

KHẨU PHẦN THỰC TẾ CỦA NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH NHIỄM HIV TẠI VIỆT NAM

Huỳnh Nam Phương¹, Phạm Thị Thúy Hòa², Hoàng Thị Hồng Nhung³, Nguyễn Thị Vân Anh³, Trần Thị Giáng Hương⁴,

Nghiên cứu nhằm **mục tiêu** đánh giá khẩu phần thực tế của người trưởng thành nhiễm HIV không có thai/sau sinh đang điều trị ARV và chưa điều trị ARV đến khám tại 29 phòng khám ngoại trú (PKNT) trên toàn quốc. Sử dụng **phương pháp** mô tả cắt ngang, cỡ mẫu gồm 150 đối tượng cho hỏi ghi khẩu phần và 300 đối tượng hỏi ghi tần suất, được lựa chọn ngẫu nhiên từ mẫu chung gồm 3912 nam giới và phụ nữ không mang thai/ không cho con bú nhiễm HIV từ 18 tuổi trở lên đang quản lý tại PKNT. Khẩu phần thực tế được cán bộ Viện Dinh dưỡng thu thập bằng phương pháp hỏi ghi 24h, sử dụng bộ ảnh thực phẩm và bảng tính qui đổi trọng lượng thực phẩm. **Kết quả:** Năng lượng khẩu phần của đối tượng nghiên cứu là 1849,8kcal/người/ngày. Lượng protein trung bình là 84,4 g/người/ngày, trong đó protein động vật là 51,1g. Lượng lipid trung bình là 46,3g/người/ngày, trong đó lipid thực vật là 14,0g. Tần suất sử dụng lương thực thực phẩm hàng ngày: thực phẩm được tiêu thụ thường xuyên nhất là gạo (99%), rau (83%), dầu mỡ (61,7%), trái cây (49,3%) và thịt (46,7%). Cần ưu tiên tư vấn cho người nhiễm HIV về chế độ ăn uống cân bằng với năng lượng và vi chất đầy đủ.

Từ khóa: *khẩu phần, người trưởng thành nhiễm HIV, Việt Nam.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

HIV/AIDS không chỉ tác động lớn tới sức khỏe, tính mạng của con người mà còn là “hung thủ” đã, đang và sẽ tiếp tục gây tổn hại đến giống nòi của loài người, tổn thất không ít nguồn lực của xã hội tập trung để chống lại nó. Bất chấp những nỗ lực của toàn thế giới, dịch HIV/AIDS vẫn không ngừng gia tăng. Tổng số người sống với HIV ước tính trên toàn cầu năm 2012 đã tăng lên 35,3 triệu người [1]. Theo UNAIDS, khoảng 4 triệu người đang sống với HIV và 250,000 người chết vì các nguyên nhân liên quan đến HIV/AIDS tại khu vực Đông Nam Á vào năm 2011. Năm 2012, Việt Nam có khoảng 260,000 người nhiễm HIV [2] và tổng số người chết do AIDS đã được báo cáo là 48,368 người. Nhiễm HIV có thể là nguyên nhân gây ra

hoặc làm trầm trọng thêm tình trạng suy dinh dưỡng (SDD), điều trị thuốc kháng virus (ARV) góp phần làm giảm sự thèm ăn, giảm khả năng hấp thu và sử dụng các chất dinh dưỡng của cơ thể. Người trưởng thành nhiễm HIV chưa có triệu chứng cần tiêu thụ nhiều năng lượng hơn 10% so với người trưởng thành khỏe mạnh và khi có triệu chứng người nhiễm HIV cần phải tiêu thụ năng lượng nhiều hơn từ 20-30% so với những người không nhiễm HIV cùng tuổi, giới tính và mức độ hoạt động thể lực. Do vậy, đánh giá khẩu phần thực tế là biện pháp hỗ trợ tích cực cho cán bộ y tế trong tư vấn, hỗ trợ dinh dưỡng nhằm chăm sóc toàn diện cho người nhiễm HIV tại các cơ sở điều trị như PKNT. Tuy nhiên, tại Việt Nam các nghiên cứu về đánh giá và hỗ trợ dinh dưỡng cho

¹TS – Viện Dinh dưỡng Quốc gia
E-mail: hnpuong@gmail.com

²TS – Viện Dinh dưỡng ứng dụng

³CN – Viện Dinh dưỡng Quốc gia

⁴TS – Bộ Y tế

Ngày nhận bài: 1/3/2016

Ngày phản biện đánh giá: 30/3/2016

Ngày đăng bài: 15/4/2016

người nhiễm HIV còn hạn chế. Các nghiên cứu chủ yếu là định tính với cỡ mẫu nhỏ, chương trình/dự án hỗ trợ dinh dưỡng cho người nhiễm HIV còn lẻ tẻ và thường không tập trung theo thể trạng của từng bệnh nhân. Vì vậy, để cung cấp các bằng chứng về khẩu phần thực tế nhóm đối tượng này, nghiên cứu đã được tiến hành với sự hỗ trợ của tổ chức FHI 360 và USAID/Việt Nam nhằm mục tiêu “Đánh giá khẩu phần thực tế của người nhiễm HIV không có thai/sau sinh đang điều trị ARV và chưa điều trị ARV đến khám tại các PKNT”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Thời gian và địa điểm: các PKNT được chọn trên toàn quốc. Thời gian: từ tháng 8 đến tháng 12 năm 2011.

Đối tượng nghiên cứu: người trưởng thành nam và nữ (không có thai) nhiễm HIV đăng ký và được quản lý ở phòng khám ngoại trú tại Việt Nam.

Cỡ mẫu và chọn mẫu: nghiên cứu sử dụng điều tra chọn mẫu cụm 2 giai đoạn.

Giai đoạn 1: 30 PKNT được lựa chọn ngẫu nhiên có hệ thống từ các PKNT trên toàn quốc phân tầng theo khu vực (bắc, nam) và nguồn tài trợ (Chính phủ/Quỹ toàn cầu/ PEPFAR). Tiêu chuẩn lựa chọn PKNT cho nghiên cứu là phải có ít nhất 75 bệnh nhân đang điều trị ARV. 30 PKNT sẽ là địa điểm thu thập số liệu cho một nghiên cứu lớn hơn về tình trạng dinh dưỡng (TTDD), chỉ có 15 PKNT được lựa chọn ngẫu nhiên từ 30 phòng được thu thập các thông tin về khẩu phần.

Giai đoạn 2: Tại mỗi PKNT được chọn từ giai đoạn 1, lựa chọn ngẫu nhiên

15 đối tượng để hỏi ghi khẩu phần 24h và 20 đối tượng để điều tra tần suất tiêu thụ lương thực thực phẩm.

Thu thập số liệu và đánh giá: Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu: sử dụng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn, phỏng vấn trực tiếp các đối tượng để thu thập thông tin về đặc điểm cá nhân, gia đình.

Khẩu phần 24h: dùng phương pháp hỏi ghi tất cả các thực phẩm (kể cả đồ uống và đồ ăn nhanh) được đối tượng tiêu thụ nhớ lại trong ngày hôm qua dựa vào bộ dụng cụ đo lường và hình ảnh dụng cụ cũng như bảng tính qui đổi trọng lượng. Sử dụng phiếu được thiết kế đánh dấu các thức ăn cụ thể trong thời gian ngày, tuần, tháng vừa qua hoặc không ăn để thu thập tần suất tiêu thụ lương thực thực phẩm.

Xử lý số liệu: số liệu được làm sạch, sau đó được xử lý thô và mã hóa trước khi sử dụng phương pháp nhập số liệu song song để giảm thiểu các lỗi phát sinh khi nhập dữ liệu. Số liệu điều tra khẩu phần được quy đổi ra thức ăn sống sạch dựa trên album các món ăn thông dụng của Viện Dinh dưỡng Quốc gia. Giá trị dinh dưỡng sẽ dựa trên bảng thành phần thực phẩm Việt Nam - Viện Dinh Dưỡng năm 2007 [3]. Phần mềm excel, epidata để nhập số liệu về tần suất và các yếu tố chung. Phần mềm access để nhập số liệu khẩu phần 24 giờ qua. Sử dụng phần mềm STATA để phân tích số liệu. Khẩu phần được so sánh với Nhu cầu khuyến nghị cho người Việt Nam của Viện Dinh dưỡng 2012 [4].

Đạo đức nghiên cứu: Hội đồng đạo đức của Viện Dinh dưỡng đã xem xét và chấp thuận đề cương nghiên cứu. Bản đồng ý tham gia nghiên cứu được đối tượng ký xác nhận. Phụ trách các PKNT đều ký đồng ý cho tiến hành phỏng vấn và đánh giá khẩu phần tại cơ sở của mình.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

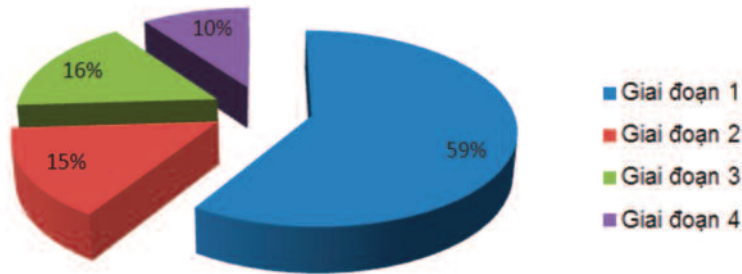
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung cho đối tượng của toàn bộ nghiên cứu được trình bày ở Bảng 1. Đây là đặc điểm của toàn bộ 3912 đối tượng nhiễm HIV trưởng thành không mang thai và không cho con bú

(2136 đang được điều trị ARV và 1776 chưa điều trị ARV), trong đó có 2311 nam và 1601 nữ đang được quản lý và điều trị ở 29 phòng khám ngoại trú ở Việt Nam (1 PKNT tại thành phố HCM không tham gia do không đạt điều kiện khi triển khai).

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm cơ bản	Chung		ARV		KhôngARV	
	n	%	n	%	n	%
Tuổi						
20 – 29	1216	31,1	522	24,4	694	39,1
30 – 39	2087	53,4	1227	57,4	860	48,4
40 – 49	486	12,4	307	14,4	179	10,1
≥ 50	123	3,1	80	3,8	43	2,4
Chung	3912	100,0	2136	100,0	1776	100,0
Độ tuổi trung bình	33,3±6,9		34,3±6,8		32,1±6,8	
Trình độ học vấn						
Không đi học	56	1,4	31	1,5	25	1,4
Tiểu học (1 – 5 năm)	652	16,8	352	16,6	300	17,0
THCS (6 – 9 năm)	1845	47,5	1023	48,2	822	46,7
THPT (10 – 12 năm)	1315	33,9	708	33,4	607	34,5
Cao đẳng, đại học	17	0,4	9	0,4	8	0,5
Nghề nghiệp hiện tại						
Làm ruộng	868	22,2	461	21,6	407	22,9
CB nhà nước	100	2,6	55	2,6	45	2,5
Giáo viên	36	0,9	16	0,8	20	1,1
Buôn bán	550	14,1	282	13,2	268	15,1
Công nhân	512	13,1	284	13,3	228	12,8
Nội trợ	364	9,3	193	9,0	171	9,6
Khác	947	24,2	542	25,4	405	22,8
Thất nghiệp	535	13,7	303	14,2	232	13,1
Tình trạng hôn nhân						
Độc thân	875	22,4	486	22,8	389	22,0
Có gia đình	2222	56,9	1155	54,2	1067	60,3
Sống chung	144	3,7	80	3,8	64	3,6
Li dị/ li thân	241	6,2	143	6,7	98	5,5
Góa	398	10,2	256	12,0	142	8,0
Khác	24	0,6	13	0,6	11	0,6
Tổng	3912		2136		1771	



Biểu đồ 1. Sự phân bố giai đoạn lâm sàng của các đối tượng nghiên cứu

Qua biểu đồ 1 cho thấy 59% các đối tượng đang ở giai đoạn lâm sàng 1; 15% ở giai đoạn 2; 16% ở giai đoạn 3 và 10% ở giai đoạn 4.

3.2. Khẩu phần thực tế của người nhiễm HIV

Bảng 2. Giá trị dinh dưỡng khẩu phần của đối tượng nghiên cứu (n=150)

Chỉ số dinh dưỡng	Giá trị dinh dưỡng khẩu phần	Nhu cầu khuyến nghị VDD 2012* (%đạt khuyến nghị)
	TB ± SD	
Năng lượng (kcal)	1849,8± 737,8	2376 (77,1)
Tỷ lệ P: L: G	18,3:21,7:60,0	12-14 :18-25:60-65
Protein:Tổng số (g)	84,4 ± 42,9	72,6 (115,6)
Pđv (g)	51,1± 38,7	
Pđv/Pts	60,5%	30-35%
Lipid:Tổng số (g)	46,3± 34,5	
Ltv (g)	14,0± 16,4	
Ltv/Lts	30,2%	>40%
Glucid	272,7± 105,0	
Khoáng chất: Canxi (mg)	558,6 ± 568,4	1000
Phospho (mg)	1029,0± 501,3	700 (nam), 1250 (nữ)
Sắt (mg)	13,7± 7,0	18,3 (nam), 39,2 (nữ)
Vitamin: Vitamin A (mcg)	646,8± 863,5	600
Vitamin C (mg)	126,4± 99,0	70
Vitamin PP (mg)	15,6± 10,2	16
Vitamin B1 (mg)	1,4± 0,8	1,2
Vitamin B2 (mg)	0,9 ± 0,5	1,3

*Nhu cầu khuyến nghị cho người trưởng thành nhiễm HIV chưa có triệu chứng (tăng 10% so với người bình thường)

Bảng 2 cho thấy giá trị dinh dưỡng của khẩu phần người nhiễm HIV. Về năng lượng khẩu phần của đối tượng nghiên cứu là 1849,8 kcal/người/ngày. Lượng protein trung bình là 84,4 g/người/ngày,

trong đó protein động vật là 51,1g (chiếm 60.5%). Lượng lipid trung bình là 46,3 g/người/ngày, trong đó lipid thực vật là 14,0 g (chiếm 30,2%).

Bảng 3. Giá trị dinh dưỡng khẩu phần của các đối tượng nghiên cứu giữa nhóm điều trị ARV và không ARV

Chỉ số dinh dưỡng	Giá trị dinh dưỡng khẩu phần				p
	Nhóm ARV		Nhóm không ARV		
	TB	SD	TB	SD	
Năng lượng (kcal)	1803,9	782,4	1895,8	692,6	>0,05
Tỷ lệ P: L: G	18,5:23,0:58,5		17,9:20,3:61,8		
Protein:Tổng số (g)	82,8	43,2	86,1	42,8	>0,05
Pđv (g)	49,4	38,8	52,9	38,8	>0,05
Pđv/Pts (%)	59,7%		61,4%		
Lipid:Tổng số (g)	48,1	34,6	44,4	34,6	>0,05
Ltv (g)	16,3	20,4	11,7	10,7	>0,05
Ltv/Lts (%)	33,9%		26,4%		
Glucid	259,9	108,9	285,4	100,0	>0,05
Khoáng chất: Canxi (mg)	523,4	408,6	593,4	692,1	>0,05
Phospho (mg)	998,4	469,5	1059,1	532,1	>0,05
Sắt (mg)	14,4	7,6	13,0	6,3	>0,05
Vitamin: Vitamin A (mcg)	575,9	633,3	717,7	1044,1	>0,05
Vitamin C (mg)	127,2	110,2	125,6	87,1	>0,05
Vitamin PP (mg)	15,3	9,7	15,9	10,7	>0,05
Vitamin B1 (mg)	1,3	0,8	1,3	0,8	>0,05
Vitamin B2 (mg)	0,9	0,5	0,9	0,6	>0,05

Theo bảng 3, giá trị khẩu phần của nhóm ARV và nhóm không ARV chưa có sự khác biệt. Tuy nhiên, nhóm không ARV có mức tiêu thụ năng lượng, protein,

glucid và một số vitamin, chất khoáng cao hơn nhóm ARV, đặc biệt các vitamin và khoáng như vitamin A, canxi và phospho nhưng chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 4. Tần xuất tiêu thụ lương thực thực phẩm (LTTP) của đối tượng nghiên cứu trong tháng qua (n=300)

Tên các loại thực phẩm	Ngày qua		Tuần qua		Không bao giờ ăn	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Gạo	297	99,0	3	1,0	0	-
Ngô	9	3,0	46	15,3	155	51,7
Bột mỳ	60	20,0	95	31,7	67	22,3
Các loại khoai củ khác	20	6,7	123	41,0	38	12,7
Rau	249	83,0	42	14,0	4	1,3
Trái cây	148	49,3	120	40,0	12	4,0
Các loại thịt	140	46,7	243	81,0	0	-
Trứng	45	15,0	189	63,0	22	7,3
Thủy hải sản	45	15,0	221	73,7	23	7,7
Đậu đỗ các loại	53	17,7	148	49,3	15	5,0
Sữa các loại	91	30,3	139	46,3	56	18,7
Thức ăn có dầu mỡ, bơ	185	61,7	91	30,3	11	3,7
Đường, mật ong	64	21,3	111	37,0	63	21,0
Thức ăn khác	238	79,3	147	49,0	12	4,0
Thức ăn chế biến sẵn	3	1,0	15	5,0	221	73,7
Vitamin tổng hợp	62	20,7	12	4,0	189	63,0

Bảng 4 mô tả tần suất sử dụng LTTP của các đối tượng nghiên cứu như sau: lương thực chính là gạo (99,0%), tỷ lệ ăn rau và trái cây hàng ngày lần lượt là 83% và 49,3%. Trong các thức ăn nguồn động vật thì ăn thịt nhiều nhất (46,7%), sau đó là 15% ăn trứng, 15% ăn thủy hải sản. Ăn đậu đỗ chiếm tỷ lệ 17,7%. Tỷ lệ ăn dầu mỡ ngày qua chiếm 61,7%. Có tới 20,7% uống các loại vitamin tổng hợp. Các loại thực phẩm không bao giờ ăn cao nhất là thức ăn chế biến sẵn (73,7%), sau đó các loại vitamin (63,0%), tiếp theo là ngô (51,7%), bột mỳ (22,3%),

sữa và các chế phẩm (18,7%).

BÀN LUẬN

Nhu cầu dinh dưỡng phụ thuộc vào tuổi, các thay đổi về sinh lý như mang thai, cho con bú và các mức độ hoạt động thể chất. Với những người nhiễm HIV, nhu cầu năng lượng còn phụ thuộc vào tải lượng virus. Người trưởng thành nhiễm HIV chưa có triệu chứng cần tiêu thụ nhiều năng lượng hơn 10% so với người trưởng thành khỏe mạnh và khi có triệu chứng nhiễm HIV cần phải tiêu thụ năng lượng nhiều hơn từ 20-30% so với những người không nhiễm HIV cùng

tuổi, giới tính và mức độ hoạt động thể chất. Theo WHO, những người nhiễm HIV nên tiêu thụ một tỷ lệ protein như những người không bị nhiễm ở cùng độ tuổi, giới và mức độ hoạt động thể chất. Họ nên tăng số lượng protein tương ứng với tăng lượng chất béo và chất bột đường để đáp ứng nhu cầu gia tăng năng lượng của họ. Chưa có bằng chứng nào cho rằng người nhiễm HIV cần nhiều chất béo hơn so với nhu cầu bình thường, nhưng họ có thể tiêu thụ thêm chất béo như là tăng nhu cầu năng lượng ăn vào. Với những người đang điều trị ARV hoặc tiêu chảy kéo dài có thể phải ăn ít chất béo hơn khi họ đang bị tiêu chảy hoặc đang dùng thuốc [5].

Nhìn chung khẩu phần của đối tượng trong nghiên cứu này đều thấp hơn khuyến nghị của Viện Dinh dưỡng Quốc gia cho người trưởng thành nhiễm HIV chưa có triệu chứng, trong đó năng lượng đạt 77,1%. Riêng khẩu phần protein đạt 115,6%; đặc biệt protein động vật vượt nhu cầu khuyến nghị. Các chất khoáng quan trọng (canxi, sắt) đều thấp hơn khuyến nghị. Các vitamin hầu như đáp ứng được khuyến nghị cho người bình thường.

Kết quả còn cho thấy có xu hướng giá trị dinh dưỡng trong khẩu phần của người nhiễm HIV chưa điều trị ARV cao hơn so với nhóm đang điều trị ARV (bảng 3). Có khả năng việc dùng một số thuốc điều trị HIV có tác dụng phụ dẫn tới sự mất ngon miệng và khả năng hấp thu hạn chế.

Tỷ lệ glucid chiếm 60% trong tổng số lượng LTTP tiêu thụ của đối tượng nghiên cứu, ở mức thấp so với khuyến nghị (60 – 65%). Gạo là lương thực chủ yếu (99%) trong chế độ ăn hàng ngày

của đối tượng nghiên cứu, còn các loại lương thực khác chủ yếu ăn hàng tuần hoặc hàng tháng. Tỷ lệ cao thứ hai ăn hàng ngày là rau xanh (83%), dầu mỡ (61,7%), trái cây (49,3%). Bữa ăn cung cấp năng lượng chủ yếu từ gạo và tỷ lệ ăn rau xanh, trái cây khá cao giúp cho người nhiễm HIV phần nào đảm bảo được các chất dinh dưỡng từ nhóm bảo vệ cơ thể (rau và trái cây) và nhóm cung cấp năng lượng (tinh bột). Trong số các loại thực phẩm giàu protein thì thịt được ăn phổ biến nhất hàng ngày đạt 46,7%, tiếp theo là sữa và các sản phẩm từ sữa (30,3%), trứng (15%) và hải sản (15%).

Khuyến cáo về tỷ lệ % cung cấp năng lượng từ protein khẩu phần cho người nhiễm HIV của WHO không khuyến khích sử dụng cao hơn người không nhiễm. Tỷ lệ protein trong tổng lượng thực phẩm tiêu thụ của những người tham gia nghiên cứu cao hơn so với lượng khuyến cáo. Nguyên nhân có thể là do người nhiễm HIV có tỷ lệ ăn không ngon miệng cao nên lượng lương thực tiêu thụ giảm đi trong khi lượng thức ăn (cung cấp nhiều protein và lipid) lại không đổi hoặc thậm chí được tăng cường hơn. Tỷ lệ protein trong các chất sinh năng lượng là cao hơn và chính sự mất cân đối này dẫn tới hậu quả khi năng lượng trong khẩu phần cao thì canxi trong khẩu phần thấp. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi lượng canxi thấp hơn và tỷ lệ Ca/P là 0,54 (khuyến nghị là trên 0,8), dẫn tới hậu quả canxi của người nhiễm HIV sẽ bị mất do hàm lượng protein cao một cách không cân đối.

Theo WHO, người nhiễm HIV có nhu cầu các vi chất dinh dưỡng như những người không nhiễm HIV, tức là một đơn

vị RDA/ngày. Lượng canxi trung bình trong khẩu phần 558,6mg/người/ngày. Lượng sắt trung bình là 13,7mg/người/ngày. Lượng sắt và canxi đều thấp hơn so với nhu cầu khuyến nghị của Viện dinh dưỡng 2012. Lượng vitamin A là 646,8mcg/người/ngày, vitamin C 129,1g/người/ngày. Còn lại các vitamin PP (17,1g); B1 (1,4g); B2 (0,9g). Các vitamin hầu như đã đáp ứng được nhu cầu dinh dưỡng cho người nhiễm HIV (1 RDA)

Nghiên cứu của Hester H Vorster và cộng sự tiến hành tại Cộng hòa Nam Phi có kết quả như sau: canxi (408-448 mg) và phospho (955-1214 mg) thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi Ca (558,6 mg) và Phospho (1029 mg). Và ở đây cũng cho thấy tỷ lệ không cân đối giữa canxi và phospho [6]. Nghiên cứu của Trần Thị Bích Trà (điều tra trên 170 nữ lứa tuổi sinh đẻ nhiễm HIV tại Hà Nội) kết quả cho thấy năng lượng là $1785,3 \pm 568,4$ kcal, thấp hơn so với năng lượng trung bình của nữ nhiễm HIV ở nghiên cứu này ($2003,5 \pm 805,8$). Tỷ lệ lipid động vật cao chiếm 68,5% (tương tự như nghiên cứu này là 69,0%). Trong nghiên cứu này, Vitamin A trung bình khẩu phần (133,8 mg/người/ngày), sắt trong khẩu phần (14,6 mg/người/ngày) (bảng 3), cao hơn so với nghiên cứu của Trần Thị Bích Trà (tương ứng là 100,9 mg/người/ngày và 11,2mg/người/ngày) [7].

III. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

1. Giá trị dinh dưỡng trong khẩu phần của người nhiễm HIV: năng lượng khẩu phần của đối tượng nghiên cứu là 1849,8 kcal/người/ngày, đáp ứng 77,1% so với nhu cầu khuyến nghị của người trưởng thành nhiễm HIV chưa có triệu

chứng. Lượng protein trung bình là 84,4 g/người/ngày, trong đó protein động vật là 51,1g. Lượng lipid trung bình là 46,3g/người/ngày, trong đó lipid thực vật là 14,0g. Nhóm không điều trị ARV có mức tiêu thụ năng lượng, protein, glucid và một số vitamin, chất khoáng cao hơn nhóm điều trị ARV, đặc biệt các vitamin và khoáng như vitamin A, canxi và phospho nhưng chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

2. Tần suất sử dụng LTTP: lương thực chính là gạo (99,0%), tỷ lệ ăn rau và trái cây hàng ngày lần lượt là 83% và 49,3%. Trong các thức ăn nguồn động vật thì ăn thịt nhiều nhất (46,7%), sau đó là 15% ăn trứng, 15% ăn thủy hải sản. Ăn đậu đỗ chiếm tỷ lệ 17,7%. Tỷ lệ ăn dầu mỡ hàng ngày qua chiếm 61,7%.

Kết quả nghiên cứu cho thấy việc chăm sóc và hỗ trợ dinh dưỡng cần được lồng ghép vào các dịch vụ tại cơ sở y tế và tại cộng đồng cho người nhiễm HIV, đặc biệt là tập trung tư vấn dinh dưỡng cho bệnh nhân điều trị ARV về chế độ ăn uống cân bằng với năng lượng và vi chất đầy đủ để phòng tránh và kiểm soát suy dinh dưỡng ở nhóm người này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). 2013. Global Report. UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2013. Geneva: UNAIDS.
2. <http://www.unaids.org/en/Regionscountries/Countries/VietNam/>.
3. Bộ Y tế, Viện Dinh dưỡng (2007). *Bảng thành phần thực phẩm Việt Nam*. NXB Y học, Hà Nội
4. Viện Dinh dưỡng (2012). *Nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị cho người Việt Nam*.

NXB Y học, Hà Nội

5. WHO. 2009. *Nutritional Care and Support for People Living with HIV/AIDS: A Training Course. Participant's Manual*. Geneva: WHO
6. Hester H Vorster, Annamarie Kruger, Barrie M Margetts, Christina S Venter, H Salome Kruger, Frederick J Veldman and Una E MacIntyre (2004). *The nutritional status of asymptomatic HIV-infected Africans directions for dietary intervention?*. *Public Health Nutrition*: 7(8), 1055–1064.
7. Trần Thị Bích Trà, Nguyễn Thanh Long, Đặng Phương Mai, Phạm Thị Thúy Hòa, Hồ Thu Mai, Nguyễn Xuân Ninh và Cs (2008). *Thực trạng sử dụng vitamin và khoáng chất trên phụ nữ nhiễm HIV tại thành phố Hà Nội*. *Tạp chí y học thực hành* số 742+743 năm 2010, trang 152 – 156.

Summary

ACTUAL FOOD INTAKE OF ADULT PEOPLE LIVING WITH HIV IN VIETNAM

The study aimed to assess actual food intake of adult people living with HIV (non-pregnant, non-lactating) registering at 29 Outpatient Clinics nationwide by a cross sectional survey. Sample included 150 subjects to provide actual food intake data and 300 subjects to provide food frequency data. Food intake data were collected by 24h hour recall method, using standard food album and food weight conversion table. Results showed that average energy intake was 1849.8kcal/person/day. Average protein intake was 84.4 g/person/day, of which animal protein was 51.1g. Average fat intake was 46.3 g/capita/day, of which vegetal fat was 14.0g. Food frequency: the most common food was rice (99% used it every day), then vegetables (83%), fats (61.7%), fruits (49.%) and meat (46.7%). There is a need to improve nutrition counseling for PLHIV on healthy diet, which is more balanced in nutrients and adequate in micronutrients.

Keywords: *food intake, people living with HIV, Vietnam.*

