**BỘ Y TẾ**

**TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG**



**NGUYỄN LONG NHẬT**

**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**

**KHÓA LUẬN TỐT NGHIỆP BÁC SĨ ĐA KHOA**

**HỆ CHÍNH QUY KHÓA 2017 - 2023**

**HẢI PHÒNG - 2023**

**BỘ Y TẾ**

**TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG**

**NGUYỄN LONG NHẬT**

**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**

**KHÓA LUẬN TỐT NGHIỆP BÁC SĨ ĐA KHOA**

**HỆ CHÍNH QUY KHÓA 2017 – 2023**

**Người hướng dẫn: Ths.Bs. Nguyễn Thị Trang**

**HẢI PHÒNG - 2023**

**LỜI CẢM ƠN**

Để hoàn thành luận văn này, cho phép tôi được bày tỏ lòng biết ơn chân thành tới:

*Đảng ủy, Ban giám hiệu, phòng Đào tạo Đại học, Bộ môn Lao và Bệnh phổi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng đã tạo mọi điều kiện thuận lợi cho tôi trong quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thành khóa luận.*

*Ban Giám đốc, Phòng Kế hoạch tổng hợp, phòng hồ sơ lưu trữ, Bệnh viện Phổi Hải Phòng đã tạo điều kiện giúp đỡ tôi trong thời gian học tập và thực hiện đề tài nghiên cứu của mình.*

*Tôi xin cảm ơn các thầy cô giáo trong Bộ môn Lao và Bệnh phổi Trường đại học Y Dược Hải Phòng, những người thầy đã ân cần chỉ bảo tôi, cung cấp cho tôi nhiều kiến thức quý báu, giúp đỡ tôi hoàn thành khóa luận này.*

*Tôi xin được bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc đến Ths.Bs. Nguyễn Thị Trang, giảng viên bộ môn Lao và Bệnh phổi Trường đại học Y Dược Hải Phòng, người đã tận tình hướng dẫn, chỉ bảo cho tôi trong quá trình học tập, cung cấp cho tôi những kiến thức quý báu, phương pháp luận và trực tiếp hướng giúp tôi hoàn thành nghiên cứu này.*

*Cuối cùng, xin gửi lời cảm ơn đến quý thầy cô, gia đình, bạn bè đã động viên, khích lệ, giúp đỡ tôi trong suốt thời gian học tập và thực hiện nghiên cứu này.*

*Hải Phòng, ngày 31 tháng 05 năm 2023*

Sinh viên

Nguyễn Long Nhật

**LỜI CAM ĐOAN**

Tôi là Nguyễn Long Nhật, sinh viên lớp K39C, Trường đại học Y Dược Hải Phòng, xin cam đoan:

Đây là khoá luận do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn khoa học của Ths.Bs. Nguyễn Thị Trang. Công trình không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được cơ sở nghiên cứu cho phép lấy số liệu và xác nhận.

Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm về những cam kết này.

*Hải Phòng, ngày 31 tháng 05 năm 2023*

Sinh viên

Nguyễn Long Nhật

MỤC LỤC

[Danh mục các ký hiệu, các chữ viết tắt 7](#_Toc123516398)

[Danh mục các bảng 8](#_Toc123516399)

[Danh mục các hình vẽ, đồ thị 9](#_Toc123516400)

[ĐẶT VẤN ĐỀ 10](#_Toc123516401)

[Chương 1 – TỔNG QUAN 12](#_Toc123516402)

[1.1. Một số hiểu biết về bệnh lao 12](#_Toc123516403)

[1.1.1. Một số khái niệm cơ bản 12](#_Toc123516404)

[1.1.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh lao phổi 12](#_Toc123516405)

[1.1.2.1. Chẩn đoán bệnh lao phổi 12](#_Toc123516406)

[1.1.2.2. Phân loại bệnh lao phổi 13](#_Toc123516407)

[1.1.3. Một số phác đồ điều trị lao phổi 14](#_Toc123516408)

[1.1.4. Tình hình mắc lao. 14](#_Toc123516409)

[1.1.4.1. Tình hình mắc lao trên thế giới. 14](#_Toc123516410)

[1.1.4.2. Tình hình mắc lao ở Việt Nam. 15](#_Toc123516411)

[1.1.4.3. Tình hình bệnh lao tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng [WIP] 16](#_Toc123516412)

[1.2. Dinh dưỡng bệnh nhân lao phổi 16](#_Toc123516413)

[1.2.1. Khái niệm 16](#_Toc123516414)

[1.2.2. Nhu cầu dinh dưỡng cho bệnh nhân lao phổi 16](#_Toc123516415)

[1.2.3. Thực trạng dinh dưỡng bệnh nhân lao 18](#_Toc123516416)

[1.2.3.1. Mối liên hệ giữa dinh dưỡng và bệnh lao 18](#_Toc123516417)

[1.2.4 Khuyến cáo của TCYTTG về chăm sóc dinh dưỡng cho BN lao 18](#_Toc123516418)

[1.2.4.1. Chăm sóc và hỗ trợ dinh dưỡng cho BN lao 18](#_Toc123516419)

[1.2.4.2. Khuyến cáo của TCYTTG về chăm sóc dinh dưỡng cho BN lao 19](#_Toc123516420)

[1.2.5. Văn bản thông tư liên quan đến dinh dưỡng bệnh viện 19](#_Toc123516421)

[1.2.5.1. Thông tư 08 - BYT: Hướng dẫn về công tác dinh dưỡng, tiết chế trong bệnh viện 19](#_Toc123516422)

[1.3. Một số phương pháp đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân 20](#_Toc123516423)

[Chương 2 - ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU 28](#_Toc123516424)

# Danh mục các ký hiệu, các chữ viết tắt

|  |  |
| --- | --- |
| Suy dinh dưỡng | SDD |
| Tình trạng dinh dưỡng | TTDD |
| Tổ chức Y tế thế giới | TCYTTG |
| Bệnh nhân | BN |
| Body Mass Index | BMI |

# 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 bệnh nhân 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 dinh dưỡng theo BMI, phương pháp SGA ở bệnh nhân lao phổi mới tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng năm 2021-2022.*
2. *Mô tả một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng ở đối tượng nghiên cứu trên.*

# 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 một bệnh truyền nhiễm: Gây ra bởi vi khuẩn lao (Mycobacterium Tuberculosis).

- Bệnh lao là một bệnh lây truyền: Người lành nhiễm vi khuẩn lao theo đường hô hấp khi tiếp xúc người bị bệnh lao phổi có ho, khạc ra vi khuẩn.

- Bệnh lao là một bệnh xã hội: Nhiều người mắc, xuất hiện nhiều nơi trên thế giới, tỷ lệ tử vong cao, dễ lây lan trong công đồng.

### 1.1.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh lao phổi

#### 1.1.2.1. Chẩn đoán bệnh lao phổi

Tiêu chuẩn chẩn đoán lao phổi

a) Lâm sàng

- Toàn thân: Sốt nhẹ về chiều, ra mồ hôi trộm, chan ăn, mệt mỏi, gầy sút cân.

- Tại chỗ:

+ Cơ năng: Ho, khạc đờm, ho ra máu, đau tức ngực, khó thở.

+ Thực thể: Nghe phổi có tiếng ran âm, ran nổ...

b) Cận lâm sàng

- Soi đờm trực tiếp tìm AFB

- Nuôi cấy tìm vi khuẩn lao

- Xét nghiệm gen Xpert MTB/RIF

- X quang phổi chuẩn

- Phản ứng Tuberculin (Mantoux);

c) Chẩn đoán xác định

Khi có tổn thương trên X-quang phổi nghi lao phổi và một trong hai 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 chẩn đoán xác định bằng tổng hợp các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng do 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

- Người nhiễm HIV phân biệt chủ yếu với viêm phổi, đặc biệt viêm phổi do Pneumocystis jiroveci.

#### 1.1.2.2. Phân loại bệnh lao phổi

Lao phổi là bệnh lao có tổn thương ở phổi - phế quản, gồm cả lao phổi kẽ. Trường hợp tổn thương phối hợp cả phổi và cơ quan ngoài phổi cũng được gọi 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 bỏ trị

- BN không rõ về tiền sử điều trị

### 1.1.3. Một số phác đồ điều trị lao phổi

Nguyên tắc điều trị

Bệnh lao có 4 nguyên tắc điều trị 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: Trường hợp bệnh lao mới ở người lớn chưa có bằng chứng kháng thuốc.

Phác đồ IB: 2RHZE/4RH

- Chỉ định: Trường hợp bệnh lao mới ở trẻ em chưa có bằng chứng kháng thuốc.

Phác đồ II: 2SRHZE/1RHZE/5RHE

- Không còn được sử dụng.

Phác đồ điều trị kháng thuốc:

Ngắn hạn 9 tháng: 4-6 Km Lfx Pto Cfz Z 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 Z.

- Chỉ định: Bệnh nhân 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 chống 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 triệu); 9% trong số mắc lao có đồng nhiễm HIV. Bệnh lao là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ hai trong các bệnh nhiễm trùng với khoảng 1,3 triệu người tử vong do lao và có thêm khoảng 300 000 ca tử vong do đồng nhiễm lao HIV. Tình hình dịch tễ lao kháng thuốc đang có diễn biến phức tạp và đã xuất hiện ở hầu 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 dịch tễ bệnh lao trên toàn cầu nói chung đang có chiều hướng giảm với tỷ lệ mới mắc giảm 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 bệnh nhân 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 4-5% 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 vì 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 trong 30 nước có số bệnh nhân 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**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ước tính gánh nặng lao - 2017 | Số lượng (nghìn người) | Tỷ lệ (trên 100.000 dân) |
| Tử vong do lao (loại trừ HIV) | 12 (7,5-17) | 12 (7,8-17 |
| Lao mới mắc các thể (bao gồm HIV+) | 124 (101-148) | 129 (106-155) |
| Lao/HIV dương tính mới mắc | 4.5 (3,7-5,4) | 4,7 (3,8-5,7) |
| Tỷ lệ phát hiện các thể (%) | 83 (69-100) | |
| Tỷ lệ kháng đa thuốc trong bệnh nhân mới (%) | 4.1 (2.7-5.7) | |
| Tỷ lệ kháng đa thuốc trong bệnh nhân điều trị lại (%) | 17 (17-18) | |
| % bệnh nhân lao được xét nghiệm HIV | 85% | |
| % HIV dương tính trong số người xét nghiệm HIV | 4% | |

Nguồn: Updated country profile Vietnam 2018 – WHO

#### 1.1.4.3. Tình hình bệnh lao tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng [WIP]

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 bệnh nhân lao phổi

### 1.2.1. Khái niệm

- Suy dinh đường là trạng thái dinh dưỡng trong đó sự thiếu hụt hoặc dư thừa (mất cân bằng) năng lượng, protein và các chất khác gây ra hậu quả bất lợi đến cấu trúc cơ thể, tổ chức (hình dáng cơ thể, kích thước và thành 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 dinh dưỡng là tập hợp các đặc điểm chức phận, cấu trúc và hóa sinh phản ảnh mức đáp ứng nhu cầu dinh dưỡng của cơ thể.

- 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 bệnh nhân lao phổi

Hằng ngày cơ thể con người cần bổ sung các chất dinh dưỡng để sinh trưởng, phát triển và duy trì các hoạt động. Dinh dưỡng là yếu tố đặc biệt quan trọng liên quan bệnh sinh và quá trình diễn biến bệnh lý của nhiều 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 nhằm 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 vi 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 BN thêm khoảng 300kcal mỗi ngày tương đương với một chén cơm đầy đủ bức ăn, Khẩu phần ăn của bệnh nhân 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 tùy thể trạng. Và đặc biệt trong khẩu phần ăn cần nâng cao lượng khoáng và vi 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 nhóm 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 ưu tiên chọn thực phẩm giàu các vitamin này như: rau tươi có màu xanh đậm, quả chín có màu vàng đỏ như cam, xoài. đu đủ, cà chua, cả rốt 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 bệnh nhân dẫn tới tình trạng chán ăn suy giảm hệ miễn dịch. Bệnh nhân nên chọn thực phẩm giàu kẽm như sò, hến, 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 vì do cơ thể yếu cộng tác dụng phụ của thuốc nên bệnh nhân 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 làm 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

SDD 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 chất, hoặc do ăn uống không đầy đủ các chất dinh dưỡng, vi chất dinh dưỡng hoặc cả 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 gây ra SDD và SDD làm suy yếu miễn dịch, do đó tăng khả năng lao tiềm ẩn 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 tố, bao gồm giảm lượng thức ăn do chán ăn buồn nôn và đau bụng... Chỉ số khối cơ thể thấp (BMI) (hấp hơn 18,5) 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 dinh dưỡng sẽ tăng nguy cơ mắc bệnh lao.

+ 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 BN lao là rất quan trọng:

+ Bệnh lao gây sụt cân và thiếu hụt dinh dưỡng tòan 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 lại cân nặng và dinh dưỡng. Tuy nhiên, thời gian phục hồi dinh dưỡng hoàn toàn có thể kéo đãi và nhiễu BN lao vẫn còn thiếu dinh dưỡng ngay cả khi các chính sách về hỗ trợ và bảo vệ xã hội cho BN và gia đình họ đã được phát triển, bao gồm cả hỗ trợ thực phẩm hoàn thành điều 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 cho BN lao

- 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

+ Quản lý các ca suy dinh dưỡng nặng.

+ Quản lý các ca suy dinh dưỡng trung bình.

+ Cung 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 dinh dưỡng cho bệnh nhân ngoại trú

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

Điều 3. Điều trị bằng chế độ ăn bệnh lý cho BN nội trú

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.

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

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 tố dinh dưỡng cổ vai trò rất quan trọng.

Trong thực hành lâm sàng, các số đo thường được sử dụng là: trọng 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:

Thường 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 thuần, là cách đánh giá TTDD đơn giản, là một phần không thể thiếu trong các công cụ sàng lọc dinh dưỡng.

Chỉ số này do nhà bác học người Bỉ Adolphe Quetele 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 mét). 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 dung thang phân loại của WHO.

Chỉ số BMI

|  |  |
| --- | --- |
| **Phân loại** | **BMI (kg/m2)** |
| Gầy độ III | <16 |
| Gầy độ II | 16-16,9 |
| Gầy độ I | 17-18,5 |
| Bình thường | 18,5-24,9 |
| Thừa cân | ≥25 |
| Tiền béo phì | 25-29,9 |
| Béo phì độ I | 30-34,9 |
| Béo phì độ II | 35-29,9 |
| Béo phì độ III | ≥40 |

Đánh giá TTDD bằng số đo nhân trắc

- Khối lượng cơ thể, biểu hiện bằng cân 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. Khi cân bệnh nhân mặc quần áo gọn nhất, chân không mang giảy, dép, không đội mũ. Cân được đặt ở vị trí ổn 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. Kiểm 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 số 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 tỷ lệ tăng lên, bởi vì tỷ lệ giảm đi là một chỉ tiều quan trọng để xác định nguy cơ SDD của bệnh nhân. Khi sử dụng “tỷ lệ giảm cân” như là một thông số để can thiệp DD khi: bệnh nhân sụt cân không mong muốn > 10% trong vòng 3 đến 6 tháng hoặc bệnh nhân có BMI < 18,5 và có sụt cân không mong muốn > 5% trong 3 đến 6 tháng. Quá trình cân đo và phòng vẫn diễn ra tại phòng thủ thuật của khoa Lao hô hấp BV Phổi Hải Phòng cho tất cả các bệnh nhân lao phổi điều trị tại khoa.

Chiều 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 bỏ guốc, dép, đi chân không, bỏ tất cả các trang sức trên tóc, bỏ buộc tóc nếu có, đứng quay lưng vào thước đo. Gót chân, bắp chân, mông, vai, đầu (5 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 từ trên xuỗng dưới, khi áp sát đến đỉnh đầu và vuông góc với thước đo, nhìn vuông góc vào thước và đọc kết quả. Chiều cao được ghỉ bằng cm và lấy 1 số lẻ sau dấu phẩy.

Phương pháp SGA:

Phương pháp đánh giá tổng thể TTDD theo chủ quan SGA

Cách đánh giá SGA:

- Tiền sử 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 5 đến 10% cho điểm B, sụt cân trên 10% cho điểm C.

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

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

4, Hiện diện của triệu chứng dạ dày - ruột như là buổn nôn, nôn, tiêu chảy, chán ăn kéo dài trên 2 tuần: 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 đổi 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 cầu 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 mất lớp mỡ dưới da tại cơ tam đầu, cơ nhị đầu và lớp mỡ dưới mắt; không mất lớp mỡ dưới da cho điểm A, mất lớp mỡ dưới da nhẹ đến trung bình cho điểm B, mất lớp mỡ dưới da nặng cho điểm C.

2. Đánh giá tình trạng teo cơ tại thái dương, xương đòn, vai, xương bả vai, 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 giá mức độ phù tại mắt cá chân và vùng cùng cụt: không phù cho điểm A, phù nhẹ đến trung bình cho điểm B, phù nặng cho điểm C.

4. Đánh giá có hay không dịch cổ chướng và 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 dịch cổ chướng rất nhiều cho điểm C.

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

Tùy 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, giảm khối cơ, phù (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 bả vai.

Cách khám: Điều 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 nâng nếp da và tổ chức dưới da tích ra khỏi cơ thể khoảng 1 cm (trục của nếp da trùng với trục của khối cơ đó).

Khám giảm khối cơ:

Vị trí cơ delta hoặc cơ tứ đầu đủi.

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

các dấu hiệu teo cơ.

Khám phát hiện phù:

Vị trí vũng mặt trước xương chày hoặc vùng mu bản chân.

Cách khám: Điều tra viên dùng ngón tay ấn vào các vị trí trên để tỉm dấu hiệu lõm.

Chỉ số gợi ý nhiều đến tính điễm "A" hoặc ít nguy cơ dình dưỡng

- Cân nặng binh thường hoặc gần đây tăng cân trở lại.

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

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

- Không giảm khối cơ hoc giảm tối thiều.

Chi số gợi ý nhiều đến tính điễm “B” hoặc tăng nguy cơ dinh dưỡng

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

- Khẩu phần ăn có thay đổi (ăn ít hơn bình thường < 50%).

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

Chỉ số gợi ý nhiều đến tính điểm “C” hoặc tăng nguy cơ dinh dưỡng

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

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

- Mất lớp mỡ > 2cm, 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 bình.

- 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 hạn chế của phương pháp SGA

Ưu điểm:

SGA là bộ công cụ có thể vừa sàng lọc vừa đánh giá TTDD, lả phương pháp đánh giá đối tượng tổng thể trên lâm sàng bao gồm cả yếu tổ khách quan và chủ quan có độ nhạy độ đặc hiệu cao. Có thể sử dụng để sàng lọc hoặc đánh giá TTDD, để xác định các đối tượng có nguy cơ. Hiệu quả khi lượng proein lưu hành trong máu không đáng tin cậy (quá cao). Sử dụng công cụ sảng lọc và đánh giá bằng SGA có chỉ phí thập, không lấy máu, kỹ thuật đánh giả không quá khó, cho kết quả nhanh, dụng cụ đơn giản, tiết kiệm được chỉ phí cho bệnh nhân.

Hơn chế

SGA là phương pháp đánh giá tổng thể nhưng phần nhiều mang tính chủ quan, định tính nhiều hơn định lượng và phụ thuộc nhiều vào bệnh án và báo cáo của bệnh nhân. Để hạn chế nhược điểm chủ quan của SGA, những nhân viên đánh được tập huấn. Phần hỏi tiền sử BN cần có thông ta chính xác và cần tính toán nên nhân kỹ năng và tính chuyên nghiệp của nhân viên đánh giá là rất quan trọng, Khi có kết quả phân loại TTDD, SGA chưa đưa ra được kế hoạch can thiệp cụ thể.

# Chương 2 - ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Tiêu chuẩn chọn

vào Khoa Lao hô hấp Bệnh viện Phổi Trung ương trong vòng 48 giờ có chẵn

: Tắt cả các bệnh nhân tử 18 tuổi trớ lên nhập viện

cđoán lao phối theo phân loại tại hỗ sơ bệnh án.

- Các đối tượng được chọn có khả năng nghe, hiu.

- Tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

~ Những bệnh nhân mắc lao kẻm các bệnh lý cấp tính cằn được xử hí cấp cứu.

~ Những bệnh nhân, nghiện rượu, tâm thả

- Những bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cửu nhưng bỏ cuộc rong thời

gian nghiền cửu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.

~ Khoá Lao hô hấp Bệnh việnPhối Trùng ương;

~ Thời gian nghiên cứu từ tháng Ñ đến tháng 12 năm 2018.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

3⁄11: Thiết kễ nghiên cứu

~ Nghiễn cứu được thiết kế theo phương pháp mô tá cắt ngang,

3.3.2. Cỡ mẫu và phương pháp chụn mẫu

“Cỡ mẫu: tính theo Công thức:

Trong đó:

# à là số lượng cần điều tr.

Ý Zu.aa - :độtacây95%/Z4u

Ý P đ:005lãkhoảngsailệch giữa mẫu và quản thể

Điễu tra thử trong tháng 6 năm 2018 tại Khoa lao hô hắp Bệnh Viện Phối

trên 35 BN:

~ Bệnh nhân suy dinh dưỡng theo BẠMI(S5%), thay vào cổng thức ta được a =380

~ 55% NB suy dinh dưỡng theo AIIbumin, n = 380

~ 20% N suy dinh dưỡng theo Protein,n = 254

- Theo nghiên cứu của Miyata S và cộng sự năm 2011 Tỉnh trang dinh dưỡng

'NB theo SGA là 69 % [37]. Thay vào công thức ta được n= 328

"Vậy để cỡ mẫu thoäi mãn cả BMI, SGA, Allbumin, Protein ta được cỡ mẫu tối

thiểu n =380.

Cách chạn mẫu: Chọn tắt cả bệnh nhân vào khoa đủ tiêu chuẩn chẳn đoán là

lao phối đáp ứng đủ tiêu chuẩn nghiên cửu cho tới khí đủ cỡ mẫu.

-33.3. Phương pháp thu thập s iệu

“Các đối tượng được đánh giá TTDD khi mới nhập viện (trong vòng 24 - 48

giờ) bằng phương pháp nhân trắc BMI và phòng vẫn bằng phương pháp SGA,,

Albumin, Proten.

- Kích hước chiều cao đứng

~ Cấu trác cơ thể và các dự trữ về năng lượng và protein, thông qua các mô

mềm bẻ mặt như lớp mỡ dưới da vả cơ.

«Cân trọng lượng cơ thể

CCân trọng lượng: sử đụng cân điện tử SECA có độ chính xác tới 0,1 kg để

cân trọng lượng. Khi cân bệnh nhân mặc quản áo gọn nhất, chân không mang

giày. đép, không đội mũ.Cân được đặt ở vị trí ôn định và bằng phẳng, Điễu chính

cân về số 0 trước khi đo. Bệnh nhân đứng giữa bản cân, không cử động, mắt nhìn

thắng, trọng lượng phân bổ đều cả hai chân. Kiểm tra với một vật chuẩn để kiếm,

soát độ chính xác và độ nhạy của cân Trọng lượng cơ thể được tính bằng kg với

Tsổ lẽ sau đấu phẩy.

s \_ Tỷ lệ thay đối trọng lượng cơ thể

{Trong lượng trước đây (kg) - Trọng lượng hiện tại (kg)]x 100

“Thay đổi(%

“Trọng lượng trước đây,

“Công thức này được sứ đụng để tính toán tỷ lệ trọng lượng cơ thể giảm đi hơn

1ã tý lệ tăng lên, bởi vỉ tỷ lễ giảm đi là một chỉ tiêu quan trọng để xác định nguy cơ

SDD của bệnh nhân. Khi sử đụng "ý lệ giảm cân” như là một thông số để can thiệp

dinh dưỡng khi: bệnh nhân sụt cân không mong muốn > 10% trong vỏng 3 đến 6.

thắng hoặc bệnh nhân cỏ BMI < 18,5 vã cổ sụt cân không mong muỗn > 5% trong 3

đến 6 thắng[31]

“Quá nh cân đo và phông vẫn điễ ra ti phông thủ thuật khoa ao hồ hập Bệnh

iện Phối Trung ương cho tắt cả NH lao điều trị ạikhoa Lao hộ hệ,

+ Chiều cao

~ Đo chiều cao đứng: Sử dụng thước đứng bằng thước gỗ 3 mảnh có độ chia

chính xác tới milimễt, Thước được đặt theo chiễn thẳng đứng, vuông gốc với mặt

đấtnằm ngang. Bệnh nhân bỏ guốc, đếp, đi chân Không, bổ tắt cả cấc trang sức trên

tóc, bỏ búi, buộc tốc nếu có, đứng quay lưng vào thước đo, Gót chân, bắp chân,

mông, vai, đầu (5 diễn chạm) theo một đường thẳng áp sắt vào thước đo đứng, mắt

nhìn thẳng theo một đường thẳng nằm ngang vuông góc với trục của cơ thể, bai tay

Đỏ thông Kéo cái chặn đầu của thước từ trên xuống dưới, khi áp sắt đến

vuông góc với thước đo, nhìn vuông gốc vào thước và đọc kết quả Chiều cao được

ghi bằng em và lấy † số lẻ sau đấu phẩy:

đầu

+ Đảnh giá tình trạng dinh đưỡng của bệnh nhân Iao phối bằng phương

pháp SGA (phiễu phụ lục 1)

SGA là một kĩ thuật lâm sảng dùng để đánh giá tổng thể tỉnh trạng dinh dưỡng

gằm 2 phần đặc điểm riểt sử bệnh và khám lâm sông:

- Tiển sử bộni: Bao gồm 6 iêu chí đảnh

1. Thay đổi trọng lượng trong 6 tháng: Sụt cân các mức độ dưới 5% ôn định

hoặc tăng cân cho điển A, sụt cân từ 5 đến 10%6 cho điểm B, sụt cân trên 10% cho

điểm,

2. Thay đổi trọng lượng trong vòng 2 tuần qua: Tăng cần cho điểm A, cần

nặng ôn định cho B, sụt cần cho C.

3. Sự thay đổi trong chế độ ăn và khẩu phần ăn: Không có vấn để về thay đổi

chế độ ăn hoặc khẩu phần 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 điện của triệu chứng đạ đây: một như là buồn nôn, nôn, tiêu chủy,

chắn ăn kéo dài trên 2 tuần: Không cỗ cấc triệu chứng trên cho điểm A, có một

trong các triệu chứng trên nhưng nhẹ cho điểm B, nặng cho điểm C.

5. Thay đổi hoạt động chúc năng cơ thế: Đi lại hoạt động bình thường không

thay đổi cho điểm A, cỗ thể đi lại được hoặc ngồi cho điểm B, nằm tại giường

không đi lại được cho điểm C.

6. Nhu cầu chuyển hóa liên quan đến stress bệnh lý: Nhu cầu chuyển hóa thấp

cho điểm A, tăng chuyỂn hóa cho điềm B, tăng cao cho điểm C.

~ Thăm khám lâm sàng: Bao gồm 4 tiêu chí đảnh giả

1. Đảnh giá việc mắt lớp mỡ dưới đa tại cơ tam dẫu, cơ nhị dẫu và lớp mỡ

đưới mắt không mắt lớp mỡ dưới da cho điểm A, mắt lớp mỡ dưới đa nhẹ đến

trung bình cho điển B, mắt lớp mỡ dưới đa nặng cho điểm C

2. Đánh giả tỉnh trạng teo cơ tại thải đương, xương đỏn, vai, xương bả vai, cơ:

giữa các xương, đầu gối, cơ tử đẫu đũi và bắp chân: không teo cơ cho điểm A, teo

cơnhg đến trung binh cho điểm , eo cơ nặng cho điểm C

3. Đánh giả mức độ phủ tại mắt cá chân và vũng cùng cực không phù cho

diễn A, phủ nhọ đến trung bình cho điềm B, phủ nặng cho điểm C

4. Đánh giá cổ hạy không địch cổ chướng và mức độ của nó nếu có: không cổ

dịch cổ chướng cho điểm A, có dịch cổ chướng nhẹ đến trung bình cho điểm B, cô

dịch cổ chướng rắt nhiều cho điểm C

“Tắt cả gồm 10 tiêu chí, mỗi tiêu chí được đánh giá 3 mức độ A,B,C

"Tùy theo mức độ thay đổi của các tiêu chỉ mã lựa chọn mức đánh giá phù hợp.

“Trong trường hợp lưỡng lự giữa A và B chọn B, lưỡng lự giữa B và C chọn B,

+ Điểu tra viên khám phát hiện các đẫn hiệu SDD như giản lớp mỡ dưới đa

giảm khối cơ ph (liên quan đến dinh dưỡng) như sau:

+ Khám lớp mỡ dưới đa

Vị tí có thể là vũng tương ứng cơ tam đầu cánh tay, cơ nhị đầu, cơ dưới

xương bả vai

“Cách khám; Điễu tra viên đùng ngôn cái và ngôn trỏ của tay vêo đa và tổ

chức đưới đa ở vị trí đã được xác định sau đó năng nếp đa và tổ chức dưới đa

tách ra khỏi cơ thể khoảng 1 em (trục của nếp đa tràng với trục của khối cơ đồ)

«- Khám giảm khối cơ:

`Vị trí cơ delta hoặc cơ tử đầu đủi

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

cắc đấu hiệu teo cơ.

«\_ Khám pháthiện phủ:

`Vi tí vũng mặt trước xương chảy hoặc vũng mu bản chân.

“Cách khám: Điều tra viên đồng ngón tay Ấn vào các vị trí trên để tìm đấu

hiệu lôm.

“Chỉ số gợi ý nhiều đến tính diễm “24” hoặc nguy cơ dinh dưỡng

~ Cân nặng bình thường hoặc gẵn đây tăng cân trở lạ

~ Khẩu phần ăn bình thường hoặc cải thiện khẩu phẫn án

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

~ Không giảm khối cơ hoặc giảm tối thiêu

“CHhỉsỐgợiý nhiều đắn tỉnh điểm “B" hoặc tăng ngư cơ dinh dưỡng

- Sựtcân tổng thể mức độ vừa đến nặng trước khi nhập viện (5 - 1096)

~ Khẩu phần ăn có thay đổi (ăn ít hơn bình thường < 50%)

~ Mắt lớp mỡ dưới đa, giảm nhiều hoặc mắt khoảng 2cm.

“Chỉsỗgợtý nhiều đẫn thh điễm ”C” hoặc tầng nguy cơ dinh dưỡng

~ Sụt cẩn rõ hoặc tiến triển (hưởng ít nhất 10% cần nặng bình thường)

- Khẩu phần ăn có thay đổi nhiều (ăn í hơn bình thường > 50%).

~ Mắt lớp mỡ > 2em, giảm khối lượng cơ nặng.

\* Cách đánh giá này là đánh giá chủ quan, không cần tính toán, Quan trọng,

nhất là giảm cân, khẩu phần ăn, sụt cản/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 bình

«\_ SGA:C -Nguy cơ SDD nặng

Đánh giá chung: Dựa vào số lượng các tiêu chỉ của mức độ đánh giá nào nhiều

hơn. Trong trường hợp lưỡng lự giữa A và B chọn B, lưỡng lự giữa B và C chọn B.

Đánh giá bằng phương pháp sinh hóa:

Đánh giá TTDD theo chỉ số Alibumin trong máu: Theo tiêu chuẩn xết

nghiệ

y học và nghiên cứu Me

tí R.J đánh giá tỉnh trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân

nhiễm trùng năm 1985,

Được chỉa theo mức độ:

Albumin huyết thanh tử 35 — 50g1- Binh thường

Albumin huyết thanh từ 28 - 34g1: Suy dinh dưỡng mức độ nhẹ.

Albumin huyết thanh từ 21 - 27g1: Suy dinh dưỡng mức độ vùa.

Albumin huyết thanh < 21g/: Suy dinh đưỡng mức độ nặng

Đánh giá TTDD qua chỉ số Protein máu: Theo tiêu chuẩn xét nghiệp y học

chĩa 2 mức độ:

Bình thường (65-87 g1)

Suy dinh dưỡng (< 65 gí).

> Đảnh giá kiến thức của NB về dinh dưỡng bệnh lao phổi[5} [2§),

Đánh giá bằng bộ câu hỏi được xây đựng qua khuyến cáo dinh dưỡng của

TCYTTG năm 2013 và tải liệu “ Dinh dưỡng và vệ sinh an toàn thực phẩm” Bộ

môn dinh dưỡng Trường Đại học Y Hã Nội2012), (từ câu DI đến D13, phụ lục 1)

Mỗi đáp án đúng là 1 điểm, điểm tối đa là 32 điểm. Đặc điểm của câu hỏi

trong bộ câu hội nghiên cứu là câu hội có nhiều lựa chọn, do đó nếu đối tượng

nghiên cứu chợa từ 50% đáp án đúng trở lên được tỉnh là cỏ kiến thức đạt, (từ D1

đến D13), phụ lục 1

`> Phân loại lao phối: Dựa theo phân loại Bộ Y tế, hướng dẫn quản lý bệnh

lao năm 2018 (15)

-3.3.4. Các biển số thư thập số liệu.

Bảng biển số, chỉ số:

P Pp

STT| - Biến Chỉ sớĐịnh n đế

'Thông tin chung củu đãi trợng nghiên cứu |

Tuôi Tuổi tính theo năm đương lịch. Phỏng vấn ˆ

(Nam, Nữ Phòng vẫn |

'Nơi sinh ra và lớn lên trước khi đi học, đi làm

-\_ Thình phổ lớn 6

Nơi ở | S0f% ti Phòng vẫn

[\_ Nông thôn, miễn núi

'Công việc hiện tại

\_ Học sinhtinh viên

HÔ ÍNghễnghiệp | Côngnhânxiẽnchúc Phỏng vấn

Ì\_ Nông dân

\_\_ Hưu trí lào động tự do

- Tiêu học

- THPT ñ

Trình. Ọc vấn 4 ty Phỏng vấn.

đồESVB|\_ nhún cu quang k

-\_ Đại học/sau đại học.

Xộ loại lạn l TY n8 giá tập lại tình tổgh đhức

bến thi HN |, Cận nghèo, nghèo Phòng vấn

| L\_ Bình thường

n „P

STT, Biếnsế “Chỉ số/Định nghĩa lăn thấu

Phân loại n P = Hỗ sơ bệnh

laibái - | HEMMSBAIđAiUA6ĐBSWY ấn của NB

.Mục tu 1: Đánh giá TTDĐ của Nẽ lao phải

(Cân nặng 6 tháng trước đây,

CB VEPE- |Cặn nặng 3tháng trước đây Phòng

°inBPE — |Cănnăng2 mẩn trước đấy,

Hy “Chị số của cân nặng chỉa bình ph Cân, đ

% ị sổ của cân nặng chía bỉnh phương của| Cẩn đo,

Cản năng (@) Liệu cạo, tính toần

Chiều cao (m) Ô |

SGA loại A: không có nguy cơ SDD, :

2 jSGA SGA loi B:nguy cơ SDD nhẹ đến trung bình, | ng Mâm

SGA loại C: nguy cơ SDD nặng, mà}

(Albumin 35 50g]: Binh thường

AAlbumin từ 28 ~ 34g/ SDD nhẹ. Hỗ sơ bệnh

Abwin Ílteumint2I-27gi:SDDvia, ấn của NB

(Albumin <21g]: SDDnặng

lung: Bình thường (65-87 g)) "Hồ sơ bệnh

lilái Suy dịnh dưỡng (< 6Š gi) ấn của NB

“Mục tiêu 2: Các yễu tô.

Tiên quan đẫn TTDD của \NB lao phối

[BBiiương — | iến quan giữa đổi tượng nghiên cứu và TTDD của người|

; — jngMlỀmeia -— jbệnhlaophỏi

Mắc bệnh [Liên quan đến phân loại lao phổi mắc bệnh kèm theo đến,

kèm theo — TTTDD |

Kin mức vĩ

|DDP của Nh

bệnh nhân lao phỏi

Hiển quan giữa Kiến thức về ảnh đường và TTDD của|

2.15. Sai số chọn mẫu

Sử đụng hệ số thế kẻ tăng cỡ mẫu, hạn chế gi sốchợt mẫu

“Sai số hệ thông: Không chế sai số hệ thống bằng cách thường xuyên kiểm tra cân.

trước mỗi ngày bằng 1 vật cỏ cân nặng chuẩn, Tập huấn kỹ cẩn bộ điều trụ, iễĐ tra

iênlã cử nhân điền dưỡng it nhất 5 năm kính nghiệmcủa khoa và Người tập hon làcắn bộ khoa dịnh dưỡng giảu kính nghiệmcủa Khoa dinh dưỡng lâm sảng Bệnh viện

Phỏi Trung ương

Số liệu được nhập 2 lần để kiểm soát sai số do nhập liệu.

3.16. Phân tích và xử lý số iệy:

Số liệu được nhập bằng phần mễm Epidata 3.1, số liệu được nhập 2 lẳn để

kiếm soát sai số. Sau đó, số liệu được lâm sạch và đưa vào phân tích bằng phần

mềm SPSS18.0.

Các test sử đụng trong y học

-Tety? để so ánh 2 t lệ

~ Mức ÿ nghĩ thắng kế p<005

~ Sử đụng kỹ thuật phân tich hội quy đa biển, phân tích đa biển để không chế

một số yêu tổ nhiễn ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu.

“8.7. Đạo đức nghiên cứu

~ Thông bảo mục đích nghiên cứu cho đổi tượng nghiền cứu.

- Giữ bí mật các thông tin của các đối tượng tham gia nghiên cứu.

- Các bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cửu sau khi được giải thích ý

của nghiên cứu. Tắt cả những trưởng hợp vi một lý do nào đó không muốn

nghị

tham gia nghiên cứu, sau khi đã nư vẫn và thuyết phục vẫn muốn bỏ cuộc sẽ được

chấp nhận.

~ Những bệnh nhân có nguy cơ SDD sẽ được tư vẫn chễ độ ăn phù hợp.

- Nghiên cửu được thông qua lHội đồng bảo vệ dễ cương cao học tại trưởng

Đại học Y Hà Nội.

~ Kết quả nghiền cứu cỉ

~ Đảm báo tính trang thực của thông tin.

'hục vụ việc sử dụng cho mục đích nghiên cứu.