

Omid Fatemi cũng ghi nhận độ tuổi có liên quan đến khởi phát rung nhĩ, nhóm bệnh nhân rung nhĩ có độ tuổi trung bình cao hơn ($p < 0,001$) và nữ giới là đối tượng có liên quan đến khởi phát rung nhĩ. Bên cạnh huyết áp, tác giả này cũng ghi nhận các đặc điểm nhân trắc như chiều cao, cân nặng, BMI có liên quan với tỷ lệ khởi phát rung nhĩ, trong khi không ghi nhận mối liên quan nào ở nhóm bệnh nhân có hoặc không hút thuốc lá ⁷. Tương tự, nghiên cứu của Janne Schurmann Tolstrup cho thấy uống rượu là một yếu tố nguy cơ làm gia tăng tỷ lệ mắc rung nhĩ đặc biệt là ở nam. Nam giới uống 28 – 35 và hơn 35 ly/tuần có HR = 1,40 (KTC: 95% 1,09 - 1,80) so với HR = 1,62 (KTC 95%: 1,27 - 2,05) ở người uống < 1 ly/tuần ¹⁰. Cuối cùng, trong mô hình hồi quy logistic đa biến, chúng tôi ghi nhận tuổi tác, HATT_r, LDL-c và HDL-c là các yếu tố độc lập có tác động đến khởi phát rung nhĩ ở bệnh nhân ĐTDĐ típ 2.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ rung nhĩ trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2 là 16,3% và có mối liên quan với giới tính, uống rượu bia, thời gian mắc đái tháo đường, HbA_{1c}, tăng huyết áp và phương pháp điều trị. Tuổi, HATT_r, LDL-c và HDL-c là các yếu tố độc lập có tác động đến khởi phát rung nhĩ ở bệnh nhân ĐTDĐ típ 2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Khoa Diệu Vân.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, sinh hoá và các xét nghiệm thăm dò mạch máu ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 mới phát hiện. Tạp chí Y học Việt Nam 2005. 315.
2. **Fangel M.V et al.** Glycemic Status and Thromboembolic Risk in Patients With Atrial Fibrillation and Type 2 Diabetes Mellitus: A Danish Cohort Study. *Circ Arrhythm Electrophysiol*, 2019.

- 12(5): p. e007030.
3. **Seyed Ahmadi et al.** Risk of atrial fibrillation in persons with type 2 diabetes and the excess risk in relation to glycaemic control and renal function: a Swedish cohort study. *Cardiovasc Diabetol*, 2020. 19(1): p. 9.
4. **Matsumoto, C et al.** Incidence of atrial fibrillation in elderly patients with type 2 diabetes mellitus. *BMJ Open Diabetes Res Care*, 2022. 10(2).
5. **American Diabetes Association.** Standards of medical care in diabetes—2022 abridged for primary care providers. *Clinical Diabetes*, 2022. 40(1): p. 10-38.
6. **Hindricks, G et al.** 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. *European heart journal*, 2021. 42(5): p. 373-498.
7. **Fatemi, O et al.** Impact of intensive glycemic control on the incidence of atrial fibrillation and associated cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus (from the Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study). *The American journal of cardiology*, 2014. 114(8): p. 1217-1222.
8. **Đặng Thị Soa, Nguyễn Huy Lợi.** Đánh giá sử dụng thuốc trên bệnh nhân rung nhĩ không do bệnh lý van tim điều trị tại Trung tâm tim mạch Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An. *Tạp chí Y học Việt Nam* tập 516 số 1, 2022; tr. 332-337.
9. **Trương Bảo An.** Nghiên cứu kết quả dự phòng đột quỵ bằng thuốc kháng đông đường uống không kháng vitamin K ở bệnh nhân rung nhĩ không do bệnh van tim tại Khoa lão - nội tiết, Bệnh viện Tim mạch An Giang. *Bệnh viện Tim mạch An Giang*, 2023; tr. 164-177.
10. **Tolstrup, J.S et al.** Alcohol consumption and risk of atrial fibrillation: Observational and genetic estimates of association. *European journal of preventive cardiology*, 2016. 23(14): p. 1514-1523.

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA NGƯỜI BỆNH ĐẾN KHÁM TẠI VIỆN DINH DƯỠNG NĂM 2022

Ngô Thị Thu Huyền¹, Nguyễn Trọng Hưng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh đến khám tại khoa khám tư vấn dinh dưỡng người lớn, Viện Dinh dưỡng năm 2022.
Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang mô tả tình

trạng dinh dưỡng của 448 người bệnh ≥ 20 tuổi đến khám được cân bằng cân điện tử Tanita SC – 330, đo chiều cao và phỏng vấn bằng bộ câu hỏi. Tình trạng dinh dưỡng được đánh giá dựa vào chỉ số khối cơ thể (Body Mass Index – BMI) theo phân loại của Tổ Chức Y tế Thế Giới (WHO). **Kết quả:** Tình trạng suy dinh dưỡng theo BMI chiếm tỷ lệ cao nhất là 53,1%; thừa cân-béo phì là 8,3%. Tình trạng suy dinh dưỡng ở nhóm tuổi 20-29 là cao nhất với tỷ lệ 74,6% và thấp nhất là nhóm tuổi 40-49 tuổi với 19,0% và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Tỷ lệ suy dinh dưỡng ở đối tượng đến khám tương đối cao. Cần có các can thiệp bằng truyền thông về dinh dưỡng để cải thiện

¹*Viện Dinh dưỡng*

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Thu Huyền
Email: ngothithuhuyen.ninvn@gmail.com
Ngày nhận bài: 7.5.2024
Ngày phản biện khoa học: 17.6.2024
Ngày duyệt bài: 23.7.2024

được tình trạng dinh dưỡng của người trưởng thành.
Từ khóa: Tình trạng dinh dưỡng, Viện Dinh dưỡng

SUMMARY

NUTRITIONAL STATUS OF PATIENTS ATTENDING NATIONAL INSTITUTE OF NUTRITION IN 2022

Objective: Evaluate the nutritional status of patients attending National Institute of Nutrition in 2022. **Methods:** Cross-sectional study describing the nutritional status of 448 patients ≥ 20 years old. When you arrive at the hospital, you will be weighed using a Tanita SC - 330 electronic scale, have your height measured and be interviewed with a set of questions. Nutritional status was assessed based on body mass index (BMI) according to the World Health Organization (WHO) classification. **Results:** Malnutrition according to BMI applied the highest rate of 53.1%; overweight-obesity is 8.3%. Malnutrition in the 20-29 age group is highest with a rate of 74.6% and the lowest is in the 40-49 age group with 19.0% and the difference is statistically significant. **Conclusion:** The rate of malnutrition in the subjects examined was relatively high. Nutrition communication interventions are needed to improve the nutritional status of adults. **Keywords:** Nutritional status, National Institute of Nutrition

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình trạng dinh dưỡng là tập hợp các đặc điểm chức phận, cấu trúc và hóa sinh phản ánh mức đáp ứng nhu cầu dinh dưỡng của cơ thể. Tình trạng dinh dưỡng của các cá thể là kết quả của ăn uống và sử dụng các chất dinh dưỡng [1]. Theo báo cáo tổng điều tra dinh dưỡng năm 2009-2010 của Viện Dinh dưỡng thì tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn (BMI < 18,5 kg/m²) của người trưởng thành đã giảm xuống dưới 20%, nhưng tỷ lệ thừa cân béo phì lại có xu hướng tăng lên, đặc biệt cao ở nhóm tuổi từ 50-60 tuổi. Tính chung cả nam và nữ thì tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn là 17,2% (95% CI: 16,4-18,1). Tỷ lệ thừa cân và béo phì chung người 20 tuổi trở lên là 5,6% (CI 95%: 4,99- 6,37) [2]. Tại Viện Dinh dưỡng số lượng đối tượng đến khám tương đối đồng, vì vậy chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh đến khám tại Viện Dinh dưỡng năm 2022.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả người bệnh từ 20 tuổi trở lên đến khám tại Viện Dinh dưỡng, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh mất trí nhớ hoặc trí nhớ kém làm ảnh hưởng đến sự chính xác của quá trình thu thập thông tin.

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Khoa khám tư

vấn Dinh dưỡng người lớn, Viện Dinh dưỡng.

2.3. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 5/2022 đến tháng 11/2022.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

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

- Cỡ mẫu và chọn mẫu: Áp dụng công thức cỡ mẫu ước lượng cho một tỷ lệ:

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

Trong đó: n = cỡ mẫu nghiên cứu, p: Tỷ lệ ước đoán dựa trên tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn theo nghiên cứu tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế là 28% [3]. Theo công thức trên tính được n = 309, làm tròn cỡ mẫu cần thu thập là 310 đối tượng. Thực tế điều tra được 448 đối tượng.

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện các người bệnh đến khám đủ tiêu chuẩn lựa chọn để đưa vào nghiên cứu.

- Các biến số nghiên cứu: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: giới tính, nhóm tuổi. Tình trạng dinh dưỡng: chỉ số cân nặng, chiều cao, BMI.

- Phương pháp thu thập thông tin: Công cụ thu thập số liệu: Sử dụng cân Tanita SC-330 với độ sai số 0,1 kg và thước gỗ 3 mảnh với độ chia 0,1 cm theo tiêu chuẩn của Viện Dinh dưỡng.

Thu thập thông tin liên quan: Thu thập số liệu bằng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn bao gồm: thông tin chung, địa chỉ, trình độ văn hóa, nghề nghiệp, nhóm tuổi...

- Phương pháp đánh giá: Đánh giá TTDD của đối tượng theo chỉ số khối cơ thể (BMI) phân loại của WHO 1995: Thiếu năng lượng trường diễn (BMI < 18,5); bình thường (18,5 \leq BMI \leq 24,9); thừa cân-béo phì (BMI \geq 25) [4].

2.5. Phân tích số liệu. Số liệu sau khi thu thập sẽ được làm sạch và nhập bằng phần mềm Epidata 3.1, các phân tích được thực hiện bằng phần mềm SPSS 22.0. Ý nghĩa thống kê đạt được khi giá trị p < 0,05.

2.6. Đạo đức nghiên cứu. Người bệnh được giải thích đầy đủ về mục đích nghiên cứu và tự nguyện tham gia. Các thông tin thu thập chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu được thông qua tại Hội đồng đạo đức của Viện Dinh dưỡng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Biến số		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Địa chỉ	HN	216	48,2

	Ngoài HN	232	51,8
Trình độ văn hóa	Đại học, trên đại học	266	59,4
	Trung cấp/ cao đẳng	54	12,1
	THPT	84	18,8
	THCS	43	9,6
	Khác	1	0,2
Nghề nghiệp	CBCNV	119	26,6
	Kinh doanh	87	19,4
	Công nhân	40	8,9
	Nội trợ/ Nghỉ hưu	56	12,5
	SV/ Học sinh	93	20,8
	Khác	53	11,8
Tổng	448	100	

Nghề nghiệp của nhóm đối tượng cán bộ công nhân viên chức chiếm tỷ lệ cao nhất (26,6%), tiếp theo là nhóm đối tượng học sinh, sinh viên (20,8%) và thấp nhất là công nhân (8,9%).

Bảng 2. Phân bố đối tượng theo nhóm

Bảng 3. Tình trạng nhân trắc của đối tượng nghiên cứu theo giới và tuổi

Nhóm tuổi	Giới tính	Cân nặng TB ± SD	Chiều cao TB ± SD	BMI TB ± SD
20-29	Nam (71)	55,5 ± 15,9	166,5±7,0	19,2 ± 4,8
	Nữ (138)	42,5 ± 8,7	155,8 ± 5,5	17,3 ± 3,2
30-39	Nam (36)	55,2 ± 16,2	165,2 ± 6,8	20,1 ± 4,7
	Nữ (86)	46,8 ± 9,3	155,3±5,7	19,4 ± 3,5
40-49	Nam (13)	55,4 ± 8,3	166,5 ± 8,5	20,1 ± 3,3
	Nữ (45)	51,4 ± 9,5	152,5 ± 4,3	21,8 ± 3,3
50-59	Nam (4)	48,2 ± 7,2	157,1 ± 5,1	19,5 ± 2,8
	Nữ (29)	50,1 ± 8,0	153,8 ± 5,9	21,2 ± 3,7
Từ 60	Nam (5)	57,3 ± 9,8	163,3 ± 4,7	21,3 ± 2,5
	Nữ (21)	46,6 ± 7,7	153,6 ± 4,9	19,8 ± 2,8
Tổng (n=448)	Nam (129)	54,2 ± 14,9	165,7 ± 7,1	19,6 ± 4,5*
	Nữ (319)	45,7 ± 9,4	154,9 ± 5,5	19,0 ± 3,7
	Chung (448)	48,1 ± 1,9	158,0 ± 7,8	19,2 ± 4,0

*p > 0,05, T-test so sánh với nhóm nữ

- Về cân nặng: Nam giới có cân nặng trung bình của các nhóm tuổi từ 20-29, 30-39, 40-49 là tương đồng với nhau, cao hơn lứa tuổi 50-59 (48,2 ± 7,2) và thấp hơn lứa tuổi từ 60 trở lên (57,3 ± 9,8). Ở nữ giới, cân nặng trung bình ở nhóm tuổi 20-29 là thấp nhất (42,5 ± 8,7), và cao nhất là ở nhóm 40-49 tuổi (51,4 ± 9,5).

- Về chiều cao: Nam giới có chiều cao trung bình cao nhất ở nhóm tuổi 20-29 (166,5±7,0) và 40-49 (166,5 ± 8,5), thấp nhất ở nhóm 50-59 tuổi (157,1 ± 5,1). Ở nữ giới, chiều cao trung bình cao nhất ở nhóm 20-29 (155,8 ± 5,5), thấp nhất ở nhóm 40-49 tuổi (152,5 ± 4,3).

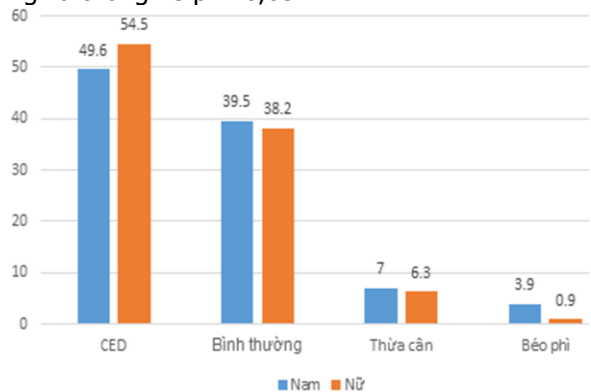
- Về BMI, ở nam giới BMI trung bình cao nhất ở nhóm từ 60 tuổi (21,3 ± 2,5), thấp nhất ở nhóm 20-29 tuổi (19,2 ± 4,8). Với nữ giới BMI trung bình thấp nhất ở nhóm 20-29 tuổi (17,3 ± 3,2) và tăng dần theo các nhóm tuổi, đạt cao nhất ở nhóm 50-59 tuổi (21,2 ± 3,7). So sánh giữa nam và nữ: BMI trung bình của nữ giới thấp

tuổi và giới

Nhóm tuổi	Tổng		Nam		Nữ	
	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
20-29	209	46,7	71	15,8	138	30,8
30-39	122	27,2	36	8,0	86	19,2
40-49	58	12,9	13	2,9	45	10,0
50-59	33	7,4	4	0,9	29	6,5
Từ 60	26	5,8	5	1,1	21	4,7
Chung	448	100	129	28,8	319	71,2

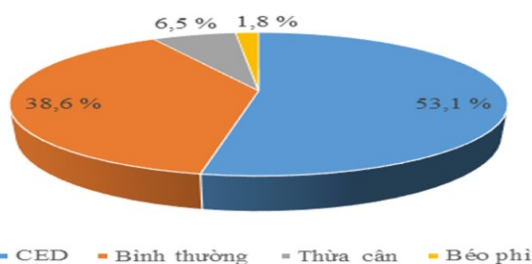
Phân bố đối tượng tham gia nghiên cứu không đồng đều giữa nam và nữ với tổng số nữ là 319 (chiếm 71,2%) nhiều hơn nam là 129 (chiếm 28,8%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05). Đối tượng phân bố không đồng đều giữa các nhóm tuổi, đồng nhất là nhóm 20-29 tuổi (209 đối tượng chiếm 46,7%) và thấp nhất là nhóm từ 60 tuổi (26 đối tượng chiếm 5,8%).

hơn nam giới, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê p > 0,05.



Biểu đồ 2. Tình trạng dinh dưỡng theo giới

Nhận xét: Ở nữ giới tỷ lệ CED là 54,5% cao hơn nam giới là 49,6%, nhưng tỷ lệ thừa cân và béo phì ở nữ giới thấp hơn ở nam giới, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê p > 0,05.



Biểu đồ 1. Phân bố tình trạng dinh dưỡng theo BMI

Nhận xét: Tỷ lệ CED ở nghiên cứu này là 53,1%, trong khi tỷ lệ thừa cân là 6,5% và béo phì là 1,8%. Tỷ lệ thừa cân béo phì là 8,3%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu cho thấy trong tổng số 448 đối tượng thì số lượng đối tượng đến từ Hà Nội là 48,2% và các tỉnh khác là 51,8%. Trình độ văn hoá của nhóm đối tượng nghiên cứu là đại học và trên đại học chiếm 59,4%, các trình độ khác chiếm 41,6%. Nghề nghiệp của nhóm đối tượng cán bộ công nhân viên chức chiếm tỷ lệ cao nhất (26,6%), tiếp theo là nhóm đối tượng học sinh, sinh viên (20,8%) và thấp nhất là công nhân (8,9%). Điều này cho thấy những đối tượng có trình độ văn hoá cao và nghề nghiệp là công nhân viên chức thì sự hiểu biết và quan tâm đến vấn đề sức khoẻ nói chung và dinh dưỡng nói riêng càng lớn hơn. Số lượng đối tượng nữ chiếm 71,2%, cao hơn nam chiếm 28,8%. Phân bố đối tượng theo nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất trong nghiên cứu là nhóm 20-29 tuổi chiếm 46,7%; nhóm 30-39 tuổi chiếm 27,2%; nhóm 40-49 tuổi chiếm 12,9%, nhóm 50-59 tuổi chiếm 7,4%; nhóm từ 60 tuổi trở lên chỉ chiếm 5,8%.

Như vậy nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với nghiên cứu trước đó. Theo nghiên cứu Lê Thị Thu Hà (2021) trên đối tượng đến khám và tư vấn dinh dưỡng tại trung tâm tư vấn dinh dưỡng Hồ Chí Minh thì trình độ học vấn, đại học và sau đại học của đối tượng nghiên cứu chiếm tỷ lệ cao nhất với 30,2%. Nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu chủ yếu là cán bộ công nhân viên chức với 26,2%; nội trợ 26,2%; buôn bán 20,6%; nông dân chiếm số lượng nhỏ chỉ với 1,6%. Trong số đối tượng nghiên cứu thì nữ giới chiếm chủ yếu với 84,9% và nhóm tuổi 20 -39 có tỷ lệ chiếm đa số là 76,2% [5].

4.2. Chỉ số nhân trắc. Kết quả nghiên cứu ở bảng 3 của chúng tôi cho thấy cân nặng trung bình của nam giới là $54,2 \pm 14,9$ kg và của nữ giới là $45,7 \pm 9,4$ kg. Chiều cao trung bình của

nam giới là $165,7 \pm 7,1$ cm và nữ giới là $154,9 \pm 5,5$ cm. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự kết quả tổng điều tra dinh dưỡng năm 2020 của Viện Dinh dưỡng chiều cao của nhóm thanh niên nam 18 tuổi năm 2020 đạt 168,1cm (tăng 3,7cm so với năm 2010: 164,4cm), nữ năm 2020 đạt 156,2cm (năm 2010: 154,8cm) [2], [6]. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi có phần thấp hơn so với nghiên cứu của Đoàn Kim Thoa cho thấy nam giới có cân nặng trung bình là $67,0 \pm 10,7$ kg; chiều cao trung bình là $166,7 \pm 5,3$ cm; BMI trung bình là $24,1 \pm 3,4$ kg/m² và nữ giới có cân nặng trung bình là $52,7 \pm 7,5$ kg; chiều cao trung bình là $155,5 \pm 5,6$ cm; BMI trung bình là $21,8 \pm 2,8$ kg/m². Điều này có thể do nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là người bệnh đến khám, còn đối tượng nghiên cứu của Đoàn Kim Thoa là cán bộ công nhân viên chức trường Đại học [7].

Tình trạng thiếu năng lượng trường diễn (CED). Tỷ lệ CED ở nghiên cứu của chúng tôi là 53,1%, trong đó nữ giới chiếm 54,5% cao hơn nam giới là 49,6%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Trọng Hưng (2021) trên đối tượng đến khám và tư vấn dinh dưỡng tại Viện Dinh dưỡng năm 2020 thì tỷ lệ CED của đối tượng đến khám là 8,5%, trong đó ở nam là 3,8% và nữ là 9,9%. Tỷ lệ CED ở nhóm tuổi 20-29 tuổi là 12,5%, 30-39 tuổi là 7,4%, 40-49 tuổi chiếm 0%, 50-60 tuổi là 10,0%. [7]. Điều này có thể giải thích rằng vấn đề về dinh dưỡng đang ngày càng được nhiều người quan tâm hơn. Tình trạng CED ở nhóm tuổi từ 20-29 là cao nhất với tỷ lệ 74,6%, nhóm tuổi từ 30-39 chiếm tỷ lệ 45,9%, nhóm tuổi từ 40-49 chiếm tỷ lệ 19,0%, nhóm tuổi từ 50-59 chiếm tỷ lệ 21,3%, nhóm tuổi ≥ 60 tuổi chiếm 30,8%. Nhóm tuổi từ 20-29 là những đối tượng trong độ tuổi sinh sản vì vậy dinh dưỡng độ tuổi này là một vấn đề có ý nghĩa sức khoẻ cộng đồng quan trọng, không chỉ ảnh hưởng đến sức khoẻ hiện tại mà còn ảnh hưởng đến thế hệ tương lai. Với tầm quan trọng đó, Thủ tướng đã ký quyết định phê duyệt hướng dẫn chiến lược quốc gia về dinh dưỡng giai đoạn 2021-2030 và tầm nhìn đến năm 2045 nhằm mục tiêu thực hiện dinh dưỡng hợp lý để cải thiện tình trạng dinh dưỡng phù hợp với từng đối tượng, địa phương, vùng, miền, dân tộc, góp phần giảm thiểu gánh nặng bệnh tật, nâng cao tầm vóc, thể lực và trí tuệ của người Việt Nam [8].

Tình trạng thừa cân, béo phì. Cùng với sự phát triển vượt bậc của khoa học kỹ thuật và kinh tế, con người ngày nay phải đối mặt với nhiều vấn đề sức khoẻ mới. Một trong những

vấn đề sức khỏe nổi bật trong xã hội hiện nay là tình trạng thừa cân béo phì đang tăng lên ở mức báo động. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ thừa cân là 6,5% và béo phì là 1,8% nhưng tỷ lệ thừa cân và béo phì ở nữ giới thấp hơn ở nam giới, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ thừa cân ở đối tượng ở Hà Nội chiếm 4,7% cao hơn đối tượng ở ngoài Hà Nội 1,8% và cao nhất ở nhóm 40-49 tuổi (chiếm 15,5%). Theo nghiên cứu của Nguyễn Trọng Hưng (2021) tỷ lệ thừa cân chung là 10,3 %, béo phì 2,6%. Tỷ lệ thừa cân ở nam là 29,6%, nữ là 5,5%. Tỷ lệ béo phì ở nam là 3,8%, nữ: 2,2% [9].

Theo điều tra quốc gia về yếu tố nguy cơ về bệnh không lây nhiễm (STEPS) tỷ lệ thừa cân béo phì (BMI ≥ 25) chung cho cả 2 giới là 15,6% và không có sự khác biệt giữa 2 giới, tuy nhiên tỷ lệ này cao hơn ở thành thị (21,3%) so với nông thôn (12,6%) [10]. Nghiên cứu của chúng tôi có phần thấp hơn so với các nghiên cứu trước đó, điều này có thể do nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là đối tượng đến khám chủ động tại phòng khám, còn các nghiên cứu trước đây là trên cộng đồng. Thừa cân, béo phì đang ngày càng gia tăng, tuy nhiên sự hiểu biết về hậu quả và mối quan tâm dành cho sức khỏe khi bị thừa cân béo phì còn chưa cao, vì vậy các đối tượng khi bị thừa cân, béo phì chưa có ý thức để phòng và điều trị bệnh.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ CED ở đối tượng đến khám ở mức cao, chiếm 53,1%, trong đó nữ giới chiếm 54,5% cao hơn nam giới là 49,6%. Tỷ lệ thừa cân béo phì tương đối thấp chiếm 8,3% nhưng tỷ lệ thừa cân và béo phì ở nữ giới thấp hơn ở nam giới.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Cần có các can thiệp truyền thông dinh dưỡng sớm để phòng suy dinh dưỡng và thừa cân béo phì, đặc biệt là cho các đối tượng trong độ tuổi sinh đẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hà Huy Khôi và Lê Thị Hợp.** Phương pháp Dịch tễ học Dinh dưỡng, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2012.
- Viện Dinh dưỡng.** Báo cáo tóm tắt tổng điều tra dinh dưỡng năm 2009-2010, 2021.
- Hoàng Thị Bạch Yến, Bùi Thị Phương Anh và CS.** Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế. Tạp chí Y dược học, tập 8(02), 73.
- WHO.** Expert Committee on Physical Status: the Use and Interpretation of Anthropometry (1993): Geneva, Switzerland & World Health Organization (1995). Physical status: the use of and interpretation of anthropometry, report of a WHO expert committee. World Health Organization.
- Lê Thị Thu Hà, Nguyễn Thị Cẩm Nhung, Huỳnh Nam Phương.** "Chất lượng dịch vụ khám, tư vấn dinh dưỡng quan cảm nhận của khách hàng tại trung tâm dinh dưỡng thành phố Hồ Chí Minh năm 2019". Tạp chí dinh dưỡng và thực phẩm, 2021, tập 17 (1), tr.46-53.
- Viện Dinh dưỡng (2022).** Báo cáo tóm tắt tổng điều tra dinh dưỡng năm 2019-2020.
- Đoàn Thị Kim Thoa, Nguyễn Quang Dũng, Phạm Công Danh.** Tình trạng dinh dưỡng của cán bộ viên chức trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch trong đợt khám sức khỏe định kỳ năm 2020. Tạp chí Dinh dưỡng - thực phẩm, 2021, tập 17, số 1, tr.15-22.
- Quyết định 02/QĐ-TTG ngày 05/01/2022** về việc phê duyệt chiến lược quốc gia về dinh dưỡng giai đoạn 2021-2030 và tầm nhìn đến năm 2045.
- Nguyễn Trọng Hưng, Bùi Thị Thuý, Ngô Thị Thu Huyền.** Hội chứng chuyển hoá của người trưởng thành đến khám tại Viện Dinh dưỡng năm 2020. Tạp chí dinh dưỡng và thực phẩm, 2021, tập 17 (4), tr.48-54.
- Cục Y tế dự phòng, Bộ Y tế.** Điều tra quốc gia Yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm năm 2015.

TỈ LỆ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ TRẦM CẢM SAU ĐỘT QUY

Phạm Hồng Đăng Khoa¹, Lương Thanh Điền¹, Hà Tấn Đức²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hàng năm, trên thế giới có khoảng 16 triệu người bị đột quy lần đầu, tử vong khoảng 5,7 triệu, khoảng 12,6 triệu người bị khuyết tật mức độ vừa và nặng sau đột quy. Các di chứng thường gặp

của đột quy như té ngã, loét do tỳ đè, nhiễm trùng đường tiết niệu, viêm phổi, trầm cảm, huyết khối tĩnh mạch sâu, thuyên tắc phổi. Trong đó trầm cảm sau đột quy là một di chứng phổ biến và nặng nề của tai biến mạch máu não. Vì những lý do trên, để có thể tìm ra các yếu tố nguy cơ nhằm giúp tiên lượng và đưa ra kế hoạch can thiệp điều trị sớm và mang lại kết quả tốt nhất cho người bệnh, từ đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu. **Mục tiêu nghiên cứu:** xác định tỉ lệ trầm cảm sau đột quy và một số yếu tố nguy cơ trầm cảm sau đột quy. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang có phân tích, được thực hiện trên bệnh nhân đột quy não được điều trị tại khoa Nội thần kinh Bệnh viện Đa

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hồng Đăng Khoa

Email: phdkhoa1996@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 29.6.2024

Ngày duyệt bài: 23.7.2024