|  |  |
| --- | --- |
| BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO | BỘ Y TẾ |

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG



NGUYỄN LONG NHẬT

THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN DINH DƯỠNG 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 GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO | BỘ Y TẾ |

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG



NGUYỄN LONG NHẬT

THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN DINH DƯỠNG 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 và giúp đỡ tôi trong suốt thời gian học tập và thực hiện nghiên cứu này.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Hải Phòng, ngày 12 tháng 05 năm 2023  Sinh viên  Nguyễn Long Nhật |

**LỜI CAM ĐOAN**

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

Đây là khóa 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 12 tháng 05 năm 2023  Sinh viên  Nguyễn Long Nhật |

**MỤC LỤC**

* 1. [ĐẶT VẤN ĐỀ 1](#_Toc134606382)
  2. [Chương 1 – TỔNG QUAN 3](#_Toc134606383)

[1.1. Tình hình mắc lao hiện nay 3](#_Toc134606384)

[1.2. Một số hiểu biết về bệnh lao phổi 5](#_Toc134606385)

[1.3. Dinh dưỡng bệnh nhân lao phổi 14](#_Toc134606386)

[1.4. Phương pháp đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân 15](#_Toc134606387)

* 1. [Chương 2 - ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU 20](#_Toc134606388)

[2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu 20](#_Toc134606389)

[2.2. Phương pháp nghiên cứu 22](#_Toc134606390)

* 1. [Chương 3 – KẾT QUẢ 28](#_Toc134606391)

[3.1. Đặc điểm tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu 28](#_Toc134606392)

[3.2. Tình trạng dinh dưỡng và các yếu tố liên quan của đối tượng nghiên cứu 35](#_Toc134606393)

* 1. [Chương 4 – BÀN LUẬN 46](#_Toc134606394)

[4.1. Đặc điểm về tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu 46](#_Toc134606395)

[4.2. Tình trạng dinh dưỡng và các yếu tố liên quan của đối tượng nghiên cứu 52](#_Toc134606396)

* 1. [Chương 5 – KẾT LUẬN 60](#_Toc134606397)

[5.1. Thực trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân lao phổi mới tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng năm 2021 – 2022 60](#_Toc134606398)

[5.2. Các yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân lao phổi mới tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng năm 2021 – 2022 60](#_Toc134606399)

[5.3. Hạn chế nghiên cứu 61](#_Toc134606400)

* 1. [Chương 6 – KHUYẾN NGHỊ 62](#_Toc134606401)
  2. [TÀI LIỆU THAM KHẢO 63](#_Toc134606402)
  3. [PHỤ LỤC 68](#_Toc134606403)

**DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT VÀ KÝ HIỆU**

|  |  |
| --- | --- |
| AND | Acid deoxyribonucleic |
| AFB | Acid Fast Bacillus (Vi khuẩn kháng toan cồn) |
| AIDS | Acquired Immunodeficiency Syndrome (Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải) |
| BMI | Body Mass Index (Chỉ số khối cơ thể) |
| CTCLQG | Chương trình chống lao Quốc gia |
| EMB, E | Ethambutol |
| HIV | Human Immunodeficiency Virus (Vi rút gây suy giảm miễn dịch) |
| INH, H | Isoniazid |
| MGIT | Mycobacteria Growth Indicator Tube (Nuôi cấy vi khuẩn lao trong ống chỉ thị) |
| MTB | Mycobacterium tuberculosis |
| PCR | Polymerase-Chain-Reaction |
| PZA, Z | Pyzarinamid |
| RMP, R | Rifampicin |
| SM, S | Streptomycin |
| SDD | Suy dinh dưỡng |
| SGA | Subjective Global Assessment of nutritional status (Phương pháp đánh giá tổng thể chủ quan) |
| TTDD | Tình trạng dinh dưỡng |
| WHO | World Health Organization (Tổ chức Y tế thế giới) |
| (+) | Dương tính |
| (-) | Âm tính |

**DANH MỤC BẢNG**

[Bảng 1.1. Ước tính gánh nặng bệnh lao tại Việt Nam năm 2021](#_Toc134606404)

[Bảng 1.2. Ước tính tỷ lệ mắc lao với MDR/RR-TB năm 2021](#_Toc134606405)

[Bảng 1.3. Thông báo ca bệnh năm 2021](#_Toc134606406)

[Bảng 1.4. Chăm sóc lao/HIV ở bệnh nhân lao mới và tái phát 2021](#_Toc134606407)

[Bảng 3.1. Tình trạng dinh dưỡng theo BMI](#_Toc134606408)

[Bảng 3.2. Tình trạng dinh dưỡng theo SGA](#_Toc134606409)

[Bảng 3.3. Đặc điểm SDD theo nhóm tuổi](#_Toc134606410)

[Bảng 3.4. Đặc điểm SDD theo giới](#_Toc134606411)

[Bảng 3.5. Đặc điểm SDD theo nghề nghiệp](#_Toc134606412)

[Bảng 3.6. Đặc điểm SDD theo khu vực địa lý](#_Toc134606413)

[Bảng 3.7. Đặc điểm SDD theo tiền sử bệnh lý mạn tính](#_Toc134606414)

[Bảng 3.8. Đặc điểm SDD theo thời gian chẩn đoán bệnh](#_Toc134606415)

[Bảng 3.9. Mối liên quan giữa nhóm tuổi và tình trạng dinh dưỡng](#_Toc134606416)

[Bảng 3.10. Mối liên quan giữa giới và tình trạng dinh dưỡng](#_Toc134606417)

[Bảng 3.11. Mối liên quan giữa nghề nghiệp và tình trạng dinh dưỡng](#_Toc134606418)

[Bảng 3.12. Mối liên quan giữa khu vực địa lý và tình trạng dinh dưỡng](#_Toc134606419)

[Bảng 3.13. Mối liên quan giữa thời gian chẩn đoán và TTDD](#_Toc134606420)

[Bảng 3.14. Mối liên quan giữa tiền sử bệnh lý mạn tính và TTDD](#_Toc134606421)

[Bảng 3.15. Mối liên quan giữa triệu chứng sốt và TTDD](#_Toc134606422)

[Bảng 3.16. Mối liên quan giữa triệu chứng ran và TTDD](#_Toc134606423)

[Bảng 3.17. Mối liên quan giữa mức độ tổn thương trên phim X-quang phổi và TTDD](#_Toc134606424)

[Bảng 3.18. Mối liên quan giữa tổn thương trên phim X-quang phổi có hang và TTDD](#_Toc134606425)

[Bảng 3.19. Mối liên quan giữa tình trạng thiếu máu và TTDD](#_Toc134606426)

[Bảng 3.20. Mối liên quan giữa số lượng bạch cầu và TTDD](#_Toc134606427)

[Bảng 3.21. Mối liên quan giữa kháng thuốc điều trị lao và TTDD](#_Toc134606428)

**DANH MỤC HÌNH**

[Hình 3.1. Tỷ lệ tình trạng dinh dưỡng theo BMI](#_Toc134606429)

[Hình 3.2. Tỷ lệ tình trạng dinh dưỡng theo SGA](#_Toc134606430)

ĐẶT VẤN ĐỀ

Lao là một bệnh truyền nhiễm do trực khuẩn lao (Mycobacterium tuberculosis) gây nên. Bệnh lao có thể gặp ở tất cả các bộ phận của cơ thể, trong đó lao phổi là thể lao phổ biến nhất (chiếm 80 – 85% tổng số ca bệnh) và là nguồn lây chính cho người xung quanh [1]. 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 2022 của WHO, Việt Nam nằm trong 30 nước có gánh nặng lớn nhất về bệnh lao, với 77 657 ca bệnh mới và 14 300 ca tử vong năm 2021 [2].

Có nhiều yếu tố ảnh hưởng tới tình trạng mắc bệnh lao trong đó bệnh nhân lao rất dễ bị suy dinh dưỡng (SDD) và ngược lại suy dinh dưỡng lại trở thành vấn đề quan trọng hàng đầu tăng nguy cơ mắc lao [3]. Người ta đã chứng minh rằng suy dinh dưỡng là một yếu tố nguy cơ cho sự tiến triển từ lao sơ nhiễm sang bệnh lao hoạt động và tình trạng suy dinh dưỡng tại thời điểm chẩn đoán bệnh lao là yếu tố dự báo nguy cơ tử vong và tái phát bệnh lao [4]. Mặt khác, ở bệnh nhân lao thường có biểu hiện chán ăn, kém hấp thu chất dinh dưỡng, kém hấp thu vi chất dinh dưỡng, rối loạn chuyển hóa dẫn đến gầy mòn [5-7].

Theo nghiên cứu của Đoàn Duy Tân công bố năm 2021, tỷ lệ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân lao phổi tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch theo phương pháp đánh giá tổng thể chủ quan (SGA) và theo chỉ số khối cơ thể (BMI) lần lượt là 66,6% (64/96) và 55,2% (54/96) [8]. Theo nghiên cứu của Lê Thị Thủy năm 2019, tỷ lệ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân lao phổi theo phương pháp SGA là 56,1% [9, 10]. Theo Berhanu Elfu Feleke (2019), tỷ lệ bệnh nhân SDD theo BMI là 50% [3]. Trong nghiên cứu của Lal M. Gurung (2018), có hơn 1/3 bệnh nhân lao mắc SDD theo BMI [11].

Hiện nay, bệnh lao phổi có thể điều trị khỏi, 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 [1, 12]. Đánh giá TTDD 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. Nâng cao TTDD, cung cấp kiến thức, giáo dục và tư vấn dinh dưỡng cho bệnh nhân cũng như gia đình họ là một trong những yếu tố quan trọng trong phòng và điều trị bệnh lao phổi [5].

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 [13]. Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu về TTDD, mức độ nghiêm trọng của SDD đối với bệnh nhân lao phổi mới. Câu hỏi được đặt ra là TTDD và các yếu tố liên quan có ảnh hưởng như thế nào đối với bệnh nhân? 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, chúng tôi thực hiện đề tài **“Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến dinh dưỡng ở bệnh nhân lao phổi mới tại Bệnh viện phổi Hải Phòng năm 2021-2022”** với 2 mục tiêu:

*1. Mô tả các đặc điểm dinh dưỡng theo BMI và phương pháp đánh giá dinh dưỡng chủ quan 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.*

# – TỔNG QUAN

## 1.1. Tình hình mắc lao hiện nay

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

Theo Báo cáo Lao toàn cầu năm 2022 của WHO, trước khi đại dịch coronavirus (COVID-19) bùng phát, bệnh lao là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do một tác nhân truyền nhiễm, xếp trên HIV/AIDS. Ước tính khoảng 10,6 triệu người mắc bệnh lao vào năm 2021, tăng 4,5% so với 10,1 triệu vào năm 2020 và 1,6 triệu người chết vì lao (trong đó có 187 000 người nhiễm HIV) [2]. Từ năm 2020 đến năm 2021, tỷ lệ mắc lao mới tăng 3,6%, số ca mắc lao có nhiễm HIV (+) là 703 000 người, gánh nặng lao kháng thuốc được ước tính đã tăng lên với 450 000 ca kháng Rifampicin mới năm 2021 [2].

Tỷ lệ mắc lao khác nhau giữa các quốc gia, tuổi tác, chủng tộc, giới tính và tình trạng kinh tế xã hội. Năm 2021, tổng cộng 10 quốc gia chiếm khoảng 75% tỷ lệ nhiễm lao và mắc bệnh lao mới toàn cầu là Ấn Độ, Indonesia, Philippines, Pakistan, Nigeria, Trung Quốc, Nam Phi, Myanmar, Việt Nam và Cộng hòa Dân chủ Congo. 5 quốc gia chiếm tỷ lệ mắc lao nhiều nhất là Ấn Độ, Indonesia, Philippines, Pakistan và Nigeria (lần lượt là 24%, 13%, 10%, 6,6% và 6,3%) [2].

Theo nghiên cứu của các tác giả V. Schiza và cộng sự năm 2022, cho thấy trong đại dịch COVID-19 có sự giảm mạnh về số lượng các bộ xét nghiệm lao trong năm 2020. Kết quả này có thể phản ánh sự giảm tiếp cận với các dịch vụ chẩn đoán và điều trị lao. Nghiên cứu cũng nhận thấy một sự khác biệt giữa các khu vực trong mức độ ảnh hưởng của COVID-19, với những khu vực có gánh nặng bệnh lao cao như châu Phi và châu Á bị ảnh hưởng nhiều hơn [14]. WHO cũng dự báo dịch COVID-19 sẽ làm chậm hoặc đảo ngược xu hướng giảm dần bệnh lao trên toàn cầu [2].

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

Hiện nay, Việt Nam vẫn là nước có gánh nặng bệnh lao cao, đứng thứ 11 trong 30 nước có số người bệnh lao cao nhất trên toàn cầu, đồng thời đứng thứ 11 trong số 30 nước có gánh nặng bệnh lao kháng đa thuốc cao nhất thế giới theo Báo cáo Lao toàn cầu năm 2022 của WHO [2]:

Bảng 1.1. Ước tính gánh nặng bệnh lao tại Việt Nam năm 2021

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Số lượng** | **Tỷ lệ (trên 100 000 dân)** |
| Tổng số mắc lao | 169 000 (109 000-241 000) | 173 (112-247) |
| Tỷ lệ nhiễm lao dương tính với HIV | 5 100 (3 300-7 400) | 5.3 (3.4-7.5) |
| Tỷ lệ lao kháng MDR/RR | 8 900 (5 400-12 000) | 9.1 (5.5-13) |
| Tỷ lệ tử vong do lao âm tính với HIV | 12 000 (8 700-16 000) | 12 (8.9-17) |
| Tỷ lệ tử vong do lao dương tính với HIV | 2 200 (1 600-2 900) | 2.2 (1.6-3) |

Bảng 1.2. Ước tính tỷ lệ mắc lao với MDR/RR-TB năm 2021

|  |  |
| --- | --- |
| Các trường hợp mới | 4,3% (4,1-4,5) |
| Các trường hợp đã điều trị trước đây | 15% (14-16) |

Bảng 1.3. Thông báo ca bệnh năm 2021

|  |  |
| --- | --- |
| Tổng số mới và tái phát | 77 657 |
| - % xét nghiệm với chẩn đoán nhanh tại thời điểm chẩn đoán | 96% |
| - % đã biết tình trạng nhiễm HIV | 82% |
| - % phổi | 79% |
| - % xác nhận vi khuẩn | 77% |
| - % trẻ em từ 0-14 tuổi | 1% |
| - % nữ (tuổi ≥15) | 29% |
| - % nam giới (tuổi ≥15) | 70% |
| Tổng số trường hợp được thông báo | 78 935 |

Bảng 1.4. Chăm sóc lao/HIV ở bệnh nhân lao mới và tái phát 2021

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Số lượng** | **(%)** |
| Bệnh nhân đã biết tình trạng HIV dương tính với HIV | 1 945 | 3% |
| - đang điều trị bằng thuốc kháng vi-rút | 1 521 | 78% |

## 1.2. Một số hiểu biết về bệnh lao phổi

### 1.2.1. Khái niệm cơ bản về bệnh lao phổi

Bệnh lao là một bệnh gây ra bởi trực khuẩn Mycobacterium tuberculosis (MTB) là loại vi khuẩn hiếu khi, có khả năng tồn tại lâu ở môi trường bên ngoài, sinh sản chậm, có nhiều quần thể vi khuẩn chuyển hóa khác nhau ở tổn thương và có khả năng kháng thuốc. Đường lây chủ yếu của lao là đường hô hấp, người lành nhiễm trực khuẩn lao khi tiếp xúc người bị bệnh lao phổi có ho, khạc ra vi khuẩn. Bệnh lao chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố xã hội như trình độ văn hóa, kinh tế, các phong tục tập quán xã hội [12].

Lao phổi là thể bệnh gặp nhiều nhất, chiếm 80-85% tổng số bệnh lao, là nguồn lây cho người lành nhiều nhất, đặc biệt là người có vi khuẩn xác định bằng nhuộm soi đờm trực tiếp (AFB (+)) [1, 12]. Chẩn đoán lao phổi mới người bệnh chưa bao giờ dùng thuốc chống lao hoặc mới dùng thuốc chống lao dưới 1 tháng [1].

### 1.2.2. Đặc điểm lâm sàng bệnh lao phổi

#### 1.2.2.1. Triệu chứng toàn thân

Hội chứng nhiễm trùng, nhiễm độc lao: mệt mỏi, giảm khả năng làm việc, ăn kém, gầy sút, sốt nhẹ về chiều (37,5 - 38 oC) kèm ra mồ hôi về ban đêm, da xanh, niêm mạc nhợt [12].

Theo Lê Thị Ba (2015), bệnh nhân lao phổi có sốt chiếm 51,6% [15]. Nghiên cứu của Phạm Thị Ánh Tuyết (2017) thấy rằng sốt nhẹ chiếm 78,4% [16], mệt mỏi chiếm 73,2%, chán ăn chiếm 50,7%, gầy sút cân chiếm 52,1% [17]. Theo Đoàn Duy Tân (2021), tỷ lệ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân lao phổi theo phương pháp SGA và theo BMI lần lượt là 66,6% (64/96) và 55,2% (54/96) [8]. Kết quả nghiên cứu của Lê Thị Thủy (2019), 9,5% bệnh nhân lao phổi có biểu hiện SDD theo BMI mức độ nặng, 46,6% mức độ vừa và 43,9% biểu hiện bình thường [10]. Theo Berhanu Elfu Feleke (2019), tỷ lệ bệnh nhân SDD theo BMI là 50% [3]. Theo Bedru Hussien (2019), tỷ lệ bệnh nhân SDD theo BMI là 63% [18]. Trong nghiên cứu của Lal M. Gurung (2018), có hơn 1/3 bệnh nhân lao mắc SDD theo BMI [11].

#### 1.2.2.2. Triệu chứng cơ năng

Ho khạc đờm là triệu chứng hay gặp nhất, ho khan hoặc có đờm nhày, màu vàng nhạt, có thể có màu xanh hoặc mủ đặc [12]. Theo nghiên cứu của Lê Trọng Thạch (2016), triệu chứng ho chiếm 95,8%, trong đó ho khan là 35,2% và ho có đờm là 60,6% [19]. Theo Bilal Ahmad Rahimi (2020), ho có ở 88% những bệnh nhân mắc lao phổi [20].

Ho ra máu là triệu chứng hiếm gặp, lượng máu ho ra thường ít, có thể có đuôi khái huyết [12]. Nghiên cứu của Harveen Kaur và cộng sự (2022) thấy lao phổi chiếm tới 60% các nguyên nhân gây ho ra máu [21].

Đau ngực thường ở một vị trí cố định [12]. Nghiên cứu của Vũ Thị Vân Anh (2021) thấy rằng triệu chứng đau ngực chiếm 72,7% [22]; theo Phạm Thị Ánh Tuyết (2017), đau ngực chiếm 80,3% [16].

Khó thở chỉ xuất hiện khi tổn thương rộng ở phổi hoặc phát hiện bệnh muộn [12]. Theo Vũ Thị Vân Anh (2021), khó thở chiếm 43,9% [22]; nghiên cứu của Lê Trọng Thạch (2016), triệu chứng khó thở là 19% [19].

#### 1.2.2.3. Triệu chứng thực thể

Có thể gặp các dấu hiệu thực thể như rì rào phế nang giảm vùng đỉnh phổi hoặc vùng liên bả cột sống. Ran ẩm, ran nổ cố định ở một vị trí hay gặp vùng cao của phổi. Nếu đến muộn, có thể thấy lồng ngực bên bị tổn thương lép, khoang liên sườn hẹp lại [12].

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Phượng (2017), ran ẩm là 66,2%; ran nổ là 42,3%; biến dạng lồng ngực 13,4% [23]. Theo Lê Trọng Thạch (2016), ran ẩm 6,3%; ran nổ 9,5% [19].

### 1.2.3. Đặc điểm cận lâm sàng bệnh lao phổi

#### 1.2.3.1. Nhuộm soi trực tiếp tìm AFB

Xét nghiệm cho phép nhận dạng tất cả vi khuẩn kháng toan cồn nhưng không phân biệt được trực khuẩn lao và trực khuẩn kháng toan cồn khác. Gồm 2 kỹ thuật nhuộm Ziehl-Neelsen hoặc phương pháp nhuộm soi huỳnh quang đèn LED [12, 24].

#### 1.2.3.2. Nuôi cấy tìm trực khuẩn lao

Nuôi cấy có độ đặc hiệu cao hơn nhiều so với nhuộm soi trực tiếp nhưng cần nhiều thời gian để có kết quả do trực khuẩn lao tăng trưởng chậm trong môi trường nuôi cấy:

- Nuôi cấy trong môi trường môi trường cổ điển Lowenstein-Jensen [25, 26]: là môi trường giàu dinh dưỡng loại bỏ tạp chất ngăn cản trực khuẩn lao phát triển và kèm theo các chất có tác dụng diệt vi khuẩn thông thường. Sau 1-2 tháng sẽ mọc và tạo thành khuẩn lạc hình súp lơ, trắng ngà, bề mặt lẩn sẩn.

- Nuôi cấy trong môi trường MGIT [24, 25]: là phương pháp phổ biến được sử dụng hiện nay bằng hệ thống BACTEC MGIT. Sinh phẩm MGIT là dung dịch có các chất giúp trực khuẩn lao phát triển, các kháng sinh chống các loại vi khuẩn khác, kháng nấm phổ rộng và chất phát quang nhạy cảm với oxy, phát sáng khi nồng độ oxy thay đổi. Khi trực khuẩn lao sinh trưởng sẽ tiêu thụ oxy, hợp chất phát quang thoát ức chế sẽ phát quang. Kết quả được đọc tự động bằng máy BACTEC 960 cho phép xác định cả độ nhạy cảm của trực khuẩn lao với các loại kháng sinh chống lao hàng một.

#### 1.2.3.3. Phản ứng khuếch đại gen hay chuỗi polymer PCR MTB

Phát hiện trực khuẩn lao theo nguyên lý khuếch đại đoạn DNA IS 6110 (DNA đích) đặc hiệu trong genome MTB complex. Xét nghiệm này rất hiệu quả và rất nhanh, chỉ cần 1-3 MTB trong 1 ml là có thể cho kết quả dương tính và được trả trong vòng 24-48 giờ [26]. Nổi bật là kỹ thuật geneXpert MTB/RIF là xét nghiệm PCR MTB bán định lượng phối hợp với phương pháp realtime [27]. Xét nghiệm này cho phép phát hiện đồng thời DNA và hiện tượng đột biến rpoB của trực khuẩn lao gây ra hiện tượng kháng RMP.

Nguyễn Kim Cương (2021) thấy rằng gen Xpert MTB/RIF có độ nhạy là 83,3%; độ đặc hiệu là 95,7%; giá trị dự báo dương tính là 89,3%; giá trị dự báo âm tính là 93,1% [28]. Chandri Lama và cộng sự (năm 2022) nghiên cứu về vai trò của gene Xpert MTB/RIF trong chẩn đoán bệnh lao thấy rằng độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo dương tính và giá trị dự báo âm tính ở khoảng tin cậy 95% lần lượt là 73% (57-84), 92% (87-96), 71% (59-81) và 93% (89-95), ngoài ra, độ nhạy của xét nghiệm Xpert MTB/RIF trong việc phát hiện kháng RMP là 75% (42-94, 95% CI) [29].

#### 1.2.3.4. X-quang phổi thường quy

Những hình ảnh trên X-quang phổi chuẩn gợi ý lao phổi hay gặp gồm [12, 30, 31]:

- Nốt: kích thước khác nhau, đường kính nốt kê ≤2 mm, 2 mm < đường kính nốt nhỏ ≤5 mm, 5 mm < đường kính nốt to ≤10 mm, có thể rải rác 2 phổi hoặc tập trung nhiều ở vùng đỉnh phổi.

- Thâm nhiễm: đám mờ đồng đều, hình “phế quản hơi”, đường kính >10 mm cho đến thùy viêm lao hoặc thâm nhiễm ở nhiều thùy; thường khu trú ở đỉnh phổi, dưới xương đòn, trên rãnh liên thùy giữa, hình dạng tròn, trái xoan, thâm nhiễm mây mù, thâm nhiễm tam giác.

- Hang: một hình sáng bờ khép kín kích thước to nhỏ khác nhau hoặc rất nhỏ tập trụng lại tạo hình “rỗ tổ ong” hoặc “ ruột bánh mì”. Khi hang thông với phế quản trên phim có thể thấy hình ảnh phế quản là hai đường mờ song song nối hang với cuống phổi. Hang mới có thành hang dày, hang cũ có thành hang mỏng. Phân loại hang lao dựa trên kích thước, hang nhỏ <2 cm, hang trung bình từ 2 cm đến <4 cm, hang lớn từ 4 cm đến <6 cm, hang khổng lồ ≥6 cm.

- Xơ: các dải mờ có đường kính rộng từ 0,5-1 mm, thường tạo giống “hình lưới” hoặc hình “vân đá”.

- Vôi hóa: đậm độ gần tương đương kim loại và chất cản quang, hoặc đậm hơn xương, là những nốt có đậm độ cao, ranh giới rõ, thường gặp ở những trường hợp lao ổn định hoặc lao cũ,…

Phân độ tổn thương trên X-quang theo Hiệp hội Lồng ngực Hoa Kỳ được công nhận bởi WHO và Hiệp hội chống Lao và bệnh phổi Quốc tế [30]:

- Độ I: tổn thương tối thiểu không hang, độ lan rộng của tổn thương không vượt quá khối lượng tổ chức phổi nằm trên khớp ức sườn thứ hai và gai sống lưng thứ tư.

- Độ II: tổn thương vừa phải, tổn thương gián đoạn rải rác, không vượt quá khối lượng một phổi hoặc đậm độ đồng nhất không vượt quá 1/3 khối lượng 1 phổi, tổng đường kính các hang <4 cm.

- Độ III: tổn thương rất quan trọng, rộng hơn độ II, tổng đường kính hang >4 cm.

Có thể nhấn mạnh vào một vài yếu tố X-quang cho phép hướng về chẩn đoán lao phổi là thường tổn thương ở 2 bên phổi, tổn thương ở đỉnh phổi, kết hợp di chứng màng phổi với tổn thương nhu mô [30].

Nghiên cứu của Trần Văn Việt (2017), X-quang phổi trong chẩn đoán lao phổi có độ nhạy rất cao 100% nhưng độ đặc hiệu không cao 11,54% [32]. Gamuchirai Tavaziva và cộng sự (2022) khi nghiên cứu về X-quang phổi trong chẩn đoán lao phổi thấy rằng ở điểm ngưỡng bệnh lao là 30, độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 87,7% [83,2-91,4%, 95% CI] và 64,3% [62,1-66,4%, 95% CI]; độ nhạy tương tự ở các điểm 15 là 88,1% [83,6-91,7%, 95% CI] và 45 là 86,6% [82,0 - 90,5%, 95% CI]; và độ đặc hiệu lần lượt là 57,9% [55,7-60,2%, 95% CI] và 69,9% [67,8-71,9%, 95% CI] [33].

#### 1.2.3.5. Xét nghiệm công thức máu

Người mắc bệnh lao phổi có thể thiếu máu mức độ nhẹ. Theo Võ Trọng Thành (2019) tỷ lệ bệnh nhân lao phổi thiếu máu ở nam giới là 71,76%; nữ giới là 70,37% [34]. Anirudh Mukherjee (2019) khi nghiên cứu về tình trạng thiếu máu ở bệnh nhân lao phổi thấy 60% bệnh nhân bị thiếu máu nhẹ và có 56,9% bệnh nhân thiếu máu hồng cầu bình thường [35].

Số lượng bạch cầu và công thức bạch cầu có thể gợi ý cho thầy thuốc để nghĩ đến bệnh nhân mắc lao phổi. Trong lao phổi, số lượng bạch cầu có thể bình thường nhưng tỷ lệ bạch cầu lympho lại tăng cao [12]. Theo Võ Trọng Thành (2019) tỷ lệ bệnh nhân có bạch cầu bình thường là 53,17% [34].

### 1.2.4. Chẩn đoán xác định lao phổi

Chẩn đoán xác định lao phổi khi có tổn thương trên X-quang phổi nghi lao và một trong 2 tiêu chuẩn sau [1]:

- Có bằng chứng về sự có mặt của trực 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 trực 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.

### 1.2.5. Phân loại chẩn đoán dựa theo xét nghiệm soi đờm trực tiếp tìm AFB

Dựa trên xét nghiệm soi đờm trực tiếp tìm AFB người ta chia thành lao phổi AFB (+) và lao phổi AFB (-) [1]:

- Lao phổi AFB (+): có ít nhất 1 mẫu đờm hoặc dịch phế quản, dịch dạ dày có kết quả soi trực tiếp AFB (+) tại các phòng xét nghiệm được kiểm chuẩn bởi CTCLQG.

- Lao phổi AFB (-): khi có ít nhất 2 mẫu đờm AFB (-), người bệnh cần được thực hiện quy trình chẩn đoán lao phổi AFB (-). Người bệnh được chẩn đoán lao phổi AFB (-) cần thoả mãn 1 trong 2 điều kiện sau:

+ Có bằng chứng trực khuẩn lao trong đờm, dịch phế quản, dịch dạ dày bằng phương pháp nuôi cấy hoặc các kỹ thuật mới như gene Xpert MTB/RIF.

+ Được thầy thuốc chuyên khoa chẩn đoán và chỉ định một phác đồ điều trị lao đầy đủ dựa trên (1) lâm sàng, (2) bất thường nghi lao trên X-quang phổi và (3) thêm 1 trong 2 tiêu chuẩn sau: HIV (+) hoặc không đáp ứng với điều trị kháng sinh phổ rộng.

### 1.2.6. Lao phổi kháng thuốc

#### 1.2.6.1. Định nghĩa lao phổi kháng thuốc

Trực khuẩn lao kháng thuốc: là trực khuẩn lao kháng với ít nhất 1 thuốc chống lao hàng một gồm Isoniazid (INH), Rifampicin (RMP), Pyrazinamide (PZA), Streptomycin (SM), Ethambutol (EMB) trở lên [36, 37].

#### 1.2.6.2. Phân loại bệnh nhân dựa trên tình trạng kháng thuốc

Dựa theo phân loại của WHO và các phân loại này không loại trừ lẫn nhau [1, 12, 38]:

- Kháng đơn thuốc (monoDR-TB): chỉ kháng với duy nhất một thuốc chống lao hàng một khác Rifampicin.

- Kháng nhiều thuốc (polyDR-TB): kháng với từ hai thuốc chống lao hàng một trở lên mà không kháng với Rifampicin.

- Lao kháng Rifampicin (RR-TB): kháng với Rifampicin, có hoặc không kháng thêm với các thuốc lao khác kèm theo (có thể là kháng đơn thuốc, kháng nhiều thuốc, đa kháng thuốc hoặc siêu kháng thuốc).

- Đa kháng thuốc (MDR-TB): kháng đồng thời với ít nhất hai thuốc chống lao là Isoniazid và Rifampicin.

- Tiền siêu kháng thuốc (preXDR-TB): lao đa kháng có kháng thêm với hoặc bất cứ thuốc nào thuộc nhóm Fluoroquinolone hoặc với ít nhất một trong ba thuốc tiêm hàng hai (Capreomycin, Kanamycin, Amikacin, chứ không đồng thời cả 2 loại thêm).

- Siêu kháng thuốc (XDR-TB): lao đa kháng có kháng thêm với bất cứ thuốc nào thuộc nhóm Fluoroquinolone và với ít nhất một trong ba thuốc tiêm hàng hai (Capreomycin, Kanamycin, Amikacin).

### 1.2.7. Các yếu tố thuận lợi gây bệnh lao phổi

Theo Nguyễn Văn Sáng, có một số yếu tố thuận lợi dễ gây bệnh lao phổi như [12]:

- Người tiếp xúc gần với nguồn lây, nhất là trong thời gian dài và trực tiếp.

- Một số bệnh, một số trạng thái đặc biệt: người nhiễm HIV/AIDS, suy dinh dưỡng, phụ nữ có thai, nghiện rượu, người già, loét dạ dày – tá tràng, bệnh bụi phổi, bệnh phổi do virus, bệnh đái tháo đường,…

- Mức sống thấp, chiến tranh, căng thẳng tinh thần,…

- Một số công trình nghiên cứu đề cập vai trò của hệ HLA, Haptoglobulin,… trong cảm thụ với bệnh lao liên quan tới gen.

## 1.3. Dinh dưỡng bệnh nhân lao phổi

### 1.3.1. Khái niệm cơ bản về dinh dưỡng

Suy dinh dưỡng là thuật ngữ sử dụng để mô tả sự thiếu hụt, dư thừa hoặc mất cân bằng của nhiều loại chất dinh dưỡng, dẫn đến tác động bất lợi có thể đo lường được đối với thành phần, chức năng và biểu hiện lâm sàng của cơ thể; mặc dù những người bị suy dinh dưỡng có thể bị thiếu hoặc thừa dinh dưỡng, nhưng suy dinh dưỡng thường đồng nghĩa với sự thiếu hụt dinh dưỡng [39].

Tình trạng dinh dưỡng là kết quả của quá trình đưa vào, hấp thu và sử dụng các chất dinh dưỡng và có mối liên quan tới tình trạng sức khỏe.

### 1.3.2. Mối liên quan giữa dinh dưỡng và bệnh lao phổi

Từ lâu, người ta đã biết rằng có mối liên hệ giữa bệnh lao và suy dinh dưỡng. Suy dinh dưỡng làm tăng sự phát triển của bệnh lao phổi và bệnh lao phổi làm cho tình trạng suy dinh dưỡng trở nên tồi tệ hơn [3].

Khi mắc bệnh lao, các quá trình dị hóa gây suy kiệt cho bệnh nhân thường xảy ra trước cả khi được chẩn đoán [5, 7]. Tại thời điểm chẩn đoán, tỷ lệ trao đổi chất hoặc tiêu hao năng lượng khi nghỉ ngơi tăng lên, dẫn đến nhu cầu năng lượng tăng lên để đáp ứng nhu cầu trao đổi chất cơ bản của cơ thể. Đồng thời, năng lượng nạp vào có khả năng giảm đi do chán ăn liên quan là triệu chứng của bệnh lao [5, 6]. Sự kết hợp các quá trình này dẫn đến tình trạng giảm cân và cuối cùng là gầy mòn nếu năng lượng nạp vào không đủ hoặc năng lượng tiêu hao tăng.

Khi đã bị suy dinh dưỡng có nhiều khả năng lao phổi sơ nhiễm trở thành lao phổi hoạt động bởi phản ứng miễn dịch qua trung gian tế bào bị suy giảm. Trên thực tế, trong số những người mắc bệnh lao phổi sơ nhiễm, sự xuất hiện của tình trạng suy dinh dưỡng có thể là một tác nhân quan trọng cho sự tiến triển bệnh lao phổi [4].

## 1.4. Phương pháp đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân

### 1.4.1. Chỉ số khối cơ thể

Chỉ số khối cơ thể (BMI) là phương pháp sử dụng chiều cao và cân nặng của một người trưởng thành đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người đó là thiếu cân, cân nặng bình thường, thừa cân hay béo phì. Chỉ số BMI của một cá nhân rất quan trọng trong việc xác định các vấn đề sức khỏe tiềm ẩn trong tương lai và đã được sử dụng rộng rãi như một yếu tố trong việc xác định các chính sách y tế công cộng khác nhau [40].

Chỉ số khối cơ thể của một người tính bằng cân nặng của người đó (kilogram) chia cho bình phương chiều cao (mét): BMI =

Đánh giá TTDD của người trưởng thành dựa vào phân loại BMI của WHO [41]:

- SDD độ III: BMI <16

- SDD độ II: BMI 16 – 16,99

- SDD độ I: BMI 17 – 18,49

- Bình thường: BMI 18,5 – 24,99

- Thừa cân – Béo phì: BMI ≥25

### 1.4.2. Phương pháp đánh giá dinh dưỡng chủ quan SGA

Phương pháp đánh giá dinh dưỡng chủ quan SGA (Subjective Global Assessment of nutritional status) là một công cụ đánh giá dinh dưỡng tổng thể về bệnh sử, khám thực thể của bệnh nhân và sử dụng các thông số lâm sàng để chẩn đoán SDD [42]. Các yếu tố cụ thể cần đánh giá gồm có:

- Lượng dinh dưỡng đưa vào: SDD xảy ra khi lượng dinh dưỡng đưa vào không đủ để đáp ứng nhu cầu dinh dưỡng. SGA ước tính mức độ giảm lượng dinh dưỡng đưa vào so với thông thường của một cá nhân trong 2 tuần qua. Tất cả các nguồn đưa vào cần được xem xét gồm bổ sung dinh dưỡng qua đường miệng, dinh dưỡng qua đường dạ dày, dinh dưỡng ngoài đường tiêu hóa như truyền tĩnh mạch.

- Cân nặng: giảm cân khi năng lượng nạp vào không đủ để đáp ứng nhu cầu dinh dưỡng và được phân loại thành giảm cân không đáng kể (<5% trọng lượng cơ thể bình thường), giảm cân vừa phải (5%–10% trọng lượng cơ thể thông thường) và sụt cân trầm trọng (>10% trọng lượng cơ thể bình thường). Khoảng thời gian đánh giá giảm cân là trong 6 tháng qua.

- Triệu chứng: nhiều triệu chứng tiêu hóa dẫn đến giảm lượng ăn vào hoặc gợi ý khả năng hấp kém thu như đau khi ăn, chán ăn, nôn, buồn nôn, chứng khó nuốt, tiêu chảy, các vấn đề về răng, cảm thấy no nhanh chóng, táo bón. Các triệu chứng này thường xuất hiện khi giảm cân và cần giải quyết. Thời gian của các triệu chứng này cũng rất quan trọng. Nếu các triệu chứng tiêu hóa bình thường trong 2 tuần trước khi đánh giá, có khả năng tình trạng dinh dưỡng đã ổn định hoặc được cải thiện.

- Chức năng vận động: bệnh nhân SDD nặng thường bị mất khối lượng cơ đáng kể, điều này có thể làm giảm chức năng vận động. Ban đầu, dẫn đến việc không thể thực hiện các công việc nặng nhọc và khi tiến triển, có thể ảnh hưởng đến các hoạt động của cuộc sống hàng ngày. Tuy nhiên, việc mất chức năng vận động và/hoặc suy nhược cơ thể do các quá trình bệnh tiềm ẩn phải được phân biệt với việc thiếu hụt chất dinh dưỡng. Ví dụ, rối loạn thần kinh có thể làm giảm chức năng vận động. Cũng cần lưu ý rằng bệnh lý trước đó có thể dẫn đến chức năng vận động hạn chế, khối lượng cơ mất có thể sẽ tăng nhanh do không được vận động.

- Nhu cầu trao đổi chất: các tình trạng bệnh tật như bỏng, chấn thương đầu, phản ứng viêm hệ thống và nhiễm độc giáp có làm nhu cầu trao đổi chất tăng lên và do đó cần cung cấp nhiều chất dinh dưỡng để duy trì cân bằng trao đổi chất. Cần đánh giá mức độ dinh dưỡng đầy đủ ở những bệnh nhân mắc các bệnh này.

- Thăm khám lâm sàng: lượng cơ và lượng mỡ dự trữ là một khía cạnh quan trọng của SGA. Giảm lượng mỡ dự trữ là một dấu hiệu của sự mất cân bằng năng lượng. Lượng mỡ dự trữ được đánh giá tốt nhất qua đánh giá mắt trũng sâu và sờ nắn vùng cơ tam đầu cũng như mặt bên của vùng xương sườn và lưng dưới. Để đánh giá khối lượng cơ cần kiểm tra khu vực xung quanh vai, bao gồm cơ delta, bắp tay, cơ tam đầu, cơ ngực, cơ trên vai và cơ dưới vai. Không giống như mất khối lượng mỡ, teo cơ xảy ra do các nguyên nhân khác ngoài suy dinh dưỡng như lão hóa, suy mòn và liên quan đến việc không vận động.

SGA phân loại thành 3 nhóm không suy dinh dưỡng (SGA A), SDD nhẹ/trung bình (SGA B) hoặc SDD nặng (SGA C) [42]:

- SGA A: Giảm lượng thức ăn/Lượng dinh dưỡng đưa vào tốt; <5% giảm cân; không có/các triệu chứng không ảnh hưởng đến lượng thức ăn đưa vào; không có hạn chế chức năng vận động; không bị thiếu hụt khối lượng mỡ hoặc cơ HOẶC đáp ứng một số tiêu chí của SGA B hoặc C nhưng gần đây đã ăn uống đầy đủ; tăng cân; cải thiện đáng kể các triệu chứng cho phép ăn uống đầy đủ; cải thiện đáng kể chức năng vận động; và thiếu hụt mãn tính về khối lượng mỡ và cơ nhưng gần đây cải thiện lâm sàng.

- SGB B: SDD nhẹ/trung bình giảm lượng thức ăn/Lượng dinh dưỡng đưa vào; giảm 5% - 10% cân nặng; một số triệu chứng ảnh hưởng đến lượng thức ăn đưa vào; hạn chế chức năng vừa phải hoặc suy giảm gần đây; giảm nhẹ/trung bình lượng mỡ và/hoặc khối lượng cơ HOẶC đáp ứng một số tiêu chí của SGA C nhưng cải thiện (nhưng không đầy đủ) lượng ăn vào, gần đây cân nặng ổn định, giảm các triệu chứng ảnh hưởng đến tiêu hóa, ổn định chức năng vận động.

- SGA C: SDD nặng thiếu hụt lượng thức ăn/Lượng dinh dưỡng đưa vào nghiêm trọng; đang giảm >10% cân nặng; các triệu chứng ảnh hưởng đáng kể đến lượng thức ăn/Lượng dinh dưỡng đưa vào; suy giảm chức năng vận động nghiêm trọng HOẶC gần đây suy giảm đáng kể; dấu hiệu giảm mỡ và/hoặc giảm cơ rõ ràng.

### 1.4.3. Phương pháp hóa sinh

Phương pháp đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng protein giúp xác định mức độ cung cấp và sử dụng Protein của cơ thể. Protein huyết thanh bình thường là 60 đến 80 g/L [43]. Tuy nhiên đây là xét nghiệm không đặc hiệu vì ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như lượng thức ăn của người bệnh, chuyển hóa cơ bản, tình trạng nhiễm khuẩn, stress, giảm tổng hợp protein hay mất Protein. Trong nghiên cứu của Lê Thị Thủy năm 2019 thấy rằng 24,2% người mắc lao phổi bị SDD tính theo protein huyết thanh [10].

Xét nghiệm Albumin huyết thanh cũng là một xét nghiệm giá trị trong đánh giá TTDD. Thời gian bán hủy của Albumin khoảng 3 tuần và là một trong những thành phần Protein quan trọng nhất của huyết thanh. Vậy nên Albumin huyết thanh giảm khá muộn so với tình trạng giảm Protein nhưng độ đặc hiệu cao khá cao. Albumin huyết thanh giảm dưới 35 g/L được coi là SDD [44]. Theo Lê Thị Thủy (2019), tỷ lệ người lao mắc SDD tính theo Albumin huyết thanh là 65% [10].

# - ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

## 2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu

### 2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán lao phổi mới tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 12 năm 2022.

*Tiêu chuẩn lựa chọn:*

- Bệnh nhân trên 15 tuổi.

- Bệnh nhân chẩn đoán lao phổi mới.

*Tiêu chuẩn chẩn đoán:*

- Chẩn đoán xác định lao phổi khi có tổn thương trên X-quang phổi nghi lao và một trong hai tiêu chuẩn sau [1]:

+ Có bằng chứng về sự có mặt của trực 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 trực 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.

- Chẩn đoán lao mới khi người bệnh chưa bao giờ dùng thuốc chống lao hoặc mới dùng thuốc chống lao dưới 1 tháng.

- Phân loại TTDD ở người trưởng thành theo BMI của WHO [41]:

+ SDD độ III: BMI <16

+ SDD độ II: BMI 16 – 16,99

+ SDD độ I: BMI 17 – 18,49

+ Bình thường: BMI 18,5 – 24,99

+ Thừa cân – Béo phì: BMI ≥25

- Đánh giá TTDD theo phương pháp đánh giá dinh dưỡng chủ quan SGA phân loại thành 3 nhóm [42]:

+ SGA A: Giảm lượng thức ăn/Lượng dinh dưỡng đưa vào tốt; <5% giảm cân; không có/các triệu chứng không ảnh hưởng đến lượng thức ăn đưa vào; không có hạn chế chức năng vận động; không bị thiếu hụt khối lượng mỡ hoặc cơ HOẶC đáp ứng một số tiêu chí của SGA B hoặc C nhưng gần đây đã ăn uống đầy đủ; tăng cân; cải thiện đáng kể các triệu chứng cho phép ăn uống đầy đủ; cải thiện đáng kể chức năng vận động; và thiếu hụt mãn tính về khối lượng mỡ và cơ nhưng gần đây cải thiện lâm sàng.

+ SGB B: SDD nhẹ/trung bình giảm lượng thức ăn/Lượng dinh dưỡng đưa vào; giảm 5% - 10% cân nặng; một số triệu chứng ảnh hưởng đến lượng thức ăn đưa vào; hạn chế chức năng vừa phải hoặc suy giảm gần đây; giảm nhẹ/trung bình lượng mỡ và/hoặc khối lượng cơ HOẶC đáp ứng một số tiêu chí của SGA C nhưng cải thiện (nhưng không đầy đủ) lượng ăn vào, gần đây cân nặng ổn định, giảm các triệu chứng ảnh hưởng đến tiêu hóa, ổn định chức năng vận động.

+ SGA C: SDD nặng thiếu hụt lượng thức ăn/Lượng dinh dưỡng đưa vào nghiêm trọng; đang giảm >10% cân nặng; các triệu chứng ảnh hưởng đáng kể đến lượng thức ăn/Lượng dinh dưỡng đưa vào; suy giảm chức năng vận động nghiêm trọng HOẶC gần đây suy giảm đáng kể; dấu hiệu giảm mỡ và/hoặc giảm cơ rõ ràng.

*Tiêu chuẩn loại trừ:*

- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin.

### 2.1.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Bệnh viện Phổi Hải Phòng.

Thời gian: nghiên cứu từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 05 năm 2023.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

### 2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang hồi cứu.

### 2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Phương pháp chọn mẫu: theo kỹ thuật không xác suất với mẫu thuận tiện.

Cỡ mẫu: 250 hồ sơ bệnh án đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

### 2.2.3. Biến số - chỉ số nghiên cứu

#### 2.2.3.1. Đặc điểm tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu

Phân loại TTDD theo BMI của WHO [41]:

- SDD độ III BMI <16.

- SDD độ II BMI 16 đến 16,99.

- SDD độ I BMI 17 đến 18,49.

- Bình thường BMI 18,5 đến 24,99.

- Thừa cân – Béo phì BMI ≥25.

Phân loại TTDD theo SGA [42]:

- SGA A: Giảm lượng thức ăn/Lượng dinh dưỡng đưa vào tốt; <5% giảm cân; không có/các triệu chứng không ảnh hưởng đến lượng thức ăn đưa vào; không có hạn chế chức năng vận động; không bị thiếu hụt khối lượng mỡ hoặc cơ HOẶC đáp ứng một số tiêu chí của SGA B hoặc C nhưng gần đây đã ăn uống đầy đủ; tăng cân; cải thiện đáng kể các triệu chứng cho phép ăn uống đầy đủ; cải thiện đáng kể chức năng vận động; và thiếu hụt mãn tính về khối lượng mỡ và cơ nhưng gần đây cải thiện lâm sàng.

- SGB B: SDD nhẹ/trung bình giảm lượng thức ăn/Lượng dinh dưỡng đưa vào; giảm 5% - 10% cân nặng; một số triệu chứng ảnh hưởng đến lượng thức ăn đưa vào; hạn chế chức năng vừa phải hoặc suy giảm gần đây; giảm nhẹ/trung bình lượng mỡ và/hoặc khối lượng cơ HOẶC đáp ứng một số tiêu chí của SGA C nhưng cải thiện (nhưng không đầy đủ) lượng ăn vào, gần đây cân nặng ổn định, giảm các triệu chứng ảnh hưởng đến tiêu hóa, ổn định chức năng vận động.

- SGA C: SDD nặng thiếu hụt lượng thức ăn/Lượng dinh dưỡng đưa vào nghiêm trọng; đang giảm >10% cân nặng; các triệu chứng ảnh hưởng đáng kể đến lượng thức ăn/Lượng dinh dưỡng đưa vào; suy giảm chức năng vận động nghiêm trọng HOẶC gần đây suy giảm đáng kể; dấu hiệu giảm mỡ và/hoặc giảm cơ rõ ràng.

Đặc điểm tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu theo:

- Nhóm tuổi: chia thành các nhóm <20, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59 và ≥60 tuổi.

- Giới: nam, nữ.

- Nghề nghiệp: chia thành 7 nhóm nghề (nông dân, công nhân, lao động tự do, hưu trí, cán bộ công chức, học sinh - sinh viên, nội trợ).

- Khu vực địa lý: thành thị, nông thôn, hải đảo.

- Tiền sử bệnh lý: đái tháo đường, tăng huyết áp, viêm dạ dày, HIV, gút, viêm phế quản mạn.

- Thời gian chẩn đoán: thời gian từ khi có triệu chứng đến khi được chẩn đoán bệnh được chia thành trước 2 tháng, từ 2 đến 6 tháng và trên 6 tháng.

#### 2.2.3.2. Mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan

Mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng và các yếu tố:

- Sốt: Không sốt ≤ 37 oC, có sốt >37 oC [45].

- Các tiếng phổi bệnh lý: ran ẩm, ran nổ, ran rít, ran ngáy.

- Phân mức độ lan rộng của tổn thương trên X-quang phổi thường quy [30]:

+ Độ I: tổn thương tối thiểu không hang, độ lan rộng của tổn thương không vượt quá khối lượng tổ chức phổi nằm trên khớp ức sườn thứ hai và gai sống lưng thứ tư.

+ Độ II: tổn thương vừa phải, tổn thương gián đoạn rải rác, không vượt quá khối lượng một phổi hoặc đậm độ đồng nhất không vượt quá 1/3 khối lượng 1 phổi, tổng đường kính các hang <4 cm.

+ Độ III: tổn thương rất quan trọng, rộng hơn độ II, tổng đường kính hang >4 cm.

- Phân loại tổn thương trên X-quang phổi thường quy hay gặp [12, 30, 31]:

+ Nốt: có đậm độ khác nhau, đường kính ≤10 mm.

+ Thâm nhiễm: đám mờ đồng đều, đường kính >10 mm.

+ Hang: một hình sáng bờ khép kín kích thước to nhỏ khác nhau. Phân loại hang lao dựa trên kích thước, hang nhỏ <2 cm, hang trung bình từ 2 cm đến <4 cm, hang lớn từ 4 cm đến <6 cm, hang khổng lồ ≥6 cm.

+ Xơ: là những đường mờ có thể gây co kéo rốn phổi và các tổ chức xung quanh, rộng từ 0,5 đến 1 mm thẳng hoặc cong.

+ Vôi hoá: là những nốt có đậm độ cao như xương.

- Phân loại mức độ thiếu máu theo nồng độ huyết sắc tố Hemoglobin (Hb) [46]: thiếu máu Hb <120 g/L; không thiếu máu Hb ≥120 g/L.

- Phân loại mức độ nhiễm trùng theo số lượng bạch cầu [47]: số lượng bạch cầu tăng ≥12 G/L.

- Hóa sinh máu: định lượng Albumin, Protein, men gan (SGOT, SGPT), chức năng thận (Ure, Creatinine).

### 2.2.4. Phương pháp thu thập thông tin

Thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án lao phổi mới lưu tại phòng Kế hoạch tổng hợp Bệnh viện Phổi Hải Phòng đối với những bệnh nhân vào viện từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 12 năm 2022 về tên, tuổi, giới, địa dư, nghề nghiệp, lý do vào viện, tiền sử bệnh khác, tiền sử gia đình, tiền sử xã hội, triệu chứng cơ năng, triệu chứng toàn thân, triệu chứng thực thể, đặc điểm X-quang, kháng sinh đồ. Ghi chép kết quả tỷ mỉ, chính xác, trung thực theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

### 2.2.5. Sai số và khống chế sai số

#### 2.2.5.1. Sai số trong nghiên cứu

Sai số ngẫu nhiên: sai số do chọn mẫu.

Sai số hệ thống: sai số trong quá trình thu thập số liệu và do đo lường như ghi sai số liệu, ghi thiếu số liệu, phiếu xét nghiệm không đầy đủ thông tin, sai số do ghi sai thông tin đối tượng nghiên cứu, sai số trong quá trình nhập liệu.

#### 2.2.5.2. Biện pháp khống chế sai số

Biện pháp khắc phục sai số ngẫu nhiên: dùng test thống kê đúng, tìm các giá trị ngoại lai.

Biện pháp khắc phục sai số hệ thống:

- Nhập liệu chính xác, cẩn thận.

- Kiểm tra chặt chẽ quá trình thu thập số liệu, kiểm tra ngẫu nhiên thông tin của 10% phiếu đã thu thập nếu phát hiện sai sót từ 10% thì làm lại toàn bộ phiếu.

### 2.2.6. Phương pháp xử lý, phân tích số liệu

Số liệu được nhập, xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 27.

Các test sử dụng trong y học: tính tỷ lệ %, test để so sánh 2 tỷ lệ, tính và so sánh hai trị số trung bình bằng test T, mức ý nghĩa thống kê p <0,05.

### 2.2.7. Đạo đức nghiên cứu

Đề tài nghiên cứu được Hội đồng khoa học trường Đại học Y Dược Hải Phòng xét duyệt và sự cho phép của Ban lãnh đạo Bệnh viện Phổi Hải Phòng.

Các thông tin của các bệnh nhân tham gia nghiên cứu được giữ bí mật theo quy định.

Đảm bảo tính trung thực của thông tin của các bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

Kết quả nghiên cứu chỉ nhằm bảo vệ và nâng cao sức khoẻ cho bệnh nhân, không nhằm mục đích nào khác.

# – KẾT QUẢ

## 3.1. Đặc điểm tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu

### 3.1.1. Đặc điểm tình trạng dinh dưỡng theo BMI

Hình 3.1. Tỷ lệ tình trạng dinh dưỡng theo BMI

Nhận xét: tỷ lệ bệnh nhân có BMI bình thường hoặc cao là 65,6% cao gấp 1,9 lần nhóm mắc SDD là 34,4%.

Bảng 3.1. Tình trạng dinh dưỡng theo BMI

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bệnh nhân**  **BMI** | **n** | **%** |
| <16 (SDD độ III) | 21 | 8,4 |
| 16 đến 16.99 (SDD độ II) | 22 | 8,8 |
| 17 đến 18,49 (SDD độ I) | 43 | 17,2 |
| 18,5 đến 24.99 (Bình thường) | 152 | 60,8 |
| ≥25 (Thừa cân hoặc béo phì) | 12 | 4,8 |
| Tổng | 250 | 100 |
| Trung bình | 19,6 ± 2,89 | |

Nhận xét: đánh giá TTDD theo BMI trên 250 bệnh nhân, SDD độ I chiếm 17,2% (43 bệnh nhân), SDD độ II chiếm 8,8% (22 bệnh nhân), SDD độ III chiếm 8,4% (21 bệnh nhân) và 65,6% (164 bệnh nhân) không bị SDD; trung bình BMI 19,6 ± 2,89.

### 3.1.2. Đặc điểm tình trạng dinh dưỡng theo SGA

Hình 3.2. Tỷ lệ tình trạng dinh dưỡng theo SGA

Nhận xét: tỷ lệ nhóm có SGA bình thường là 62,8% cao hơn 1,7 lần nhóm có SGA mắc SDD là 37,2%.

Bảng 3.2. Tình trạng dinh dưỡng theo SGA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bệnh nhân**  **TTDD** | **n** | **%** |
| SGA A (Không có nguy cơ SDD) | 157 | 62,8 |
| SGA B (SDD nhẹ đến trung bình) | 80 | 32,0 |
| SGA C (SDD nặng) | 13 | 5,2 |
| Tổng | 250 | 100 |

Nhận xét: đánh giá TTDD theo SGA trên 250 bệnh nhân, 62,8% SGA A (có biểu hiện bình thường), có 32,0% SGA B (SDD nhẹ đến trung bình) và 5,2% SGA C (SDD nặng).

### 3.1.3. Đặc điểm suy dinh dưỡng theo nhóm tuổi

Bảng 3.3. Đặc điểm SDD theo nhóm tuổi

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BMI** | | | | | | |
| **TTDD**  **Tuổi** | **SDD độ I (n, %)** | **SDD độ II (n, %)** | | **SDD độ III (n, %)** | | **SDD (n, %)** |
| <20 tuổi | 3 (7,0%) | 2 (9,1%) | | 3 (14,3%) | | 8 (9,3%) |
| 20 – 29 tuổi | 2 (4,7%) | 4 (18,2%) | | 4 (19,0%) | | 10 (11,6%) |
| 30 – 39 tuổi | 7 (16,3%) | 2 (9,1%) | | 1 (4,8%) | | 10 (11,6%) |
| 40 – 49 tuổi | 8 (18,6%) | 6 (27,3%) | | 5 (23,8%) | | 19 (22,1%) |
| 50 – 59 tuổi | 10 (23,3%) | 2 (9,1%) | | 1 (4,8%) | | 13 (15,1%) |
| ≥60 tuổi | 13 (30,2%) | 6 (27,3%) | | 7 (33,3%) | | 26 (30,2%) |
| **SGA** | | | | | | |
| **TTDD**  **Tuổi** | **SGA B** | | **SGA C** | | **SDD (n, %)** | |
| <20 tuổi | 3 (3,8%) | | 0 (0%) | | 3 (3,2%) | |
| 20 – 29 tuổi | 8 (10,0%) | | 3 (23,1%) | | 11 (11,8%) | |
| 30 – 39 tuổi | 14 (17,5%) | | 3 (23,1%) | | 17 (18,3%) | |
| 40 – 49 tuổi | 17 (21,3%) | | 4 (30,8%) | | 21 (22,6%) | |
| 50 – 59 tuổi | 15 (18,8%) | | 2 (15,4%) | | 17 (18,3%) | |
| ≥60 tuổi | 23 (28,7%) | | 1 (7,7%) | | 24 (25,8%) | |

Nhận xét: theo BMI, trong các bệnh nhân SDD nhóm tuổi ≥60 tuổi chiếm tỷ lệ SDD cao nhất là 30,2%; nhóm có tỷ lệ SDD thấp nhất là nhóm <20 tuổi chiếm 9,3%. Theo SGA, nhóm tuổi ≥60 tuổi bị SDD cao nhất chiếm 25,8%; nhóm <20 tuổi có tỷ lệ SDD thấp nhất là 3,2%.

### 3.1.4. Đặc điểm suy dinh dưỡng theo giới

Bảng 3.4. Đặc điểm SDD theo giới

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BMI** | | | | | | |
| **TTDD**  **Giới** | **SDD độ I (n, %)** | **SDD độ II (n, %)** | | **SDD độ III (n, %)** | | **SDD (n, %)** |
| Nam | 33 (76,7%) | 16 (72,7%) | | 14 (66,7%) | | 63 (73,3%) |
| Nữ | 10 (23,3%) | 6 (27,3%) | | 7 (33,3%) | | 23 (26,7%) |
| **SGA** | | | | | | |
| **TTDD**  **Tuổi** | **SGA B** | | **SGA C** | | **SDD (n, %)** | |
| Nam | 61 (76,3%) | | 10 (76,9%) | | 71 (76,3%) | |
| Nữ | 19 (23,8%) | | 3 (23,1%) | | 22 (23,7%) | |

Nhận xét: đánh giá SDD theo BMI, nam giới có tỷ lệ SDD là 73,3% cao hơn 2,8 lần so với nữ giới là 26,7%, trong đó nam giới SDD độ I, độ II, độ III lần lượt là 76,7%, 72,7% và 66,7%, nữ giới SDD độ I, độ II và độ III tương ứng là 23,3%, 27,3% và 33,3%. Kết quả đánh giá theo chỉ số SGA tương tự, nam giới có tỷ lệ SDD chiếm 76,3% cao hơn 3,2 lần so với nữ giới là 23,7%.

### 3.1.5. Đặc điểm suy dinh dưỡng theo nghề nghiệp

Bảng 3.5. Đặc điểm SDD theo nghề nghiệp

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BMI** | | | | | | |
| **TTDD**  **Nghề nghiệp** | **SDD độ I (n, %)** | **SDD độ II (n, %)** | | **SDD độ III (n, %)** | | **SDD (n, %)** |
| Nông dân | 5 (11,6%) | 1 (4,5%) | | 4 (19,0%) | | 10 (11,6%) |
| Công nhân | 5 (11,6%) | 0 (%) | | 0 (0%) | | 5 (5,8%) |
| Lao động tự do | 23 (53,5%) | 16 (72,7%) | | 10 (47,6%) | | 49 (57,0%) |
| Hưu trí | 4 (9,3%) | 1 (4,5%) | | 3 (14,3%) | | 8 (9,3%) |
| Cán bộ công chức | 1 (2,3%) | 1 (4,5%) | | 1 (4,5%) | | 3 (3,5%) |
| Học sinh – Sinh viên | 4 (9,3%) | 2 (9,1%) | | 2 (9,5%) | | 8 (9,3%) |
| Nội trợ | 1 (2,3%) | 1 (4,5%) | | 1 (4,8%) | | 3 (3,5%) |
| **SGA** | | | | | | |
| **TTDD**  **Nghề nghiệp** | **SGA B** | | **SGA C** | | **SDD (n, %)** | |
| Nông dân | 16 (20,0%) | | 1 (7,7%) | | 17 (18,3%) | |
| Công nhân | 5 (6,3%) | | 2 (15,4%) | | 7 (7,5%) | |
| Lao động tự do | 42 (52.5%) | | 9 (69,2%) | | 51 (54,8%) | |
| Hưu trí | 5 (6,3%) | | 0 (0%) | | 5 (5,4%) | |
| Cán bộ công chức | 4 (5,0%) | | 0 (0%) | | 4 (4,3%) | |
| Học sinh – Sinh viên | 4 (5,0%) | | 0 (0%) | | 4 (4,3%) | |
| Nội trợ | 4 (5,0%) | | 1 (7,7%) | | 5 (5,4%) | |

Nhận xét: theo BMI, lao động tự do có tỷ lệ SDD nhiều nhất trong số bệnh nhân mắc SDD chiếm 57,0%; nội trợ và cán bộ công chức đều có tỷ lệ SDD thấp nhất là 3,5%. Kết quả đánh giá SDD theo SGA, lao động tự do có tỷ lệ SDD nhiều nhất chiếm 54,8%; học sinh – sinh viên và cán bộ công chức đều có tỷ lệ SDD thấp nhất là 4,3%.

### 3.1.6. Đặc điểm suy dinh dưỡng theo khu vực địa lý

Bảng 3.6. Đặc điểm SDD theo khu vực địa lý

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BMI** | | | | | | |
| **TTDD**  **Khu vực**  **địa lý** | **SDD độ I (n, %)** | **SDD độ II (n, %)** | | **SDD độ III (n, %)** | | **SDD (n, %)** |
| Thành thị | 14 (32,6%) | 11 (50,0%) | | 9 (42,9%) | | 34 (39,5%) |
| Nông thôn | 29 (67,4%) | 11 (50,0%) | | 12 (57,1%) | | 52 (60,5%) |
| Hải đảo | 0 (0%) | 0 (0%) | | 0 (0%) | | 0 (0%) |
| **SGA** | | | | | | |
| **TTDD**  **Khu vực**  **địa lý** | **SGA B** | | **SGA C** | | **SDD (n, %)** | |
| Thành thị | 32 (40,0%) | | 4 (30,8%) | | 36 (38,7%) | |
| Nông thôn | 47 (58,8%) | | 9 (69,2%) | | 56 (60,2%) | |
| Hải đảo | 1 (1,3%) | | 0 (0%) | | 1 (1,1%) | |

Nhận xét: theo BMI, trong số bệnh nhân mắc SDD nông thôn có tỷ lệ SDD cao nhất chiếm 60,5%, tiếp theo là thành thị chiếm tỷ 38,7%, hải đảo không có bệnh nhân SDD. Theo SGA, nông thôn có tỷ lệ SDD cao nhất chiếm 60,2%, tiếp theo là thành thị chiếm tỷ 38,7%, hải đảo chiếm 1,1%.

### 3.1.7. Đặc điểm suy dinh dưỡng theo tiền sử bệnh lý mạn tính

Bảng 3.7. Đặc điểm SDD theo tiền sử bệnh lý mạn tính

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BMI** | | | | | | |
| **TTDD**  **Tiền sử**  **bệnh lý mạn tính** | **SDD độ I (n, %)** | **SDD độ II (n, %)** | | **SDD độ III (n, %)** | | **SDD (n, %)** |
| Đái tháo đường | 6 (19,0%) | 1 (4,5%) | | 4 (14,0%) | | 11 (12,8%) |
| Tăng huyết áp | 3 (7,0%) | 2 (9,1%) | | 1 (4,8%) | | 6 (7,0%) |
| Viêm dạ dày | 1 (2,3%) | 0 (0%) | | 0 (0%) | | 1 (1,2%) |
| Gút | 1 (2,3%) | 0 (0%) | | 0 (0%) | | 1 (1,2%) |
| Viêm phế quản mạn tính | 2 (4,7%) | 0 (0%) | | 0 (0%) | | 2 (2,3%) |
| **SGA** | | | | | | |
| **TTDD**  **Tiền sử**  **bệnh lý mạn tính** | **SGA B** | | **SGA C** | | **SDD (n, %)** | |
| Đái tháo đường | 12 (15%) | | 4 (30,4%) | | 16 (17,2%) | |
| Tăng huyết áp | 6 (7,5%) | | 0 (0%) | | 6 (6,5%) | |
| Viêm dạ dày | 0 (0%) | | 1 (7,7%) | | 1 (1,1%) | |
| Gút | 4 (5,0%) | | 0 (0%) | | 4 (4,3%) | |
| Viêm phế quản mạn tính | 1 (1,3%) | | 0 (0%) | | 1 (1,1%) | |

Nhận xét: Theo BMI, trong số bệnh nhân bị SDD, đái tháo đường chiếm 12,8%, tăng huyết áp là 7,0%, viêm dạ dày là 1,2%, gút chiếm 1,2% và viêm phế quản mạn tính chiếm 2,3%. Theo SGA, trong số bệnh nhân bị SDD, đái tháo đường chiếm 17,2%, tăng huyết áp là 6,5%, viêm dạ dày là 1,1%, gút chiếm 4,3% và viêm phế quản mạn tính chiếm 1,1%.

### 3.1.8. Đặc điểm suy dinh dưỡng theo thời gian chẩn đoán

Bảng 3.8. Đặc điểm SDD theo thời gian chẩn đoán bệnh

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BMI** | | | | | | |
| **TTDD**  **Thời gian**  **chẩn đoán** | **SDD độ I (n, %)** | **SDD độ II (n, %)** | | **SDD độ III (n, %)** | | **SDD (n, %)** |
| <2 tháng | 31 (72,1%) | 18 (81,8%) | | 14 (66,7%) | | 63 (73,3%) |
| 2 đến 6 tháng | 10 (23,3%) | 4 (18,2%) | | 7 (33,3%) | | 21 (24,4%) |
| >6 tháng | 2 (2,3%) | 0 (0%) | | 0 (0%) | | 2 (2,3%) |
| **SGA** | | | | | | |
| **TTDD**  **Thời gian**  **chẩn đoán** | **SGA B** | | **SGA C** | | **SDD (n, %)** | |
| <2 tháng | 62 (77,5%) | | 6 (46,2%) | | 68 (73,1%) | |
| 2 đến 6 tháng | 18 (22,5%) | | 5 (38,5%) | | 23 (24,7%) | |
| >6 tháng | 0 (0%) | | 2 (15,4%) | | 2 (2,2%) | |

Nhận xét: theo BMI, bệnh nhân lao mắc SDD được chẩn đoán dưới 2 tháng có tỷ lệ cao nhất chiếm 73,3%, tiếp theo là từ 2 đến 6 tháng chiếm tỷ 24,4%, trên 6 tháng là 2,3%; không có bệnh nhân lao chẩn đoán trên 6 tháng nào mắc SDD nặng. Theo SGA, bệnh nhân lao mắc SDD được chẩn đoán dưới 2 tháng có tỷ lệ SDD cao nhất chiếm 73,1%, tiếp theo là từ 2 đến 6 tháng chiếm tỷ 24,7%, trên 6 tháng là 2,2%, bệnh nhân mắc lao chẩn đoán trên 6 tháng thuộc SGA C là 15,4%.

## 3.2. Tình trạng dinh dưỡng và các yếu tố liên quan của đối tượng nghiên cứu

### 3.2.1. Mối liên quan giữa nhóm tuổi và tình trạng dinh dưỡng

Bảng 3.9. Mối liên quan giữa nhóm tuổi và tình trạng dinh dưỡng

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **BMI** | | | | |
| **TTDD**  **Tuổi** | **Không SDD**  **(n, %)** | **SDD (n, %)** | **OR**  **(95% CI)** | **p** |
| <60 tuổi | 108 (64,3%) | 60 (35,7%) | 0,836  (0,476-1,466) | 0,628 |
| ≥60 tuổi | 56 (70,7%) | 26 (31,7%) |
| **SGA** | | | | |
| **TTDD**  **Tuổi** | **Không SDD**  **(n, %)** | **SDD (n, %)** | **OR**  **(95% CI)** | **p** |
| <60 tuổi | 99 (58,9%) | 69 (41,1%) | 0,594  (0,337-1,046) | 0,094 |
| ≥60 tuổi | 58 (70,7%) | 24 (29,3%) |

Nhận xét: đánh giá mối liên quan giữa nhóm tuổi với TTDD theo BMI, nhóm <60 tuổi có tỷ lệ bệnh nhân SDD là 35,7% cao hơn 1,12 lần so với nhóm ≥60 tuổi là 31,7%; tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0,625. Đánh giá mối liên quan giữa nhóm tuổi với TTDD theo SGA, nhóm <60 tuổi có tỷ lệ bệnh nhân SDD là 41,1% cao hơn 1,4 lần so với nhóm ≥60 tuổi là 29,3%. sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,094.

### 3.2.2. Mối liên quan giữa giới và tình trạng dinh dưỡng

Bảng 3.10. Mối liên quan giữa giới và tình trạng dinh dưỡng

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **BMI** | | | | |
| **TTDD**  **Giới** | **Không SDD**  **(n, %)** | **SDD (n, %)** | **OR**  **(95% CI)** | **p** |
| Nam | 120 (65,6%) | 63 (34,4%) | 0,996  (0,552-1,795) | 1 |
| Nữ | 44 (65,7%) | 23 (34,3%) |
| **SGA** | | | | |
| **TTDD**  **Giới** | **Không SDD**  **(n, %)** | **SDD (n, %)** | **OR**  **(95% CI)** | **p** |
| Nam | 112 (61,2%) | 71 (38,8%) | 0,771  (0,427-1,392) | 0,474 |
| Nữ | 45 (67,2%) | 22 (32,8%) |

Nhận xét: đánh giá TTDD theo BMI, bệnh nhân nam có 34,4% bệnh nhân SDD và bệnh nhân nữ có 34,3% bệnh nhân SDD, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=1 cho thấy yếu tố giới tính chưa thực sự ảnh hưởng đến TTDD của bệnh nhân theo BMI. Đánh giá TTDD theo SGA, bệnh nhân nam có 38,8% bệnh nhân SDD cao hơn 1,18 lần so với nữ có 32.8% bệnh nhân SDD, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0,474 cho thấy yếu tố giới tính chưa thực sự ảnh hưởng đến TTDD của bệnh nhân theo SGA.

### 3.2.3. Mối liên quan giữa nghề nghiệp và tình trạng dinh dưỡng

Bảng 3.11. Mối liên quan giữa nghề nghiệp và tình trạng dinh dưỡng

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **BMI** | | | | |
| **TTDD**  **Nghề nghiệp** | **Không SDD**  **(n, %)** | **SDD (n, %)** | **OR**  **(95% CI)** | **p** |
| Lao động tự do | 69 (58,5%) | 49 (41,5%) | 0,548  (0,324-0,930) | 0,035 |
| Nghề nghiệp khác | 95 (72,0%) | 37 (28,0%) |
| **SGA** | | | | |
| **TTDD**  **Nghề nghiệp** | **Không SDD**  **(n, %)** | **SDD (n, %)** | **OR**  **(95% CI)** | **p** |
| Lao động tự do | 67 (56,8%) | 51 (43,2%) | 0,613  (0,366-1,028) | 0,083 |
| Nghề nghiệp khác | 90 (68,2%) | 42 (31,8%) |

Nhận xét: đánh giá TTDD theo BMI, lao động tự do có tỷ lệ bệnh nhân SDD là 41,5% cao hơn 1,48 lần các nghề nghiệp khác là 28,0%, OR=0,548, khoảng tin cậy 95% của OR là 0,324-0,930, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,035. Đánh giá TTDD theo SGA, lao động tự do có tỷ lệ bệnh nhân SDD là 43,2% cao hơn các nghề nghiệp khác là 31,8%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0,083.

### 3.2.4. Mối liên quan giữa khu vực địa lý và tình trạng dinh dưỡng

Bảng 3.12. Mối liên quan giữa khu vực địa lý và tình trạng dinh dưỡng

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **BMI** | | | | |
| **TTDD**  **Khu vực**  **địa lý** | **Không SDD**  **(n, %)** | **SDD (n, %)** | **OR**  **(95% CI)** | **p** |
| Thành phố | 71 (67,6%) | 34 (32,4%) | 1,168  (0,686-1,986) | 0,662 |
| Nông thôn và hải đảo | 93 (64,1%) | 52 (35,9%) |
| **SGA** | | | | |
| **TTDD**  **Khu vực**  **địa lý** | **Không SDD**  **(n, %)** | **SDD (n, %)** | **OR**  **(95% CI)** | **p** |
| Thành phố | 69 (65,7%) | 36 (34,3%) | 1,241  (0,736-2,094) | 0,497 |
| Nông thôn và hải đảo | 88 (60,7%) | 57 (39,3%) |

Nhận xét: theo BMI, tỷ lệ bệnh nhân SDD ở khu vực thành phố là 32,4% thấp hơn khu vực nông thôn và hải đảo là 35,9%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0,662. Theo SGA, tỷ lệ bệnh nhân SDD ở khu vực thành phố là 34,3% thấp hơn khu vực nông thôn và hải đảo là 39,3%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0,497.

### 3.2.5. Mối liên quan thời gian chẩn đoán bệnh và tình trạng dinh dưỡng

Bảng 3.13. Mối liên quan giữa thời gian chẩn đoán và TTDD

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **BMI** | | | | |
| **TTDD**  **Thời gian**  **chẩn đoán** | **Không SDD**  **(n, %)** | **SDD (n, %)** | **OR**  **(95% CI)** | **p** |
| Trước 2 tháng | 132 (67,7%) | 63 (32,3%) | 1,506  (0,815-2,783) | 0,250 |
| Từ 2 tháng trở lên | 32 (58,2%) | 23 (41,8%) |
| **SGA** | | | | |
| **TTDD**  **Thời gian**  **chẩn đoán** | **Không SDD**  **(n, %)** | **SDD (n, %)** | **OR**  **(95% CI)** | **p** |
| Trước 2 tháng | 127 (65,1%) | 68 (34,9%) | 1,556  (0,848-2,856) | 0,202 |
| Từ 2 tháng trở lên | 30 (54,5%) | 25 (45,5%) |

Nhận xét: đánh giá TTDD theo BMI, bệnh nhân có thời gian phát hiện lao phổi trước 2 tháng có tỷ lệ SDD là 32,3% thấp hơn bệnh nhân có thời gian phát hiện bệnh từ 2 tháng trở lên là 41,8%, tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0,250. Đánh giá TTDD theo SGA, bệnh nhân có thời gian phát hiện lao phổi trước 2 tháng có tỷ lệ SDD là 34,9% thấp hơn bệnh nhân có thời gian phát hiện bệnh từ 2 tháng trở lên là 45,5%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0,202.

### 3.2.6. Mối liên quan giữa tiền sử bệnh lý mạn tính và tình trạng dinh dưỡng

Bảng 3.14. Mối liên quan giữa tiền sử bệnh lý mạn tính và TTDD

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **BMI** | | | | |
| **TTDD**  **Tiền sử**  **bệnh lý** | **Không SDD**  **(n, %)** | **SDD (n, %)** | **OR**  **(95% CI)** | **p** |
| Không | 78 (60,0%) | 52 (40,0%) | 0,593  (0,349-1,007) | 0,071 |
| Có | 86 (71,7%) | 34 (28,3%) |
| **SGA** | | | | |
| **TTDD**  **Tiền sử**  **bệnh lý** | **Không SDD**  **(n, %)** | **SDD (n, %)** | **OR**  **(95% CI)** | **P** |
| Không | 73 (56,2%) | 57 (43,8%) | 0,549  (0,326-0,925) | 0,033 |
| Có | 84 (70,0%) | 36 (30,0%) |

Nhận xét: đánh giá TTDD theo BMI, bệnh nhân không có tiền sử bệnh lý mạn tính có tỷ lệ SDD là 40,0% cao hơn bệnh nhân có tiền sử bệnh lý mạn tính là 28,3%, tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0,071. Đánh giá TTDD theo SGA, bệnh nhân không có tiền sử bệnh lý mạn tính có tỷ lệ SDD là 43,8% cao gấp 1,46 lần bệnh nhân có tiền sử bệnh lý mạn tính là 30%, OR=0,549, khoảng tin cậy 95% của OR là 0,326-0,925, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,033.

### 3.2.7. Mối liên quan giữa triệu chứng sốt và tình trạng dinh dưỡng

Bảng 3.15. Mối liên quan giữa triệu chứng sốt và TTDD

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **BMI** | | | | |
| **TTDD**  **Sốt** | **Không SDD**  **(n, %)** | **SDD (n, %)** | **OR**  **(95% CI)** | **p** |
| Không | 89 (70,6%) | 37 (29,4%) | 1,539  (0,908-2,609) | 0,141 |
| Có | 75 (61,0%) | 48 (39,0%) |
| **SGA** | | | | |
| **TTDD**  **Sốt** | **Không SDD**  **(n, %)** | **SDD (n, %)** | **OR**  **(95% CI)** | **p** |
| Không | 92 (73,0%) | 34 (27,0%) | 2,414  (1,422-4,099) | 0,002 |
| Có | 65 (52,8%) | 58 (47,2%) |

Nhận xét: theo BMI, bệnh nhân không có triệu chứng có tỷ lệ SDD là 29,4% thấp hơn bệnh nhân có triệu chứng sốt là 39,0%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0,141. Khác với đánh giá TTDD theo BMI, theo SGA bệnh nhân không có triệu chứng sốt có tỷ lệ SDD là 27,0% thấp hơn 1,75 lần bệnh nhân có triệu chứng sốt là 47,2%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,002.

### 3.2.8. Mối liên quan giữa triệu chứng ran và tình trạng dinh dưỡng

Bảng 3.16. Mối liên quan giữa triệu chứng ran và TTDD

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **BMI** | | | | |
| **TTDD**  **Ran** | **Không SDD**  **(n, %)** | **SDD (n, %)** | **OR**  **(95% CI)** | **p** |
| Không | 15 (75,0%) | 15 (25,0%) | 1,631  (0,572-4,650) | 0,498 |
| Có | 149 (64,8%) | 81 (35,2%) |
| **SGA** | | | | |
| **TTDD**  **Ran** | **Không SDD**  **(n, %)** | **SDD (n, %)** | **OR**  **(95% CI)** | **p** |
| Không | 14 (70,0%) | 6 (30,0%) | 1,420  (0,526-3,831) | 0.650 |
| Có | 143 (62,2%) | 87 (37,8%) |

Nhận xét: đánh giá TTDD theo BMI, bệnh nhân không có triệu chứng ran tỷ lệ SDD là 25,0% thấp hơn 1,4 lần bệnh nhân có triệu chứng ran là 35,2%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0,489. Đánh giá TTDD theo BMI, bệnh nhân không có triệu chứng ran tỷ lệ SDD là 30,0% thấp hơn 1,26 lần bệnh nhân có triệu chứng ran là 37,8%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0,650.

### 3.2.9. Mối liên quan giữa mức độ tổn thương trên phim X-quang phổi và tình trạng dinh dưỡng

Bảng 3.17. Mối liên quan giữa mức độ tổn thương trên phim X-quang phổi và TTDD

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **BMI** | | | | |
| **TTDD**  **X-quang phổi** | **Không SDD**  **(n, %)** | **SDD (n, %)** | **OR**  **(95% CI)** | **p** |
| Độ I | 77 (80,2%) | 19 (19,8%) | 3,121  (1,722-5,656) | <0,001 |
| Độ II và III | 87 (56,5%) | 67 (43,5%) |
| **SGA** | | | | |
| **TTDD**  **X-quang phổi** | **Không SDD**  **(n, %)** | **SDD (n, %)** | **OR**  **(95% CI)** | **p** |
| Độ I | 71 (74,0%) | 25 (26,0%) | 2,246  (1,288-3,915) | 0,006 |
| Độ II và III | 86 (55,8%) | 68 (44,2%) |

Nhận xét: theo BMI, bệnh nhân tổn thương phổi độ I trên phim X-quang có tỷ lệ SDD là 19,8% thấp hơn bệnh nhân tổn thương phổi độ II và III trên phim X-quang là 43,5%, OR=3,121, khoảng tin cậy 95% của OR là 1,722-5,656, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p <0,001. Theo SGA, bệnh nhân tổn thương phổi độ I trên phim X-quang có tỷ lệ SDD là 26,0% thấp hơn bệnh nhân tổn thương phổi độ II và III trên phim X-quang là 44,2%, OR=2,246, khoảng tin cậy 95% của OR là 1,288-3,915, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,006.

### 3.2.10. Mối liên quan giữa tổn thương trên phim X-quang phổi có hang và tình trạng dinh dưỡng

Bảng 3.18. Mối liên quan giữa tổn thương trên phim X-quang phổi có hang và TTDD

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **BMI** | | | | |
| **TTDD**  **X-quang phổi** | **Không SDD**  **(n, %)** | **SDD (n, %)** | **OR**  **(95% CI)** | **p** |
| Không hang | 91 (79,1%) | 24 (20,9%) | 3,220  (1,834-5,654) | <0,001 |
| Có hang | 73 (54,1%) | 62 (45,9%) |
| **SGA** | | | | |
| **TTDD**  **X-quang phổi** | **Không SDD**  **(n, %)** | **SDD (n, %)** | **OR**  **(95% CI)** | **p** |
| Không hang | 84 (73,0%) | 31 (27,0%) | 2,301  (1,350-3,922) | 0,003 |
| Có hang | 73 (54,1%) | 62 (45,9%) |

Nhận xét: theo BMI, bệnh nhân tổn thương không hang trên phim X-quang phổi có tỷ lệ SDD là 20,9% thấp hơn 2,2 lần so với bệnh nhân tổn thương có hang trên phim X-quang phổi là 45,9%, OR=3,220, khoảng tin cậy 95% của OR là 1,834-5,654, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p <0,001. Theo SGA, bệnh nhân tổn thương không hang trên phim X-quang phổi có tỷ lệ SDD là 27,0% thấp hơn 1,7 lần so với bệnh nhân tổn thương có hang trên phim X-quang phổi là 45,9%, OR=2,301, khoảng tin cậy 95% của OR là 1,350-3,922, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,003.

### 3.2.11. Mối liên quan giữa tình trạng thiếu máu và tình trạng dinh dưỡng

Bảng 3.19. Mối liên quan giữa tình trạng thiếu máu và TTDD

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **BMI** | | | | |
| **TTDD**  **Tình trạng**  **thiếu máu** | **Không SDD**  **(n, %)** | **SDD (n, %)** | **OR**  **(95% CI)** | **p** |
| Không | 79 (77,5%) | 23 (22,5%) | 2,546  (1,444-4,489) | 0,002 |
| Có | 85 (57,4%) | 63 (42,6%) |
| **SGA** | | | | |
| **TTDD**  **Tình trạng**  **thiếu máu** | **Không SDD**  **(n, %)** | **SDD (n, %)** | **OR**  **(95% CI)** | **p** |
| Không | 72 (70,6%) | 30 (29,4%) | 1,779  (1,040-3,041) | 0,047 |
| Có | 85 (57,4%) | 63 (42,6%) |

Nhận xét: đánh giá TTDD theo BMI, tỷ lệ SDD ở bệnh nhân không thiếu máu là 22,5% thấp hơn bệnh nhân thiếu máu là 42,6%, OR=2,546, khoảng tin cậy 95% của OR là 1,444-4,489, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,002. Đánh giá TTDD theo SGA, tỷ lệ SDD ở bệnh nhân không thiếu máu là 29,4% thấp hơn bệnh nhân thiếu máu là 42,6%, OR=1,779, khoảng tin cậy 95% của OR là 1,040-3,041, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,047.

### 3.2.12. Mối liên quan giữa số lượng bạch cầu và tình trạng dinh dưỡng

Bảng 3.20. Mối liên quan giữa số lượng bạch cầu và TTDD

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **BMI** | | | | |
| **TTDD**  **Số lượng**  **bạch cầu** | **Không SDD**  **(n, %)** | **SDD (n, %)** | **OR**  **(95% CI)** | **p** |
| <12 G/L | 143 (68,4%) | 66 (31,6%) | 2,063  (1,047-4,066) | 0,052 |
| ≥12 G/L | 21 (51,2%) | 20 (48,8%) |
| **SGA** | | | | |
| **TTDD**  **Số lượng**  **bạch cầu** | **Không SDD**  **(n, %)** | **SDD (n, %)** | **OR**  **(95% CI)** | **p** |
| <12 G/L | 137 (65,6%) | 72 (34,4%) | 1,998  (1,017-3,926) | 0,064 |
| ≥12 G/L | 20 (48,8%) | 21 (51,2%) |

Nhận xét: theo BMI, bệnh nhân số lượng bạch cầu <12 G/L có tỷ lệ SDD là 31,6% thấp hơn bệnh nhân số lượng bạch cầu ≥12 G/L là 48,8%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0,052. Theo SGA, bệnh nhân số lượng bạch cầu <12 G/L có tỷ lệ SDD là 34,4% thấp hơn bệnh nhân số lượng bạch cầu ≥12 G/L là 51,2%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0,064.

### 3.2.13. Mối liên quan giữa tình trạng kháng thuốc điều trị và tình trạng dinh dưỡng

Bảng 3.21. Mối liên quan giữa kháng thuốc điều trị lao và TTDD

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **BMI** | | | | |
| **TTDD**  **Kháng thuốc** | **Không SDD**  **(n, %)** | **SDD (n, %)** | **OR**  **(95% CI)** | **p** |
| Không | 154 (65,8%) | 80 (34,2%) | 1,155  (0,405-3,292) | 1,000 |
| Có | 10 (62,5%) | 6 (37,5%) |
| **SGA** | | | | |
| **TTDD**  **Kháng thuốc** | **Không SDD**  **(n, %)** | **SDD (n, %)** | **OR**  **(95% CI)** | **p** |
| Không | 149 (63,7%) | 85 (36,3%) | 1,753  (0,635-4,840) | 0,408 |
| Có | 8 (50,0%) | 8 (50,0%) |

Nhận xét: đánh giá TTDD theo BMI, tình trạng kháng thuốc ở bệnh nhân SDD có tỷ lệ là 37,5% cao hơn không kháng thuốc là 34,2%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=1,000. Đánh giá TTDD theo SGA, tình trạng kháng thuốc ở bệnh nhân SDD có tỷ lệ là 50,0% cao hơn không kháng thuốc là 36,3%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0,408.

# – BÀN LUẬN

## 4.1. Đặc điểm về tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu

### 4.1.1. Đặc điểm tình trạng dinh dưỡng theo BMI

Đánh giá TTDD theo BMI trên 250 bệnh nhân, tỷ lệ nhóm có BMI bình thường hoặc cao là 65,6% cao gấp 1,9 lần nhóm bị SDD là 34,4%. Trong đó SDD độ I chiếm 17,2% (43 bệnh nhân), SDD độ II chiếm 8,8% (22 bệnh nhân), SDD độ III chiếm 8,4% (21 bệnh nhân) và 65,6% (164 bệnh nhân) không bị SDD; trung bình BMI 19,6 ± 2,89.

Kết quả nghiên này cứu của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu của Trần Ngọc Dung (2023), tỷ lệ bệnh nhân mắc SDD ở bệnh nhân lao mới tại tỉnh Đồng Tháp là 36,68% [48]. Tuy nhiên thấp hơn ít so với một số nghiên cứu như của Đoàn Duy Tân (2021), đánh giá tình trạng SDD tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch cho thấy có 55,2% bệnh nhân được chẩn đoán mắc SDD trong đó SDD độ I, độ II, độ III tương ứng là 15,6%, 15,6% và 24% [8] hay theo nghiên cứu của Lê Thị Thủy (2019) đánh giá trên 380 bệnh nhân tại Bệnh viện Phổi Trung ương có 184 (48,4%) bệnh nhân lao được đánh giá mắc SDD, trong đó SDD độ I, độ II, độ III chiếm tỷ lệ lần lượt là 28,2%; 16,3%; 3,9%; trung bình BMI là 17,23 [10]. Theo Nguyễn Trọng Hưng (2020), thấy 45,8% người bệnh suy dinh dưỡng trong đó 25,6% SDD độ I; 7,5 % SDD độ II; 12,7% SDD độ III; 10,0% thừa cân - béo phì [49]. Các nghiên cứu này có tỷ lệ SDD cao hơn nghiên cứu của chúng tôi có thể giải thích do mẫu nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành tại bệnh viên tuyến tỉnh trong khi nghiên cứu trên được tiến hành tại bệnh viện tuyến trung ương, nơi tập trung nhiều bệnh nhân nặng và phức tạp hơn làm cho tỷ lệ SDD theo SGA cao hơn. Theo nghiên cứu của Huang-Shen Lin (2019) có 27,7% bệnh nhân mắc SDD, BMI trung bình là 21,4 [50]. Theo Berhanu Elfu Feleke (2019), tỷ lệ bệnh nhân SDD theo BMI là 50% [3]. Nghiên cứu của Lal M. Gurung (2018), có hơn 1/3 bệnh nhân lao mắc SDD theo BMI [11]. Sự khác biệt không đáng kể trong kết quả giữa các nghiên cứu trên và nghiên cứu của chúng tôi do một số yếu tố như khác biệt về chủng tộc, điều kiện kinh tế xã hội, quy mô cỡ mẫu nghiên cứu. Theo Beatrice B. Musuenge (2020) có 35.8% bệnh nhân mắc SDD, trong đó SDD độ I, độ II, độ III lần lượt là 19,5%, 8,9% và 7,3%, tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi [51].

### 4.1.2. Đặc điểm tình trạng dinh dưỡng theo SGA

Đánh giá TTDD dựa vào chỉ số SGA, tỷ lệ nhóm có SGA bình thường là 62,8% cao hơn 1,7 lần nhóm có SGA mắc SDD là 37,2%. Từ kết quả thấy rằng có 62,8% bệnh nhân thuộc SGA A (biểu hiện bình thường), SGA B (SDD nhẹ đến trung bình) chiếm 32,0% và SGA C (SDD nặng) chiếm 5,2%.

Kết quả này nằm trong khoảng dao động từ 20% - 87% các bệnh nhân mắc lao trên toàn thế giới [52, 53]. Nghiên cứu của Đoàn Duy Tân (2021), tỷ lệ bệnh nhân mắc SDD theo SGA là 66,6% trong đó SGA B chiếm 58,3% và SGA C chiếm 8,4% [8]. Theo Lê Thị Thủy (2019), đánh giá TTDD theo SGA, có 213/380 (56,1%) bệnh nhân được đánh giá là SDD với SGA B và SGA C lần lượt là 46,6%, 9,5% [10]. Các nghiên cứu trên có tỷ lệ bệnh nhân SDD theo SGA cao hơn nghiên cứu của chúng tôi do được thực hiện tại các bệnh viện tuyến trung ương nơi tập trung nhiều bệnh nhân nặng và diễn biến phức tạp. Theo SanchitaSubedi (2019) đánh giá TTDD theo SGA có 39,3% bệnh nhân SGA B và 10,7% bệnh nhân SGA C [54], kết quả này tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi.

Từ kết quả cũng có thể thấy, tỷ lệ SDD ở bệnh nhân đánh giá bằng phương pháp SGA cao hơn so với BMI (37.2% so với 34.4%). Sự khác biệt là do dinh dưỡng của bệnh nhân đánh giá theo phương pháp SGA dựa vào nhiều yếu tố gồm sụt cân trong 6 tháng qua, khẩu phần ăn, triệu chứng tiêu hóa trong 2 tuần, suy giảm chức năng vận động, nhu cầu chuyển hóa và thăm khám lâm sàng. Những bệnh nhân SDD theo SGA có những triệu chứng này thậm chí có thể xuất hiện ở những bệnh nhân thừa cân - béo phì nhưng chỉ số BMI lại hoàn toàn bình thường.

### 4.1.3. Đặc điểm suy dinh dưỡng theo nhóm tuổi

Kết quả đánh giá SDD theo BMI, trong các bệnh nhân mắc SDD nhóm ≥60 tuổi chiếm tỷ lệ SDD cao nhất là 30,2%, đây cũng là nhóm tuổi có tỷ lệ SDD độ I, độ II và độ III cao nhất lần lượt là 30,2%, 27,3% và 33,3%; nhóm có tỷ lệ SDD thấp nhất là nhóm <20 tuổi chiếm 9,3%. Tương tự đánh giá SDD theo SGA chúng tôi thu được kết quả nhóm ≥60 tuổi mắc SDD cao nhất chiếm 25,8%; nhóm <20 tuổi có tỷ lệ SDD thấp nhất là 3,2%.

Theo nghiên cứu của Theo Beatrice B. Musuenge (2020), bệnh nhân lao phổi mắc SDD theo BMI ở nhóm 35 – 44 và 45 – 54 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 28,7%, thấp nhất là nhóm 55 – 64 tuổi với 4,6% và nhóm ≥65 tuổi chiếm 8,3% [51].

Theo kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi có thể thấy rằng, nhóm ≥60 tuổi có tỷ lệ mắc SDD cao nhất, nhóm <20 tuổi có tỷ lệ SDD thấp nhất, nguyên nhân là do hệ thống miễn dịch của người trẻ nói chung mạnh hơn người già đồng nghĩa với khả năng chống lại bệnh tật tốt hơn so với người già. Bên cạnh đó, khả năng chuyển hóa, hấp thu dinh dưỡng của người trẻ cao hơn nên ít nguy cơ SDD hơn.

### 4.1.4. Đặc điểm suy dinh dưỡng theo giới

Đánh giá SDD theo BMI, nam giới có tỷ lệ SDD là 73,3% cao hơn 2,8 lần so với nữ giới là 26,7% ở những bệnh nhân mắc SDD, trong đó nam giới SDD độ I, độ II, độ III lần lượt là 76,7%, 72,7% và 66,7%, nữ giới SDD độ I, độ II và độ III tương ứng là 23,3%, 27,3% và 33,3%. Kết quả đánh giá theo chỉ số SGA tương tự, nam giới có tỷ lệ SDD chiếm 76,3% cao hơn 3,2 lần so với nữ giới là 23,7%.

Kết quả nghiên cứu trên của chúng tôi đều tương đồng với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Theo Lê Thị Thủy (2019), tỷ lệ SDD theo SGA giữa nam là 68,55% (146 bệnh nhân) cao gấp 2,18 lần so với nữ là 31,45% (67 bệnh nhân) [10]. Nghiên cứu của Beatrice B. Musuenge (2020), tỷ lệ SDD theo BMI ở nam là 62% và nữ là 38% [51]. Theo Berhanu Elfu Feleke (2019), tỷ lệ SDD theo BMI ở nam và nữ lần lượt tương ứng là 65,94% (633 bệnh nhân) và 34,06% (327 bệnh nhân) [3]. Theo SanchitaSubedi (2019), cho kết quả tỷ lệ SDD theo BMI giữa nam và nữ tương ứng là 59,52% (25 bệnh nhân) và 40,48% (17 bệnh nhân) [54].

Tỷ lệ SDD ở nam cao hơn nữ giới có thể giải thích do tỷ lệ nam vốn cao hơn nữ giới. Hơn nữa nam giới thường liên quan nhiều hơn đến hoạt động gắng sức, lao động nặng nhọc, chịu nhiều áp lực trong công việc, tiếp xúc với nhiều yếu tố nguy cơ như nghiện thuốc lá, uống rượu.

### 4.1.5. Đặc điểm suy dinh dưỡng theo nghề nghiệp

Theo BMI, trong số bệnh nhân mắc SDD lao động tự do có tỷ lệ SDD nhiều nhất chiếm 57,0%; nội trợ và cán bộ công chức đều có tỷ lệ SDD thấp nhất là 3,5%. Kết quả đánh giá SDD theo SGA, trong số bệnh nhân mắc SDD lao động tự do có tỷ lệ SDD nhiều nhất chiếm 54,8%; học sinh – sinh viên và cán bộ công chức đều có tỷ lệ SDD thấp nhất là 4,3%.

Nghiên cứu của Lê Thị Thủy (2019), dựa vào SGA nhóm bệnh nhân là công nhân chiếm tỷ lệ SDD cao nhất chiếm 46,7% (99 bệnh nhân), cán bộ công chức là 9,9% (21 bệnh nhân), thấp nhất là học sinh – sinh viên 8,0% (17 bệnh nhân) trong nhóm mắc SDD [10]. Theo Beatrice B. Musuenge (2020), ở bệnh nhân mắc SDD theo BMI, lao động tự do chiếm tỷ lệ cao nhất 61,1%, tiếp đến là thất nghiệp với 27,8% và thấp nhất là có nghề nghiệp ổn định với 11,1% [51]. Kết quả các nghiên cứu trên đều tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi.

Lý giải cho việc ở bệnh nhân lao phổi nhóm SDD thường gặp ở bệnh nhân lao động tự do vì đây là nhóm lao động chính trong điều kiện kinh tế xã hội ở nước ta, ngoài ra nhóm lao động này thiếu nhận thức về nguy cơ lây nhiễm bệnh, điều kiện làm việc không đảm bảo, thiếu sự chăm sóc y tế đúng mức và/hoặc thường xuyên sống xa gia đình hoặc sống thiếu mái ấm gia đình (thiếu sự quan tâm, chăm sóc, giáo dục và giúp đỡ của gia đình). Ngược lại, cán bộ công chức và học sinh – sinh viên có môi trường làm việc tốt hơn, nhận được chăm sóc đúng mức và có hiểu biết về bệnh lao tốt hơn.

### 4.1.6. Đặc điểm suy dinh dưỡng theo khu vực địa lý

Tình trạng SDD theo BMI, nông thôn có tỷ lệ SDD cao nhất chiếm 60,5%, tiếp theo là thành thị chiếm tỷ 38,7%, hải đảo không có bệnh nhân SDD. Với tình trạng SDD theo SGA, nông thôn có tỷ lệ SDD cao nhất chiếm 60,2%, tiếp theo là thành thị chiếm tỷ 38,7%, hải đảo chiếm 1,1%.

Theo Lê Thị Thủy (2019), bệnh nhân SDD theo SGA, nông thôn chiếm tỷ lệ cao nhất với 62,9% (134 bệnh nhân), thành thị chiếm 37,1% (19 bệnh nhân) [10]. Kết quả nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu của chúng thôi. Tuy nghiên khác biệt với nghiên cứu của một số tác giả nước ngoài. Theo Beatrice B. Musuenge (2020), bệnh nhân lao phổi mắc SDD theo BMI ở thành thị chiếm 81,5% và nông thôn chiếm 18,5% [51]. Bedru Hussien năm 2019, bệnh nhân SDD theo BMI, nông thôn chiếm 39,5% (92 bệnh nhân), thành thị và bán thành thị chiếm 60,5% (143 bệnh nhân) [18]. Sự khác biệt này giải thích do sự khác nhau về điều kiện kinh tế, xã hội mỗi quốc gia.

Kết quả trên cho thấy bệnh nhân lao phổi mắc SDD tập trung nhiều ở nông thôn vì điều kiện sinh hoạt ở khu vực này phần nào cũng hạn chế hơn so với thành thị. Tỷ lệ bệnh nhân ở hải đảo cũng rất thấp do chưa có cơ hội tiếp xúc với hệ thống y tế nên tỷ lệ phát hiện lao thấp hơn so với những khu vực khác.

### 4.1.7. Đặc điểm suy dinh dưỡng theo tiền sử bệnh lý

Kết quả SDD theo BMI, đái tháo đường chiếm 12,8%, tăng huyết áp là 7,0%, viêm dạ dày là 1,2%, gút chiếm 1,2% và viêm phế quản mạn tính chiếm 2,3%. Kết quả SDD theo SGA, trong số bệnh nhân bị SDD, đái tháo đường chiếm 17,2%, tăng huyết áp là 6,5%, viêm dạ dày là 1,1%, gút chiếm 4,3% và viêm phế quản mạn tính chiếm 1,1%.

Theo nghiên cứu của Beatrice B. Musuenge (2020), trong số bệnh nhân SDD theo BMI, tỷ lệ bệnh nhân mắc đái tháo đường là 4,6%, mắc tăng huyết áp là 3,7% [51]. Kết quả này thấp hơn ít so với nghiên cứu của chúng tôi do sự khác nhau về chủng tộc, điều kiện kinh tế xã hội.

Từ kết quả có thể thấy trong số bệnh nhân mắc SDD, bệnh nhân đái tháo đường và tăng huyết áp chiếm tỷ lệ nhiều nhất trong các bệnh lý mạn tính.

### 4.1.8. Đặc điểm suy dinh dưỡng theo thời gian chẩn đoán bệnh

Theo BMI, bệnh nhân lao mắc SDD được chẩn đoán dưới 2 tháng có tỷ lệ cao nhất chiếm 73,3%, tiếp theo là từ 2 đến 6 tháng chiếm tỷ 24,4%, trên 6 tháng là 2,3%; không có bệnh nhân lao chẩn đoán trên 6 tháng nào mắc SDD nặng. Theo SGA, bệnh nhân lao mắc SDD được chẩn đoán dưới 2 tháng có tỷ lệ SDD cao nhất chiếm 73,1%, tiếp theo là từ 2 đến 6 tháng chiếm tỷ 24,7%, trên 6 tháng là 2,2%, bệnh nhân mắc lao chẩn đoán trên 6 tháng thuộc SGA C là 15,4%.

Kết quả này phản ánh hiện nay bệnh nhân lao thường được chẩn đoán sớm nên bệnh nhân mắc SDD tập trung ở bệnh nhân lao chẩn đoán dưới 2 tháng là cao nhất và giảm dần theo thời gian chẩn đoán. Đánh giá SDD theo BMI, không có bệnh nhân lao phổi mới chẩn đoán sau 6 tháng mắc SDD độ III, tương tự với SDD dựa trên SGA chỉ có 15,4% (2 bệnh nhân) thuộc SGA C.

## 4.2. Tình trạng dinh dưỡng và các yếu tố liên quan của đối tượng nghiên cứu

### 4.2.1. Mối liên quan giữa nhóm tuổi và tình trạng dinh dưỡng

Đánh giá mối liên quan giữa nhóm tuổi với TTDD theo BMI, nhóm <60 tuổi có tỷ lệ bệnh nhân SDD là 35,7% cao hơn 1,12 lần so với nhóm ≥60 tuổi là 31,7%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0,625. Đánh giá mối liên quan giữa nhóm tuổi với TTDD theo SGA, nhóm <60 tuổi có tỷ lệ bệnh nhân SDD là 41,1% cao hơn 1,4 lần so với nhóm ≥60 tuổi là 29,3% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,094.

Kết quả nghiên cứu này khác so với nghiên cứu của Đoàn Duy Tân (2021) thấy mối liên quan có tính khuynh hướng giữa SDD theo phương pháp SGA với tuổi của bệnh nhân, ở bệnh nhân lao nhóm tuổi càng tăng thì tỷ lệ SDD càng tăng theo (p=0,033) [8]. Nguyên nhân có sự khác nhau này là do nghiên cứu trên có mẫu nghiên cứu ít hơn, tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu thấp hơn so với nghiên cứu này của chúng tôi. Nhưng theo nghiên cứu của Lê Thị Thủy (2019) đánh giá TTDD theo SGA, tỷ lệ SDD ở bệnh nhân >65 tuổi cao hơn 1,38 lần so với nhóm ≤65 tuổi, tương tự nghiên cứu này sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p= 0,212 [10]. Tương đồng với kết quả nghiên cứu của một số tác giả nước ngoài cũng chưa thấy mối liên quan giữa tuổi và tình trạng SDD ở bệnh nhân lao như theo Huang-Shen Lin (2021) đánh giá TTDD theo SGA chưa thấy sự khác biệt giữa nhóm tuổi ≥65 tuổi và <65 tuổi (p=0,777) [50]; Beatrice B. Musuenge (2020) đánh giá theo BMI chưa thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tuổi với p=0,117 [51]; SanchitaSubedi (2019) đánh giá theo SGA nghiên cứu chia thành nhóm ≥50 tuổi và <50 tuổi cho kết quả p=0,095 [54].

### 4.2.2. Mối liên quan giữa giới và tình trạng dinh dưỡng

Đánh giá TTDD theo BMI, bệnh nhân nam có 34,4% bệnh nhân SDD và bệnh nhân nữ có 34,3% bệnh nhân SDD, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=1 cho thấy yếu tố giới tính chưa thực sự ảnh hưởng đến TTDD của bệnh nhân theo BMI. Đánh giá TTDD theo SGA, bệnh nhân nam có 38,8% bệnh nhân SDD cao hơn 1,18 lần so với nữ có 32.8% bệnh nhân SDD, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0,474 cho thấy yếu tố giới tính chưa thực sự ảnh hưởng đến TTDD của bệnh nhân theo SGA.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự các nghiên cứu trong và ngoài nước. Theo Lê Thị Thủy (2019), tỷ lệ SDD theo SGA ở nữ là 58,3% cao hơn nam là 55,1% nhưng không có ý nghĩa thống kê với p=0,568 [10]. Theo Huang-Shen Lin (2021), không có mối liên quan giữa giới và tỷ lệ SDD theo SGA (p=0,769) [50]; đánh giá TTDD theo BMI của Beatrice B. Musuenge (2020), không thấy sự khác biệt giữa nam và nữ với p=0,377 [51]; đánh giá TTDD theo SGA, SanchitaSubedi (2029) cho kết quả p=0,274 thể hiện không có mối liên quan giữa giới và tỷ lệ SDD theo BMI [54].

### 4.2.3. Mối liên quan giữa nghề nghiệp và tình trạng dinh dưỡng

Đánh giá TTDD theo BMI, lao động tự do có tỷ lệ bệnh nhân SDD là 41,5% cao hơn 1,48 lần các nghề nghiệp khác là 28,0%, OR=0,548, khoảng tin cậy 95% của OR là 0,324-0,930, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,035. Đánh giá TTDD theo SGA, lao động tự do có tỷ lệ bệnh nhân SDD là 43,2% cao hơn các nghề nghiệp khác là 31,8%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0,083.

Theo Lê Thị Thủy (2019), đánh giá theo SGA, bệnh nhân là lao động tự do tỷ lệ SDD là 58,9%, công nhân viên chức là 45,7%, thấp nhất là học sinh – sinh viên tỷ lệ SDD là 44,7%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê [10]. Theo Beatrice B. Musuenge (2020), đánh giá TTDD theo BMI ở 3 nhóm công việc ổn định, lao động tự do và thất nghiệp không thấy có mối liên hệ với p=0,277 [51]. Bedru Hussien (2019) giữa nhóm có việc làm và thất nghiệp thấy rằng có liên quan với tình trạng SDD theo BMI (p=0,03) [18]. Tuy có sự khác nhau tương đối giữa các nhóm so sánh nhưng kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu trên.

### 4.2.4. Mối liên quan giữa khu vực địa lý và tình trạng dinh dưỡng

Theo BMI, tỷ lệ bệnh nhân SDD ở khu vực thành phố là 32,4% thấp hơn khu vực nông thôn và hải đảo là 35,9%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0,662. Theo SGA, tỷ lệ bệnh nhân SDD ở khu vực thành phố là 34,3% thấp hơn khu vực nông thôn và hải đảo là 39,3%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0,497.

Nghiên cứu mối liên quan giữa khu vực địa lý và TTDD của chúng tôi không thấy có ý nghĩa thống kê, kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Nghiên cứu của Lê Thị Thủy (2019) cho thấy sự chênh lệch không đáng kể tỷ lệ SDD giữa các nhóm bệnh nhân nông thôn và thành thị, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0,283 [10]. Theo Beatrice B. Musuenge (2020), không thấy mối liên quan giữa khu vực thành thị và nông thôn với TTDD theo BMI (p=0,421) [51]. Tương tự Bedrru Hussien (2019) cũng không thấy mối liên quan giữa các khu vực địa lý với TTDD theo BMI [18]. SanchitaSubedi (2019) cho kết quả p=0,242, không thấy mối liên quan giữa khu vực địa lý với TTDD theo SGA [54].

### 4.2.5. Mối liên quan giữa thời gian chẩn đoán bệnh và tình trạng dinh dưỡng

Đánh giá theo BMI, bệnh nhân có thời gian phát hiện lao phổi trước 2 tháng có tỷ lệ SDD là 32,3% thấp hơn bệnh nhân có thời gian phát hiện bệnh từ 2 tháng trở lên là 41,8%, tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0,250. Đánh giá TTDD theo SGA, bệnh nhân có thời gian phát hiện lao phổi trước 2 tháng có tỷ lệ SDD là 34,9% thấp hơn bệnh nhân có thời gian phát hiện bệnh từ 2 tháng trở lên là 45,5%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0,202.

### 4.2.6. Mối liên quan giữa tiền sử bệnh lý và tình trạng dinh dưỡng

Đánh giá TTDD theo BMI, bệnh nhân không có tiền sử bệnh lý mạn tính có tỷ lệ SDD là 40,0% cao hơn bệnh nhân có tiền sử bệnh lý mạn tính là 28,3%, tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0,071. Đánh giá TTDD theo SGA, bệnh nhân không có tiền sử bệnh lý mạn tính có tỷ lệ SDD là 43,8% cao gấp 1,46 lần bệnh nhân có tiền sử bệnh lý mạn tính là 30%, OR=0,549, khoảng tin cậy 95% của OR là 0,326-0,925, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,033.

Nghiên cứu của Đoàn Duy Tân (2021), những người có bệnh mạn tính có tỷ lệ SDD theo SGA cao gấp 1,35 lần so với những người không có bệnh mạn tính (p=0,039) [8]. Kết quả nghiên cứu này khác so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi nguyên nhân có thể do đánh giá trên các bệnh lý mạn tính khác nhau, hơn nữa nghiên cứu trên được thực hiện tại bệnh viện tuyến trung ương nơi có nhiều bệnh nhân diễn biến phức tạp hơn.

### 4.2.7. Mối liên quan giữa triệu chứng sốt và tình trạng dinh dưỡng

Theo BMI, bệnh nhân không có triệu chứng có tỷ lệ SDD là 29,4% thấp hơn bệnh nhân có triệu chứng sốt là 39,0%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0,141. Khác với đánh giá TTDD theo BMI, theo SGA bệnh nhân không có triệu chứng sốt có tỷ lệ SDD là 27,0% thấp hơn 1,75 lần bệnh nhân có triệu chứng sốt là 47,2%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,002.

Nghiên cứu của Huang-Shen Lin (2021), không thấy mối liên quan giữa sốt và TTDD theo SGA với p=0,191 [50]. Kết quả nghiên cứu trên khác nghiên cứu của chúng tôi do trong nghiên cứu của Huang-Shen Lin lấy ngưỡng sốt là ≥38 oC cao hơn so với của chúng tôi. Có thể thấy bệnh nhân lao có triệu chứng sốt thì mắc SDD cao hơn theo cả BMI và SGA, điều này có thể giải thích do sốt gây tăng chuyển hóa khoảng 10 đến 12% đối với mỗi 1°C tăng trên 37°C.

### 4.2.8. Mối liên quan triệu chứng ran và tình trạng dinh dưỡng

Đánh giá TTDD theo BMI, bệnh nhân không có triệu chứng ran tỷ lệ SDD là 25,0% thấp hơn 1,4 lần bệnh nhân có triệu chứng ran là 35,2%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0,489. Tương tự đánh giá TTDD theo BMI, bệnh nhân không có triệu chứng ran tỷ lệ SDD là 30,0% thấp hơn 1,26 lần bệnh nhân có triệu chứng ran là 37,8%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0,650.

### 4.2.9. Mối liên quan giữa mức độ tổn thương trên phim X-quang phổi và tình trạng dinh dưỡng

Theo BMI, bệnh nhân tổn thương phổi độ I trên phim X-quang có tỷ lệ SDD là 19,8% thấp hơn bệnh nhân tổn thương phổi độ II và III trên phim X-quang là 43,5%, OR=3,121, khoảng tin cậy 95% của OR là 1,722-5,656, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p <0,001. Theo SGA, bệnh nhân tổn thương phổi độ I trên phim X-quang có tỷ lệ SDD là 26,0% thấp hơn bệnh nhân tổn thương phổi độ II và III trên phim X-quang là 44,2%, OR=2,246, khoảng tin cậy 95% của OR là 1,288-3,915, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,006.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác biệt so với nghiên cứu của Dương Quang Tuấn (2016) đánh giá TTDD theo BMI, phần lớn bệnh nhân có tổn thương trên phim X-quang độ I chiếm 69,31%, độ II là 30,69% và không có tổn thương độ III, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê [55]. Sự khác biệt trong kết quả bởi tác giả Dương Quang Tuấn nghiên cứu trên đối tượng có từ 18 tuổi trở lên, cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ hơn nghiên cứu của chúng tôi.

### 4.2.10. Mối liên quan giữa tổn thương có hang trên phim X-quang phổi và tình trạng dinh dưỡng

Theo BMI, bệnh nhân tổn thương không hang trên phim X-quang phổi có tỷ lệ SDD là 20,9% thấp hơn 2,2 lần so với bệnh nhân tổn thương có hang trên phim X-quang phổi là 45,9%, OR=3,220, khoảng tin cậy 95% của OR là 1,834-5,654, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p <0,001. Theo SGA, bệnh nhân tổn thương không hang trên phim X-quang phổi có tỷ lệ SDD là 27,0% thấp hơn 1,7 lần so với bệnh nhân tổn thương có hang trên phim X-quang phổi là 45,9%, OR=2,301, khoảng tin cậy 95% của OR là 1,350-3,922, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,003.

Theo Dương Quang Tuấn (2016), đánh giá TTDD theo BMI, tổn thương không có hang trên phim X-quang phổi phổ biến hơn có hang với 80,2%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê [55].

### 4.2.11. Mối liên quan giữa tình trạng thiếu máu và tình trạng dinh dưỡng

Đánh giá TTDD theo BMI, tỷ lệ SDD ở bệnh nhân không thiếu máu là 22,5% thấp hơn bệnh nhân thiếu máu là 42,6%, OR=2,546, khoảng tin cậy 95% của OR là 1,444-4,489, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,002. Đánh giá TTDD theo SGA, tỷ lệ SDD ở bệnh nhân không thiếu máu là 29,4% thấp hơn bệnh nhân thiếu máu là 42,6%, OR=1,779, khoảng tin cậy 95% của OR là 1,040-3,041, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,047.

Theo Marina Gribel Oliveira (2014), thiếu máu được phát hiện có liên quan đến SDD theo BMI (p=0,0004) [56]. Nghiên cứu của Aboubacar Sidiki Magassouba cũng thấy mối liên quan tương tự theo BMI [57]. Kết quả trên tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi.

### 4.2.12. Mối liên quan giữa số lượng bạch cầu và tình trạng dinh dưỡng

Theo BMI, bệnh nhân số lượng bạch cầu <12 G/L có tỷ lệ SDD là 31,6% thấp hơn bệnh nhân số lượng bạch cầu ≥12 G/L là 48,8%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0,052. Theo SGA, bệnh nhân số lượng bạch cầu <12 G/L có tỷ lệ SDD là 34,4% thấp hơn bệnh nhân số lượng bạch cầu ≥12 G/L là 51,2%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0,064.

### 4.2.13. Mối liên quan giữa tình trạng kháng thuốc điều trị lao và tình trạng dinh dưỡng

Đánh giá TTDD theo BMI, tình trạng kháng thuốc ở bệnh nhân SDD có tỷ lệ là 37,5% cao hơn không kháng thuốc là 34,2%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=1,000. Đánh giá TTDD theo SGA, tình trạng kháng thuốc ở bệnh nhân SDD có tỷ lệ là 50,0% cao hơn không kháng thuốc là 36,3%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0,408.

# – KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu về thực trạng và một số yếu tố liên quan đến dinh dưỡng ở bệnh nhân lao phổi mới tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng năm 2021-2022, chúng tôi rút ra một số kết luận như sau:

## 5.1. Thực trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân lao phổi mới tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng năm 2021 – 2022

Tỷ lệ nhóm có BMI bình thường hoặc cao là 65,6% cao gấp 1,9 lần nhóm bị SDD là 34,4% trong đó SDD độ I chiếm 17,2%, SDD độ II chiếm 8,8%, SDD độ III chiếm 8,4%; trung bình BMI 19,6 ± 2,89.

SGA A chiếm 62,8%, SGA B chiếm 32,0% và SGA C chiếm 5,2%.

Trong các bệnh nhân mắc SDD đánh giá theo BMI và tương tự với SGA, nhóm ≥60 tuổi chiếm tỷ lệ SDD cao nhất, nhóm có tỷ lệ SDD thấp nhất là nhóm <20 tuổi; tỷ lệ SDD ở nam cao hơn nữ giới; nhóm lao động tự do có tỷ lệ SDD cao nhất, nhóm cán bộ công chức và học sinh – sinh viên có tỷ lệ SDD thấp nhất; bệnh nhân mắc SDD tập trung nhiều ở nông thôn so với thành thị; bệnh nhân đái tháo đường và tăng huyết áp chiếm tỷ lệ nhiều nhất trong các bệnh lý mạn tính; bệnh nhân mắc lao được chẩn đoán SDD tập trung nhiều ở nhóm dưới 2 tháng và giảm dần tỷ lệ SDD theo thời gian chẩn đoán bệnh.

## 5.2. Các yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân lao phổi mới tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng năm 2021 – 2022

Đánh giá TTDD theo BMI, các yếu tố liên quan đến TTDD của bệnh nhân lao phổi gồm nghề nghiệp, mức độ tổn thương và tổn thương có hang trên phim X-quang phổi, tình trạng thiếu máu. Không thấy mối liên quan giữa các yếu tố nhóm tuổi, giới, khu vực địa lý, thời gian chẩn đoán lao phổi, sốt, triệu chứng ran, số lượng bạch cầu và tình trạng kháng thuốc lao với SDD.

Đánh giá TTDD theo SGA, các yếu tố liên quan đến TTDD của bệnh nhân lao phổi gồm nghề nghiệp tiền sử bệnh lý mạn tính, sốt, mức độ tổn thương và tổn thương có hang trên phim X-quang phổi, tình trạng thiếu máu. Không thấy mối liên quan giữa các yếu tố nhóm tuổi, giới, nghề nghiệp, khu vực địa lý, thời gian chẩn đoán lao phổi, triệu chứng ran, số lượng bạch cầu và tình trạng kháng thuốc lao với SDD.

## 5.3. Hạn chế nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi là một trong số rất ít nghiên cứu đánh giá TTDD ở bệnh nhân lao phổi mới, đây vẫn là vấn đề khá mới ở Việt Nam do đó nghiên cứu không tránh khỏi một số hạn chế.

# – KHUYẾN NGHỊ

Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi có một số khuyến nghị nhằm góp phần nâng cao chất lượng điều trị và chăm sóc bệnh nhân lao phổi mới tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng như sau:

- Tăng cường công tác tư vấn dinh dưỡng cho người bệnh lao đặc biệt những người bệnh mắc bệnh lao phổi có hoàn cảnh kinh tế khó khăn, và bệnh lao kèm kèm theo như đái tháo đường, tăng huyết áp,... đồng thời cần có chế độ dinh dưỡng tốt để nâng cao sức đề kháng cho quá trình trong và sau điều trị.

- Căn cứ các nghiên cứu bổ sung là cần thiết để đánh giá tác động của việc bổ sung dinh dưỡng và kết hợp các chất dinh dưỡng cụ thể. Hơn nữa là phải hiểu rõ hơn về vai trò của sự đầy đủ dinh dưỡng trong việc ngăn ngừa bệnh lao phổi ở những nhóm có nguy cơ cao bị nhiễm lao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế (2020), *Quyết định 1314/QĐ-BYT về việc ban hành "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao"*, Bộ Y Tế.

2. World Health Organization (2022), *Global Tuberculosis Report 2022*.

3. B. E. Feleke, T. E. Feleke và F. Biadglegne (2019), *Nutritional status of tuberculosis patients, a comparative cross-sectional study*, BMC Pulm Med. 19(1), 182.

4. World Health Organization (2013), *Nutritional care and support for patients with tuberculosis*.

5. Somnath Das và các cộng sự (2018), *A study of nutritional assessment of newly diagnosed tuberculosis patients in a tertiary care hospital of Tripura, India*, International Journal of Research in Medical Sciences. 6, 1382.

6. D. C. Macallan và các cộng sự (1998), *Whole body protein metabolism in human pulmonary tuberculosis and undernutrition: evidence for anabolic block in tuberculosis*, Clin Sci (Lond). 94(3), 321-31.

7. D. C. Macallan (1999), *Malnutrition in tuberculosis*, Diagn Microbiol Infect Dis. 34(2), 153-7.

8. Đoàn Duy Tân (2021), *Tỷ lệ suy dinh dưỡng và yếu tố liên quan trên bệnh nhân lao phổi tại bệnh viện Phạm Ngọc Thạch*. 25, 148-152.

9. Lê Thị Thủy và các cộng sự (2019), *Đặc điểm Lao phổi ở người bệnh điều trị tại khoa Lao hô hấp, Bệnh viện Phổi Trung ương năm 2018*.

10. Lê Thị Thủy và các cộng sự (2019), *Tình trạng dinh dưỡng theo phương pháp SGA & một số yếu tố liên quan của bệnh Lao phổi ở người bệnh điều trị tại khoa Lao hô hấp, Bệnh viện Phổi Trung ương năm 2018*.

11. L. M. Gurung và các cộng sự (2018), *Dietary Practice and Nutritional Status of Tuberculosis Patients in Pokhara: A Cross Sectional Study*, Front Nutr. 5, 63.

12. Trần Văn Sáng và Lê Ngọc Hưng (2014), *Bệnh học lao*, Nhà xuất bản Y học.

13. Chương trình Chống lao Quốc gia (2020), *Báo cáo tổng kết hoạt động chương trình chống lao năm 2020*.

14. V. Schiza và các cộng sự (2022), *Impact of the COVID-19 pandemic on TB infection testing*, Int J Tuberc Lung Dis. 26(2), 174-176.

15. Lê Thị Ba (2015), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân nghi lao phổi tại Trung tâm hô hấp Bệnh viện Bạch Mai*.

16. Phạm Thị Ánh Tuyết (2017), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả nuôi cấy trực khuẩn lao bằng MGIT, Loewenstein-Jensen ở bệnh nhân lao phổi mới AFB âm tính tại Bệnh viện 74 Trung Ương*.

17. Phạm Thị Ánh Tuyết (2017), *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh chụp cắt lớp vi tính lồng ngực ở bệnh nhân lao phổi mới AFB âm tính*, 159-161.

18. B. Hussien và các cộng sự (2019), *Nutritional deficiency and associated factors among new pulmonary tuberculosis patients of Bale Zone Hospitals, southeast Ethiopia*, BMC Res Notes. 12(1), 751.

19. Lê Trọng Thạch (2016), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả nuôi cấy đờm tìm vi khuẩn lao bằng phương pháp MGIT ở bệnh nhân lao phổi AFB âm tính, tại Bệnh viện 71 Trung Ương năm 2014-2016*.

20. B. A. Rahimi và các cộng sự (2020), *Treatment outcome of tuberculosis treatment regimens in Kandahar, Afghanistan*, Indian J Tuberc. 67(1), 87-93.

21. H. Kaur, N. Pandhi và N. C. Kajal (2022), *A prospective study of the clinical profile of hemoptysis and its correlation with radiological and microbiological findings*, Int J Mycobacteriol. 11(4), 394-399.

22. Vũ Thị Vân Anh (2021), *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và mô bệnh học ở bệnh nhân lao phổi có mảnh sinh thiết nuôi cấy trong môi trường lỏng dương tính với Mycobacterium tuberculosis*.

23. Nguyễn Thị Phượng (2017), *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tính kháng thuốc chống lao hàng 1 của vi khuẩn ở bệnh nhân lao phổi tại Bệnh viện Phổi Trung Ương năm 2016-2017*.

24. Chương trình Chống lao Quốc gia (2018), *Hướng dẫn thực hành chuẩn xét nghiệm vi khuẩn lao*, Bộ Y tế.

25. Nguyễn Viết Nhung (2022), *Bệnh lao và tiến trình chấm dứt bệnh lao*, 71.

26. Chương trình Chống lao Quốc gia (2016), *Hướng dẫn quản lý bệnh lao*, Nhà xuất bản Y học.

27. Chương trình Chống lao Quốc gia (2014), *Giới thiệu kỹ thuật chẩn đoán bệnh lao bằng Xpert MTB/RIF*, Báo cáo tổng kết Dự án TB care I, Hà Nội tháng 12 năm 2014, 25-35.

28. Nguyễn Kim Cương và Bùi Huy Hoàng (2021), *Nghiên cứu giá trị của xét nghiệm Xpert MTB/RIF Ultra đờm ở người bệnh nghi lao có hai mẫu xét nghiệm soi đờm trực tiếp AFB (-)*, 7-14.

29. C. Lama và các cộng sự (2022), *Evaluation of Xpert MTB/RIF Assay, MTB Culture and Line Probe Assay for the Detection of MDR Tuberculosis in AFB Smear Negative Specimens*, Diseases. 10(4).

30. Đỗ Đức Hiển (1999), *X-quang trong chẩn đoán lao phổi*, Bệnh học lao và bệnh phổi, Nhà xuất bản Y học, 43-46.

31. Nguyễn Văn Thành (2021), *Thực hành X-quang ngực*, Nhà xuất bản Y học.

32. Trần Văn Việt và Nguyễn Xuân Hiền (2017), *Nghiên cứu giá trị của phương pháp chụp X-quang phổi trong chẩn đoán lao phổi tại Bệnh viện Lao và bệnh phổi Hải Dương*, 38-42.

33. G. Tavaziva và các cộng sự (2022), *Diagnostic accuracy of a commercially available, deep learning-based chest X-ray interpretation software for detecting culture-confirmed pulmonary tuberculosis*, Int J Infect Dis. 122, 15-20.

34. Võ Trọng Thành (2019), *Nghiên cứu sự thay đổi một số chỉ số huyết học ở bệnh nhân lao phổi được điều trị tại Bệnh viện Phổi Trung Ương*, Trường Đại học Y Hà Nội.

35. A. Mukherjee và các cộng sự (2019), *Prevalence, characteristics, and predictors of tuberculosis associated anemia*, J Family Med Prim Care. 8(7), 2445-2449.

36. Chương trình Chống lao Quốc gia (2009), *Hướng dẫn quản lý bệnh lao kháng đa thuốc*, Nhà xuất bản Y học.

37. Trần Văn Sáng (2007), *Hỏi đáp về bệnh lao kháng thuốc*, Nhà xuất bản Y học.

38. World Health Organization (2011), *Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis*, World Health Organization.

39. M. Elia (2017), *Defining, Recognizing, and Reporting Malnutrition*, Int J Low Extrem Wounds. 16(4), 230-237.

40. A. Zierle-Ghosh và A. Jan (2022), *Physiology, Body Mass Index*, StatPearls, StatPearls Publishing Copyright © 2022, StatPearls Publishing LLC., Treasure Island (FL).

41. World Health Organization (1995), *Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee*, World Health Organ Tech Rep Ser. 854, 1-452.

42. D. R. Duerksen, M. Laporte và K. Jeejeebhoy (2021), *Evaluation of Nutrition Status Using the Subjective Global Assessment: Malnutrition, Cachexia, and Sarcopenia*, Nutr Clin Pract. 36(5), 942-956.

43. Walker HK, Hall WD và Hurst JW (1990), *Chapter 101: Serum Albumin and Globulin*, Physical Clinical Methods: The History, and Laboratory Examinations. 3rd edition., ed.

44. D. C. Evans và các cộng sự (2021), *The Use of Visceral Proteins as Nutrition Markers: An ASPEN Position Paper*, Nutr Clin Pract. 36(1), 22-28.

45. Nguyễn Ngọc Lanh (2012), *Sinh lý bệnh học*, Nhà xuất bản Y học.

46. Bộ Y tế (2022), *Quyết định 1832/QĐ-BYT về việc ban hành "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý huyết học"*.

47. Rebanta K. Chakraborty và Bracken Burns (2023), *Systemic Inflammatory Response Syndrome*.

48. Ngọc Dung Trần và các cộng sự (2023), *TỶ LỆ MẮC VÀ ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ LAO MỚI TẠI TỈNH ĐỒNG THÁP NĂM 2020*, Tạp chí Y học Việt Nam. 524(1B).

49. Nguyễn Trọng Hưng (2020), *TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG THEO PHƯƠNG PHÁP NHÂN TRẮC HỌC Ở NGƯỜI BỆNH LAO PHỔI TRƯỚC KHI NHẬP VIỆN TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG NĂM 2019-2020*, TC.DD & TP 16 (2) - 2020.

50. H. S. Lin và các cộng sự (2021), *Nutrition Assessment and Adverse Outcomes in Hospitalized Patients with Tuberculosis*, J Clin Med. 10(12).

51. B. B. Musuenge, G. G. Poda và P. C. Chen (2020), *Nutritional Status of Patients with Tuberculosis and Associated Factors in the Health Centre Region of Burkina Faso*, Nutrients. 12(9).

52. F. Krapp và các cộng sự (2008), *Bodyweight gain to predict treatment outcome in patients with pulmonary tuberculosis in Peru*, Int J Tuberc Lung Dis. 12(10), 1153-9.

53. T. A. Pakasi và các cộng sự (2009), *Malnutrition and socio-demographic factors associated with pulmonary tuberculosis in Timor and Rote Islands, Indonesia*, Int J Tuberc Lung Dis. 13(6), 755-9.

54. SanchitaSubedi và các cộng sự (2019), *Nutritional Status of Patients with Pulmonary Tuberculosis receiving Anti-Tuberculosis Treatment at BP Koirala Institute of Health Sciences, Nepal*.

55. Dương Quang Tuấn (2016), *LIÊN QUAN GIỮA CHỈ SỐ BMI VỚI MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH LAO PHỔI VÀ SỰ THAY ĐỔI CHỈ SỐ BMI SAU 1 THÁNG ĐIỀU TRỊ*, Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế - Tập 6, số 4.

56. M. G. Oliveira và các cộng sự (2014), *Anemia in hospitalized patients with pulmonary tuberculosis*, J Bras Pneumol. 40(4), 403-10.

57. A. S. Magassouba và các cộng sự (2021), *Malnutrition prevalence and associated biochemical factors among drug-resistance tuberculosis (DR-TB) patients at key treatment sites in Conakry City, Republic of Guinea*, Pan Afr Med J. 38, 279.

PHỤ LỤC

**MẪU BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU**

**I. Hành chính**

- Họ và tên bệnh nhân: tuổi giới: nam/nữ

- Nghề nghiệp:

- Địa chỉ:

- Ngày vào viện: Ngày ra viện:

- Số hồ sơ: Khoa:

**II. Lý do vào viện**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Mệt mỏi □ | Gầy sút cân □ | Sốt □ | Ho khan □ |
| Đau ngực □ | Khó thở □ | Ho đờm □ | Ho máu □ |

- Triệu chứng khác:

- Thời gian từ khi có triệu chứng đến khi vào viện: Dưới 2 tháng □ Từ 2 - dưới 6 tháng □ Từ 6 tháng □

**III. Tiền sử**

1. Bản thân

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Đái tháo đường □ | Tăng huyết áp □ | Viêm dạ dày □ | HIV □ | COPD □ |
| Dùng Corticoid kéo dài □ | Gút □ | Viêm phế quản mạn □ | COVID-19 □ |  |

- Bệnh khác:

2. Gia đình

- Mắc lao: Không □ Có □ (Lao kháng thuốc □ Lao nhạy cảm □)

- Bệnh khác:

3. Xã hội: Sống chung hoặc tiếp xúc với người bệnh lao

Không □ Có □ (Lao kháng thuốc □ Lao nhạy cảm □)

**IV. Lâm sàng**

1. Triệu chứng toàn thân

a. Sốt:………oC Sốt về chiều □ Thất thường □

b. Mệt mỏi □ Ăn kém so với bình thường □ (25% □ 50% □ 75% □ Không ăn được □)

c. Gầy sút cân: Không □ Có □ (Số kg giảm………kg) BMI:………

d. Ra mồ hôi đêm □

e. Da, niêm mạc: Bình thường □ Vàng □ Nhợt □ Sạm □

2. Triệu chứng cơ năng

a. Ho: Không □ Ho khan □ Ho có đờm □ Ho ra máu □ (Số lượng máu/24h……l Thời gian……)

b. Khó thở: Có □ Không □

c. Đau ngực: Có □ Không □

3. Triệu chứng thực thể

a. Ran: Không □ Có □ (Ẩm □ Nổ □ Rít □ Ngáy □)

b. Hội chứng 3 giảm: Có □ Không □

c. Hội chứng đông đặc: Có □ Không □

d. Biến dạng lồng ngực: Có □ Không □

e. Triệu chứng khác:

**V. Cận lâm sàng**

1. Gene Xpert: Âm tính □ MTB+/RIF- □ MTB+/RIF+ □

2. Kháng sinh đồ: Không kháng thuốc □ Có kháng thuốc □ (R □ S □ H □ E □)

3. Cấy đờm tạp trùng: Không mọc vi khuẩn □ Mọc vi khuẩn □ Loại vi khuẩn………………………

4. X-quang

a. Mức độ: Độ 1 □ Độ 2 □ Độ 3 □ Đơn độc □ Phối hợp □

b. Dạng tổn thương: Nốt □ Thâm nhiễm □ Hang □ Xơ □ Vôi hóa □

Tổng đường kính hang………mm Đường kính hang lớn nhất………mm

c. Vị trí tổn thương

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vị trí | Phải | Trái | Hai bên |
| 1/2 trên |  |  |  |
| 1/2 dưới |  |  |  |
| Cả 1/2 trên-dưới |  |  |  |

5. Công thức máu

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| HC………T/L | Hb………g/L | Hct……..L/L | RDW……(%) |
| MCV……fl | MCH……pg | MCHC……g/L |  |
| BC………G/L | N………% | L……..% |  |

6. Sinh hóa máu:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| SGOT……UI/L | SGPT……UI/L | Ure…mmol/L | Creatinine……µmol/L |
| Albumin……g/L | Protein………g/L |  |  |

7. HBsAg: Âm tính □ Dương tính □

|  |  |
| --- | --- |
|  | *Ngày…………tháng………..năm…………*  **Người làm nghiên cứu** |

**ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CHỦ QUAN TOÀN DIỆN**

**(SUBJECTIVE GLOBAL ASSESSMENT – SGA)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Câu hỏi | Nhóm A | Nhóm B | Nhóm C |
| Phần 1: Hỏi bệnh sử | | | |
| Sụt cân trong 6 tháng qua  Cân nặng thường có:...kg  Cân nặng hiện tại:......kg | Giảm 0 – 5% | Giảm 5 – 10% | Giảm >10% |
| Sụt cân trong 2 tuần qua | Tăng cân | Không thay đổi | Giảm cân |
| Khẩu phần ăn | Không thay đổi | Thay đổi ít và vừa | Thay đổi nhiều |
| Triệu chứng đường tiêu hóa >2 tuần  - Không  - Buồn nôn  - Nôn  - Tiêu chảy  - Chán ăn | Không thay đổi | Thay đổi ít và vừa | Thay đổi nhiều |
| Giảm chức năng  - Do dinh dưỡng  - Do bệnh lý | Không thay đổi | Thay đổi ít và vừa (di chuyển khó khăn) | Thay đổi nhiều (nằm liệt giường) |
| Nhu cầu về chuyển hóa  Chẩn đoán:..................... | Thấp | Vừa (suy tim, có thai, hóa trị...) | Nặng (chấn thương lớn, đại phẫu, suy đa tạng...) |
| Phần 2: Khám lâm sàng | | | |
| Mất lớp mỡ dưới da | Không | Nhẹ đến vừa | Nặng |
| Teo cơ | Không | Nhẹ đến vừa | Nặng |
| Phù | Không | Nhẹ đến vừa | Nặng |
| Báng bụng | Không | Nhẹ đến vừa | Nặng |
| Tổng điểm SGA |  |  |  |
| A: Không có nguy cơ  B: Nguy cơ mức độ nhẹ  C: Nguy cơ cao | | | |