 18 tuổi trở lên.
- Có thời gian đăng ký điều trị từ 01/05/2015 đến 28/02/2018.

- NB có thông tin liên hệ đầy đủ, rõ ràng

(2) Hồ sơ bệnh án của NB lao kháng thuốc

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 1/2018 đến tháng 5/2018 tại Bệnh viện Phổi Hà Nội.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.4. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

- Áp dụng công thức tính cỡ mẫu:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{d^2}$$

n: Cỡ mẫu tối thiểu cần thiết.

$Z^2_{1-\alpha/2}$: Hệ số tin cậy = 1,96 với $\alpha=0,05$.

p: Tỷ lệ ước lượng trong các nghiên cứu tương ứng đã công bố ($p = 0,572$) [11].

d: Là sai số mong muốn hoặc sai số cho phép ($d=0,06$).

- Cỡ mẫu thực tế nghiên cứu: 292 người bệnh lao kháng thuốc

- Cách chọn mẫu:

+ Chọn tất cả NB lao kháng thuốc đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu cho tới khi đủ cỡ mẫu.

+ Chọn toàn bộ HSBA và sổ quản lý của 292 NB LKT.

2.5. Phương tiện nghiên cứu

(1) Phiếu phỏng vấn NB lao kháng thuốc

- Phần 1 - Thông tin chung về NB: từ A1 đến A15

- Phần 2 - Hiểu biết của NB về lao kháng thuốc: từ B1 đến B15

- Phần 3 - Tuân thủ điều trị của NB: từ C1 đến C6

(2) Các biểu mẫu th thập từ HSBA và sổ sách quản lý NB lao kháng thuốc

- Biểu mẫu 1: Thông tin điều trị chung của NB

- Biểu mẫu 2: Thông tin về phản ứng bất lợi của thuốc mà NB gặp phải

- Biểu mẫu 3: Thông tin về tuân thủ xét nghiệm định kỳ của NB

- Biểu mẫu 4: Thông tin về tuân thủ tái khám của NB

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

- Làm sạch, mã hoá và nhập bằng phần mềm Epi Data 3.1, sau đó xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0

- Phân tích mô tả (tỷ lệ phần trăm, trung bình, độ lệch chuẩn) được sử dụng để mô tả thực trạng tuân thủ điều trị của của bệnh.

2.7. Phương pháp đánh giá tuân thủ điều trị của NB

Để đánh giá TTĐT của NB, nghiên cứu này sử dụng kết hợp 2 phương pháp sau:

- *Phương pháp trực tiếp*: Đánh giá tuân thủ nguyên tắc xét nghiệm và tái khám định kỳ bằng cách quan sát trực tiếp NB tới tái khám và thực hiện xét nghiệm trong 3 tháng: 3, 4, 5 năm 2018.

- *Phương pháp gián tiếp*: Phỏng vấn trực tiếp NB theo phiếu khảo sát để đánh giá việc tuân thủ điều trị thuốc, tuân thủ các nguyên tắc điều trị của CTCLQG.

2.8. Tiêu chí đánh giá tuân thủ điều trị của NB

- Tuân thủ xét nghiệm và tái khám định kỳ:

+ Có tuân thủ: NB làm đầy đủ xét nghiệm trong 3 tháng liên tiếp (3, 4, 5/2018).

+ Không tuân thủ: NB không làm xét nghiệm và không tái khám 1 trong 3 tháng trên

- Tuân thủ điều trị thuốc: Sử dụng thang điểm Morisky với 8 câu hỏi/4 nguyên tắc

+ Có tuân thủ: 8 điểm

+ Không tuân thủ: < 8 điểm

- Tuân thủ điều trị lao kháng thuốc

+ Có tuân thủ: Khi NB tuân thủ điều trị thuốc, tái khám và xét nghiệm định kỳ

+ Không tuân thủ: Khi NB không đáp ứng 1 trong 3 điều kiện trên

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung về người bệnh lao kháng thuốc

Bảng 3.1. Thông tin chung về người bệnh LKT (n= 292)

Đặc điểm	Nữ (68; 23,3%) n (%)	Nam (224; 76,7%) n (%)	Tổng (292; 100%) n (%)
Nhóm tuổi			
Từ 18 đến 24 tuổi	15 (22,1)	17 (7,6)	32 (11,0)
Từ 25 đến 44 tuổi	29 (42,7)	96 (42,9)	125 (42,8)
Từ 45 đến 64 tuổi	16 (23,5)	91 (40,6)	107 (36,6)
Trên 65 tuổi	8 (11,8)	20 (8,9)	28 (9,6)
Nghề nghiệp			
Sinh viên	12 (17,7)	16 (7,1)	28 (9,6)
Lao động tự do	17 (25,0)	76 (33,9)	93 (31,9)
Thất nghiệp	19 (27,9)	81 (36,2)	100 (34,2)
Về hưu/Ở nhà	11 (16,2)	39 (17,4)	50 (17,1)
Nhân viên	7 (10,3)	7 (3,1)	14 (4,8)
Khác	2 (2,9)	5 (2,2)	7 (2,4)
Bảo hiểm y tế			
Có	56 (82,4)	192 (85,7)	248 (84,9)
Không	12 (17,7)	32 (14,3)	44 (15,1)

Nhận xét: Bảng 3.1 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân LKT ở độ tuổi từ 25 đến 64 tuổi là 79,4%, nhóm tuổi từ 18 đến 24 tuổi chiếm 11% và những người bệnh trên 65 tuổi là 9,6%. Tỷ lệ người bệnh LKT không có việc làm (thất nghiệp) là 34,3%, tiếp theo là những đối tượng là lao động tự do 31,9%, tỷ lệ người bệnh LKT về hưu/ở nhà

là 17,1%. Tỷ lệ bệnh nhân là sinh viên, nhân viên, khác lần lượt là 9,6%, 4,8% và 2,4%. Có đến 84,9% số người bệnh LKT trong nghiên cứu này có bảo hiểm y tế chỉ có khoảng 15% là không có.

3.2. Đặc điểm bệnh lao của bệnh nhân lao kháng thuốc

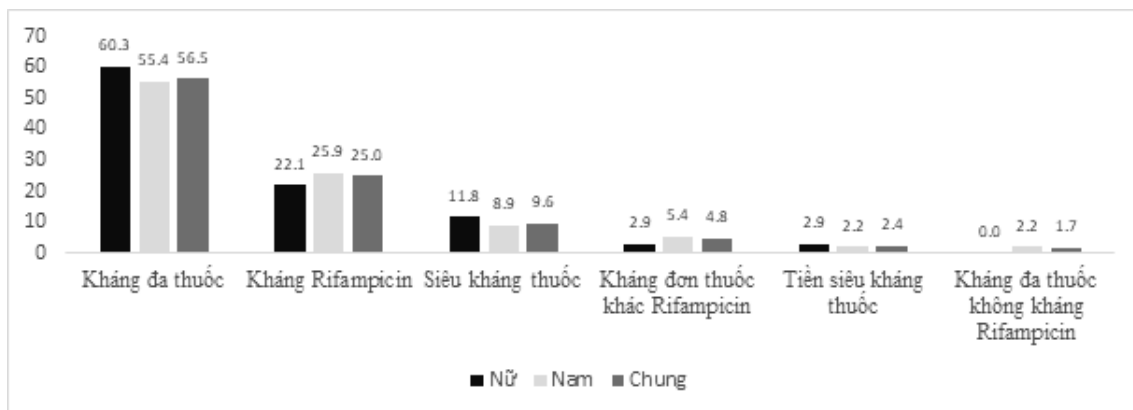
Bảng 3.2: Đặc điểm về tình trạng bệnh của người bệnh LKT (n=292)

Đặc điểm	Nữ (n=68; %)	Nam (n=224; %)	Tổng (n=292; %)
Vị trí mắc lao			
Lao ngoài phổi	3 (4,4)	6 (2,7)	9 (3,1)
Lao phổi	65 (95,6)	218 (97,3)	283 (96,9)
Phác đồ điều trị			
9 tháng	6 (8,8)	26 (11,6)	32 (11,0)
20 tháng	62 (91,2)	198 (88,4)	260 (89,0)
Giai đoạn điều trị			
Tấn công	30 (44,1)	107 (47,7)	137 (46,9)
Duy trì	38 (55,9)	117 (52,2)	155 (53,1)

Nhận xét: Bảng 3.2 cho thấy, 96,9% người bệnh LKT mắc lao phổi, 89,0% người bệnh LKT đang điều trị theo

phác đồ 20 tháng. 46,9% NB điều trị trong giai đoạn tấn công và 53,1% NB điều trị trong giai đoạn duy trì.

Biểu đồ 3.1: Phân loại lao kháng thuốc của người bệnh (n=292)



Nhận xét: Theo Biểu đồ 3.1, 56,5% NB kháng đa thuốc 25,0% NB kháng Rifapicin 9,6% NB siêu kháng thuốc, 4,8% NB kháng đơn thuốc khác Rifampicin, 2,4%

NB tiền siêu kháng thuốc và 1,7% NB kháng đa thuốc không kháng Rifampicin.

3.3. Tuân thủ điều trị của người bệnh lao kháng thuốc

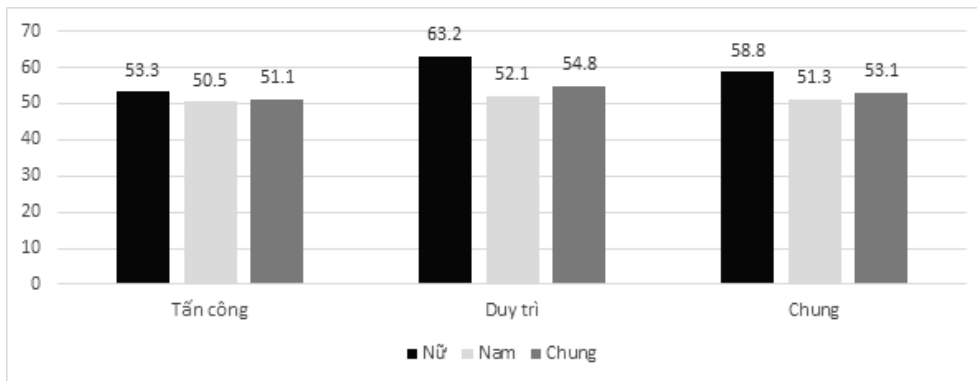
Bảng 3.3: Tuân thủ nguyên tắc điều trị của người bệnh lao LKT trong giai đoạn tấn công (n=292)

TT	Thực hành tuân thủ các nguyên tắc điều trị LKT	Nữ = 30		Nam = 107		Tổng = 137	
		n	%	n	%	n	%
1	Bệnh nhân uống/tiêm thuốc đều đặn	16	53,3	57	53,3	73	53,3
2	Bệnh nhân uống/tiêm thuốc đủ liều	27	90,0	100	93,5	127	92,7
3	Bệnh nhân sử dụng phối hợp thuốc	27	90,0	90	84,1	117	85,4
4	Bệnh nhân không ngừng sử dụng thuốc quá 2 ngày trong quá trình điều trị	29	96,7	102	95,3	131	95,6
5	Bệnh nhân đi xét nghiệm định kỳ	30	100,0	101	94,4	131	95,6
6	Bệnh nhân tái khám đúng hẹn	23	76,7	74	69,2	97	70,8

Nhận xét: Bảng 3.3 cho thấy, nguyên tắc sử dụng thuốc đủ liều và đủ thời gian có tỷ lệ tuân thủ cao lần lượt là 92,7% và 95,6%, nguyên tắc phối hợp thuốc chống lao cũng ở mức cao 85,6% tuy nhiên tỷ lệ tuân thủ sử dụng

thuốc đều đặn của người bệnh LKT trong giai đoạn này thấp chỉ có 53,3%. Tỷ lệ người bệnh xét nghiệm định kỳ và tái khám đúng hẹn lần lượt là: 95,6% và 70,8%.

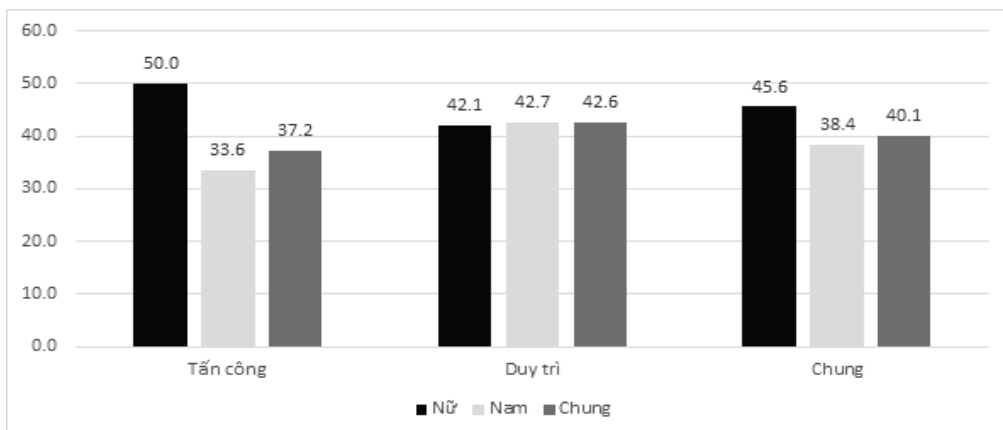
Biểu đồ 3.2: Tuân thủ sử dụng thuốc của người bệnh LKT theo giai đoạn điều trị (n=292)



Nhận xét: Biểu đồ 3.2 cho thấy, tỷ lệ tuân thủ điều trị thuốc của người bệnh LKT trong giai đoạn tấn công là

51,1%, trong giai đoạn duy trì là 54,8% và tỷ lệ tuân thủ chung là 53,1%.

Biểu đồ 3.3. Tuân thủ điều trị LKT của người bệnh LKT (n=292)



Nhận xét: Theo Biểu đồ 3.3, tỷ lệ người bệnh LKT tuân thủ điều trị LKT trong giai đoạn tấn công là 37,2%, trong giai đoạn duy trì là 42,6% và tỷ lệ tuân thủ điều trị chung là 40,1%.

5. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi đã tiến hành phỏng vấn 292 người bệnh LKT đăng ký điều trị tại BVPHN từ 01/01/2016 cho đến hết ngày 28/02/2018. Trong đó nam giới là 224 chiếm tỷ lệ 76,7% , nữ giới là 68 chiếm tỷ lệ 23,3 %.

Kết quả cho thấy tỷ lệ tuân thủ sử dụng thuốc LKT của người bệnh LKT trong giai đoạn tấn công và duy trì lần lượt là 51,1% và 54,8%. Tỷ lệ tuân thủ sử dụng thuốc LKT của tất cả 292 người bệnh LKT trong nghiên cứu không cao chỉ chiếm 53,1% và thấp hơn so với kết quả nghiên cứu về LKT của O'Donnell (2016) (67,7%). Các nghiên cứu khác về TTĐT lao tại Việt Nam chưa nhắc đến tỷ lệ tuân thủ sử dụng thuốc này [6], [7]. Lý do có thể là bởi đây là đặc thù của điều trị LKT, đối với người bệnh LKT việc TTĐT thuốc có ý nghĩa sống còn, điều trị LKT là cơ hội cuối cùng của người bệnh LKT.

Tỷ lệ TTĐT LKT của người bệnh ở giai đoạn tấn công và duy trì lần lượt là 37,2% và 42,6%. Tỷ lệ này trong tất cả 292 người bệnh LKT trong nghiên cứu chúng tôi là 40,1% (ĐTNC không phân chia giai đoạn điều trị). Tỷ lệ này cao hơn kết quả nghiên cứu về LKT của Laura Jean (2013) (7%) và thấp hơn tỷ lệ TTĐT của người bệnh LKT lao trong nghiên cứu của Laura B (2018) (71%) và Lytvynenko (2014) (57,2%) [8]. Tỷ lệ TTĐT LKT trong nghiên cứu của chúng tôi cũng thấp hơn so với tỷ lệ TTĐT lao được chỉ ra trong các nghiên cứu trước đây tại một số quận/huyện thuộc Hà Nội như nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Hà (2013) tại quận Hoàng Mai (67,6%). Vy Thanh Hiền (2013) (71%), Tạ Thị Hương (2014) tại quận Hai Bà Trưng (69,4%), đặc biệt nghiên cứu của Hoàng Thị Thanh Thủy (2003) tỷ lệ này lên tới 93,8 và một số các nghiên cứu về TTĐT lao ở các tỉnh khác như nghiên cứu của Trần Văn Ý (2017) tại Bình Định (56,3%) và nghiên cứu của Lưu Thanh Tùng (2015) tại Đồng Tháp. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn tỷ lệ TTĐT trong nghiên cứu của Nguyễn Xuân Tình (2013) (36,4%). Nguyễn Đăng Trường (2009) (51,5%). Sự khác biệt này có thể là do sự khác biệt giữa ĐTNC là bệnh nhân lao nói chung và nghiên cứu của chúng tôi 100% bệnh nhân LKT, đồng

thời cũng có thể có sự khác nhau do cách quản lý điều trị của CTCL các tỉnh và đặc biệt là do cách định nghĩa về TTĐT có khác giữa nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu còn lại do yêu cầu đặc biệt về sự TTĐT thuốc của người bệnh LKT như đã trình bày ở trên. Đặc biệt tỷ lệ TTĐT lao kháng thuốc trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn tỷ lệ TTĐT lao trong các nghiên cứu khác cũng cho thấy sự khó khăn trong TTĐT của bệnh nhân LKT nhiều hơn rất nhiều so với những bệnh nhân lao thông thường.

Trong 292 ĐTNC chúng tôi phỏng vấn có 137 người bệnh đang điều trị ở giai đoạn tấn công và 155 người bệnh đang điều trị ở giai đoạn duy trì. Kết quả cho thấy không có sự khác biệt về TTĐT giữa những người bệnh LKT trong nghiên cứu đang điều trị trong giai đoạn tấn công tuân và những người bệnh LKT đang điều trị trong giai đoạn duy trì, tỷ lệ này lần lượt là 37,2% và 42,6%. Tỷ lệ TTĐT LKT ở những người bệnh LKT đang điều trị ở giai đoạn tấn công trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn rất nhiều so với các nghiên cứu về TTĐT lao trong nước khác tuy nhiên tỷ lệ này ở những người bệnh đang điều trị trong giai đoạn duy trì lại cao hơn hẳn. Ở nghiên cứu của Nguyễn Đăng Trường (2009), Nguyễn Ngọc Hà (2013), Vy Thanh Hiền (2013). Tạ Thị Hương (2014), Đào Thị Chinh (2013) [7], Nguyễn Xuân Tình (2013), Trần Văn Ý (2017), tỷ lệ tuân thủ ở giai đoạn tấn công luôn cao hơn giai đoạn duy trì. Sự khác biệt này có thể lý giải một phần là do những người bệnh LKT đang điều trị ở giai đoạn tấn công trong nghiên cứu của chúng tôi gặp nhiều phản ứng bất lợi loại nặng (27%) hơn là những người bệnh đang điều trị ở giai đoạn duy trì (14,2%) khiến cho họ gặp khó khăn nhiều hơn trong việc TTĐT. Bên cạnh đó việc TTĐT lao thường và LKT cũng rất khác nhau đặc biệt là do TTĐT LKT bị ảnh hưởng rất lớn bởi phản ứng bất lợi. Tuy nhiên, nếu có điều kiện, thực hiện nghiên cứu theo dõi dọc từ lúc bệnh nhân LKT bắt đầu điều trị cho đến lúc họ kết thúc quá trình điều trị thì tỷ lệ TTĐT LKT theo từng giai đoạn sẽ thực sự có tính chính xác cao.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tuân thủ sử dụng thuốc của người bệnh LKT là 53,1%, tỷ lệ này ở giai đoạn tấn công là 51,1% và ở giai đoạn duy trì là 54,8%.

Tỷ lệ tuân thủ điều trị của người bệnh LKT là 40,1%.

Tỷ lệ tuân thủ điều trị LKT của người bệnh LKT ở giai đoạn tấn công là 37,2 % và giai đoạn duy trì là 42,6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] WHO, Top 10 caused death disease – WHO TB report 2016- factsheet, Geneva, truy cập ngày 1/9-2017, tại trang web <http://who.int/en/>.
- [2] WHO, Annual TB Report 2017, Geneva, truy cập ngày 1/9-2017, tại trang web <http://who.int/en/>.
- [3] WHO, Global Tuberculosis report 2017, Geneva, truy cập ngày 1/9-2017, tại trang web <http://who.int/en/>.
- [4] WHO, Drug-resistant TB: global situation, Geneva, truy cập ngày 1/9-2017, tại trang web <http://who.int/en/>.
- [5] WHO, Updated country profile Vietnam 2016, Geneva, truy cập ngày 1/9-2017, tại trang web <http://who.int/en/>.
- [6] Đào Thị Chinh, Thực trạng và một số yếu tố liên quan tới tuân thủ điều trị ở người bệnh lao đang điều trị tại các trạm y tế xã, huyện Chương Mỹ - Hà Nội năm 2013, Luận văn, Thạc sỹ Y tế Công cộng, Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội, 2013.
- [7] Nguyễn Ngọc Hà, Thực trạng và một số yếu tố liên quan tới tuân thủ điều trị của bệnh nhân lao phổi tại phòng khám lao quận Hoàng Mai, Hà Nội năm 2013, Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội, 2013.
- [8] N. Lytvynenko et al., Management of multi- and extensively drug-resistant tuberculosis in Ukraine: how well are we doing?, Public Health Action. 4(Suppl 2), 2014, pg. S67-S72.



GUIDE FOR AUTHORS

GENERAL

Types of article

Contributions falling into the following categories will be considered for publication: Overview Paper, Research Paper and Case Report.

Submission checklist

One author has been designated as the corresponding author with contact details: E-mail address, mobile phone number, full postal address. All necessary files concerning to the manuscript have been uploaded: Include keywords, all figures (include relevant captions), all tables (including titles, description, footnotes, ensure all figure and table citations in the text match the files provided. Further considerations: Manuscript has been “spell checked” and “grammar checked”; all references mentioned in the Reference List are cited in the text. Referee suggestions and contact details provided, based on journal requirements

Submission

Our online submission system guides you stepwise through the process of entering your article details and uploading your files. Editable files (e.g., Word, LaTeX) are required to typeset your article for final publication. All correspondence, including notification of the Editor's decision and requests for revision, is sent by e-mail. Please submit your article via <https://tapchihcd.vn/index.php/yhcd/login>

PREPARATION

Double-blind review

To facilitate the double-blind review, please include the following separately. Blinded manuscript: This is the manuscript without author details. It should not include any identifying information, such as the authors' names, affiliations, acknowledgements and any Declaration of Interest statement, and a complete address for the corresponding author including an e-mail address. Full manuscript: This is the manuscript with author details.

Essential title page information

- **Title.** Concise and informative. Titles are often used in information-retrieval systems. Avoid abbreviations and formulae where possible.
- **Author names and affiliations.** Please clearly indicate the given name(s) and family name(s) of each author. Present the authors' affiliation addresses (where the actual work was done) below the names. Indicate all affiliations with a lower-case superscript letter immediately after the author's name and in front of the appropriate address. Provide the full postal address of each affiliation, including the country name and, if available, the e-mail address of each author.
- **Corresponding author.** Clearly indicate who will handle correspondence at all stages of refereeing and publication, also post-publication. This responsibility includes answering any future queries about Methodology and Materials.

Abstract

A concise and factual abstract is required. A brief structured abstract of the paper with the headings **Background/Purpose, Methods, Results and Conclusions** should precede the body of the paper, to run no more than 300 words is required for articles written in Vietnamese.

Keywords

Immediately after the abstract, provide a maximum of 6 keywords, and avoiding general and plural terms and multiple concepts (avoid, for example, “and”, “of”).

References style

Text: Indicate references by number(s) in square brackets in line with the text. The actual authors can be referred to, but the reference number(s) must always be given. Example: “... as demonstrated [3,6]. Barnaby and Jones [8] obtained a different result ...”.

List: Number the references (numbers in square brackets) in the list in the order in which they appear in the text.

Examples:

Journal article, one author:

[1] Huong LTM, Overview of primary immunology, Journal of Community Medicine, 2018; 2(6): 3-10.

Journal article, two or three authors:

[2] Hoa NTM, Le NNQ, Huong LTM, Food allergy in asthmatic children, Journal of Community Medicine, 2018; 2(6): 37-43.

Journal article, more than three authors:

[3] Huong LTT, Ha TT, Huong LTM et al., Desensitization for allergy reaction to Epotosid at the NHP., Journal of Community Medicine, 2018; 2(6): 32-36.

Journal article, in press

[4] Viet PT, Disease Model in Preterm Newborns at the Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital in 2019. (in press)

Complete book

[5] Khanh NC, Tra LN, Nhan NT et al., Textbook of Medicine. Medical Publishing House, 2016.

Chapter of book

[6] Van TTH, Infectious diseases prevention: Textbook of Medicine, Medical Publishing House, 2016; p. 13-42.

Paper presented at a meeting

[7] Dung VC, Genotype and phenotype of 101 Vietnamese Patients with Congenital Hyperinsulinism. Presented at the 9th Conference of Asia Pacific Pediatric Endocrinology Society in Tokyo, Japan, 2016.