

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA NGƯỜI BỆNH VIÊM GAN ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HÒA BÌNH NĂM 2020

*Nguyễn Thanh Hải¹, Phạm Thị Dung², Nguyễn Ngọc Minh³
Nguyễn Trọng Hưng⁴*

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 102 đối tượng bằng cách phỏng vấn theo bộ câu hỏi và thu thập kết quả xét nghiệm trong bệnh án. **Mục tiêu:** Đánh giá tình trạng dinh dưỡng (TTDD) của người bệnh viêm gan điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Hòa Bình năm 2020. **Kết quả:** Tình trạng dinh dưỡng theo BMI: tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn (TNLTD) 9,8%; tỷ lệ đối tượng thừa cân, béo phì (TCBP) là 8,8% và 1,0% đều gặp ở nam giới. 63,7% có tỷ số vòng eo/vòng hông cao. Tình trạng dinh dưỡng theo SGA: 46,1% SDD mức độ nhẹ/vừa (SGA-B) và 2,0% ở mức nặng (SGA-C). Viêm gan cấp có 45,7% SDD nhẹ/vừa; 5,7% SDD nặng. Viêm gan mạn, viêm gan do rượu có tỷ lệ SDD nhẹ/vừa là 37,8% và 56,7%. Tỷ lệ bị thiếu máu cao nhất ở đối tượng viêm gan do rượu, trong đó thiếu máu nhẹ là 23,3%, thiếu máu vừa là 40,0% và 26,7% thiếu máu nặng. Nhóm viêm gan do rượu cũng là nhóm có chỉ số albumin thấp chiếm tỷ lệ cao nhất. **Kết luận:** Người bệnh viêm gan có nguy cơ SDD, tỷ lệ thiếu máu, tỷ lệ Albumin thấp cao, đặc biệt là viêm gan do rượu. Cần tăng cường sàng lọc, đánh giá và can thiệp dinh dưỡng thường xuyên tại các khoa lâm sàng, đặc biệt là các nhóm bệnh có nguy cơ cao suy dinh dưỡng.

Từ khóa: *Viêm gan, tình trạng dinh dưỡng, BMI, SGA, Albumin, BV Đa khoa, Tỉnh Hoà Bình.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm gan là tình trạng các tế bào gan bị tổn thương và viêm nhiễm trong mô gan. Bệnh thường diễn ra một cách thầm lặng, không có biểu hiện ở giai đoạn đầu mà chỉ khi bệnh đã nặng người bệnh mới thấy rõ triệu chứng. Bệnh sẽ không nguy hiểm nếu được phát hiện và điều trị dứt điểm ở giai đoạn đầu. Nhưng khi bệnh được phát hiện ở giai đoạn muộn sẽ trở nên nguy hiểm bởi sức khỏe của người bệnh sẽ giảm sút nghiêm trọng, khó điều trị hơn, thời gian điều trị lâu

hơn, tốn nhiều chi phí hơn, có thể đe dọa tính mạng người bệnh do có thể khiến chức năng gan suy giảm nghiêm trọng, hình thành xơ gan, thậm chí là gây ung thư gan dẫn tới tử vong [1].

Gan là một cơ quan với nhiều chức năng quan trọng của cơ thể, là trung tâm điều hòa và chuyển hóa các chất. Khi bị viêm gan hàng loạt rối loạn về chuyển hóa sẽ xảy ra do tế bào gan bị hoại tử. Trong giai đoạn điều trị viêm gan chế độ dinh dưỡng và nghỉ ngơi đóng một vai trò rất quan trọng, góp phần cải thiện

¹CNDD. Trường Trung cấp Y tế Hòa Bình
Email: nguyenthulieu@hmu.edu.vn

²PGS. TS. BS. Trường ĐH Y Dược Thái Bình

³TS. BS. Sở Y tế Nam Định

⁴TS. BS. Viện Dinh dưỡng

Ngày gửi bài: 01/11/2021

Ngày phản biện đánh giá: 15/11/2021

Ngày đăng bài: 24/12/2021

tình trạng dinh dưỡng của người bệnh, gia tăng hiệu quả điều trị và hạn chế các biến chứng nguy hiểm. Suy dinh dưỡng là vấn đề thường gặp ở các bệnh lý viêm gan mạn tính, xơ gan, ung thư gan có liên quan đến viêm gan virus B và C chiếm tỷ lệ 77-85% có ảnh hưởng quan trọng đến việc điều trị, tiên lượng cũng như diễn tiến của bệnh. Đánh giá TTDD là bước đầu tiên cho tiến trình điều trị dinh dưỡng [2-6].

Tuy nhiên vấn đề này còn chưa có nhiều tác giả trong nước nghiên cứu đến, hơn nữa tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hòa Bình cũng chưa có nghiên cứu nào về tình trạng dinh dưỡng của người bệnh viêm gan. Vì vậy, nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu: Đánh giá TTDD của người bệnh viêm gan điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hòa Bình năm 2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng và thời gian nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Tất cả người bệnh từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán viêm gan có men gan tăng > 60UI/l (viêm gan cấp, viêm gan mạn, viêm gan do rượu) đang điều trị nội trú tại khoa Nội tổng hợp và khoa Bệnh nhiệt đới Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hòa Bình chấp thuận tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Người bệnh có mắc phối hợp bệnh khác ảnh hưởng tới chức năng gan.

+ Người bệnh trong quá trình điều trị có sử dụng thuốc làm ảnh hưởng tới chức năng gan.

-**Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 08/2020 đến tháng 12/2020.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu dịch tễ mô tả qua điều tra cắt ngang.

2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

* **Cỡ mẫu:** Chọn toàn bộ 102 người bệnh từ 18 tuổi trở lên đang điều trị nội trú tại khoa Nội tổng hợp và khoa Bệnh nhiệt đới bệnh viện đa khoa tỉnh Hòa Bình trong thời gian nghiên cứu.

* **Phương pháp chọn mẫu:** Trong nghiên cứu này áp dụng chọn mẫu thuận tiện. Những người bệnh có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán viêm gan có men gan tăng > 60UI/l (viêm gan cấp tính, viêm gan mạn tính, viêm gan do rượu) trong hồ sơ bệnh án thì được chọn toàn bộ vào nghiên cứu ngay khi họ vào điều trị tại khoa Nội tổng hợp và khoa Bệnh nhiệt đới thuộc bệnh viện Đa khoa tỉnh Hòa Bình trong thời gian nghiên cứu.

2.3. Biến số nghiên cứu

- **Chỉ số chung:** Tuổi, giới, nghề nghiệp, chẩn đoán.

- **Chỉ số nhân trắc:** Chiều cao, cân nặng, vòng eo, vòng hông, BMI, SGA, tỷ lệ vòng eo/vòng hông.

- Chỉ số xét nghiệm: Hb, Albumin.

2.4. Kỹ thuật thu thập số liệu

Kỹ thuật nhân trắc

Các số đo nhân trắc được thu thập bao gồm cân nặng, chiều cao, vòng bụng, vòng hông.

- **Thời điểm thu thập:** Các chỉ số cân nặng, chiều cao, vòng bụng, vòng hông được thu thập vào thời điểm trong ngày đầu nhập viện.

- Cân trọng lượng cơ thể:

Dụng cụ: Cân sức khỏe và phân tích cơ thể Tanita độ chính xác của cân 100 g.

Cách cân: Người bệnh mặc quần áo

gọn nhất và phải trừ bớt cân nặng trung bình của quần áo (200 g) khi tính kết quả. Người được cân đứng giữa bàn cân, không cử động, mắt nhìn thẳng, trọng lượng phân bố đều cả hai chân. Cân đặt ở vị trí ổn định và bằng phẳng. Hàng ngày phải kiểm tra cân hai lần bằng cách dùng quả cân chuẩn (hoặc vật tương đương, ví dụ một can nước) để kiểm soát độ chính xác, độ nhạy của cân (sai số không quá 100g giữa các lần kiểm tra). Cân vào buổi sáng khi người bệnh chưa ăn uống gì.

- Đo chiều cao:

+ **Dụng cụ:** Thước dây dài 3 m, chia vạch đến mm và được cố định theo phương thẳng đứng trên tường phẳng, nơi có đủ ánh sáng, một hình vẽ bàn chân đặt trên nền nhà phẳng sao cho thước dây ở giữa hình hai chân và thước thẳng bằng.

+ **Cách đo:** Cho người bệnh bỏ guốc dép, đi chân không, đứng quay lưng vào thước đo, để thước đo theo chiều thẳng đứng, vuông góc với mặt đất nằm ngang. Gót chân, mông, vai và đầu theo một đường thẳng áp sát vào thước đo đứng, mắt nhìn thẳng ra phía trước theo đường thẳng nằm ngang, hai tay bỏ thông theo hai bên mình. Dùng thước vuông hoặc gỗ áp sát đỉnh đầu thẳng góc với thước đo và đọc kết quả. Chiều cao được ghi theo cm và làm tròn 1 chữ số thập phân.

- Đo vòng eo:

+ **Dụng cụ:** Thước dây không co giãn có độ chính xác là 1mm.

+ **Cách đo:** Đối tượng đứng thẳng, hai chân chụm, người đo đứng sang bên vuông góc với đối tượng, dùng thước dây đo ở điểm giữa của bờ dưới xương sườn cuối với bờ trên mào chậu trên

đường nách giữa, dây song song với mặt đất, đọc số đo đến mm.

- Đo vòng mông:

+ **Dụng cụ:** Thước dây không co giãn có độ chính xác là 1mm.

+ **Cách đo:** Đo ngang qua vùng eo nhất của mông, đọc số đo đến mm.

Phân loại tình trạng dinh dưỡng dựa vào chỉ số khối cơ thể BMI (Body Mass Index) ở người trưởng thành theo WHO 1998: BMI <18,5: Suy dinh dưỡng trường diễn (CED); $18,5 \leq \text{BMI} < 25$: Bình thường; BMI ≥ 25 : Thừa cân; BMI ≥ 30 : Béo phì.

Chỉ số WHR: Là tỷ lệ chu vi vòng eo/chu vi vòng mông, dùng để đo lường sự phân bố lượng mỡ trên cơ thể được phân theo ba khoảng giá trị thấp, bình thường, cao.

Giới	Thấp	Bình thường	Cao
Nam	<0,83	0,83-0,9	>0,90
Nữ	<0,71	0,7 - 0,8	>0,8

Phương pháp đánh giá tổng thể đối tượng (SGA):

Phương pháp SGA là một kỹ thuật kết hợp dữ liệu từ các khía cạnh chủ quan và khách quan, có 2 phần đánh giá: Phần 1: Kiểm tra bệnh sử (thay đổi cân nặng, chế độ ăn uống, các triệu chứng tiêu hóa và những thay đổi chức năng). Phần 2: Kiểm tra lâm sàng (mất lớp mỡ dưới da, teo cơ, phù mắt cá chân và cổ chướng) giúp sàng lọc dinh dưỡng khi người bệnh vào viện.

* Cách tính điểm

- Phương pháp SGA không phải tính điểm bằng số.

- Điểm nguy cơ dinh dưỡng không thể không dựa vào mỗi nguy cơ riêng lẻ.

- Không nên sử dụng hệ thống tính điểm cứng nhắc dựa trên các tiêu chuẩn cụ thể.

* Hầu hết tính điểm từ

Phần 1: gồm sứt cân và khẩu phần ăn.
Phần 2: gồm giảm khối cơ và giảm dự trữ mỡ.

* *Chỉ số gợi ý nhiều đến tính điểm "A" hoặc ít nguy cơ dinh dưỡng.*

- Cân nặng bình thường hoặc gần đây tăng cân trở lại.

- Khẩu phần ăn bình thường hoặc cải thiện khẩu phần ăn.

- Mất lớp mỡ dưới da tối thiểu hoặc không mất.

- Không giảm khối cơ hoặc giảm tối thiểu.

* *Chỉ số gợi ý nhiều đến tính điểm "B" hoặc tăng nguy cơ dinh dưỡng*

- Sứt cân tổng thể mức độ vừa đến nặng trước khi nhập viện (5 – 10%).

- Khẩu phần ăn có thay đổi (ăn ít hơn bình thường < 50%).

- Mất lớp mỡ dưới da, giảm nhiều hoặc mất khoảng 2cm.

* *Chỉ số gợi ý nhiều đến tính điểm "C" hoặc tăng nguy cơ suy dinh dưỡng*

- Sứt cân rõ hoặc tiến triển (thường ít nhất 10% cân nặng bình thường).

- Khẩu phần ăn có thay đổi nhiều (ăn ít hơn bình thường > 50%).

- Mất lớp mỡ > 2cm, giảm khối lượng cơ nặng.

* *Mức đánh giá SGA*

- Mức A: Không có nguy cơ suy dinh dưỡng.

- Mức B: Nguy cơ suy dinh dưỡng mức độ nhẹ đến trung bình.

- Mức C: Nguy cơ suy dinh dưỡng mức độ nặng.

Chú ý: Khi do dự giữa điểm A hoặc B, chọn B. Khi do dự giữa điểm B hoặc C, chọn B.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu

Làm sạch số liệu trước khi nhập máy vi tính, các số liệu điều tra sẽ được xử lý bằng SPSS 18.0. Các số liệu của biến liên tục được kiểm tra phân bố chuẩn trước khi phân tích. Test kiểm định sự khác nhau giữa 2 giá trị trung bình.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

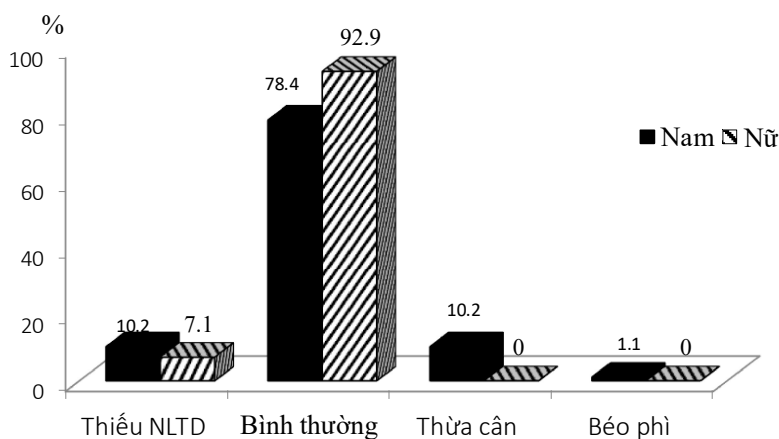
Nghiên cứu tiến hành trên 102 đối tượng trong đó có 88 đối tượng là nam giới chiếm 86,3%, 14 đối tượng là nữ giới chiếm 13,7%. Nhóm tuổi từ 46 tuổi đến dưới 60 tuổi chiếm cao nhất với 51,0%. Trình độ học vấn của đối tượng chủ yếu là trung học phổ thông 41,2%, thấp nhất là tiểu học với 7,8%. Nghề nghiệp chủ yếu là làm ruộng với 61,8%.

Bảng 1. Giá trị nhân trắc trung bình của đối tượng theo phân loại viêm gan (n=102)

Các biến số	Giá trị trung bình theo giới tính $X \pm SD$		
	Viêm gan cấp (n=35)	Viêm gan mạn (n=37)	Viêm gan do rượu (n=30)
Cân nặng (kg)	56,4±8,1	58,9±8,0	61,0±9,7
Chiều cao (cm)	162,9±7,0	164,3±5,2	165,3±5,3
BMI (kg/m ²)	21,2±2,0	21,8±2,6	22,3±3,0
Vòng eo (cm)	75,8±7,8	81,2±8,8	79,3±7,9
WHR	0,88±0,006	0,93±0,04	0,90±0,05

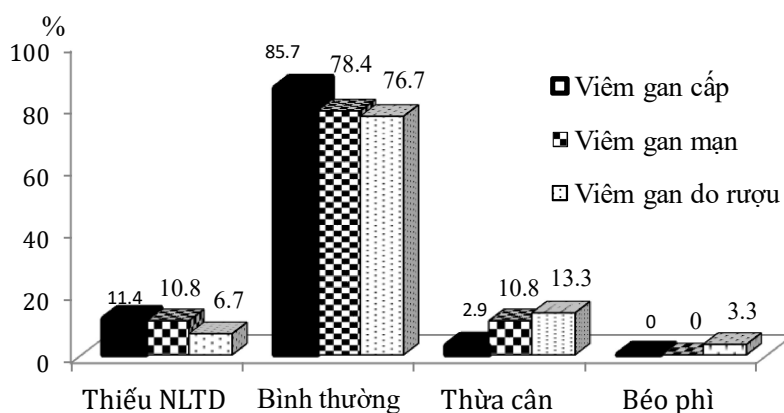
Kết quả nghiên cứu ở bảng 1 cho thấy đối tượng viêm gan cấp có cân nặng trung bình là $56,4 \pm 8,1\text{kg}$, chiều cao trung bình là $162,9 \pm 7,0\text{cm}$, BMI trung bình là $21,2 \pm 2,0 \text{ kg/m}^2$, vòng eo trung bình là $75,8 \pm 7,8 \text{ cm}$ và chỉ số WHR trung bình là $0,88 \pm 0,006$. Đối tượng bị viêm gan mạn có cân nặng trung bình là $58,9 \pm 8,0\text{kg}$, chiều cao trung bình là

$164,3 \pm 5,2\text{cm}$, BMI trung bình là $21,8 \pm 2,6\text{kg/m}^2$, vòng eo trung bình là $81,2 \pm 8,8\text{cm}$ và chỉ số WHR trung bình là $0,93 \pm 0,04$. Đối tượng viêm gan do rượu có cân nặng trung bình là $61,0 \pm 9,7 \text{ kg}$, chiều cao trung bình là $165,3 \pm 5,3\text{cm}$, BMI trung bình là $22,3 \pm 3,0 \text{ kg/m}^2$, vòng eo trung bình là $79,3 \pm 7,9 \text{ cm}$ và chỉ số WHR trung bình là $0,90 \pm 0,05$.



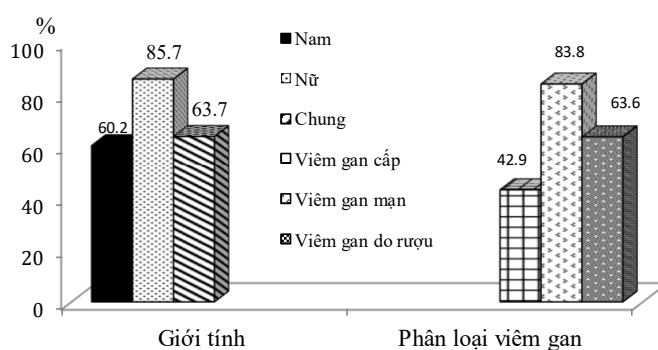
Hình 1. Phân loại BMI của đối tượng theo giới tính (n=102)

Kết quả trên hình 1 cho thấy tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn ở nam giới là 10,2%; ở nữ giới là 7,1%. Tỷ lệ đối tượng thừa cân, béo phì chỉ có ở nam lần lượt là 10,2% và 1,1%.



Hình 2. Phân loại BMI của đối tượng theo loại viêm gan (n=102)

Kết quả trên hình 2 cho thấy tỷ lệ TNLTĐ của bệnh nhân viêm gan cấp chiếm cao hơn với 11,4%. Tỷ lệ TCBP của viêm gan do rượu chiếm cao hơn với 13,3% và 3,3%.



Hình 3. Tỷ lệ đối tượng có chỉ số WHR cao (n=102)

Kết quả trên hình 3 cho thấy tỷ lệ đối tượng có tỷ số vòng eo/ vòng hông cao là 63,7% trong đó ở nữ chiếm cao hơn với 85,7%. Đối tượng bị viêm gan

cấp có tỷ số vòng eo/vòng hông cao là 42,9%; ở đối tượng viêm gan mạn là 83,8% và 63,6% ở đối tượng viêm gan do rượu.

Bảng 2. Phân loại TTDD của đối tượng nghiên cứu theo SGA và giới tính (n=102)

Tình trạng dinh dưỡng theo SGA	Nam (n=88)		Nữ (n=14)		Chung (n=102)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Bình thường	44	50,0	9	64,3	53	52,0
SDD nhẹ/vừa	42	47,7	5	35,7	47	46,1
SDD nặng	2	2,3	0	0,0	2	2,0

Kết quả nghiên cứu tại bảng 2 cho thấy phân loại TTDD theo SGA thì có 46,1% đối tượng ở mức SDD mức độ

nhẹ/vừa và 2,0% ở mức nặng, trong đó tỷ lệ ở nam đều cao hơn so với nữ.

Bảng 3. Phân loại TTDD của đối tượng nghiên cứu theo SGA và phân loại viêm gan (n=102)

Tình trạng dinh dưỡng theo SGA	Viêm gan cấp (n=35)		Viêm gan mạn (n=37)		Viêm gan do rượu (n=30)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Bình thường	17	48,6	23	62,2	13	43,3
SDD nhẹ/vừa	16	45,7	14	37,8	17	56,7
SDD nặng	2	5,7	0	0,0	0	0,0

Kết quả nghiên cứu tại bảng 3 cho thấy phân loại TTDD theo SGA, đối với đối tượng viêm gan cấp có 45,7% SDD nhẹ/vừa; 5,7% SDD mức độ nặng.

Viêm gan mạn và viêm gan do rượu có tỷ lệ đối tượng suy dinh dưỡng nhẹ/vừa lần lượt là 37,8% và 56,7%.

Bảng 4. Phân loại thiếu máu và SDD theo chỉ số albumin của đối tượng theo phân loại viêm gan

Chi số	Loại viêm gan	Viêm gan cấp (n=35)		Viêm gan mạn (n=37)		Viêm gan do rượu (n=30)	
		SL	%	SL	%	SL	%
Hb	Bình thường	19	54,3	7	18,9	3	10,0
	Thiếu máu nhẹ	4	11,4	15	40,5	7	23,3
	Thiếu máu vừa	9	25,7	9	24,3	12	40,0
	Thiếu máu nặng	3	8,6	6	16,2	8	26,7
Albumin	Bình thường	15	42,9	11	29,7	7	23,3
	SDD nhẹ	9	25,7	11	29,7	8	26,7
	SDD vừa	7	20,0	13	35,1	9	30,0
	SDD nặng	4	11,4	2	5,4	6	20,0

Kết quả tại bảng 4 cho thấy tỷ lệ bị thiếu máu cao nhất ở đối tượng viêm gan do rượu, trong đó thiếu máu nhẹ là 23,3%, thiếu máu vừa là 40,0% và 26,7% thiếu máu nặng. Đồng thời nhóm viêm gan do rượu cũng là nhóm có chỉ số albumin thấp chiếm tỷ lệ cao nhất.

BÀN LUẬN

Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh viêm gan điều trị nội trú tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hòa Bình:

Chỉ số BMI được tính dựa trên tỉ lệ giữa cân nặng và chiều cao bình phương, nói lên tình trạng cân nặng hiện tại. So với giá trị BMI tiêu chuẩn, chỉ số BMI cá nhân sẽ xác định một người đang thừa cân, thiếu cân hay có cân nặng cân đối. Chỉ số BMI càng cao thì lượng mỡ trong cơ thể càng nhiều, dẫn tới nhiều nguy cơ phát sinh bệnh lý, vấn đề sức khỏe nghiêm trọng. Các

bệnh thường gặp ở người thừa cân-béo phì là huyết áp cao, bệnh tim mạch, đái tháo đường... Ngược lại nếu chỉ số BMI thấp, người bệnh cũng có nguy cơ gặp phải các vấn đề thiếu máu, miễn dịch kém hay loãng xương.

Tỷ lệ TNLTD ở nam giới là 10,2%; ở nữ là 7,1%. Tỷ lệ đối tượng TCBP chỉ gặp ở nam lần lượt là 10,2% và 1,1%.

Tỷ lệ TNLTD và tỷ lệ thừa cân béo phì của nghiên cứu cũng thấp hơn 1 số nghiên cứu trong nước như nghiên cứu của tác giả Đỗ Thu Nga tại khoa Truyền nhiễm – Bệnh viện Bạch Mai trên 192 người bệnh được chẩn đoán nhiễm viêm gan virus B mạn. Trong đó, tỉ lệ người bệnh thiếu năng lượng trường diễn là 11,9%. Tỷ lệ thừa cân là 28,4%[7]. Nghiên cứu của tác giả Hứa Văn Danh, trên 919 đối tượng là người ≥ 60 tuổi tại Bệnh viện TP. Phan Thiết- Bình Thuận, gần 60% người cao tuổi ở TP. Phan Thiết có HBsAg (+) bị

thừa cân (BMI >23) [8]. Nghiên cứu của Trần Thị Khánh Tường, tình trạng dinh dưỡng được đánh giá bằng chỉ số BMI, trong đó BMI trung bình là $23,8 \pm 2,7$; thấp nhất là 17,6; cao nhất là 30,5. Tỷ lệ người bệnh có BMI bình thường chiếm 32,8%. Người bệnh thuộc nhóm thiếu năng lượng trường diễn là 3,4%; nhóm thừa cân chiếm 35,3%, béo độ 1 chiếm 27,7% và có 0,8% là béo phì độ 2 [9]. Kết quả của các tác giả trên cao hơn do nhóm tuổi nghiên cứu chủ yếu là người cao tuổi, người có các bệnh lý chuyển hóa nên tỷ lệ thừa cân béo phì ở đối tượng này cũng cao hơn.

Kết quả nghiên cứu này khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Lưu Quốc Hùng trên các người bệnh được chẩn đoán viêm gan mạn tính. Tình trạng dinh dưỡng được đánh giá theo chỉ số BMI trong đó người bệnh thiếu năng lượng trường diễn chiếm 10,87%, người bệnh thừa cân chiếm tỷ lệ 7,61% [10].

Kết quả nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ đối tượng có tỷ số vòng eo/vòng hông cao là 63,7% trong đó ở nữ chiếm cao hơn với 85,7%. Đối tượng bị viêm gan cấp có tỷ số vòng eo/vòng hông cao là 42,9%; ở đối tượng viêm gan mạn là 83,8% và 63,6% ở đối tượng viêm gan do rượu. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Lê Nguyễn Thùy Khanh trên 214 người nhiễm virus viêm gan C đã đến khám tại phòng khám Tổng quát và phòng khám Viêm gan bệnh viện Đại học Y Dược. Phân loại tỷ số vòng eo/vòng hông cao có 72,9% đối tượng, trong đó có 54,7% nam giới và có tới 85,2% nữ giới có tỷ số này cao [11]. Tỷ số vòng eo/vòng

hông cao hơn ở nữ giới vì cân nặng của phụ nữ bị ảnh hưởng rất nhiều bởi lượng estrogen. Đặc biệt là đối với phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, hormon sinh dục nữ estrogen khiến cơ thể tích tụ mỡ ở phần trên của cơ thể, đặc biệt là bụng; giảm mỡ ở phần thấp của cơ thể đùi, hông, ngực nhỏ hơn. Trong khi đó nam giới nhiều cơ bắp hơn, đồng nghĩa với lượng mỡ trên cơ thể ít hơn so với phụ nữ. Mặt khác nam giới có khả năng trao đổi chất mạnh hơn so với phụ nữ.

Cho đến nay SGA là phương pháp được lựa chọn để đánh giá nhanh TTDD của các người bệnh nhập viện. Đây là phương pháp đã được chứng minh có độ nhạy, độ đặc hiệu cao, là phương pháp không xâm lấn, cho kết quả gần như lập tức, không tốn kém, có thể thực hiện tại giường bệnh.

Tỷ lệ SDD trong nghiên cứu này lại cao hơn nghiên cứu của tác giả Đoàn Thị Hồng Nhung và cộng sự trên 124 người bệnh viêm gan tại Khoa Nội tổng hợp bệnh viện Đa khoa Thành phố Thái Bình. Kết quả nghiên cứu cho thấy trong 124 người bệnh bị viêm gan thì tỷ lệ người bệnh SDD theo đánh giá bằng phương pháp SGA chủ yếu ở người bệnh viêm gan cấp tính và viêm gan do rượu. Suy dinh dưỡng nhẹ/vừa chiếm 26,6% và SDD nặng chiếm 1,6%; người bệnh viêm gan có TTDD bình thường chiếm tỷ lệ 71,8% [12]. Điều này là hoàn toàn hợp lý vì khi đánh giá TTDD theo chỉ số BMI, tỷ lệ SDD trong nghiên cứu này là 9,8% cũng cao hơn so với nghiên cứu của tác giả trên là 4,8%. Có thể thấy phương pháp đánh giá bằng SGA có khả năng tầm soát các đối

tượng SDD tốt hơn, vì nó có thể phân loại sớm ngay khi người bệnh có vấn đề về dinh dưỡng mà chưa có sự thay đổi nhiều về cân nặng.

Ngoài các chỉ số nhân trắc như BMI, tỷ lệ vòng eo/vòng hông, SGA để đánh giá tình trạng dinh dưỡng, nghiên cứu này cũng sử dụng một số chỉ số khác để đánh giá TTDD của các người bệnh lúc nhập viện như: albumin trong huyết tương cũng như lượng hemoglobin để đánh giá thiếu máu.

Nghiên cứu này có giá trị albumin trung bình thấp hơn và tỷ lệ đối tượng giảm albumin so với ngưỡng bình thường lại cao hơn so với một số tác giả như nghiên cứu của tác giả Đỗ Thu Nga trên các người bệnh viêm gan B mạn tính có giá trị trung bình albumin $38,18 \pm 6,52$ g/L và có 29,3% thấp hơn so với ngưỡng bình thường [7], nghiên cứu của Hoàng Đức Hạ giá trị trung bình albumin là $41,52 \pm 5,37$ g/L; tình trạng giảm albumin mức độ nặng gặp ở 2,37% số người bệnh, giảm vừa là 8,28%, trong khi 89,35% số người bệnh có nồng độ albumin trong giới hạn bình thường [13], nghiên cứu của tác giả Lưu Quốc Hùng với albumin có giá trị trung bình là $33,30 \pm 7,21$ g/L [10].

Chỉ số hemoglobin trung bình là $108,6 \pm 27,5$ g/L. Có 25,5% đối tượng bị thiếu máu nhẹ, 29,4% thiếu máu vừa và 16,7% thiếu máu nặng theo chỉ số hemoglobin. Tỷ lệ bị thiếu máu cao nhất ở đối tượng viêm gan do rượu, trong đó thiếu máu nhẹ là 23,3%, thiếu máu vừa là 40,0% và 26,7% thiếu máu nặng. Vì người bệnh viêm gan do rượu thường có thiếu máu

hồng cầu to do tác hại của rượu đến tủy xương đồng thời do sự thiếu hụt dinh dưỡng, protein năng lượng đặc biệt là sự thiếu hụt folate và vitamin B12, chính vì vậy số lượng hồng cầu, hemoglobin thường giảm. Kết quả nghiên cứu này thấp hơn trong nghiên cứu của tác giả Trần Thị Khánh Tường với giá trị hemoglobin trung bình là $136,5 \pm 19,2$ g/L [9]. Tỷ lệ thiếu máu trong nghiên cứu của chúng tôi lại cao hơn kết quả của tác giả Đỗ Thu Nga có 26,3% người bệnh giảm Hemoglobin, trong đó, tỉ lệ bất thường ở nam giới cao hơn nữ giới [7]. Lý do có thể đối tượng nghiên cứu này gồm tất cả các loại viêm gan: cấp, mạn, do rượu, còn trong nghiên cứu của Đỗ Thu Nga chỉ là viêm gan mạn tính nên giá trị Hemoglobin ít bị ảnh hưởng.

IV. KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu đánh giá TTDD trên 102 đối tượng viêm gan điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hòa Bình năm 2020 bằng cách phỏng vấn theo bộ câu hỏi và thu thập kết quả xét nghiệm trong bệnh án, chúng tôi có những kết luận như sau: Tình trạng dinh dưỡng đánh giá theo BMI: tỷ lệ TNLTD 9,8%; tỷ lệ đối tượng TCBP là 8,8% và 1,0% đều gặp ở nam giới. 63,7% có tỷ số eo/hông cao. Tình trạng dinh dưỡng đánh giá SGA: 46,1% SDD mức độ nhẹ/vừa (SGA-B) và 2,0% ở mức nặng (SGA-C). Viêm gan cấp có 45,7% SDD nhẹ/vừa; 5,7% SDD nặng. Viêm gan mạn, viêm gan do rượu có tỷ lệ SDD nhẹ/vừa là 37,8% và 56,7%. Tỷ lệ bị thiếu máu cao nhất ở đối tượng viêm

gan do rượu, trong đó thiếu máu nhẹ là 23,3%, thiếu máu vừa là 40,0% và 26,7% thiếu máu nặng. Đồng thời nhóm viêm gan do rượu cũng là nhóm có chỉ số albumin thấp chiếm tỷ lệ cao nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trường Đại học Y Hà Nội (2004). *Bài giảng Viêm gan - Bệnh học Nội khoa*. Nhà Xuất bản Y học, Hà Nội.
2. Vũ Bằng Đình (1985). *Viêm gan virus*. Nhà xuất bản Y học Hà Nội, trang 201-223
3. Phạm Song (2008). *Những vấn đề cơ bản và mới về bệnh viêm gan do virus*. Nhà xuất bản Y học Hà Nội, trang 109-213
4. Nguyễn Thị Kim Thư (2000). *Diễn biến lâm sàng, rối loạn chức năng gan và mối liên quan với AFP trong bệnh viêm gan virus B, xơ gan và ung thư gan*. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú bệnh viện, Hà Nội.
5. Amany M. Abdelhafez (2018). *Assessment of Nutritional Status in Chronic Hepatic Patients at Ain Shams University Hospital*. The Egyptian Journal of Community Medicine, 36(2), pp. 13-19.
6. Shaheen Butt and Parvez Ahmed (2009). *A Study of Malnutrition among Chronic Liver Disease Patients*. Pakistan Journal of Nutrition, 8(9), pp. 1465-1471.
7. Đỗ Thu Nga (2019). *Lo âu và một số yếu tố liên quan trên người bệnh viêm gan virut B mạn điều trị tại khoa truyền nhiễm bệnh viện Bạch Mai*. Luận văn thạc sĩ điều dưỡng, Trường Đại học Thăng Long.
8. Hứa Văn Danh (2016). *Đặc điểm nhiễm siêu vi viêm gan N ở người cao tuổi đến khám tại Bệnh viện TP. Phan Thiết - Bình Thuận*. Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh, 20(1), trang 279-284.
9. Trần Thị Khánh Tường (2015). *Nghiên cứu giá trị chẩn đoán xơ hóa gan bằng phối hợp kỹ thuật ARFI với APRI ở các người bệnh viêm gan mạn*. Luận án Tiến sĩ y học, Chuyên ngành Nội tiêu hóa, Trường Đại học Y Dược Huế.
10. Lư Quốc Hùng (2018). *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và ý nghĩa của Fibroscan, Fibrotest trong chẩn đoán xơ hóa gan ở người bệnh viêm gan B, C mạn tính*. Luận án tiến sĩ y học, Chuyên ngành tiêu hóa, Học viện Quân y.
11. Lê Nguyễn Thùy Khanh (2008). *Mối liên quan giữa nhiễm virus viêm gan C và bệnh đái tháo đường típ 2*. Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh, 12(2), trang 81-88.
12. Đoàn Thị Hồng Nhung, Nguyễn Trọng Hưng, Phạm Ngọc Khái (2018). *Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh viêm gan nằm điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa thành phố Thái Bình năm 2017*. Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm, 14(3), trang 32-36.
13. Hoàng Đức Hạ (2020). *Đặc điểm lâm sàng và huyết học ở người bệnh nhiễm vi rút viêm gan B mạn tính tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng*. Tạp chí Y học dự phòng, 30(2), trang 129-133.

Summary**NUTRITIONAL STATUS OF PATIENTS WITH HEPATITIS TREATED AT HOA BINH GENERAL HOSPITAL IN 2020**

A cross-sectional descriptive study on 102 subjects by interviewing questions and collecting test results in medical records with the following **objectives:** Evaluation nutritional status of patients with hepatitis treated at Hoa Binh General Hospital 2020. **Result:** Nutritional status assessed by BMI: chronic energy deficiency rate 9.8%; the proportion of overweight and obese subjects was 8.8% and 1.0% were found in men. 63.7% had a high waist/butt ratio. Nutritional status as assessed by SGA: 46.1% were mild/moderate (SGA-B) and 2.0% were severe (SGA-C). Acute hepatitis has 45.7% mild/moderate malnutrition; 5.7% severe malnutrition. Chronic hepatitis, alcoholic hepatitis had mild/moderate malnutrition rates of 37.8% and 56.7%. The rate of anemia were highest in subjects with alcoholic hepatitis, in which mild anemia were 23.3%, moderate anemia were 40.0% and 26.7% severe anemia. At the same time, the group with alcoholic hepatitis were also the group with the highest percentage of low albumin index. Conclusion: The prevalence of malnutrition, anemia status, low serum albumin in patients with hepatitis had high, especially in those patients with alcoholic hepatitis. It is necessary to strengthen regular nutritional screening, assessment and intervention in clinical departments, especially in disease groups at high risk of malnutrition.

Keywords: *Hepatitis, nutritional status, BMI, SGA, Albumin, Hoa Binh General Hospital.*