

# MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE - DINH DƯỠNG CỦA CÁN BỘ THUỘC ĐIỆN TỈNH ỦY TỈNH THÁI BÌNH QUẢN LÝ NĂM 2019

Trần Khánh Thu\*, Lê Thị Thanh Phương\*\*, Trần Mạnh Hà\*\*\*

## TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của các cán bộ thuộc diện Ban thường vụ Tỉnh ủy tỉnh Thái Bình quản lý. Đối tượng được điều tra bao gồm các cán bộ đương chức và các cán bộ đã nghỉ hưu. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang điều tra 800 cán bộ. Kết quả nghiên cứu: Yếu tố thói quen sử dụng rượu bia là có ảnh hưởng rõ rệt nhất tới tình trạng dinh dưỡng cán bộ thuộc diện ban thường vụ Tỉnh ủy tỉnh Thái Bình quản lý. Tỷ lệ người thừa cân, béo phì có sử dụng rượu bia là 18,5%, tỷ lệ người thừa cân béo phì không sử dụng rượu bia là 11,3%. Những cán bộ có thói quen sử dụng rượu bia có nguy cơ thừa cân béo phì cao gấp 1,8 lần những cán bộ không có thói quen sử dụng rượu bia.

**Từ khóa:** Tình trạng dinh dưỡng, chỉ số khối cơ thể, phân loại sức khỏe, thừa cân

## SUMMARY

### SOME FACTORS INFLUENCING NUTRITIONAL STATUS OF THE OFFICERS UNDER THE MANAGEMENT OF THE THAI BINH PROVINCIAL STANDING COMMITTEE

**Objective:** The study aimed to assess the nutritional status of the officers under the management of the Thai Binh Provincial Standing Committee. **Subjects:** Surveyed included 800 incumbent officials and retired officials. **Method:** The epidemiological method described by a cross-sectional investigation. **Results:** Using alcohol was the most significant influence on the nutritional status of officers. The rate of overweight people using alcohol was 18.5%, the proportion of overweight and obese people who did not use alcohol was 11.3%. Those who had a habit of using alcohol were 1.8 times more likely to be overweight and obese than those who did not have a habit of using alcohol.

**Keywords:** Nutritional status, body mass index, health classification, overweight

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các nhà khoa học đã cảnh báo rằng "Thế kỷ 21 là thế kỷ của các bệnh nội tiết, rối loạn chuyển hóa" và gánh nặng của các bệnh mạn tính không lây nhiễm gặp chủ yếu ở các nước có

thu nhập trung bình và thấp [8]. Các nghiên cứu trong và ngoài nước đã xác định chính sự thay đổi thói quen trong ăn uống, sinh hoạt và thay đổi môi trường sống có tác động quan trọng đến sự thay đổi mô hình bệnh tật và nguyên nhân tử vong như hiện nay [2], [3], [7], [9].

Ngày 25/10/2017 tại Hội nghị lần thứ 6 Ban Chấp hành Trung ương Đảng khóa XII đã Ban hành nghị quyết số 20-NQ/TW về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới. Theo đó, Chính phủ yêu cầu Bộ Y tế chủ trì, phối hợp với các cơ quan liên quan nghiên cứu, đề xuất các cơ chế, chính sách, đồng thời tăng cường tuyên truyền vận động để nâng cao nhận thức, trách nhiệm, thay đổi hành vi của người dân và các cấp ủy, chính quyền các cấp để tăng cường bảo vệ, chăm sóc, nâng cao sức khỏe nhân dân; tập trung ưu tiên các hoạt động dự phòng gắn với y tế cơ sở như: Chế độ dinh dưỡng hợp lý, bảo đảm an toàn thực phẩm, tăng cường luyện tập thể dục thể thao, không hút thuốc lá, không lạm dụng rượu bia.. nhằm góp phần nâng cao thể lực, tầm vóc người Việt Nam; phòng chống các bệnh không lây nhiễm như tim mạch, ung thư, đái tháo đường, béo phì...

Tại địa bàn tỉnh Thái Bình, đội ngũ cán bộ trong nhiều năm qua tình hình chăm sóc sức khỏe cán bộ được Lãnh đạo tỉnh đặc biệt quan tâm. Tỉnh đã chỉ đạo và tạo điều kiện, đầu tư mọi mặt cho công tác bảo vệ, chăm sóc sức khỏe cán bộ diện Tỉnh ủy quản lý. Hệ thống y tế của Ban BVCSSKCB tỉnh được nâng cấp, năng lực chuyên môn nghiệp vụ được nâng cao. Việc thu thập được nhiều số liệu sức khỏe sẽ giúp cán bộ y tế trong Ban có cái nhìn tổng thể về sức khỏe các cán bộ trong tỉnh.

Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tình trạng sức khỏe - dinh dưỡng của cán bộ thuộc diện Tỉnh ủy quản lý năm 2019.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1 Đối tượng nghiên cứu.** Là cán bộ thuộc diện Ban Thường vụ Tỉnh ủy Thái Bình quản lý gồm hai nhóm đối tượng: Cán bộ đương chức và cán bộ nguyên chức.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Loại trừ các cán bộ không đồng ý tham gia, những cán bộ >80 tuổi,

\*Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình,

\*\*Ban bảo vệ chăm sóc SK cán bộ tỉnh Thái Bình

\*\*\*Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Trần Khánh Thu

Email: khanhthuh@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 8.10.2021

Ngày duyệt bài: 15.10.2021

trong tình trạng cấp cứu, có biến chứng nặng, không có khả năng tham gia.

**2.4 Phương pháp nghiên cứu.** Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp nghiên cứu mô tả qua cuộc điều tra cắt ngang.

### 2.3 Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

\***Cỡ mẫu:**  $pq$

$$n = \frac{Z^2 (1-\alpha/2)}{e^2}$$

*Trong đó:* n: cỡ mẫu cần thiết.

Z: là giá trị tương ứng của hệ số giới hạn tin cậy đòi hỏi, với độ tin cậy là 95% thì  $Z(1-\alpha/2) = 1,96$ ; p: Tỷ lệ đối tượng thiếu năng lượng trường diễn ước tính dựa vào nghiên cứu trước là 32,3%

$q = 1 - p$ ; e: là sai số mong muốn, lấy  $e = 5\%$ . Vậy theo công thức tính cỡ mẫu thì số đối tượng cho một nhóm sẽ là 350. Như vậy số mẫu nghiên cứu của đề tài sẽ là 700 người. Trên thực tế nghiên cứu được 800 cán bộ.

\***Cách chọn mẫu:** Toàn bộ số cán bộ thuộc diện tình ủy quản lý hiện tại là 1368 người (bao gồm nhóm đương chức có 359 người và nhóm nguyên chức là 1009 người). Như vậy với số cán bộ đương chức chúng tôi chọn tất cả 359 người, nhóm nguyên chức cũng sẽ được chọn tất cả (trừ những trường hợp quá cao tuổi hoặc vắng mặt vào thời điểm nghiên cứu hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu).

**2.5 Phương pháp thu thập số liệu.** Cân nặng của đối tượng được thu thập bằng cân điện tử Tanita của Nhật Bản có độ chính xác 0,01kg. Kết quả được đọc theo đơn vị kilogram và ghi tới

một chữ số thập phân. Đo chiều cao đứng của bệnh nhân bằng thước Microtoise của Pháo có độ chính xác tới milimet. Sử dụng bản tiêu chuẩn phân loại sức khỏe cán bộ theo quyết định số 2136/QĐ-BYT ngày 15/6/2005. Lấy máu xét nghiệm: Lấy 5 ml máu tĩnh mạch vào buổi sáng (từ 8-10 giờ), bệnh nhân nhịn ăn và không uống bất kỳ một loại nước giải khát nào để làm xét nghiệm. Xét nghiệm sinh hóa máu trên máy Randox Imola của Nhật. Xét nghiệm huyết học trên máy Celltak-alpha 6410 của Nhật. Hóa chất xét nghiệm đều do hãng Boehringer cung cấp. Các kỹ thuật cân đo, xét nghiệm đã được chuẩn hóa.

Phòng vấn tìm hiểu các yếu tố liên quan đến tình trạng bệnh tật, dinh dưỡng nhằm: Xác định mối liên quan giữa tình trạng bệnh tật, TTDD với một số đặc điểm nhân khẩu học ở đối tượng nghiên cứu như nhóm tuổi, giới, trình độ học vấn, tôn giáo, tình trạng kinh tế, làm việc, hôn nhân và hoàn cảnh sống. Xác định mối liên quan giữa tình trạng bệnh tật, TTDD với lối sống, thói quen ăn uống ở đối tượng nghiên cứu như hút thuốc lá, sử dụng rượu bia, tập thể dục, số bữa ăn, tần suất tiêu thụ thực phẩm, sức khỏe răng miệng và thói quen ăn ngọt. Xác định mối liên quan giữa TTDD với tình hình điều trị bệnh tật ở đối tượng nghiên cứu.

**2.5 Xử lý số liệu.** Làm sạch số liệu trước khi nhập vào máy vi tính. Sử dụng chương trình Epidata để nhập số liệu và phân tích số liệu bằng chương trình SPSS 16.0 bằng các test các test thống kê y học.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 3.1. Liên quan tình trạng dinh dưỡng với thói quen tập thể dục**

Thông tin	Thừa cân béo phì (n=115)		Bình thường (n=680)		P	OR (95% CI)
	SL	%	SL	%		
Không tập thể dục	14	9,4	135	90,6	>0,05	0,5 (0,3-1,0)
Có tập thể dục	101	15,6	545	84,4		

Bảng 3.1: Tỷ lệ người bị thừa cân béo phì ở những người có tập thể dục là 15,6%, và ở những người không tập thể dục là 9,4%. Không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3.2. Liên quan tình trạng dinh dưỡng với thói quen sử dụng rượu bia**

Thông tin	Thừa cân béo phì (n=115)		Bình thường (n=680)		P	OR (95% CI)
	SL	%	SL	%		
Có sử dụng	65	18,5	286	81,5	<0,01	1,8 (1,2-2,7)
Không sử dụng	50	11,3	394	88,7		

Bảng 3.2 cho thấy tỷ lệ người thừa cân, béo phì có sử dụng rượu bia là 18,5%, tỷ lệ người thừa cân béo phì không sử dụng rượu bia là 11,3%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ . Người sử dụng rượu bia có nguy cơ thừa cân béo phì gấp 1,8 lần người không sử dụng rượu bia.

**Bảng 3.3. Liên quan tình trạng dinh dưỡng với thói quen hút thuốc lá, thuốc láo**

Thông tin	Thừa cân béo phì (n=115)		Bình thường (n=680)		P	OR (95% CI)
	SL	%	SL	%		
Có sử dụng	100	14,5	592	85,5	>0,05	0,9 (0,6-1,8)
Không sử dụng	15	14,6	88	85,4		

Bảng 3.3 cho thấy tỉ lệ thừa cân béo phì ở nhóm người có sử dụng thuốc lá, thuốc lào là 14,5%, tỉ lệ này ở nhóm người không sử dụng thuốc lá, thuốc lào là 14,6%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3.4. Liên quan tình trạng dinh dưỡng với thói quen ăn uống đồ ngọt**

Thông tin	Thừa cân béo phì (n=115)		Bình thường (n=680)		p	OR (95% CI)
	SL	%	SL	%		
Có sử dụng thường xuyên	100	14,5	592	85,5	>0,05	0,9 (0,6-1,8)
Không sử dụng	15	14,6	88	85,4		

Bảng 3.4 cho thấy tỉ lệ thừa cân, béo phì ở nhóm đối tượng có sử dụng thường xuyên ăn uống đồ ngọt là 14,5%. Tỷ lệ này ở nhóm không sử dụng thường xuyên là 14,6%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3.5. Liên quan tình trạng sức khỏe với thói quen tập thể dục**

Thông tin	Sức khỏe loại B2, C (n=32)		Sức khỏe loại A, B1 (n=768)		p	OR (95% CI)
	SL	%	SL	%		
Không tập thể dục	6	4,0	143	96,0	>0,05	1,0 (0,4-2,4)
Có tập thể dục	26	4,0	625	96,0		

Bảng 3.5 cho thấy tỉ lệ người có sức khỏe loại A, B1 không tập thể dục là 96%, tỷ lệ này đối với nhóm sức khỏe B2, C cũng là 96%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3.6. Liên quan tình trạng sức khỏe với thói quen hút thuốc lá**

Thông tin	Sức khỏe loại B2, C (n=32)		Sức khỏe loại A, B1 (n=768)		p	OR (95% CI)
	SL	%	SL	%		
Có hút thuốc	31	4,4	666	95,6	>0,05	4,7 (0,6-35,2)
Không hút thuốc	1	1,0	102	99,0		

Bảng 3.6 cho thấy mối liên quan tình trạng sức khỏe với thói quen hút thuốc lá. Trong nhóm người có hút thuốc có tỉ lệ sức khỏe loại A, B1 là 95,6%, tỉ lệ có sức khỏe loại B2, C là 4,4%. Tỷ lệ nhóm người không hút thuốc tỉ lệ sức khỏe loại A, B1 là 99,0%, tỉ lệ sức khỏe loại B2, C là 1,0%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3.7. Liên quan tình trạng sức khỏe với thói quen sử dụng rượu bia**

Thông tin	Sức khỏe loại B2, C (n=32)		Sức khỏe loại A, B1 (n=768)		p	OR (95% CI)
	SL	%	SL	%		
Có sử dụng	18	5,1	334	94,9	>0,05	1,6 (0,8-3,4)
Không sử dụng	14	3,1	434	96,9		

Bảng 3.7 cho thấy trong nhóm những người có thói quen sử dụng rượu bia thì sức khỏe loại A, B1 là 94,9%, sức khỏe loại B2, C là 5,1%. Nhóm những người không có thói quen sử dụng rượu bia tỷ lệ sức khỏe loại A, B1 là 96,9%, sức khỏe loại B2, C là 3,1%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê đối với  $p > 0,05$ .

#### IV. BÀN LUẬN

**- Thói quen tập thể dục.** Hoạt động thể lực tham gia vào quá trình thiết lập cân bằng giữa năng lượng tiêu hao và năng lượng nạp vào cơ thể do đó có vai trò hết sức quan trọng đối với tình trạng thừa cân - béo phì. Mặt khác, hoạt động thể lực còn giúp cơ thể chuyển hóa tích cực. Cùng với yếu tố ăn uống, sự gia tăng tỷ lệ béo phì thường đi song song với giảm hoạt động thể lực trong lối sống tĩnh tại. Các nghiên cứu của tác giả nước ngoài cho thấy có bằng chứng mạnh mẽ rằng việc duy trì hoạt động có thể giúp mọi người làm chậm lại hoặc ngăn chặn sự tình trạng thừa cân, béo phì ở độ tuổi trung niên.

Càng nhiều người năng động, họ càng có khả năng giữ cân nặng ổn định [6]. Càng ít vận động, càng có nhiều khả năng tăng cân theo thời gian [4]. Trong nghiên cứu này tại bảng 3.1 cho thấy tỷ lệ người bị thừa cân béo phì ở những người có tập thể dục là 15,6%, và ở những người không tập thể dục là 9,4%. Không có sự khác biệt giữa nhóm đối tượng có tập thể dục và không tập thể dục thường xuyên trong nghiên cứu này với  $p > 0,05$ .

**- Thói quen sử dụng rượu bia.** Các nhà khoa học đã chỉ ra rằng nếu tiêu thụ rượu ít sẽ có tác dụng làm giảm nguy cơ tử vong do bệnh tim mạch và giảm phát triển yếu tố nguy cơ của

rối loạn lipid máu. Một số nghiên cứu cũng đã giải thích lợi ích của giảm tiêu thụ rượu bao gồm cả cải thiện tình trạng lipid đặc biệt là triglycerid và HDL. Ngược lại, nếu sử dụng rượu nhiều và loại rượu nặng sẽ ảnh hưởng cả đến hệ tim mạch cũng như toàn bộ sức khỏe và nó là nguyên nhân thứ 3 gây tử vong sớm ở Mỹ [5]. Hơn nữa, sử dụng nhiều rượu bia ảnh hưởng tới hoạt động chức năng gan, thận, sử dụng nhiều bia rượu cũng cung cấp một lượng năng lượng lớn vào khẩu phần ăn có thể đó là một trong những nguyên nhân gây tăng cân.

Trong nghiên cứu này tại bảng 3.2 cho thấy tỷ lệ người thừa cân, béo phì có sử dụng rượu bia là 18,5%, tỷ lệ người thừa cân béo phì không sử dụng rượu bia là 11,3%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ . Người sử dụng rượu bia có nguy cơ thừa cân béo phì gấp 1,8 lần người không sử dụng rượu bia. Có sự liên quan rõ ràng từ thói quen sử dụng bia rượu đối với tình trạng thừa cân béo phì ở các đối tượng được nghiên cứu.

Kết quả tại bảng 3.20 cũng cho thấy trong nhóm những người có thói quen sử dụng rượu bia thì sức khỏe loại A, B1 là 94,9%, sức khỏe loại B2, C là 5,1%. Nhóm những người không có thói quen sử dụng rượu bia tỷ lệ sức khỏe loại A, B1 là 96,9%, sức khỏe loại B2, C là 3,1%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê đối với  $p > 0,05$ .

**- Thói quen hút thuốc lá.** Tại Việt Nam, có 47,4% nam giới và 1,4% nữ giới hút thuốc lá theo thống kê của Chương trình điều tra tỷ lệ hút thuốc lá trên người trưởng thành toàn cầu GATS năm 2010. Ở thanh thiếu niên có độ tuổi từ 15 – 24, có 26% các cô cậu này đã làm quen với khói thuốc. Ở người lớn, trên 40% nam cán bộ y tế và 1,3% nữ cán bộ y tế hút thuốc lá. Nếu không có biện pháp can thiệp kịp thời, 10% dân số Việt Nam nghĩa là vào khoảng 7,5 triệu người Việt Nam sẽ chết sớm do hút thuốc lá. Khói thuốc lá chứa trên 7000 chất khác nhau, trong đó có 69 chất gây ung thư, ngoài ra còn có các hoạt chất gây nghiện, gây độc tế bào, gây đột biến gen...

Theo một nghiên cứu tại Mỹ cho thấy trong dân số  $\geq 50$  tuổi, 44% đàn ông thừa cân và 48% đàn ông béo phì là người hút thuốc trước đây, trong khi 27% phụ nữ thừa cân và 27% phụ nữ béo phì là người hút thuốc trước đây [1]. Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành tìm mối liên quan giữa thói quen sử dụng thuốc lá và tình trạng thừa cân, béo phì tại bảng 3.3 cho thấy tỉ lệ thừa cân béo phì ở nhóm người có sử dụng thuốc lá, thuốc lào là 14,5%, tỉ lệ này ở nhóm người không sử dụng thuốc lá, thuốc lào là 14,6%, sự

khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Cũng liên quan tới hành vi hút thuốc lá theo nghiên cứu này tại bảng 3.4 cho thấy mối liên quan tình trạng sức khỏe với thói quen hút thuốc lá. Trong nhóm người có hút thuốc có tỉ lệ sức khỏe loại A, B1 là 95,6%, tỉ lệ có sức khỏe loại B2, C là 4,4%. Tỷ lệ nhóm người không hút thuốc tỉ lệ sức khỏe loại A, B1 là 99,0%, tỉ lệ sức khỏe loại B2, C là 1,0%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**- Thói quen ăn uống đồ ngọt đối với tình trạng sức khỏe.** Khi chế độ ăn cung cấp năng lượng vượt quá nhu cầu, nếp sống làm việc tĩnh lại, ít tiêu hao năng lượng sẽ làm cân nặng cơ thể tăng lên. Nhiều người thường khó kiểm soát chế độ ăn của mình. Các thói quen như ăn nhiều glucid, sở thích ăn các thức ăn chứa nhiều năng lượng như bánh kẹo, đường mật, nước ngọt,... là những thói quen không tốt có thể dẫn đến nguy cơ bị béo phì. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy rằng cho thấy tỉ lệ thừa cân, béo phì ở nhóm đối tượng có sử dụng thường xuyên ăn uống đồ ngọt là 14,5%. Tỷ lệ này ở nhóm không sử dụng thường xuyên là 14,6%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Tình trạng dinh dưỡng do nhiều yếu tố tác động gồm yếu tố di truyền, yếu tố sinh hoạt, chế độ ăn - uống, hoạt động thể lực, yếu tố môi trường, điều kiện làm việc, độ tuổi... các yếu tố phù hợp sẽ góp phần làm tình trạng dinh dưỡng tốt, duy trì sức khỏe con người, phòng tránh các bệnh không lây nhiễm.

Các kết quả nhận được từ nghiên cứu cho thấy yếu tố thói quen sử dụng rượu bia là có ảnh hưởng rõ rệt nhất tới tình trạng dinh dưỡng cán bộ thuộc diện ban thường vụ Tỉnh ủy tỉnh Thái Bình quản lý. Những cán bộ có thói quen sử dụng rượu bia có nguy cơ thừa cân béo phì cao gấp 1,8 lần những cán bộ không có thói quen sử dụng rượu bia. Các thói quen như sử dụng đồ ngọt, sử dụng thuốc lá, thuốc lào, tập thể dục chưa cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm do đó cần những nghiên cứu và phân tích sâu hơn để kết luận những mối liên quan này.

## V. KẾT LUẬN

- Yếu tố thói quen sử dụng rượu bia là có ảnh hưởng rõ rệt nhất tới tình trạng dinh dưỡng cán bộ thuộc diện Ban thường vụ Tỉnh ủy tỉnh Thái Bình quản lý. Những cán bộ có thói quen sử dụng rượu bia có nguy cơ thừa cân béo phì cao gấp 1,8 lần những cán bộ không có thói quen sử dụng rượu bia.

- Trong nghiên cứu này các thói quen sử dụng đồ ngọt, hành vi sử dụng thuốc lá, thuốc láo, thói quen tập thể dục ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng chưa cho thấy sự khác biệt giữa các nhóm.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Audrain-McGovern, J. and Benowitz, N. L. (2011)**, "Cigarette smoking, nicotine, and body weight", *Clinical pharmacology and therapeutics*. 90(1), pp. 164-168.
2. **Mahfouz, A. A., et al. (2011)**, "Nutrition, physical activity, and gender risks for adolescent obesity in Southwestern Saudi Arabia", *Saudi J Gastroenterol*. 17(5), pp. 318-22.
3. **Ruano, C., et al. (2011)**, "Dietary fat intake and quality of life: the SUN project", *Nutr J*. 10, p. 121.
4. **Seo, D. C. and Li, K. (2010)**, "Leisure-time physical activity dose-response effects on obesity among US adults: results from the 1999-2006

- National Health and Nutrition Examination Survey", *J Epidemiol Community Health*. 64(5), pp. 426-31.
5. **Shaista Malik, Nathan D. Wong, and Stanley S. Franklin (2004)**, "Impact of the Metabolic Syndrome on Mortality From Coronary Heart Disease, Cardiovascular Disease, and All Causes in United States Adults", *Circulation*. 110, pp. 1245-1250.
  6. **Wareham, N. J., van Sluijs, E. M., and Ekelund, U. (2005)**, "Physical activity and obesity prevention: a review of the current evidence", *Proc Nutr Soc*. 64(2), pp. 229-47.
  7. **Whitton, C., et al. (2011)**, "National Diet and Nutrition Survey: UK food consumption and nutrient intakes from the first year of the rolling programme and comparisons with previous surveys", *Br J Nutr*. 106(12), pp. 1899-914.
  8. **WHO (2011)**, *Global status report on noncommunicable diseases 2010*, WHO press, Geneva, Switzerland.
  9. **Hà Huy Khôi (2002)**, *Dinh dưỡng dự phòng các bệnh mạn tính*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG KHUYẾT MI DƯỚI VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHUYẾT MI DƯỚI

Lê Trọng Tiên<sup>1</sup>, Tạ Thị Hồng Thúy<sup>2</sup>, Phạm Thị Việt Dung<sup>2</sup>

#### TÓM TẮT

Bài báo nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình che phủ khuyết tổn mi dưới. Nghiên cứu thực hiện trên 32 bệnh nhân với tổn khuyết mi dưới được phẫu thuật tạo hình che phủ tại Khoa Phẫu thuật tạo hình – Bệnh viện Đa Khoa Xanh Pôn. Kết quả cho thấy đặc điểm tổn khuyết mi dưới do nguyên nhân chấn thương là chính tỉ lệ 56,3%; Khối u và sẹo co kéo mi dưới chiếm 43,7%. Trong nghiên cứu nhóm không có tổn thương bờ mi là chủ yếu (81,2%); vị trí tổn khuyết trên hai vị trí chiếm (50%); về độ sâu tổn thương chia làm 2 nhóm: nhóm tổn thương bề mặt (56,2%) và nhóm tổn thương toàn bộ chiều dày mi (43,8%). Phương pháp tạo hình che phủ tổn khuyết: vạt tại chỗ (56,2%); Vạt lân cận (28%), ghép da (9,4%). Kết quả gần sau phẫu thuật 90,6% chức năng tốt và 68,8% thẩm mỹ tốt. Kết quả sau 3 tháng chức năng mi dưới đạt 93,8% tốt và thẩm mỹ mi dưới đạt 53,1% tốt. Như vậy, khuyết mi dưới rất đa dạng về tổn thương, có nhiều phương pháp tạo hình che phủ từ đơn giản tới phức tạp. Mục tiêu giải quyết chức năng được đặt lên hàng đầu và có kết quả khả quan. Mục tiêu đáp ứng nhu cầu về thẩm mỹ vẫn còn là thách thức với các phẫu thuật viện tạo hình.

**Từ khoá:** khuyết mi dưới, vạt tại chỗ, ghép da

#### SUMMARY

#### THE CLINICAL CHARACTERISTICS AND EVALUATE THE RESULTS OF PLASTIC SURGERY TO COVER LOWER EYELID DEFECTS

The paper aims to describe the clinical characteristics and evaluate the results of plastic surgery to cover lower eyelid defects. The study was conducted on 32 patients who have lower eyelid defects covered by plastic surgery at the Department of Plastic Surgery - Saint Paul General Hospital. The results showed that the characteristics of lower eyelid defects caused by trauma were the main rate of 56.3%; By tumors and scars that pull on the lower eyelids account for 43.7%. In the study, the group without blepharoplasty accounted for the majority (81.2%); group with more than two defects about 50%; In terms of depth of damage, it was divided into 2 groups: superficial lesions (56.2%) and full thickness lesions (43.8%). The method of shaping to cover the defect: flap in place (56.2%); adjacent flap (28%), skin graft (9.4%). Close results after surgery, 90.6% good function and 68.8% good aesthetic. After 3 months, the lower eyelid function was achieved 93.8% good and the lower eyelid aesthetic was achieved 53.1% good. Thus, lower eyelid defects are very diverse in terms of damage, there are many methods of covering from simple to complex. The goal of solving the function is put on the top and there are positive results. The goal of meeting aesthetic needs is still a challenge for plastic surgeons.

**Keywords:** lower eyelid defect, in situ flap, skin grafting.

#### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

<sup>2</sup>Trường đại học Y Hà nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Trọng Tiên

Email: trongtien.dhyduoc@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 7.10.2021

Ngày duyệt bài: 18.10.2021