MỤC LỤC

[Danh mục các ký hiệu, các chữ viết tắt 3](#_Toc123049346)

[Danh mục các bảng 4](#_Toc123049347)

[Danh mục các hình vẽ, đồ thị 5](#_Toc123049348)

[ĐẶT VẤN ĐỀ 6](#_Toc123049349)

[Chương 1 – TỔNG QUAN 7](#_Toc123049350)

[1.1. Một số hiểu biết về bệnh lao 7](#_Toc123049351)

[1.1.1. Một số khái niệm cơ bản 7](#_Toc123049352)

[1.1.2. Đặc điểm lâm sàng 8](#_Toc123049353)

[**1.1.2.1. Chẩn đoán bệnh lao** 8](#_Toc123049354)

[**1.1.3.2. Phân loại bệnh lao phổi.** 8](#_Toc123049355)

[1.1.3. Một số phác đồ điều trị 9](#_Toc123049356)

[1.1.4. Tình hình mắc lao. 10](#_Toc123049357)

[**1.1.4.1. Tình hình mắc lao trên thế giới.** 10](#_Toc123049358)

[**1.1.4.2. Tình hình mắc lao ở Việt Nam.** 10](#_Toc123049359)

[**1.1.4.3. Tình hình bệnh lao tại Bệnh viện Phối Hải Phòng** 11](#_Toc123049360)

[1.2. Dinh dưỡng người bệnh lao phổi 11](#_Toc123049361)

[1.2.1. Khái niệm 11](#_Toc123049362)

[1.2.2. Nhu cầu dinh dưỡng cho người bệnh lao phổi. 11](#_Toc123049363)

[1.2.3. Thực trạng dinh dưỡng bệnh nhân lao. 13](#_Toc123049364)

[**1.2.3.1. Mối liên hệ giữa dinh dưỡng và bệnh lao.** 13](#_Toc123049365)

[1.2.4 Khuyến cáo của TCYTTG về chăm sóc dinh dưỡng cho BN lao. 13](#_Toc123049366)

[1.2.5. Văn bản thông tư liên quan đến dinh dưỡng bệnh viện 14](#_Toc123049367)

[**1.2.5.1. Thông tư 08 - BYT: Hướng dẫn về công tác dinh dưỡng, tiết chế trong bệnh viện** 14](#_Toc123049368)

[1.3. Một số phương pháp đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhâu 15](#_Toc123049369)

[1.3.1. Phương pháp nhân trắc học 15](#_Toc123049370)

# Danh mục các ký hiệu, các chữ viết tắt

|  |  |
| --- | --- |
| Suy dinh dưỡng | SDD |
| Tình trạng dinh dưỡng | TTDD |

# Danh mục các bảng

# Danh mục các hình vẽ, đồ thị

# ĐẶT VẤN ĐỀ

Lao là một bệnh truyền nhiễm do vi khuẩn lao (Mycobacterium tuberculosis) gây ra. Hiện nay, bệnh lao vẫn là bệnh có số người mắc và tử vong cao, đặc biệt đối với các nước đang và kém phát triển. Theo báo cáo Lao toàn cầu năm 2017, Việt Nam đứng thứ 16 trong số 30 nước có độ lưu hành bệnh lao cao nhất thế giới khoảng 130000 ca mắc mới và 14000 người chết hằng năm. Bệnh lao có thể gặp ở tất cả các cơ quan trên cơ thể nhưng trong đó lao phổi phổ biến nhất chiếm  80 – 85% tổng số ca bệnh và cũng là nguồn lây nhiễm chủ yếu cho người xung quanh qua đường hô hấp.

Có rất nhiều yếu tố ảnh hưởng tới trình trạng mắc bệnh lao trong đó suy dinh dưỡng (SDD) được nhấn mạnh là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến bệnh lao trên toàn thế giới, gây ra 1/4 số trường hợp mắc bệnh và ngược lại. Người SDD là một yếu tố nguy cơ cho sự phát triển từ nhiễm lao sang lao thực sự vì chức năng của hệ miễn dịch bị suy giảm do giảm đại thực bào và tế bào lympho T. Mặt khác, bệnh lao cũng gây SDD trong quá trình điều trị do các biểu hiện ăn uống kém, buồn nôn, giảm hấp thu chất dinh dưỡng, tăng men gan và thay đổi quá trình chuyển hóa. Trong số bệnh nhân SDD mắc lao thì lao phổi chiếm trên 50% so với các thể lao khác trên lâm sàng. SDD khiến tăng mức độ nghiêm trọng, tăng tỷ lệ tử vong, tăng tác dụng phụ và tăng khả năng kháng thuốc đối với bệnh nhân lao.

Theo một số nghiên cứu trước đây tìm hiểu về tình trạng dinh dưỡng (TTDD) ở bệnh nhân mắc lao phổi có chỉ số khối cơ thể (BMI) trung bình khá thấp 17 kg/m2, tỷ lệ SDD theo BMI chiếm 48.8%; theo nghiên cứu năm 2018 của Lê Thị Thùy đánh giá tổng thể chủ quan (SGA) là 56,1% ở bệnh nhân lao phổi, trong nghiên cứu của Lal M Gurung và cộng sự có hơn một phần ba người bệnh lao mắc SDD theo BMI. Nghiên cứu tìm hiểu khẩu phần dinh dưỡng bệnh lao phổi của Zhenwen Ren và cộng sự tại Trung Quốc năm 2019 thấy rằng có tới 87,4% bệnh nhân nam và 59,9% bệnh nhân nữ không đủ năng lượng tiêu thụ so với nhu cầu khuyến nghị, bên cạnh đó 90,8% nam và 58,4% nữ không đủ nhu cầu protein và nhiều loại vi chất khác.

Hiện nay, bệnh lao phổi được điều trị với tỉ lệ khỏi bệnh cao, tuy nhiên điều trị kéo dài nên việc đảm bảo dinh dưỡng cần thực hiện ngay từ đầu và trong suốt quá trình điều trị. Đánh giá SDD giúp hạn chế các biến chứng trong quá trình điều trị, cải thiện tiên lượng bệnh cũng như có kế hoạch chăm sóc hợp lý và can thiệp kịp thời. Đánh giá dinh dưỡng, nâng cao kiến thức, giáo dục và tư vấn dinh dưỡng cho bệnh nhân lao phổi và gia đình bệnh nhân là một trong những yếu tố quan trọng trong phòng và điều trị bệnh lao phổi. Trường hợp không được điều trị SDD, chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sẽ giảm xuống, kéo dài thời gian nằm viện gây ảnh hưởng lớn về kinh tế cho gia đình và xã hội.

Tại Hải Phòng, Bệnh viện Phổi Hải Phòng luôn đi đầu trong công tác phòng và điều trị lao phổi. Số ca bệnh được chẩn đoán lao phổi mới tại Hải Phòng ở mức cao so với các tỉnh và thành phố trong cả nước. Năm 2020, Hải Phòng có 1578 người mắc lao mới. Tuy nhiên, chưa có báo cáo nào về tỷ lệ lưu hành, mức độ nghiêm trọng của SDD đối với bệnh nhân lao phổi mới. Với mong muốn đánh giá TTDD và các yếu tố liên quan của bệnh nhân lao phổi mới một cách khách quan, toàn diện để kịp thời có những giải pháp nhằm nâng cao hiệu quả điều trị và chăm sóc bệnh nhân lao phổi, đồng thời là nền tảng phát triển các nghiên cứu trong tương lai, em thực hiện đề tài **“Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân lao phổi mới tại bệnh viện phổi hải phòng năm 2021-2022”** với ba mục tiêu sau:

1. *Mô tả các đặc điểm chung về tuổi, giới, nghề nghiệp, địa chỉ.*
2. *Mô tả đặc điểm dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu theo BMI và phương pháp SGA.*
3. *Mô tả mối liên quan của tình trạng dinh dưỡng với tình trạng kháng thuốc, thời gian chẩn đoán bệnh, tổn thương X-quang.*

# 

# Chương 1 – TỔNG QUAN

## 1.1. Một số hiểu biết về bệnh lao

### 1.1.1. Một số khái niệm cơ bản

- Bệnh lao là bệnh truyền nhiễm: Do vi khuẩn lao (Mycobacterium Tuberculosis) gây nên. Vi khuẩn lao xâm nhập vào cơ thể người qua đường hô hấp do hít phải những hạt nhỏ trong không khí có chứa vi khuẩn lao.

- Bệnh lao là một bệnh lây truyền: Vi khuẩn lao từ người bệnh sang người lành qua đường hô hấp đo tiếp xúc với người bị bệnh lao phổi có ho khạc ra vi khuẩn lao trong đờm.

- Bệnh lao là một bệnh xã hội: Nhiễu người nơi trên thế giới, có tỉnh chất để lây lan trong công đồng.

### 1.1.2. Đặc điểm lâm sàng

#### 1.1.2.1. Chẩn đoán bệnh lao

Tiêu chuẩn chẩn đoán lao phổi

a) Lâm sàng

- Toàn thân: Sốt nhẹ về chiều, ra mồ hôi trộm, chắn ăn, một mồi, út cân.

- Cơ năng: Ho, khạc đờm, ho ra máu, đau ngực, khổ thơ.

- Thực thể: Nghe phổi có tiếng bệnh lý (ran âm, ran nổ...).

b) Cận lâm sảng

- Soi đờm trực tiếp tìm AFB;

- Nuôi cấy tìm vi khuẩn lao;

- Xét nghiệm Xpert MTB/RIF;

- X quang phối chuẩn;

- Phản ứng Tuberculin (Mantoux);

c) Chẩn đoán xác định

Khi có tổn thương trên X-quang phổi nghi lao và mật trong 2 tiêu chuẩn sau:

Có bằng chứng về sự có mặt của vi khuẩn lao trong bệnh phẩm lâm sàng như đờm, dịch phế quản, dịch dạ dày và các bệnh phẩm khác.

Khi có các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng nhưng không xác định được vi khuẩn lao, chẩn đoán lao vẫn có thể xác định bằng tổng hợp các dấu hiệu lâm sàng cận lâm sàng của thầy thuốc được đào tạo chuyên khoa lao quyết định.

d) Chẩn đoán phân biệt với một số bệnh: Giãn phế quản, ung thư phổi,  viêm phổi, áp xe phổi, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Ở người có HIV cần phân biệt chủ yếu với viêm phổi, nhất là viêm phổi do Pneumocystis jiroveci.

#### 1.1.3.2. Phân loại bệnh lao phổi.

Lao phổi: bệnh lao tên thương ở phổi - phế quản, bao gồm cả lao kẽ. Trường hợp tổn thương phối hợp cả phối và cơ quan ngoài phối được phân loại là lao phổi.

Phân loại theo kết quả xét nghiệm soi đờm trực tiếp

- Lao phổi AFB dương tính.

- Lao phổi AFB âm tính.

Phân loại của TCYTTG (Theo tiền sử điều trị lao)

Lao phối mới. lao tái phát lao điều trị thất bại, lao điều trị lại sau bó trị, BN không rõ về tiền sử điều trị

### 1.1.3. Một số phác đồ điều trị

Nguyên tắc điều trị

Bốn nguyên tắc đề trị bệnh lao bao gồm:

- Phối hợp các thuốc chống lao

- Phải dùng thuốc đúng liều

- Phải dùng thuốc đều đặn

- Phải dùng thuốc đủ thời gian và theo 2 giai đoạn tấn công và duy trì

Phác đồ điều trị:

Phác đồ IA: 2(S)RHEZ/4RHE.

- Chỉ định: Cho các trường hợp bệnh lao mới ở người lớn, chưa có bằng chứng kháng thuốc

Phác đồ IB: 2RHZE/4RH.

- Chỉ định: Cho các trường hợp bệnh lao mới ở trẻ em (chưa có bằng chứng kháng thuốc)

Bỏ phác đồ II: 2SRHZE/1RHZE/SRHE (không sử dụng phác đồ)

- Cần làm kháng sinh đồ để đưa ra phác đồ phù hợp.

Phác đồ IIIA: 2RHZE/10RHE

- Chỉ định: Lao màng não vã lao xương khớp, lao hạch ở người lớn

Phác đồ IIIB: 2RHZE/10RH.

- Chỉ định: Lao màng não và lao xương khớp, lao hạch ở trẻ em.

Phác đồ điều trị kháng thuốc:

Ngắn hạn 9 tháng: 4-6 Km Lfx Pto Cfz, H liều cao E /5 Lfx Cfz Z E.

Phác đồ chuẩn 20 tháng: 8 Km (Cm) Lfx Pto Cs Z/12 Lfx Pto Cs 7.

- Chỉ định: Người bệnh lao đa kháng thuốc.

### 1.1.4. Tình hình mắc lao.

#### 1.1.4.1. Tình hình mắc lao trên thế giới.

Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới (TCYTTG - WHO Report 2018 - Global Tuberculosis Control), mặc dù đã đạt được một số thành tựu đáng kể trong công tác chẳng lao trong thời gian qua, bệnh lao vẫn đang tiếp tục là một trong các vấn đề sức khỏe cộng đồng chính trên toàn cầu. TCYTTG ước tính năm 2017 trên toàn cầu có khoảng 10 niệu người mới mắc lao hằng năm (khoảng 9-11 tiện); 9%. trong số mắc lao có đồng nhiễm HIV. Bệnh lao là nguyên nhân gây tử vong đứng bằng thứ hai trong các bệnh nhiễm trùng với khoảng 1,3 triệu người và có thêm khoảng 300.000 ca tử vong do đồng nhiễm lao HIV. Tình hình dịch tễ nêu người tử vong do lao kháng thuốc đang có diễn biến phức tạp và đã xuất hiện ở hẳn hết các quốc gia. Năm 2017 trên toàn cầu ước tính tỷ lệ mắc lao đa kháng thuốc là 3,5% trong số bệnh nhân mới và là 18% trong số bệnh nhân điều trị lại.

Xu hướng địch tổ bệnh lao trên toàn cầu nói chung đang có chiều hướng giảm với tỷ lệ mới mắc giám trong khoảng thời gian dài và có tốc độ giảm khoảng 2%/năm, Trong kế hoạch chiến lược kết thúc bệnh lao The End TB Strategy đã được ban hành, TCYTTG đã đưa ra mục tiêu phát triển thiên niên kỷ trên toàn cầu đến năm 2020 giảm 20% số người bệnh lao mới mắc và 35% số người tử vong vì lao với năm 2015, đến năm 2025 sẽ giảm tương ứng là 50% và 75%. Như vậy, tốc độ giám mới mắc sẽ cần phải tăng lên từ 4-59 mỗi năm vào năm 2020 và tăng lên 10% vào năm 2025, Hiện nay, ước tính mục tiêu này có thể đạt được ở một số khu vực trên thế giới, tuy nhiên rất có thể sẽ khó đạt được ở khu vực châu Phi vi liên quan đến tình hình dịch tễ HIV cao.

#### 1.1.4.2. Tình hình mắc lao ở Việt Nam.

Việt Nam hiện vẫn là nước có gánh nặng bệnh lao cao, đứng thứ 16 tong 30 nước có số người bệnh lao cao nhất trên toàn cầu, đồng thời đứng thứ 15 trong số 30 nước có gánh nặng bệnh lao kháng đa thuốc cao nhất thế giới (báo cáo WHO 2018).

**Bảng 1.1. Tình hình dịch tễ bệnh lao ở Việt Nam 2017**

Nguồn: Updated country profile Vietnam 2018 – WHO

#### 1.1.4.3. Tình hình bệnh lao tại Bệnh viện Phối Hải Phòng

Báo cáo tổng kết Bệnh viện Phổi Trung ương năm 2015 tổng số ca mắc Lao điều trị nội trú tại Bệnh viện là 11.935 ca, trong đó: lao phổi AFB(<) 2580 ca, số bệnh nhân tử vong do lao 03 ca Tại khoa Lao hô hấp có: 2099 ca. trong đó lao phổi AFB(+) 1024 ca, lao phổi AFBC) 114 ca, xác định bằng nuôi cấy và các phương, pháp khác 931 ca, không có trường hợp từ vong,

## 1.2. Dinh dưỡng người bệnh lao phổi

### 1.2.1. Khái niệm

- Suy dinh đường là trạng thái dinh dưỡng trong đó sự thiếu hụt hoặc dư thừa (mắt cân bằng) năng lượng, protein và các chất khác gây ra hậu quả bất lợi đến cấu trúc cơ thể, tổ chức (bình đáng cơ thể, kích thước và thảnh phẩn), chức phận của cơ thể và bệnh tật. SDD xảy ra khi trạng thái cân bằng DD của cơ thể bị phá vỡ.

- Tình trạng đinh đường là tập hợp các đặc điểm chúc phận, cấu trúc và hỏa sinh phần ảnh mức đáp ứng nhu cầu dinh dưỡng của cơ thế.

- Khẩu phần ăn là xuất ăn một ngày cho một người, nhằm đáp ứng nhu cầu

của cơ thể về năng lượng và các chất dinh dưỡng

### 1.2.2. Nhu cầu dinh dưỡng cho người bệnh lao phổi.

Hằng ngày cơ thể con người cần bổ sung các chất dinh dưỡng để sinh trưởng, và duy trì các hoạt động. Dinh dưỡng lã vệ tổ đặc biệt quan trọng liên quan bệnh sinh và quá trình diễn biến bệnh lý của nhiễu bệnh, là nguyên nhân sinh bệnh của nhiều bệnh tật như: Vữa xơ động mạch, ung thư, nhiễm khuẩn.

Nhu cầu dinh dưỡng ở bệnh nhân lao cao hơn bình thường nhắm bù đắp cho quá trình chống đỡ bệnh tật và tái tạo tổ chức bị tổn thương, Hơn nữa người bị lao thường mệt mỏi chán ăn, gầy sút cân, giảm hấp thu chất dinh dưỡng kể cả vỉ chất. Do đó, cải thiện tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân sẽ làm tăng hiệu quả điều trị bệnh lao, giúp bệnh nhân mau chóng phục hồi.

Vì vậy cần cung cấp thêm cho bệnh nhân thêm khoảng 300kcal mỗi ngày tương đương với một chén cơm đầy đủ (bức ăn, Khẩu phần ăn của người bệnh cần đa dạng phong phú và phải có đủ các nhóm thực phẩm chính như tỉnh bột, protein, lipid, vitamin và muối khoáng.

Đối với BN lao thỉ năng lượng nạp vào tủy thể trạng. Và đặc biệt trong khẩu phần ăn cần nâng cao lượng khoáng và ví chất và ưu tiên lượng đường từ hoa quả chín để tốt cho gan thải độc do tác dụng phụ của thuốc.

Các vitamin A, C, E là nhôm chất quan trọng trong tăng cường miễn dịch, bảo vệ niêm mạc và giúp da khỏe mạnh, tránh nguy cơ nhiễm khuẩn chống oxy hóa nhưng những người bị bệnh lao dễ thiếu hụt. Có thể uống bổ sung ở dạng dược phẩm theo chỉ định của bác sĩ hoặc tu tiên chọn thực phẩm giàu các vitamin này như: rau tơi có màu xanh đậm, quả chín có màu vàng đô như cam, xoài. đu đủ, cà chua, cả tốt chứa nhiều vitamin A,C gan súc vật và gia cầm, thịt đỏ như thịt lợn nạc, thịt bò, cá biển đều chứa nhiều vitamin D.

Kẽm rất cần thiết cho BN lao, do cơ chế hoạt động của các thuốc điều trị lao đã gây nên tình trạng thiếu hụt kẽm ở người bệnh dẫn tới tình trạng chán ăn suy giảm hệ miễn dịch. Người bệnh nên chọn thực phẩm giàu kẽm như sò, hến, con hàu, cùi dừa già, đậu Hà Lan, đậu tương, củ cải, lòng đỏ trứng gà…

Sắt bổ sung hợp từ thực phẩm do nguy cơ thiếu sắt BN lao làm giảm sức đề kháng dẫn tới dễ mắc các bệnh nhiễm khuẩn, tim mạch. Cần bổ sung các thực phẩm giàu sắt như: mộc nhĩ hương, đậu nành, gan, thịt bỏ...

Vitamin K và B6 cần được chú ý trong khẩu phần vì do tình trạng kém hấp thu nên khả năng tổng hợp vitamin K giảm gây cản trở quá trình đông máu. Các vitamin này có nhiều trong thực phẩm như gan, các loại rau màu xanh đậm. Do dùng thuốc lao điều trị kéo dài theo phác đồ chống lao, các thuốc nảy làm giảm khả năng bắp thụ B6 dễ gây viêm dây thần kinh ngoại biên, giảm miễn dịch do vậy ngoài bổ sung vitamin B6 dạng uống cần bổ sung các nguồn thực phẩm cung cấp như thịt lợn nạc, thịt gà, đậu, đỗ các loại, khoai tây, chuối, súp lơ, ngũ cốc nguyên hạt.

Cần đa dạng món ăn vỉ do cơ thể yếu cộng tác dụng phụ của thuốc nên người bệnh dễ chán ăn. Chọn những món ăn mà BN thích nhưng cần thay đổi để tạo sự kích thích, Nên chia nhỏ bữa hàng ngày để BN hấp thu tốt và đầy đủ hơn các chất DD.

BN đang điều trị lao tuyệt đối không được sử dụng các loại chất kích thích. như rượu, bia, thuốc lá...những chất này làm giảm tác dụng điều trị và lâm tăng tác dụng phụ của thuốc.

### 1.2.3. Thực trạng dinh dưỡng bệnh nhân lao.

#### 1.2.3.1. Mối liên hệ giữa dinh dưỡng và bệnh lao.

SDP là một thuật ngữ chung nói đến tình trạng suy dinh dưỡng, khi cơ thể thiếu hụt các chất dinh dưỡng cần thiết làm ảnh hướng đến quá trình sống. hoạt động và tăng trưởng bình thường của cơ thể. SDD có thể do bệnh tật làm suy yếu lượng chất dinh dưỡng và sự trao đổi cất, hoặc do ăn uống không đầy đủ các chất dinh dưỡng, vi chất dinh dưỡng hoặc cá hai SDD thường liên quan đến bệnh tật và nhiễm trùng như rối loạn tiêu hóa và hấp thu kém, viêm phổi, lao và HIV.

Sự liên quan giữa bệnh lao và suy dinh dưỡng đã được biết đến từ lâu. Bệnh lao sấy ra SDD và SDD lâm suy yếu miễn dịch, do đồ tăng khả năng lạ iềm ấn phát triển thành bệnh tích cực. Hầu hết các BN mắc lao đều giảm sút cân nặng và thiếu hụt vitamin, chất khoáng - Giảm cân trong số những người mắc bệnh lao có thể được gây ra bởi một số yêu tổ, bao gồm giảm lượng thức ăn do chán ăn buồn nôn và đau bụng... Chỉ số khối cơ thể thấp (BMI) (hấp hơn 8.5) và sút cân với điều trị lao có liên quan đến tăng nguy cơ tử vong, và tái phát bệnh lao có thể là một dấu hiệu cho thấy mức độ nghiêm trọng của bệnh lao, đáp ứng điều trị kém hoặc sự hiện diện của bệnh kèm theo khác.

### 1.2.4 Khuyến cáo của TCYTTG về chăm sóc dinh dưỡng cho BN lao.

#### 1.2.4.1. Chăm sóc và hỗ trợ dinh dưỡng cho BN lao.

+ Cải thiện dinh dưỡng giúp phòng chống bệnh lao:

- Suy định đường sẽ tăng nguy cơ mắc bệnh lo

- Hỗ trợ DD cho người SDD nhiễm lao tiềm tàng sẽ góp phần giảm nguy cơ phát triển thành bệnh lao.

+ Phục hồi dinh dưỡng cho bệnh nhân la là rất quan trọng

- Bệnh lao gây sụt cân và thiếu hụt dinh dưỡng toản thể.

- Mối liên quan 2 chiều giữa SDD và lao sẽ dẫn đến tăng tỷ lệ SDD ở BN lao.

- Điều trị lao phù hợp sẽ giúp phục hồi lú cân nặng và dinh dưỡng. Tuy nhiên, thời gian phục hồi dinh dưỡng hoàn toàn có thể kẻo đãi và nhiễu NP lao vẫn còn thiếu dinh dưỡng ngay cả khi các chính sách về hỗ trợ và bảo về xã hội cho BN và gia đình họ đã được phát triển, bao gồm cả hỗ trợ thực phẩm hoàn thành diều lào và trị lao.

+ Hỗ trợ thực phẩm sẽ giúp cải thiện việc tiếp cận với chăm sóc và giảm nhẹ chi phí cho BN lao.

#### 1.2.4.2. Khuyến cáo của TCYTTG về chăm sóc dinh dưỡng (DD) cho BN lao,

+ Đánh giá và tư vấn:

- Mọi BN mắc lao tiến triển đều phải nhận được:

a) Đánh giá tình trạng dinh dưỡng

b) Tư vấn cung cấp kiến thức phù hợp dựa trên tình trạng dinh dưỡng tại thời điểm chẩn đoán vả trong suốt quá trình điều trị

+ Quân lí các ca suy dinh dưỡng nặng.

+ Quản lý các ca suy dinh dưỡng trung bình.

+ Cùng cấp vì chất.

+ Khám định kỳ những người có tiếp xúc.

### 1.2.5. Văn bản thông tư liên quan đến dinh dưỡng bệnh viện

#### 1.2.5.1. Thông tư 08 - BYT: Hướng dẫn về công tác dinh dưỡng, tiết chế trong bệnh viện

Bộ Y tế hướng dẫn về công tác dinh dưỡng, tiết chế trong các bệnh viện, viện nghiên cứu có giường bệnh như sau:Công tắc chuyên môn về DD, tiết chế gồm:

Điều 1. Khám, tư vấn về đinh đường cho người bệnh ngoại trú

Điều 2. Theo dõi, đánh giá TTDD của NE nội trú trong quá trình điều trị

Điều 3. Điều trị bằng chế độ ăn bệnh lý cho người bệnh tội trả

Điều 4. Tổ chức phục vụ dinh dưỡng, tiết chế

Điều 5. Tổ chức thực hiện và kiểm tra việc thực hiện các quy định về an toàn thực phẩm trong bệnh viện

Điều 6. Giáo dục truyền thông về dinh dưỡng, tiết chế

Điều 7. Đào tạo, chỉ đạo tuyển và nghiên cứu khoa học /30/.

## 1.3. Một số phương pháp đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhâu

### 1.3.1. Phương pháp nhân trắc học

Phương pháp nhân trắc học dinh dưỡng là đo các cấu trúc cơ thế để đánh giá TTDD. Đó là kết quá tổng hợp của các yếu tố di truyền đổi về kích thước và môi trường bên ngoài, trong đó yêu tổ định dưỡng cổ vai trở rất quan trọng.

Trong thực hành lâm sàng, các số đo thường được sử dụng là: rộng lượng cơ thể (bao gồm cả tỷ lệ thay đổi trọng lượng). các kích thước về độ dài đặc biệt là chiều cao, cấu trúc cơ thể và dự trữ năng lượng và protein thông qua các mô mềm bề mặt, khối mỡ (vòng eo, BMI, bề dày lớp mỡ dưới da).

Chỉ số khối cơ thể:

Thưởng được biết đến với chữ viết tắt BMI (Body Mass Index) được dùng để đánh giá mức độ gầy hay béo của một người tốt hơn so với cân nặng đơn thuẫn, là cách đánh giề TTDD đơn giản, là một phần không thể thiền trong các công cụ sàng lọc dinh dưỡng.

Chỉ số này do nhà bác học người Bỉ Adolphe Quetole đưa ra năm 1832

Chỉ số khối cơ thể của một người tính bằng cân nặng của người đó (kg) chia cho bình phương chiều cao (tính bằng mất). Có thể tính theo công thức định ngữ hoặc theo những bảng tiêu chuẩn.

Trong đó:

BMI: chỉ số khổi cơ thể (kg/m2)

W: Cân nặng (kg)

H: Chiều cao (m)

Bảng phân loại dinh dưỡng dành cho người trưởng thành, thống nhất

sử dạng thang phân loại của WHO.

Chỉ số BMI

|  |  |
| --- | --- |
| **Phân loại** | **BMI (kg/m2)** |
|  |  |

Đánh giá TTDD bằng số đo nhân trắc

- Khối lượng cơ thể, biểu hiện bằng căn nặng.

- Kích thước chiều cao đứng

- Cấu trúc cơ thể và các dự trữ về năng lượng và protein, thông qua các mô.

mềm bể mặt như lớp mỡ dưới da và cơ

Cân trọng lượng cơ thể:

Cân trọng lượng: sử dụng cân điện tử SECA có độ chính xác tới 0,1 kg để cân trọng lượng. Khicân bệnh nhân mặc quần áo gọn nhất, chân không mang giảy, dếp, không đội mũ.Cân được đặt ở vị trí ôn định và bằng phẳng. Điều chính cân về số 0 trước khi đo. Bệnh nhân đứng giữa bản cân, không cử động, mắt nhìn thẳng, trọng lượng phân bổ đều cá hai chân. Kiếm tra với một vật chuẩn để kiểm soát độ chính xác và độ nhạy của cân Trọng lượng cơ thể được tính bằng kg với 1 sổ lẻ sau dấu phẩy.

Tỷ lệ thay đổi trọng lượng cơ thể:

Công thức này được sử dụng để tính toán tỷ lệ trọng lượng cơ thể giảm đi hơn là tý lệ tăng lên, bởi vĩ tý lệ giảm đi là một chỉ tiều quan trọng để xác định nguy cơ, như lä một thông số để can thiệp SDD của bệnh nhân. Khi sử dụng "tỷ lệ giảm cả ĐD khi: bệnh nhân sụt cân không mong muốn > 10% trong vòng 3 đến 6 thắng hoặc bệnh nhân có BMI < 18,5 và có sụt cân không mong muốn > 5% trong 3 đến 6 thắng. Quá trĩ cân đo và phòng vẫn diễn ra tại phòng thủ thuật của khoa Lao hô hấp BV phổi trung ương cho tắt cả các bệnh nhân lao phổi điều trị tại khoa

Chiễu cao:

- Đo chiều cao đứng: Sử dụng thước đứng bằng thước gỗ 3 mảnh cỏ độ chia chính xác tới miimet. Thước được đặt theo chiều thẳng đứng, vuông góc với mặt đất nằm ngang. Bệnh nhân bô guốc, ép, đi chân không, bô tất cá các trang sức trên tóc, bỏ buộc tóc nếu có, đứng quay lưng vào thước đo. Gót chân, bắp chân, mông, vai, đầu (S điểm chạm) theo một đường thẳng áp sát vào thước đo đứng, mắt nhìn thẳng theo một đường thẳng nằm ngang vuông góc với trục của cơ thể, hai tay bỏ thõng. Kéo cái chặn đầu của thước ừ trên xuỗng dưới, kh áp sát đến định đầu và ông góc với thước đo, nhữn vuông gốc vào thước và đọc kết quả. Chiễu cao được ghỉ bằng em và lấy 1 số lẻ sau dẫu phẩy.

Phương pháp SGA

Phương pháp đảnh gi tông thể TTDD theo chủ quan SGA

Cách đánh giá SGA:

- Tiền sứ bệnh: Bao gồm 6 tiêu chí đánh giá

1. Thay đổi trọng lượng trong 6 tháng: Sụt cân các mức độ dưới 5% ổn định hoặc tăng cân cho điểm A, sụt cân từ Š đến 10% cho điểm B, sụt cân trên 10% cho điểm C.

2. Thay đổi trọng lượng trong vỏng 2 tuần qua: Tăng cân cho điểm A, cân nặng ồn định cho B, sụt cân cho C.

3. Sự thay đối rong chế độ ăn và khẩu phần ăn: Không có vẫn để về thay đổi chế độ ăn hoặc khâu phân ăn cho điểm A, thay đổi một chút nhưng không nặng cho cho điểm B, thay đổi nhiều hoặc nặng cho điểm C.

4, Hiện diện của triệu chứng dạ dây- ruột như là buổn nôn, nôn, tiêu chảy, chắn ăn kéo dải trên 2 tuẫn: Không có các triệu chứng trên cho điểm A, có một trong các triệu chứng trên nhưng nhẹ cho điểm B, nặng cho điểm C.

5. Thay đối hoạt động chức năng cơ thể: Đi lại hoạt động bỉnh thường không thay đổi cho điểm A, có thể đi lại được hoặc ngồi cho điểm B, nằm tại giường không đi lại được cho điểm C.

6. Nhu câu chuyển hóa liên quan đến stress bệnh lý: Nhu cầu chuyển hóa thấp. cho điểm A, tăng chuyển hóa cho điểm B, tăng cao cho điểm C.

- Thăm khám lâm sảng: Bao gồm 4 tiêu chí đánh giá:

1. Đánh giá việc mắt lớp mỡ dưới da tại cơ tam đầu, cơ nhị đầu và lớp mỡ, dưới mắt không mắt lớp mỡ dưới da cho điểm A, mắt lớp mỡ dưới da nhẹ đến trùng bình cho điểm B, mắt lớp mỡ dưới da nặng cho điểm C.

2. Đánh giá tỉnh trạng teo cơ tại thái đương, xương đôn, vai, xương bà vái, cơ giữa các xương, đầu gối, cơ tứ đầu đùi và bắp chân: không teo cơ cho điểm A, teo cơ nhẹ đến trung bình cho điểm B, teo cơ nặng cho điểm C

3. Đánh giả mức độ phủ tại mắt cá chân và vũng cũng cục: không phủ hợp cho điểm A, phủ nhẹ đến trung bình cho điểm B, phủ nặng cho điểm C.

4. Đánh giá có hay không dịch cổ chướng vả mức độ của nó nếu có: không có địch cổ chướng cho điểm A, có dịch cổ chướng nhẹ đến trung bình cho điểm B, có cdịch cổ chướng rắt nhiều cho điểm C.

Tất cả gồm I0 tiêu chí, mỗi tiêu chí được đánh giá 3 mức độ A,B.C

Tủy theo mức độ thay đổi của các tiêu chí mà lựa chọn mức đánh giá phù hợp. Trong trường hợp lưỡng lự giữa A và B chọn B, lường lự giữa B và C chọn B.

+ Điều tra viên khám phát hiện các dấu hiệu SDD như giảm lớp mỡ dưới da, giám khối cơ, phủ (liên quan đến dịnh dưỡng) như sau:

Khám lớp mỡ dưới da:

Vị trí: có thể là vùng tương ứng cơ tam đầu cánh tay, cơ nhị đầu, cơ dưới xương bà di

Cách khám: Diễu tra viên dùng ngón cái và ngón trỏ của tay véo da và tổ chức đưới da ở vị trí đã được xác định sau đó năng nếp da và tổ chức dưới da tích ra khỏi cơ thể khoảng 1 em (trục của nếp da trằng với trục của khối cơ đó).

Khẩm giảm khối cơ:

Vị tr eơ delta hoặc cơ tứ đầu đủi.

Cách khám: Điều tra viên quan sắt khối cơ vùng cơ đó, sở nắn để phát hiện

các dấu hiệu teo cơ.

Khám phát hiện phủ:

Vị trí vũng mặt trước xương chảy hoặc vũng mu bản chân.

Cách khám: Điễu tra viên đủng ngón tay ấn vào các vị trí trên để tỉm dấu hiệu lõm

Chỉ số gợi ý nhiều đến tỉnh điễm "A" hoặc ứ nguy cơ dình dưỡng

- Cân nặng binh thường hoặc gẫn đây tăng cân tr hạ

- Khẩu phần ăn bù thưởng hoặc cải thiện khẩu phần ăn.

- Mắt lớp mỡ dưới da tôi thiểu hoặc không mắt.

- Không giảm khối cơ hoc giảm ti thiều

Chi số gi ÿ nhiều đắn tính điễm “B” hoặc tăng nguy cơ định đường

- Sụt cân tổng thể mức độ vừa đến nặng trước khi nhập viện (5 – 10%)

- Khẩu phần ăn có thay đổi ăn í hơn bình thường < 50%)

- Mắt lớp mỡ dưới da, giảm nhiều hoặc mắt khoảng 2cm.

Chỉ số gợiý nhiễu đến tính điễn “C” hoặc tăng ngay cơ định dưỡng

- Sụt cân rõ hoặc tiễn triển (thường ít nhất 10% cân nặng bình thường).

- Khẩu phần ăn có thay đổi nhiều (än ít hơn bình thưởng > 50%).

- Mắt lớp mỡ > 2em, giảm khối lượng cơ năng.

\* Cách đánh giả này là đánh giá chủ quan, không cần tính toán. Quan trọng nhất là giảm cân, khẩu phẫn ăn, sụt cân/dự trữ mỡ. Khi do dự giữa điểm A hoặc B, chọn B: khi do dự giữa điểm B hoặc C, chọn B.

Mức đánh giá SGA.

- SGA: A - không có nguy cơ SDD.

- SGA: B -Nguy cơ SDD từ nhẹ đến trung bnh.

- SGA: C -Nguy cơ SDD nặng

Đánh giá chung: Dựa vào số lượng các tiêu chí của mức độ đánh giá nảo nhiều hơn. Trong trường hợp lưỡng lự giữa A và B chọn B, lường lự giữa B và C chọn B.

\* Ưu điểm và hơn chế của phương pháp SGA

Ưu điểm:

SGA là bộ công cụ có thể vừa sảng lọc vừa đảnh giá TTDD, lả phương pháp ảnh giá đối tượng tổng thể trên lâm sẵng bao gm cả yếu tổ khách quan và chủ cquan có độ nhạy độ đặc hiệu cao. Có thể sử dụng để sảng lọc hoặc đánh giá TTDD. để xác định các đối trợng có nguy cơ. Hiệu quả khi lượng Proein lưu hành trong mắu không đáng tn SGAsõ chỉ phí thập, không lấy mát nhanh, đụng cụ đơn giản, tit kiệm được chỉ phí cho người bệnh (quá cao). Sử dụng công cụ sảng lọc và đánh giá bằng, ÿ thuật đánh giả không quá khó, cho kết quả.

Hơn chế

SGA là phương pháp đánh giá tổng thể nhưng phần nhiều rrang nh chủ quan, định tỉnh nhiều hơn định lượng và phụ thuộc nhiều vào bệnh án và báo cáo của bệnh ä cần phải Sử NE cần cô thông ta chính xá và cần tính toắn nên nhân Để hạn chế nhược điểm chủ quan của SGA, những nhân viên đánh được tập huấn Phần hỏi kỹ năng và tính chuyên nghiệp của nhân viên đánh giá là rắt quan trọng, Khi có kết quả phân loại TTDD, SGA chưa đưa ra được kế hoạch can thiệp cụ thể

1.3.2. Phương pháp Hóa sinh:

Một số chỉ số hóa sinh sau đây thường được áp dụng:

Protein huyở thanh tổng số: Protein huyệt thanh đưới 6,5g/d1 được coi là protein huyết thanh thắp. Chỉ tiêu này không nhạy vì có nhiễu yếu tổ ảnh hưởng protein khẩu phần, chuyển hỏa thay đổi rong các trường hợp chẩn thương. sress, nhiễm kh giảm oxy thở vào, thiếu protein huyết tương do mắt protein, giảm tổng hợp protein, có thai, sự thay đổi tính thắm mao mạch, thuốc (thuốc tránh thái), luyện tập quá mức.

Albumin huyễ thanh:

Thời gian bán hủy của Albummin khoảng từ 18 đến 20 ngày và chiếm số lượng lớn trong huyễt thanh do đó khỉ đo nông độ Abunin giảm tức là trước đó vài có thể đã mắt một lượng lớn Proteini. vậy nên gi khá muộn sau khí tình trang giảm protcin nội tạng đã khởi phát nhưng độ đặc hiệu trị chân đoán của Albumin của Albomin Khả cao nên AIbumin huyết thanh luôn là xét nghiệm hỏa sinh quan trọng và lã một trong các thông số có giá trị khi đánh giá tỉnh trạng đinh dưỡng.

Albumin huyết thanhdưới 21g Suy dịnh dưỡng mức độ nặng.

Albamin huyểtthanh từ 21 đn dưới 28 gÌ: Suy dinh dưỡng mức độ vừa

Atbumi huyết thanh từ 29 đn dưới 35 gf: Suy dinh dường múc độnhẹ

Albumin huyết thanhtừ 35 - S0 g1: Tỉnh trạng dịnh dưỡng bình thường.

1.3.3. Điều tra hiến thức, thực trạng chăm sóc DD của NE về DD bệnh lao

Điều tra kiến thức của NB về DD khi điều tr là một trong những phương pháp quan trọng để dĩ đến thực hành, và thối quen đúng rong việc nhận thức vai trồ ĐD trong quá trình điều trị. Tử đó nỗ cho phép rú ra kết luận vàm ôi quan hệ giữa nhân viên y tế cung cấp kiển thức, nhận thức của người bệnh và tỉnh trạng súc khỏe.

Phương pháp điều tra tiễn hành phỏng vấn từng cá nhân hoặc tập thể: tất cả NB trong đối tượng nghiền cứu nhập viện sau 24 giờ.

Phương pháp hỏi từ D1 đến D15 (bộ câu hỏi phụ lục 1).

Ưu điểm

Nhanh và chỉ phí thp.

Dễ được đối tượng chấp nhận.

Có thể nghiên cứu mối liên quan giữa hiểu biết của người bênh về dinh dưỡng với tí lệ những bệnh có liền quan

Hạn chế

Chí cho biết mức độ hiểu biết, mang ý nghĩa định tính hơn là định lượng.

1.4. Các nghiên cứu trong và ngoài nước

Bệnh lao ảnh hưởng trực tiếp tới hấp thu các chất DD đặc bit là viamin chất khoáng, rồi loạn quả trình êu hóa giảm tiết men tiêu hóa gây nên tỉnh trang chân ăn ko dải, mắt cảm giác ngon miệng.

Do không đáp được nhu cầu cơ bản vẻ năng lượng cũng như các ĐĐ cần thiết thể trạng NB cũng bệnh rơi vào ính trạng sụt cân và dẫn là SDD, Đã một số công trinh nghiền cứu trên thể giới về SDD của bệnh nhân lao, việc tư vẫn DDcũng ảnh hưởng tới TTDD của người bệnh

Anurag bhargava cộng sự(2013) tiễn hành từ năm 2004 đến 2009 cho thầy, SDD lä một yêu tổ nguy cơ cho NB lao và cỗ ảnh hưởng lớn đến kết quả điều trị. Kết quả, BMI trung bình ở đân ông là 16.0, ở nữ 150, nghiên cứu kết luân rằng 30% phụ nữ và 67% nam giới bị suy dịnh đường từ độ trung bình đn nặng (BMI < 17.0kg m2), Nghiên cứu nhắn mạnh đến sự cằn thiết phải hỗ trợ DD trong quá trình điều tị lao phốt ở khu vực nông thêo này: KẾ quá nghiên cứu đã xác nhận vấn đề nghiên cứu nảy.

Gần đây nhất Án Dộ (2018) "Nghiên cứu đảnh giá dinh dưỡng của bệnh nhân lao mới được chắn đoán tại một bệnh viện chăm sóc Đại học của Tripura”. Kết quả chỉ số BMI trung bình của bệnh nhân là 17.9Kg / m2. Chỉ số BMI tối thiệt là 1322 Kg / m2 và chỉ số BMI tối đa là 28,9, Tổng cộng 264 bệnh nhân (66%) thuộc nhỏm SDD. Xắp xi 62% (145) NB nam bị SDD với 71% (119) ở nữ. SDD và bệnh. Tao lại gây ra tăng gánh nặng bệnh tật, do đó có một môi quan hệ phúc tạp giữa hai bệnh này. SDD và bệnh lao đều là vẫn để quan trọng ở hầu hết các nước đang phát triển của thể giới.

Năm 2017 nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hà tại Bệnh viện Trungương Quân đội 108 cho thấy: Tỷ lệ NB được tư vấn DD còn thấp chị chiếm 34,5%, trong số 87 bệnh nhân được tư vấn dinh dưỡng, có 95,4% bệnh nhân được bác sĩ 3,4% do nhân viên khoa dinh dưỡng tư vẫn, còn lại 1,1% do điều dưỡng tư vắn.

U. Ruenacht eal. năm 2010 với nghiên cứu "Tư vấn dinh đưỡng cái thiện chất lượng cuộc sống và lượng dinh dưỡng ở bệnh nhân suy dịnh dưỡng nhập viện nghiên cứu ngẫu nhiên có đói chứng giữa 2 nhóm người bệnh. Kết quả cả 2 nhóm đều cái thiện về đình dưỡng, Tuy nhiên nhóm có can thiệp tr vẫn đình dưỡng và sử đựng lịnh dưỡng bệnh viện đã cái thiện gấp 2 lẫn so với nhóm không tư vấn dinh dưỡng Ngiền cứu kế luận người bệnh có suy dịnh dưỡng nên có chuyên gia dnh dưỡng tr vấn, bệnh nhãn được cãi thiên rõ rất.

Năm 2015 Nguyễn Thị Bích Nga "Thực trạng hoạt động tư vấn, hướng dẫn, giáo dục sức khỏe của điều dưỡng Bệnh viện phỏi trung ương năm 1015” kết quả: 68.6 % hưởng đẫn chế độ ăn phù hợp, 31.4% chưa đạc. Nghiễn cứu chỉ ra rằng điều đường cẩn phải thường xuyên cập nhập kiến thức, kỹ năng để thực hiện tốt nhiệm vụ tư vấn, hướng đẫn, trong đó có yêu cầu tư vẫn đình dưỡng.

Tuy nhiền chưa có nghiên cứu não tim hiểu kiến thức về dính dưỡng của

người bệnh lao phổi.