

tr. 305-308.

7. Trần Nguyễn Anh Thư, Huỳnh Văn Bá, Nguyễn Thị Thùy Trang, Lạc Thị Kim Ngân, Phạm Thanh Thảo (2020) "Đặc điểm lâm sàng và tình hình đề kháng kháng sinh trên bệnh nhân chốc tại Bệnh viện da liễu thành phố Cần Thơ năm 2020" Tạp chí Y học Việt Nam, tập 506,

số 1, tr. 23-27.

8. Mai Thị Trang, Nguyễn Khắc Tiệp và Phạm Hồng Nhung (2023), "Nồng độ ức chế tối thiểu và mức độ dai dẳng kháng sinh với vancomycin của các chủng Staphylococcus aureus". Tạp chí nghiên cứu Y học, 160 (12V2), tr. 12-16.

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA NGƯỜI BỆNH LAO PHỔI TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG NĂM 2023 - 2024

Nguyễn Quang Dũng^{1,2}, Đào Thu Trang¹, Nguyễn Kim Cương^{1,2}, Phạm Thị Mai Ngọc¹, Chu Hải Đăng¹, Nguyễn Trung Thành¹, Hà Thị Thu Hương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng trên người bệnh lao phổi. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 135 người trưởng thành được chẩn đoán mắc lao phổi phát hiện lần đầu, điều trị tại khoa Lao hô hấp, Bệnh viện Phổi Trung ương. Người bệnh được thu thập các chỉ tiêu nhân trắc (cân nặng, chiều cao, chu vi vòng cánh tay) và các chỉ số hóa sinh (nồng độ Albumin huyết thanh, nồng độ Protein huyết thanh). Đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng chỉ số khối cơ thể (BMI) và bộ công cụ đánh giá tổng thể chủ quan (SGA). **Kết quả:** Tỷ lệ suy dinh dưỡng (SDD) theo BMI là 34,1%, theo bộ công cụ SGA là 76,3%, theo chu vi vòng cánh tay là 35,6%, theo nồng độ Albumin huyết thanh là 49,5% và theo nồng độ Protein huyết thanh là 27,8%. Theo bộ công cụ SGA, tỷ lệ người bệnh có nguy cơ SDD ở nhóm 41 - 65 tuổi (81,0%) cao hơn nhóm 18 - 40 tuổi (68,6%) với $p < 0,05$. **Kết luận:** Người bệnh lao phổi có nguy cơ suy dinh dưỡng cao, cần phối hợp đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng nhiều phương pháp và can thiệp dinh dưỡng sớm để cải thiện hiệu quả điều trị. **Từ khóa:** Tình trạng dinh dưỡng, BMI, SGA, chu vi vòng cánh tay, lao phổi.

Từ viết tắt: SDD: Suy dinh dưỡng; TTDD: tình trạng dinh dưỡng; SGA: Subjective Global Assessment - Bộ công cụ đánh giá tổng thể chủ quan; BMI: Body Mass Index - Chỉ số khối cơ thể.

SUMMARY

NUTRITIONAL STATUS OF PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS IN NATIONAL LUNG HOSPITAL IN 2023-2024

Aims: To assess the nutritional status of patients with pulmonary tuberculosis. **Methods:** A cross-sectional study was conducted at the Respiratory Tuberculosis Department, National Lung Hospital on

135 adult patients with pulmonary tuberculosis detected for the first time. Anthropometric indicators were collected include weight, height, mid - upper arm circumference and biochemical indicators were collected include serum albumin concentration, serum protein concentration. Nutritional status was assessed by Body Mass Index and Subjective Global Assessment. **Results:** The prevalence of malnutrition patients according to BMI was 34,1%, according to SGA was 76,3%, according to mid - upper arm circumference was 35,6%, according to serum albumin concentration was 49,5% and according to serum protein concentration was 27,8%. According to SGA, the prevalence of patients at risk of malnutrition among the 41 - 65 year old group (81,0%) was higher than that among 18 - 40 year old group (68,6%) with $p < 0.05$. **Conclusion:** Patients with pulmonary tuberculosis are at high risk of malnutrition, it is necessary to assess malnutrition and undertake early nutritional intervention to prevent malnutrition and improve treatment outcomes.

Keywords: Nutritional status, BMI, SGA, mid - upper arm circumference, pulmonary tuberculosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, Việt Nam vẫn là nước có gánh nặng bệnh lao cao, đứng thứ 11 trong 30 nước có người bệnh lao nhiều nhất trên toàn cầu. Trong đó, lao phổi là thể lao phổ biến nhất trong cộng đồng với 80 - 85% trường hợp mắc. Trong nhiều yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng mắc lao, suy dinh dưỡng (SDD) là yếu tố nguy cơ hàng đầu. Ngược lại, bệnh lao cũng làm trầm trọng hơn tình trạng SDD do gây nên tình trạng chán ăn, buồn nôn và nôn nhiều.

Có nhiều phương pháp để đánh giá tình trạng dinh dưỡng (TTDD) cho người bệnh lao phổi như phương pháp nhân trắc học, đánh giá tổng thể chủ quan (SGA - Subjective Global Assessment), chỉ số hóa sinh (albumin, protein huyết thanh). Tuy nhiên, không có một phương pháp nào có thể đánh giá chính xác tuyệt đối TTDD, cần phối hợp nhiều phương pháp khác

¹Bệnh viện Phổi Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Dũng

Email: nguyenguangdung@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2024

Ngày duyệt bài: 19.9.2024

nhau để có thể đánh giá chính xác nhất tình trạng dinh dưỡng ở người bệnh lao phổi.¹ Nghiên cứu tìm hiểu TTDD của người bệnh lao phổi là cơ sở giúp xây dựng các biện pháp can thiệp hỗ trợ điều trị.

Tại Bệnh viện Phổi Trung ương, việc đánh giá TTDD của người bệnh lao phổi được tiến hành thường xuyên nhằm sàng lọc người bệnh có nguy cơ SDD để tiến hành can thiệp kịp thời, nâng cao hiệu quả điều trị. Một số nghiên cứu tại các bệnh viện trên cả nước đã đánh giá TTDD của người bệnh lao phổi.²⁻⁵ Tuy nhiên, số liệu về TTDD trên người bệnh lao phổi còn hạn chế. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá TTDD của người bệnh tại Bệnh viện Phổi Trung ương năm 2023 – 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian: Từ tháng 11/2023 đến tháng 4/2024.

Địa điểm: Khoa Lao hô hấp – Bệnh viện Phổi Trung ương.

3. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh từ 18 tuổi đến 65 tuổi được chẩn đoán xác định lao phổi lần đầu và mới nhập viện trong khoảng 0 – 48 giờ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh không có khả năng nghe hiểu, trả lời; người bệnh bị gù vẹo cột sống; phụ nữ có thai; người bệnh có diễn biến nguy kịch cần cấp cứu.

4. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

Cỡ mẫu: tính theo công thức tính cỡ mẫu cho một nghiên cứu xác định tỷ lệ trong một quần thể nghiên cứu. Dựa theo tỉ lệ SDD theo SGA của nghiên cứu trước đó là 56,1%,³ tính được cỡ mẫu tối thiểu là 131 người bệnh. Thực tế thu được 135 người bệnh.

Cách chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

5. Phương pháp thu thập số liệu. Thông tin của đối tượng nghiên cứu như tuổi, giới, trình độ học vấn, nghề nghiệp, nơi ở được thu thập bằng cách phỏng vấn.

Chiều cao được đo bằng thước đo chiều cao gắn tường Mz 10023-1 với độ chính xác 0,1cm. Cân nặng được đo bằng cân điện tử Tanita với độ chính xác 0,1kg. Chu vi vòng cánh tay được đo bằng thước dây mềm, không chun giãn với độ chính xác là 0,1cm. Sức nắm bàn tay được đo bằng máy đo lực bóp tay điện tử Camry, độ chính xác đến 0,1kg.

Thông tin liên quan, các chỉ số cận lâm sàng

như nồng độ Albumin huyết thanh, nồng độ Protein huyết thanh được lấy từ hồ sơ bệnh án của người bệnh.

Phỏng vấn và thu thập các thông tin về tình trạng sụt cân (trong 2 tuần và 6 tháng trước đó), khả năng ăn uống, tiêu hóa, dấu hiệu lâm sàng để đánh giá TTDD theo phương pháp tổng thể chủ quan SGA.

6. Tiêu chuẩn đánh giá. Phân loại BMI theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới dành cho người châu Á: Suy dinh dưỡng độ III khi $BMI < 16$; Suy dinh dưỡng độ II khi $16 \leq BMI < 16,9$; Suy dinh dưỡng độ I khi $16,9 \leq BMI < 18,5$; Bình thường khi $18,5 \leq BMI < 22,9$ và thừa cân, béo phì khi $BMI \geq 23$.

Phân loại theo SGA: SGA – A: Không có nguy cơ SDD; SGA – B: Nguy cơ SDD mức độ nhẹ và vừa; SGA – C: Nguy cơ SDD mức độ nặng.

Phân loại theo chu vi vòng cánh tay: Nam: SDD khi chu vi vòng cánh tay < 24 cm; Nữ: SDD khi chu vi vòng cánh tay < 23 cm.

Phân loại theo nồng độ Albumin huyết thanh và nồng độ Protein huyết thanh: SDD khi nồng độ Albumin huyết thanh < 35 g/l; SDD khi nồng độ Protein huyết thanh < 65 g/l.

7. Xử lý số liệu. Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm Stata 17. Kết quả được trình bày theo dạng bảng tần suất, tỷ lệ, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn. Xác định sự khác biệt giữa các biến định tính sử dụng Chi-square test hoặc Fisher's exact test. Tùy theo các đặc điểm phân bố của dữ liệu, các test thống kê như independent t-test, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis test được sử dụng để so sánh các biến số định lượng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

8. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành sau khi thông qua Hội đồng bảo vệ đề cương tại Viện Đào tạo Y học Dự phòng và Y tế Công cộng – Trường Đại học Y Hà Nội. Người bệnh tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện và có quyền rút lui khi không đồng ý tham gia, các thông tin của người bệnh được đảm bảo bí mật, chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Thông tin chung		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Giới	Nam	88	65,2
	Nữ	47	43,8
Nơi ở	Thành phố	52	38,5
	Nông thôn, miền núi	83	61,5
Nhóm tuổi	18 - 40 tuổi	51	37,8

(năm)	41 - 65 tuổi	84	62,2
	TB±SD = 44,8±14,5; min = 18; max = 65		
Dân tộc	Kinh	127	94,1
	Khác	8	5,9
Nghề nghiệp	Học sinh, sinh viên	11	8,1
	Nông dân, công nhân	35	25,9
	Nội trợ, hưu trí	33	24,4
	Kinh doanh	15	11,2
	Viên chức	19	14,1
	Khác	22	16,3
Trình độ học vấn	Dưới cấp III	99	73,4
	Đại học trở lên	36	26,6

Kết quả bảng 1 cho thấy độ tuổi trung bình của đối tượng là 44,8±14,5, với đa phần thuộc nhóm 41 – 65 tuổi (62,2%). Người bệnh nam chiếm 65,2%, cao hơn nữ là 43,8%. Đa số người bệnh ở nông thôn, miền núi (61,5%) và có trình độ học vấn dưới cấp III (73,4%). Nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu phân bố khá đồng đều; trong đó, nhóm nông dân, công nhân chiếm tỷ lệ cao nhất (25,9%) và nhóm học sinh, sinh viên chiếm tỷ lệ thấp nhất (8,1%).

Bảng 2: Đặc điểm nhân trắc của đối tượng nghiên cứu

Chỉ số (n)	Chung* (n=135)	Nam* (n=88)	Nữ* (n=47)	P
Cân nặng (kg)	-	53,1 ± 8,1	48,8 ± 7,0	0,020
Chiều cao (cm)	-	165,8 ± 6,1	156,0 ± 6,0	0,000
BMI (kg/m ²)	19,6 ± 2,8	19,3 ± 2,7	20,1 ± 3,0	0,136
Chu vi vòng cánh tay (cm)	-	24,5 ± 3,3	24,1 ± 3,2	0,409
Sức nắm bàn tay (kg)	25,7 ± 9,6	28,4 ± 10,3	20,6 ± 5,1	0,000

(*): Kết quả được trình bày dưới dạng TB±SD.

(-): Không áp dụng.

Bảng 2 mô tả giá trị trung bình các chỉ số đặc điểm nhân trắc của đối tượng nghiên cứu. Cân nặng và chiều cao của nam cao hơn nữ (53,1 ± 8,1 kg so với 48,8 ± 7,0 kg và 165,8 ± 6,1 cm so với 156,0 ± 6,0 cm). Sức nắm bàn tay của nam là 28,4 ± 10,3kg, cao hơn của nữ là 20,6 ± 5,1kg. Các sự khác biệt đều có ý nghĩa thống kê.

Giá trị trung bình BMI là 19,6 ± 2,8 kg/m² và sức nắm bàn tay của người bệnh là 25,7 ± 9,6 kg.

Giá trị trung bình BMI và chu vi vòng cánh tay của nam là 19,3 ± 2,7 kg/m² và 24,5 ± 3,3cm; của nữ là 20,1 ± 3,0 kg/m² và 24,1 ± 3,2cm.

Bảng 3: Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu

Tình trạng dinh dưỡng	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Theo phân loại BMI (n = 135)		
Suy dinh dưỡng độ III	13	9,6
Suy dinh dưỡng độ II	7	5,2
Suy dinh dưỡng độ I	26	19,3
Bình thường	73	54,1
Thừa cân, béo phì	16	11,8
Theo phân loại SGA (Subjective Global Assessment) (n = 135)		
SGA – A	32	23,7
SGA – B	72	53,3
SGA – C	31	23,0
Theo phân loại chu vi vòng cánh tay (n = 135)		
Suy dinh dưỡng	48	35,6
Bình thường	87	64,4
Theo phân loại Albumin huyết thanh (n = 111)		
Suy dinh dưỡng	55	49,5
Bình thường	56	50,5
Theo phân loại Protein huyết thanh (n = 108)		
Suy dinh dưỡng	30	27,8
Bình thường	78	71,2

Kết quả bảng 3 cho thấy TTDD của người bệnh khi đánh giá theo các phương pháp, chỉ số khác nhau. Theo đó, khi đánh giá dựa trên BMI, có 34,1% người bệnh SDD, trong đó 9,6% SDD độ III, 5,2% SDD độ II, 19,3% SDD độ I; 11,8% người bệnh thừa cân, béo phì.

Theo phân loại SGA, 53,3% người bệnh có nguy cơ SDD mức độ nhẹ và vừa (SGA – B), 23,0% người bệnh có nguy cơ SDD mức độ nặng (SGA – C).

Tỉ lệ người bệnh SDD theo phân loại dựa trên số đo chu vi vòng cánh tay là 35,6%, theo chỉ số Albumin huyết thanh là 49,5% và theo chỉ số Protein huyết thanh là 27,8%.

Bảng 4: Tình trạng dinh dưỡng theo tuổi

Tình trạng dinh dưỡng	Tuổi		P
	18 – 40 tuổi (n = 51) (n,(%))	41 – 65 tuổi (n = 84) (n,(%))	
Theo BMI	BMI < 18,5	22(43,1)	24(28,6)
	18,5 ≤ BMI < 23	25(49,0)	48(57,1)
	BMI ≥ 23	4 (7,9)	12(14,3)
Theo SGA	SGA – A	16(31,4)	16(19,1)
	SGA – B	20(39,2)	52(61,8)
	SGA – C	15(29,4)	16(19,1)

Bảng 4 cho thấy tỉ lệ người bệnh SDD theo BMI ở nhóm tuổi 18 – 40 tuổi là 43,1%, cao hơn nhóm tuổi 41 – 65 tuổi là 28,6%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Tỉ lệ người bệnh có nguy cơ SDD khi đánh giá theo SGA ở nhóm 41 – 65 tuổi là 81,0%, cao hơn nhóm 18 – 40 tuổi là 68,6%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Theo nghiên cứu của chúng tôi, BMI trung bình của người bệnh là $19,6 \pm 2,8$ kg/m². Kết quả của chúng tôi có phần tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Trọng Hưng năm 2020 là 19,1 kg/m².² Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Lê Thị Thủy năm 2018 là 17,23 kg/m².³ Điều này có thể được lý giải bởi người bệnh đang dần có sự quan tâm hơn đến chế độ dinh dưỡng hàng ngày và trong thời gian mắc bệnh, vì vậy các chỉ số nhân trắc đều được cải thiện theo chiều hướng tích cực. Tuy nhiên kết quả của chúng tôi lại thấp hơn kết quả BMI trung bình của người bệnh lao tại Peru năm 2020 là 21,9 kg/m².⁶ Sự khác biệt kể trên có thể do nhiều yếu tố như chủng tộc, địa điểm, thời gian nghiên cứu,...

Tỉ lệ người bệnh SDD khi đánh giá theo BMI trong nghiên cứu của chúng tôi là 34,1%, trong đó 19,3% SDD độ I, 5,2% SDD độ II và 9,6% SDD độ III. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu tại châu Phi năm 2020 với tỉ lệ SDD là 35,8%, trong đó mức phân loại SDD độ I, độ II và độ III lần lượt là 19,5%, 8,9% và 7,7%.⁷ Tuy nhiên, tỉ lệ SDD trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Đoàn Duy Tân (2020) là 55,2%, của Trần Thị Lý (2019) là 48,4%.^{4,8} Mặc dù sự phân nhóm BMI là đồng nhất giữa các nghiên cứu, tuy nhiên sự khác biệt về địa điểm, thời gian nghiên cứu, khác biệt về yếu tố kinh tế - xã hội có thể lý giải cho sự chênh lệch này. Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi tiến hành sau các nghiên cứu trên một khoảng thời gian dài. Trong thời gian đó, sự quan tâm của cộng đồng với vấn đề dinh dưỡng cũng phần nào giúp cải thiện tình trạng dinh dưỡng của người bệnh.

Theo phân loại SGA, 53,3% người bệnh có nguy cơ SDD mức độ nhẹ và vừa, 23,0% người bệnh có nguy cơ SDD mức độ nặng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của Trần Thị Lý năm 2019 với phân loại SGA mức B và mức C lần lượt là 46,6% và 9,5%.⁸ Tỉ lệ người bệnh có nguy cơ SDD theo SGA trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cao hơn nghiên cứu của Đoàn Duy Tân là 66,6%, cao hơn nghiên cứu của Hoàng Khắc Tuấn Anh là 52,8%.^{4,5} SGA là một công cụ dễ thực hiện và hữu ích để đánh giá tình

trạng dinh dưỡng của người bệnh khi nhập viện. Công cụ này quan tâm đến tổng thể về bệnh sử, khám thực thể của người bệnh và những sự thay đổi về tình trạng dinh dưỡng trong 2 tuần đến 6 tháng trước đó. Mặc dù phần tính điểm phụ thuộc nhiều vào chủ quan của người đánh giá, SGA vẫn là một chỉ số tốt để tiên lượng sớm khả năng sống sót của người bệnh lao phổi, vì vậy việc đánh giá SGA sớm trong vòng 48 giờ khi nhập viện là vô cùng cần thiết.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, giá trị số đo vòng cánh tay trung bình của nam là $24,5 \pm 3,3$ cm, của nữ là $24,1 \pm 3,2$ cm; tỉ lệ SDD theo số đo chu vi vòng cánh tay trung bình ở cả hai giới là 35,6%. Kết quả này là tương tự nghiên cứu của Hoàng Khắc Tuấn Anh (2018) với 37,8% người bệnh SDD theo chu vi vòng cánh tay.⁵ Tuy nhiên, kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của Nguyễn Trọng Hưng (2020) với giá trị chu vi vòng cánh tay trung bình ở cả hai giới là 22,4cm, tỉ lệ SDD theo số đo chu vi vòng cánh tay là 60,2%.² Sự khác biệt này có thể được lý giải bởi độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của Nguyễn Trọng Hưng là 51,3 tuổi, cao hơn nghiên cứu của chúng tôi là 44,8 tuổi. Ngoài ra, trong nghiên cứu của Nguyễn Trọng Hưng, có 24,0% người bệnh trên 65 tuổi. Tuổi càng cao là một nguyên nhân gây suy giảm khối cơ ở người bệnh, từ đó có thể khiến số đo chu vi vòng cánh tay cũng bị ảnh hưởng.

Có 49,5% người bệnh được đánh giá là SDD theo nồng độ Albumin huyết thanh và 27,8% người bệnh SDD theo nồng độ Protein huyết thanh. Kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của Trần Thị Lý năm 2019 với 65,0% người bệnh SDD theo phân loại nồng độ Albumin, 24,4% người bệnh SDD theo phân loại nồng độ Protein.⁸ Albumin huyết thanh và Protein huyết thanh là những chỉ số xét nghiệm rẻ, dễ thực hiện, tuy nhiên không phải chỉ số đặc hiệu để đánh giá tình trạng dinh dưỡng do các chỉ số này bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố ngoài dinh dưỡng như tình trạng nhiễm trùng, viêm, các bệnh lý về gan, thận... Mặc dù vậy, trên thực tế lâm sàng, đây vẫn là 2 chỉ số quan trọng khi phối hợp cùng các phương pháp đánh giá khác để đưa ra kết luận chính xác về tình trạng dinh dưỡng của người bệnh.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, có mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng khi đánh giá theo phương pháp SGA với tuổi của người bệnh. Cụ thể, nhóm tuổi từ 41 – 65 tuổi có nguy cơ SDD khi đánh giá bằng SGA cao hơn nhóm tuổi từ 18 – 40 tuổi. Tuổi cao khiến các chức năng trong cơ thể hoạt động kém hơn, nhiều nguy cơ

mắc các bệnh lý nền khiến tình trạng dinh dưỡng cũng kém hơn. Nhiều nghiên cứu khác cũng cho thấy người bệnh càng cao tuổi càng có nguy cơ gặp các vấn đề về dinh dưỡng. Vì vậy, cần lưu ý chăm sóc dinh dưỡng đặc biệt hơn với nhóm đối tượng này, đặc biệt trong thời gian nằm viện.

V. KẾT LUẬN

Người bệnh lao phổi có tỷ lệ suy dinh dưỡng cao khi đánh giá theo các phương pháp khác nhau. Trong nhiều phương pháp đánh giá tình trạng dinh dưỡng, bộ công cụ SGA nổi trội với nhiều ưu thế. Tuy nhiên, SGA là phương pháp đánh giá chủ quan, phụ thuộc vào kinh nghiệm của người thực hiện. Vì vậy, cần sàng lọc, đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh theo nhiều phương pháp và theo dõi, can thiệp dinh dưỡng sớm để nâng cao hiệu quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mueller C, Compher C, Ellen DM**, American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.) Board of Directors. A.S.P.E.N. clinical guidelines: Nutrition screening, assessment, and intervention in adults. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2011;35(1):16-24. doi:10.1177/0148607110389335
2. **Nguyễn Trọng Hưng, Nguyễn Thị Hằng Nga, Lê Xuân Hưng**. 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. *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm.* 2020;16(2):95-101.

3. **Lê Thị Thủy, Lê Văn Hối, Nguyễn Trọng Hưng, Doãn Trung Đạt**. Đặc điểm Lao phổi ở người bệnh điều trị tại khoa Lao hô hấp, Bệnh viện Phổi Trung ương năm 2018. *Tạp chí Y học Việt Nam.* Published online August 15, 2019.
4. **Doan Duy Tân**. Tỷ lệ suy dinh dưỡng và yếu tố liên quan trên bệnh nhân lao phổi tại bệnh viện Phạm Ngọc Thạch. 2021;25:148-152.
5. **Hoàng Khắc Tuấn Anh, Trần Thị Vân Anh, Phạm Thị Dung, Lê Đức Cường**. Tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân lao điều trị tại Bệnh viện Phổi Thái Bình năm 2017. *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm.* 2018;14(4):80-85.
6. **Lee GO, Paz-Soldan VA, Riley-Powell AR, et al**. Food Choice and Dietary Intake among People with Tuberculosis in Peru: Implications for Improving Practice. *Curr Dev Nutr.* 2020;4(2):nzaa001. doi:10.1093/cdn/nzaa001
7. **Musuenge BB, Poda GG, Chen PC**. Nutritional Status of Patients with Tuberculosis and Associated Factors in the Health Centre Region of Burkina Faso. *Nutrients.* 2020;12(9):2540. doi:10.3390/nu12092540
8. **Trần Thị Lý, Phạm Thị Thu Hương, Đào Văn Dũng**. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh lao phổi tại khoa Lao hô hấp, Bệnh viện Phổi Trung ương năm 2019. *VMJ.* 2023;530(1). doi:10.51298/vmj.v530i1.6581

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KIỂU GEN CỦA BIẾN THỂ rs9290927 TRÊN GEN CLDN-1 Ở NGƯỜI BỆNH VIÊM DA CƠ ĐỊA

Nguyễn Hữu Ngọc Tuấn¹, Lê Dương Hoàng Huy¹,
Châu Quốc Khánh², Châu Văn Trố^{1,2}

TÓM TẮT

Giới thiệu: Tổn thương hàng rào bảo vệ da trong viêm da cơ địa (VDCĐ) có liên quan đến yếu tố di truyền, trong đó, biến thể đa hình đơn nucleotide (SNP) rs9290927 (biến đổi A thành T) trên gen CLDN-1, mã hóa protein claudin-1, được mô tả có liên quan đến bệnh VDCĐ. **Mục tiêu:** Xác định các đặc điểm lâm sàng và di truyền của biến thể rs9290927 trên người Việt Nam trưởng thành mắc VDCĐ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca, khảo sát các đặc điểm lâm sàng và đặc điểm của biến thể rs9290927 trên bệnh nhân VDCĐ trưởng thành đến khám tại bệnh viện Da Liễu TPHCM từ tháng 01/2021 đến tháng 03/2022. Chẩn đoán VDCĐ

dựa theo tiêu chuẩn Hanifin và Rajka 1980. Thông tin biến thể rs9290927 được thu thập từ việc giải trình tự Sanger DNA bạch cầu máu bệnh nhân. **Kết quả:** Có 82 người trưởng thành VDCĐ tham gia nghiên cứu. Tuổi trung vị là 36 (32 - 40 tuổi), 86% trong độ tuổi lao động, nữ chiếm 40,24%, tiền căn đã từng được chẩn đoán VDCĐ, hen và viêm mũi dị ứng trước đó lần lượt là 84,15%, 8,54% và 15,85%. Tiền sử gia đình mắc VDCĐ, hen và viêm mũi dị ứng lần lượt là 41,46%, 4,88% và 15,85%. Độ nặng theo thang điểm SCORAD với các mức nhẹ, trung bình, nặng lần lượt là 13,41%, 50,00% và 36,59%. Tỷ lệ alen A chiếm 50,61%, alen T chiếm 49,39%. Tỷ lệ kiểu gen lần lượt là AA: 26,83%, AT: 47,56%, TT: 25,61%. Ghi nhận biến thể này có liên quan có ý nghĩa thống kê với tiền căn VDCĐ gia đình ở các mô hình đồng trội, lặn và siêu trội, với giá trị p lần lượt là 0,002; 0,016 và 0,0004. Các đặc điểm khác chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa. **Kết luận:** Tỷ lệ alen A và alen T của biến thể rs9290927 lần lượt là 50,61% và 49,39%. Biến thể này có liên quan có ý nghĩa thống kê với các tiền căn VDCĐ gia đình ở các mô hình đồng trội, lặn và siêu trội. **Từ khóa:** Viêm da cơ địa, gen Claudin-1, biến thể di truyền, rs9290927.

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch,

²Bệnh viện Da liễu Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Ngọc Tuấn

Email: nhntuan@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2024

Ngày duyệt bài: 16.9.2024