

trẻ gia đình có từ 4 người trở xuống ($p < 0,05$). Những trẻ đã dậy thì có nguy cơ dự trữ sắt thấp và cạn kiệt cao tương ứng 1,8 lần những đối tượng chưa dậy thì ($p < 0,01$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Camaschella C.** Iron deficiency. Iron Metabolism and Its Disorders. Blood, 2019. 133(1,3); 30-39.
2. **Kassebaum NJ, Jasrasaria R, Naghavi M et al.** A systematic analysis of global anemia burden from 1990 to 2010. Blood 2014; 123: 615-624.
3. **Nguyễn Song Tú.** Hiệu quả bổ sung đa vi chất đối với tình trạng vi chất dinh dưỡng và nhân trắc của trẻ gái từ 11-13 tuổi tại một số trường dân tộc bán trú tỉnh Yên Bái. Báo cáo nghiệm thu đề tài cấp Viện Dinh dưỡng, 2022.
4. **Nguyễn Song Tú, Nguyễn Hồng Trường và CS.** Tình trạng dự trữ sắt, thiếu máu thiếu sắt và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ 15 – 35 tuổi các

xã nghèo tỉnh Sơn La, năm 2018. Tạp chí Dinh dưỡng và thực phẩm, 2021; 17(3): 54-72.

5. **Kang W, Clark AG et al.** Ethnic differences in Iron status. Adv Nutr, 2021; 12(5): 1838-1853.
6. **Alshwaiyat NM, Ahmad A, Hassan W et al.** Association between obesity and iron deficiency (Review). Exp Ther Med, 2021; 22(5): 1268.
7. **Milutinovic ZR, Perunicic G et al.** Metabolic Syndrome in HD Patients: Association with Body Composition, Nutritional Status, Inflammation and Serum Iron. Intern Med, 2007. 46(13): 945-51.
8. **Gillum RF.** Association of serum ferritin and indices of body fat distribution and obesity in Mexican American men--the Third National Health and Nutrition Examination Survey. Int J Obes Relat Metab Disord, 2001; 25(5): 639-45.
9. **Nur-Eke R.** The Relationship between Vitamin D Levels and Iron Deficiency and Anemia in Adults. Applied for Periodic Medical Examination. Clin Lab, 2020; 66(6).

KHẨU PHẦN ĂN CỦA BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN TÍNH LỌC MÁU CÓ CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN NĂM 2021

Trần Thị Huyền Trang¹, Trương Thị Thùy Dương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá khẩu phần ăn của bệnh nhân suy thận mạn tính có lọc máu chu kỳ tại bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên năm 2021. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả với thiết kế cắt ngang trên 228 bệnh nhân suy thận mạn tính có lọc máu chu kỳ tại khoa Nội Thận tiết niệu và lọc máu, bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên. **Kết quả nghiên cứu:** Khẩu phần ăn của người bệnh cung cấp thiếu về tổng năng lượng (chỉ đạt 72,2%) và một số chất dinh dưỡng sinh năng lượng (P: đạt 92,8%, L: đạt 91,0%, G: chỉ đạt 68,6%) và không sinh năng lượng (vitamin B2: đạt 98,0%, đặc biệt vitamin A (chỉ đạt 18,1%) và sắt (chỉ đạt 33,8%) thiếu nhiều so với nhu cầu khuyến nghị. Một số chất dinh dưỡng trong khẩu phần ăn của người bệnh vượt quá nhu cầu khuyến nghị như: vitamin B1 (281,1%), lipid động vật (164,5%), canxi (124,0%), vitamin C (116,5%), vitamin B3 (112,8%), phospho (103,2%). Chỉ có muối natri nằm trong giới hạn cho phép (< 3000 mg/ngày) và protein động vật được cung cấp đầy đủ so với nhu cầu khuyến nghị.

Từ khóa: Suy thận mạn tính, lọc máu chu kỳ, khẩu phần ăn, khoa Nội Thận tiết niệu và lọc máu

SUMMARY

THE DIETARY INTAKE IN PATIENTS

¹Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên
 Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Huyền Trang
 Email: huyentrangdp@gmail.com
 Ngày nhận bài: 28.4.2022
 Ngày phản biện khoa học: 20.6.2022
 Ngày duyệt bài: 30.6.2022

UNDERGOING MAINTENANCE HEMODIALYSIS AT THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL IN 2021

Objective: To assess the dietary intake of patients undergoing maintenance hemodialysis at Thai Nguyen Central Hospital in 2021. **Subjects and research methods:** The study was conducted by descriptive method with a cross-sectional design on 228 chronic kidney failure patients undergoing dialysis at Department of Internal Medicine, Urology and Dialysis, Thai Nguyen Central Hospital. **Research results:** The patient's dietary intake lacked total energy (only 72.2%) and some energy-producing nutrients (P: 92.8%, L: 91.0%, G: 68.6%). Nutrients that provide no energy (vitamin B2: 98.0%, especially vitamin A (only 18.1%) and iron (only 33.8%), lacked less than the recommended demand. Some nutrients in the patient's diet exceed the recommended needs such as: vitamin B1 (281.1%), animal lipids (164.5%), calcium (124.0%), vitamin C (116.5%), vitamin B3 (112.8%), phosphorus (103.2%), only sodium salt within the allowable limit (<3000 mg/day) and animal protein supplies are adequate compared to the recommended needs.

Keywords: Chronic kidney failure, cyclic dialysis, dietary intake, Department of Internal Medicine, Urology and Dialysis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay trên thế giới có khoảng 1,5 triệu người suy thận mạn giai đoạn cuối đang được điều trị thay thế thận (thận nhân tạo, lọc màng bụng và ghép thận) là số lượng người này ước đoán sẽ tăng gấp đôi vào năm 2020. Suy thận mạn, đặc biệt là giai đoạn phải điều trị thay thế,

thực sự là một gánh nặng bệnh tật của xã hội.

Thiếu protein và các vi chất dinh dưỡng trong khẩu phần, nhiều bệnh lý khác phối hợp như thiếu máu, bệnh tim mạch, bệnh chuyển hóa có liên quan chặt chẽ tới tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân suy thận mạn có lọc máu chu kỳ. Hiện tượng mất các chất dinh dưỡng trong quá trình lọc máu, tình trạng tăng dị hóa và lọc máu cũng là yếu tố làm tăng nguy cơ suy dinh dưỡng.

Trong điều trị bất cứ một bệnh gì thì dinh dưỡng luôn là một yếu tố quan trọng, ảnh hưởng trực tiếp đến quá trình điều trị cũng như khả năng phục hồi sức khỏe của bệnh nhân. Bệnh nhân cần có một chế độ dinh dưỡng khoa học và tuân thủ đúng theo hướng dẫn chỉ định của bác sĩ để có sức khỏe tốt.

Trong các phương pháp điều trị được áp dụng đối với người bị bệnh thận mạn, chế độ ăn uống đóng vai trò hết sức quan trọng việc làm giảm đáng kể mức độ nặng của bệnh thận mạn.

Theo kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thúy Hồng (2019) cho thấy khẩu phần ăn của bệnh nhân suy thận mạn tính có lọc máu chu kỳ tại bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ năm 2019 thiếu về tổng năng lượng và các chất sinh năng lượng quan trọng: Tổng năng lượng khẩu phần của bệnh nhân đạt được 76,2%, lipid đạt 74,0%, Glucid đạt 76,6%, Protein 90,5% đạt so với nhu cầu khuyến nghị của Viện Dinh dưỡng [4]. Vậy khẩu phần ăn thực tế của bệnh nhân suy thận mạn tính có lọc máu chu kỳ ở bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên ra sao? Chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu:

Đánh giá khẩu phần ăn của bệnh nhân suy thận mạn tính có lọc máu chu kỳ tại bệnh viện Trung Ương Thái nguyên năm 2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Bệnh nhân suy thận mạn tính có lọc máu chu kỳ .

- Khẩu phần ăn 24 giờ của bệnh nhân suy thận mạn tính có lọc máu chu kỳ.

***Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Bệnh nhân suy thận mạn tính có lọc máu chu kỳ tại khoa Nội thận, tiết niệu và lọc máu - bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên có khả năng trả lời phỏng vấn và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Khẩu phần ăn 24 giờ của bệnh nhân.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Khoa nội thận, tiết niệu và lọc máu - Bệnh viện Trung Ương Thái nguyên.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Phương pháp và thiết kế nghiên

cứu. Nghiên cứu mô tả, thiết kế cắt ngang.

2.3.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

*Cỡ mẫu: Chọn toàn bộ bệnh nhân suy thận mạn tính có lọc máu chu kỳ để điều tra khẩu phần ăn 24 giờ của bệnh nhân tại khoa Nội Thận tiết niệu và lọc máu tại thời điểm nghiên cứu. Thực tế chúng tôi điều tra được 228 bệnh nhân.

*Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu có chủ đích toàn bộ bệnh nhân suy thận mạn tính có lọc máu chu kỳ tại khoa Nội Thận tiết niệu và lọc máu bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên để điều tra khẩu phần ăn của bệnh nhân.

2.4. Chỉ số nghiên cứu

-Đặc điểm thông tin chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, dân tộc, cân nặng trung bình.

- Giá trị dinh dưỡng của khẩu phần ăn: Tổng năng lượng của khẩu phần và tỷ lệ phần trăm năng lượng của các chất dinh dưỡng sinh năng lượng, số gram các chất dinh dưỡng trong khẩu phần ăn.

- Đánh giá mức đáp ứng về năng lượng và số gram các chất dinh dưỡng trong khẩu phần ăn.

2.5. Kỹ thuật thu thập số liệu

- Phòng vấn trực tiếp dựa vào bộ câu hỏi được thiết kế sẵn để thu thập thông tin chung của đối tượng nghiên cứu.

- Thu thập chỉ số cân nặng của bệnh nhân: Sử dụng cân Tanita với độ chính xác đến 0,1kg.

Đặt cân ở vị trí bằng phẳng, chắc chắn, thuận tiện cho bệnh nhân bước lên bước xuống khi cân. Chính cân về vị trí "0".

Khi cân bệnh nhân mặc quần áo mỏng (trang phục cho bệnh nhân trong bệnh viện), bỏ giày dép. Mỗi bệnh nhân được cân tại 2 thời điểm:

. Trước lọc: ngay trước lọc máu, chỉ số này được sử dụng để đánh giá tình trạng tăng cân giữa 2 kỳ lọc, đồng thời để xác định lượng nước thực được rút trong buổi lọc đó (trừ đi cân nặng sau lọc).

. Sau lọc: ngay sau khi cuộc lọc, tương đương trọng lượng khô tương đối của bệnh nhân.

Mỗi bệnh nhân được cân sau khi cuộc lọc kết thúc 10-20 phút, cân trong 3 buổi lọc liên tiếp, kết quả trung bình của 3 lần lọc đo được coi là trọng lượng khô tương đối và đưa vào tính toán thống kê. Bệnh nhân đứng vào giữa bàn cân ở tư thế đứng thẳng và yên lặng, không chạm vào bất cứ vật gì xung quanh. Khi cân ổn định, đọc và ghi lại kết quả với đơn vị là kg và một số lẻ. Ví dụ: 20,8 kg... [6].

- Áp dụng phương pháp hỏi ghi thực phẩm 24h qua để thu thập số liệu về khẩu phần ăn của đối tượng nghiên cứu:

+ Hồi ghi tất cả những thực phẩm kể cả đồ uống được đối tượng ăn uống trong 1 ngày hôm trước kể từ lúc thức dậy của ngày hôm qua cho tới trước khi thức dậy của ngày hôm nay (ngày hôm nay là ngày điều tra).

+ Bắt đầu từ bữa ăn gần nhất rồi hỏi ngược dần theo thời gian.

+ Yêu cầu bệnh nhân mô tả chi tiết tất cả thức ăn, đồ uống đã được tiêu thụ, bao gồm tên thực phẩm, tên hãng thực phẩm nếu là những thực phẩm chế biến sẵn như đồ hộp, đồ gói... và số lượng tiêu thụ.

+ Điều tra viên sử dụng các đơn vị đo lường thông dụng (bát, đĩa Hải Dương, Trung Quốc...) có các kích cỡ hợp lý để đối tượng có thể trả lời một cách chính xác. Mặt khác, điều tra viên sử dụng các đơn vị đo lường ở địa phương để so sánh với đơn vị chung khi cần thiết.

2.6. Tiêu chuẩn đánh giá khẩu phần ăn của bệnh nhân

- Đánh giá mức đáp ứng về các chất dinh dưỡng sinh năng lượng dựa vào nhu cầu thực tế của bệnh nhân suy thận mạn tính có lọc máu chu kỳ [1], [2], [4].

- Đánh giá mức đáp ứng về một số chất dinh dưỡng không sinh năng lượng dựa vào Nhu cầu khuyến nghị cho người Việt Nam của Viện Dinh dưỡng [7].

2.7. Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu được làm sạch, mã hóa, nhập trên phần mềm Word Access 2013 và xử lý trên phần mềm SPSS 20.0.

2.8. Vấn đề đạo đức nghiên cứu

- Đề tài đã được thông qua hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học trường Đại học Y-Dược, Đại học Thái Nguyên.

3.2. Thực trạng khẩu phần ăn của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.2. Thành phần các chất dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu

Thành phần các chất dinh dưỡng (người/ ngày)	Chung (n= 228)	≤ 60 tuổi (SL=132)	> 60 tuổi (SL=96)
	X ± SD		
Năng lượng (Kcal)	1318,4 ± 430,1	1415,3 ± 403,7	1221,5 ± 456,5
Protein (g)	55,7 ± 14,5	64,3 ± 15,6	47,1 ± 13,4
Lipid (g)	36,4 ± 8,1	41,3 ± 6,8	31,5 ± 9,4
Glucid (g)	192,0 ± 69,1	196,6 ± 71,2	187,4 ± 67,0
Canxi (mg)	619,9 ± 146,8	568,6 ± 142,1	671,2 ± 151,5
Phospho (mg)	1237,5 ± 77,2	1252,2 ± 86,9	1221,8 ± 67,5
Sắt (mg)	8,1 ± 1,5	9,6 ± 2,3	6,6 ± 0,7
Natri (mg)	856,4 ± 596,6	887,4 ± 553,3	825,4 ± 639,9
Vitamin A (mcg)	90,3 ± 19,2	84,0 ± 21,6	96,6 ± 16,8
Vitamin B1 (mg)	2,06 ± 1,1	2,14 ± 1,3	1,98 ± 0,9
Vitamin B2 (mg)	0,97 ± 0,7	1,02 ± 0,8	0,92 ± 0,6
Vitamin PP (mg)	13,4 ± 4,6	13,9 ± 3,7	12,9 ± 5,5
Vitamin C (mg)	69,9 ± 30,2	70,5 ± 31,3	69,3 ± 29,1

- Quá trình thu thập số liệu để phục vụ cho nghiên cứu phải được sự đồng ý của Khoa Nội Thận tiết niệu và lọc máu bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên.

- Đối tượng tham gia nghiên cứu được biết rõ mục tiêu nghiên cứu, hoàn toàn tự nguyện và các thông tin thu thập được sử dụng đúng mục đích nghiên cứu.

- Thái độ tôn trọng và có giải thích rõ ràng đối với người bệnh khi điều tra về khẩu phần ăn của bệnh nhân.

- Có thông tin phản hồi tới bệnh viện, khoa Nội Thận tiết niệu và lọc máu.

- Các số liệu được cất giữ theo đúng quy định bảo mật và chỉ phục vụ nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu

Thông tin chung	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi: ≤ 60	132	57,9
	> 60	96
Tổng số	228	100,0
Giới: Nam	125	54,8
	Nữ	103
Tổng số	228	100,0
Dân tộc: Kinh	182	79,8
	Khác	46
Tổng số	228	100,0

Nhận xét: Trong tổng số 228 bệnh nhân, bệnh nhân ở nhóm tuổi ≤ 60 (57,9%) chiếm tỷ lệ cao hơn so với nhóm tuổi > 60 (42,1%). Bệnh nhân nam (54,8%) chiếm tỷ lệ cao hơn bệnh nhân nữ (45,2%). Đối tượng nghiên cứu là dân tộc kinh chiếm đa số (79,8%).

Nhận xét: Hàm lượng trung bình của các chất dinh dưỡng ở nhóm tuổi ≤ 60 tuổi có xu hướng tốt hơn so với nhóm trên 60 tuổi. Riêng lượng muối natri tiêu thụ ở nhóm tuổi này cao hơn so với nhóm tuổi > 60 .

Bảng 3.3. Cân nặng, năng lượng và protein trung bình của bệnh nhân suy thận mạn tính có lọc máu chu kỳ (n = 228)

Thành phần các chất dinh dưỡng (người/ngày)	Chung (n= 228)	≤ 60 tuổi (SL = 132)	> 60 tuổi (SL = 96)
	$\bar{x} \pm SD$		
Cân nặng	50,6 \pm 6,8	55,4 \pm 7,9	45,8 \pm 5,7
Năng lượng (kcal)/kg trọng lượng cơ thể	26,1 \pm 9,5	25,5 \pm 9,8	26,7 \pm 11,6
Protein (g)/kg trọng lượng cơ thể	1,1 \pm 0,34	1,16 \pm 0,55	1,03 \pm 0,13

*NCKN: năng lượng: 35 -40 kcal/kg thể trọng, protein là 1,2g/kg thể trọng

Nhận xét: Mức năng lượng/kg thể trọng và lượng protein/kg thể trọng trong khẩu phần ăn của hai nhóm tuổi đều thấp hơn so với nhu cầu khuyến nghị.

Bảng 3.4. Mức đáp ứng của một số chất dinh dưỡng theo nhu cầu khuyến nghị với khẩu phần ăn của bệnh nhân suy thận mạn tính lọc máu có chu kỳ

Thành phần	Khẩu phần người bệnh	Khuyến nghị (tuổi >19)	Mức đáp ứng (%)
Năng lượng (kcal)	1318,4 \pm 430,1	1800	72,2
Protein (g)	55,7 \pm 14,5	60	92,8
Protein động vật (g)	31,8 \pm 8,8	50 - 70%	100,0
Lipid (g)	36,4 \pm 8,1	40,0	91,0
Lipid động vật	32,9 \pm 17,1	20,0	164,5
Glucid (g)	192,0 \pm 69,1	280 - 314	68,6
Canxi (mg)	619,9 \pm 146,8	400 - 500	124,0
Phospho (mg)	1237,5 \pm 77,2	< 1200	$> 103,2$
Sắt (mg)	8,1 \pm 1,5	24 - 28	33,8
Natri (mg)	856,4 \pm 596,6	< 3000	< 3000
Vitamin A (mcg)	90,3 \pm 19,2	500 - 600	18,1
Vitamin B1 (mg)	2,06 \pm 1,1	0,72	281,1
Vitamin B2 (mg)	0,97 \pm 0,7	0,99	98,0
Vitamin PP (mg)	13,4 \pm 4,6	11,88	112,8
Vitamin C (mg)	69,9 \pm 30,2	60	116,5

*%**Protein động vật** = Protein động vật/Protein (động vật và thực vật) = /54,3= 52,3%

Nhận xét: Khẩu phần ăn của người bệnh cung cấp thiếu về tổng năng lượng (chỉ đạt 72,2%) và một số chất dinh dưỡng sinh năng lượng (P: đạt 92,8%, L: đạt 91,0%, G: chỉ đạt 68,6%) và không sinh năng lượng (vitamin B2: đạt 98,0%, đặc biệt vitamin A (chỉ đạt 18,1%) và sắt (chỉ đạt 33,8%) thiếu nhiều so với nhu cầu khuyến nghị.

Một số chất dinh dưỡng trong khẩu phần ăn của người bệnh vượt quá nhu cầu khuyến nghị như: vitamin B1 (281,1%), lipid động vật (164,5%), canxi (124,0%), vitamin C (116,5%), vitamin B3 (112,8%), phospho (103,2%). Chỉ có muối natri nằm trong giới hạn cho phép (< 3000 mg/ngày) và protein động vật được cung cấp đầy đủ so với nhu cầu khuyến nghị.

IV. BÀN LUẬN

Giảm tỷ lệ suy dinh dưỡng, tăng chất lượng cuộc sống, kéo dài tuổi thọ cho những bệnh

nhân đang điều trị LMCK là mục tiêu điều trị của các trung tâm thận nhân tạo trên toàn thế giới. Có nhiều yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân lọc máu chu kỳ, không đơn thuần là yếu tố khẩu phần ăn, những yếu tố khác như tình trạng nhiễm trùng của bệnh nhân, vấn đề hoạt động thể lực, các bệnh tật kèm theo, hoặc vấn đề gen di truyền cũng được một số nghiên cứu đề cập đến [2]. Tuy nhiên một khẩu phần ăn đầy đủ cho bệnh nhân LMCK (đủ năng lượng, đủ đạm, vitamin và khoáng chất...) là vấn đề đầu tiên đảm bảo tình trạng dinh dưỡng tốt cho bệnh nhân, là những can thiệp mà bệnh nhân có thể chủ động được.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy năng lượng khẩu phần của bệnh nhân đạt được 72,2% (1318,4 kcal/người/ngày) so với nhu cầu khuyến nghị. Tổng năng lượng và hàm lượng các chất dinh dưỡng trung bình = ở nhóm tuổi ≤ 60 tuổi có xu hướng tốt hơn so với nhóm trên 60

tuổi. Riêng lượng muối natri tiêu thụ ở nhóm tuổi này cao hơn so với nhóm tuổi > 60 (bảng 3.2). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thu Hà (2005) tại bệnh viện Thanh Nhàn cho thấy, năng lượng trung bình cho 1 bệnh nhân thấp hơn là 1354,5 kcal/ngày chỉ đạt 75,2% so với nhu cầu khuyến nghị và kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy Hồng (2019) tại bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ cũng cho thấy, năng lượng trung bình cho một bệnh nhân là 1371 kcal đạt 76,2% so với nhu cầu khuyến nghị [3,8]. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Vân Anh (2010) thì năng lượng trung bình cho 1 bệnh nhân trong 1 ngày là cao hơn 1652 kcal đạt 91,8% so với nhu cầu khuyến nghị [5].

Kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Văn Nhường (2013) chỉ ra rằng năng lượng khẩu phần của bệnh nhân đạt được 86,5% (1557Kcal/người/ngày) so với khuyến nghị. Nhóm người dưới 60 tuổi năng lượng khẩu phần có xu hướng cao hơn so với nhóm người bệnh trên 60 tuổi, nhưng đều thấp hơn so với nhu cầu đề nghị [6].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, mức năng lượng/kg thể trọng và lượng protein/kg thể trọng trong khẩu phần ăn của hai nhóm tuổi đều thấp hơn so với nhu cầu khuyến nghị (bảng 3.3). Khẩu phần ăn của người bệnh cung cấp thiếu về tổng năng lượng (chỉ đạt 72,2%) và một số chất dinh dưỡng sinh năng lượng (P: đạt 92,8%, L: đạt 91,0%, G: chỉ đạt 68,6%) và không sinh năng lượng (vitamin B2: đạt 98,0%, đặc biệt vitamin A (chỉ đạt 18,1%) và sắt (chỉ đạt 33,8%) thiếu nhiều so với nhu cầu khuyến nghị (bảng 3.4). Một số chất dinh dưỡng trong khẩu phần ăn của người bệnh vượt quá nhu cầu khuyến nghị như: vitamin B1 (281,1%), lipid động vật (164,5%), canxi (124,0%), vitamin C (116,5%), vitamin B3 (112,8%), phospho (103,2%). Chỉ có muối natri nằm trong giới hạn cho phép (< 3000 mg/ngày) và protein động vật được cung cấp đầy đủ so với nhu cầu khuyến nghị (bảng 3.4).

Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Vân Anh (2010) thì lượng vitamin A trong khẩu phần của bệnh nhân là 194,2 mcg, thấp hơn so với nhu cầu đề nghị; vitamin B1, B2, PP đủ so với nhu cầu; vitamin C thấp hơn so với nhu cầu đề nghị. Về giá trị của muối ăn 187mg/ngày đạt so với nhu cầu khuyến nghị (1-3g/ngày); trong khi lượng calci, sắt lại thấp hơn so với nhu cầu đề nghị [2,3,7]. Kết quả nghiên cứu của

Nguyễn Thị Thúy Hồng (2019) tại bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ cũng cho kết quả tương tự [4].

Như vậy, nếu ăn kém kéo dài thì bệnh nhân sẽ dẫn đến thiếu máu do thiếu sắt, bên cạnh đó còn dẫn đến tình trạng thiếu calci, loãng xương [6].

Có nhiều nguyên nhân của việc khẩu phần ăn thiếu cả về số lượng và chất lượng chất dinh dưỡng. Nguyên nhân khá đặc thù là ở bệnh nhân LMCK cảm giác ngon miệng giảm do urê máu tăng và tình trạng toan hoá giữa các cuộc lọc, do bệnh nhân lo lắng về bệnh, sức ép về gia đình, kinh tế và xã hội...[18].

V. KẾT LUẬN

- Khẩu phần ăn của người bệnh cung cấp thiếu về tổng năng lượng (chỉ đạt 72,2%) và một số chất dinh dưỡng sinh năng lượng (P: đạt 92,8%, L: đạt 91,0%, G: chỉ đạt 68,6%) và không sinh năng lượng (vitamin B2: đạt 98,0%, đặc biệt vitamin A (chỉ đạt 18,1%) và sắt (chỉ đạt 33,8%) thiếu nhiều so với nhu cầu khuyến nghị.

- Một số chất dinh dưỡng trong khẩu phần ăn của người bệnh vượt quá nhu cầu khuyến nghị như: vitamin B1 (281,1%), lipid động vật (164,5%), canxi (124,0%), vitamin C (116,5%), vitamin B3 (112,8%), phospho (103,2%). Chỉ có muối natri nằm trong giới hạn cho phép (< 3000 mg/ngày) và protein động vật được cung cấp đầy đủ so với nhu cầu khuyến nghị.

VI. KHUYẾN NGHỊ

- Không ngừng nâng cao chất lượng cuộc lọc để đạt được mức lọc máu tối ưu góp phần kích thích cảm giác ngon miệng cho bệnh nhân.

- Xây dựng chế độ ăn phù hợp với từng giai đoạn bệnh lý và khuyến khích bệnh nhân tuân thủ chế độ ăn nhằm cải thiện tình trạng suy dinh dưỡng và thiếu máu ở người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ môn Dinh dưỡng và An toàn vệ sinh thực phẩm**, Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên (2018), Dinh dưỡng và An toàn vệ sinh thực phẩm, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam.
- Bộ Y tế (2015)**, Hướng dẫn điều trị dinh dưỡng lâm sàng, Ban hành kèm theo quyết định số 5517/QĐ-BYT ngày 25 tháng 12 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế, Nhà xuất bản Y học, năm 2015.
- Bộ Y tế - Viện Dinh dưỡng (2007)**, Bảng nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị cho người Việt Nam, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 10 - 19.
- Nguyễn Thị Thúy Hồng (2019)**, Thực trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân suy thận mạn tính có lọc máu chu kỳ tại bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ, Luận văn chuyên khoa II, Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên.
- Nguyễn Thị Vân Anh (2010)**, Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân suy thận mạn tính có lọc máu chu kỳ và các yếu tố liên quan tại khoa thận

nhân tạo bệnh viện Bạch Mai, Khóa luận tốt nghiệp cử nhân Y Tế Công Cộng, Đại học Y Hà Nội.

6. **Trần Văn Nhường (2013)**, Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân suy thận mạn tính có lọc máu chu kỳ tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức năm 2012, Luận văn thạc sĩ y

học, Trường Đại học Y tế công cộng, tr. 58 - 76.

7. **Viện Dinh dưỡng**, Dinh dưỡng lâm sàng, Nhà xuất bản Y học, năm 2019.
8. **Hakim RM, Levin N (1993)**, Malnutrition in hemodialysis patients, Am J Kidney Dis, 21, pp. 125 - 137.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HUYẾT HỌC BỆNH THALASSEMIA Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI THANH HÓA

Trần Thị Bình¹, Nguyễn Thị Hương Mai², Nguyễn Thị Yến²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và huyết học của bệnh nhi thalassemia điều trị tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang 170 bệnh nhi điều trị tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa từ 2021-2022. **Kết quả:** Đa số bệnh nhi < 5 tuổi (48,8%), tuổi trung bình $7,3 \pm 3,5$ tuổi. Có 3 thể bệnh là α -thalassemia (HbH), β -thalassemia và HbE/ β -thalassemia với tỉ lệ lần lượt là 7,6%; 37,1% và 55,3%. Mức độ bệnh chủ yếu là thể trung gian (66,5%) và nặng (32,4%), còn lại là nhẹ (1,1%). Các biểu hiện lâm sàng: 100% thiếu máu chủ yếu là vừa/nặng (98,2%), hoàng đả (74,1%), lách to (59,4%), biến dạng xương sọ/mặt (54,1%), sạm da (50%), gan to (39,4%) và chậm phát triển thể chất (17,6%). Có sự khác biệt có ý nghĩa về lượng Hb trung bình trước truyền, số lần truyền máu/ năm giữa các thể bệnh. Đa số bệnh nhi bị nhiễm sắt với nồng độ ferritin máu ở mức trung bình (38,2%) và nặng (35,3%). **Kết luận:** Bệnh nhi có đặc điểm lâm sàng của các thể bệnh β -thal, HbE/ β -thal và HbH mức độ trung gian và nặng; đặc điểm huyết học có lượng Hb trung bình trước truyền máu thấp, có biến chứng ứ sắt trung bình và nặng.

Từ khóa: thalassemia, hemoglobin, truyền máu, ferritin huyết thanh, ứ sắt

SUMMARY

CLINICAL AND HEMATOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THALASSEMIA IN CHILDREN AT THANH HOA CHILDREN'S HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and hematological characteristics of thalassemia in children at Thanh Hoa Children's Hospital. **Subjects and methods:** Cross-sectional description of 170 patients were diagnosed with thalassemia at Thanh Hoa Children's Hospital from 2021-2022. **Results:** The majority of patients in the age range < 5 years (48.8%); average age 7.3 ± 3.5 years. There are 3

disease types: HbH, β -thalassemia and HbE/ β -thalassemia with the rate of 7.6%, 37.1% and 55.3% respectively. The severity of the disease was mainly intermediate (66.5%) and severe (32.4%), the rest was mild (1.1%). Clinical manifestations: 100% of anemia mainly moderate/severe (98.2%), 74.1% jaundice, 59.4% splenomegaly, 54.1% skull/face deformity, 50% tanning, 39.4% hepatomegaly and 17.6% physical retardation. There were significant differences in mean pre-transfusion Hb, number of blood transfusions/year among disease types. Most patients had iron overload with moderate (38.2%) and severe (35.3%) serum ferritin levels. **Conclusion:** The patient has clinical features of β -thal, HbE/ β -thal and HbH at intermediate and severe levels; hematologic characteristics with low mean pre-transfusion Hb, moderate and severe iron overload complications.

Keywords: thalassemia, hemoglobin, blood transfusion, serum ferritin, iron overload

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thalassemia là bệnh tan máu di truyền phổ biến nhất thế giới. Ở Việt Nam, thalassemia phân bố khắp các tỉnh và dân tộc trong cả nước, đặc biệt là các vùng dân tộc ít người ở các tỉnh miền núi. Biểu hiện của bệnh thalassemia rất đa dạng, từ không có triệu chứng lâm sàng cho đến các triệu chứng thiếu máu phụ thuộc truyền máu và các biến chứng của nhiễm sắt. Hiện nay điều trị thể phụ thuộc truyền máu chủ yếu vẫn là truyền máu và thải sắt [1].

Theo thống kê sơ bộ, Bệnh viện Nhi Thanh Hóa có khoảng hơn 1000 bệnh nhi có bệnh về máu đến khám và điều trị hàng năm trong đó có 1/3 số trẻ bị bệnh về hemoglobin chiếm chủ yếu là bệnh thalassemia. Bệnh viện đã có những nỗ lực nhất định về chẩn đoán và điều trị bệnh lý này, nhưng hiệu quả đạt được còn chưa cao, việc điều trị còn gặp nhiều khó khăn nhất là vấn đề nguồn máu truyền và thuốc thải sắt. Vậy thực trạng bệnh thalassemia tại viện Nhi Thanh Hóa như thế nào? Để trả lời cho câu hỏi đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và huyết học của bệnh nhi

¹Bệnh viện Nhi Thanh Hóa,

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Bình

Email: tranbinhnh@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.5.2022

Ngày phản biên khoa học: 21.7.2022

Ngày duyệt bài: 28.7.2022