

# TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN NỘI TIẾT TRUNG ƯƠNG NĂM 2020

*Trịnh Thị Ngọc Huyền<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Hương Lan<sup>2</sup>,  
Phan Hương Dương<sup>3</sup>, Nguyễn Trọng Hưng<sup>4</sup>*

Nghiên cứu cắt ngang mô tả tình trạng dinh dưỡng (TTDD) của 255 người bệnh đái tháo đường type 2 từ 18 - 70 tuổi điều trị nội trú tại Khoa Dinh dưỡng lâm sàng & tiết chế, Bệnh viện Nội tiết Trung ương. **Kết quả:** Tình trạng dinh dưỡng bình thường theo BMI chiếm tỷ lệ cao nhất là 62,0%; thừa cân-béo phì là 33,3%; thấp nhất là thiếu năng lượng trường điển, chiếm 4,7%. Tỷ lệ suy dinh dưỡng (SDD) theo vòng cánh tay chiếm 4,7%. Tình trạng dinh dưỡng bình thường theo phần trăm mỡ cơ thể chiếm tỷ lệ cao nhất là 58,9%; thừa cân-béo phì là 39,6%; thấp nhất là thiếu năng lượng trường điển, chiếm 3,5%. Tỷ lệ người bệnh không có nguy cơ dinh dưỡng (SGA – A), nguy cơ dinh dưỡng mức độ vừa (SGA – B); nguy cơ dinh dưỡng mức độ nặng (SGA – C) lần lượt là 85,5%; 13,3% và 1,2%. Tỷ lệ đối tượng có vòng eo cao và tỷ số WHR cao là 59,2% và 75,7%.

**Từ khóa:** Đái tháo đường type 2, tình trạng dinh dưỡng, Bệnh viện Nội tiết Trung ương.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo liên đoàn Đái tháo đường (ĐTĐ) Thế giới, năm 2019 có 463 triệu người ở độ tuổi 20 -79 tuổi mắc ĐTĐ, ước tính tới năm 2030 có 578 triệu người mắc ĐTĐ và số người tử vong do ĐTĐ lên đến 4,2 triệu người [1]. Tại Việt Nam, số người trưởng thành mắc ĐTĐ năm 2017 là 3535 người, cứ 1000 giây lại có 29 người tử vong do ĐTĐ [2]. Đó là một con số đáng báo động cho ngành y tế nước ta. Bệnh ĐTĐ gây nên nhiều biến chứng nguy hiểm, là nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tim mạch mù lòa, suy thận và cắt cụt chi. Nhưng một điều đáng khả quan, có tới 70% ĐTĐ type 2 có thể dự phòng hoặc làm chậm

xuất hiện bệnh bằng cách tuân thủ lối sống lành mạnh, dinh dưỡng hợp lý và tăng cường luyện tập thể lực [3]. Quá trình đô thị hóa đã làm cho bữa ăn của người dân phong phú và đa dạng hơn, chứa nhiều thực phẩm có nguồn gốc động vật, giảm tiêu thụ chất xơ, đồng thời giảm các hoạt động thể lực làm tăng nguy cơ về thừa cân, béo phì và các bệnh mạn tính không lây khác [4]. Do đó việc kiểm soát cân nặng ở người ĐTĐ type 2 có thừa cân, béo phì với chế độ dinh dưỡng là rất quan trọng. Một số nghiên cứu đã cho thấy, người bệnh mắc ĐTĐ type 2 thực hiện chế độ dinh dưỡng đúng, tập luyện thể thao hợp lý sẽ giúp kiểm soát đường

<sup>1</sup>BS. Bệnh viện 199

Email: trinhnguyen1990@gmail.com

<sup>2</sup>TS. BS. Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>TS. BS. Bệnh viện Nội tiết Trung ương

<sup>4</sup>TS. BS. Viện Dinh dưỡng

Ngày gửi bài: 05/01/2021

Ngày phản biện đánh giá: 01/03/2021

Ngày đăng bài: 01/04/2021

huyết đồng thời có tỷ lệ biến chứng thấp hơn người bệnh không thực hiện [5]. Bệnh viện Nội tiết Trung ương là cơ sở y tế hàng đầu điều trị bệnh nội tiết và chuyển hóa trong đó có bệnh ĐTĐ type 2. Để có thể hiểu biết thêm về TTDD bệnh nhân ĐTĐ type 2 nằm viện, qua đó có thể đưa ra những can thiệp dinh dưỡng tốt hơn và góp phần cải thiện kết quả lâm sàng bệnh nhân nội trú, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Mô tả tình trạng dinh dưỡng của người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị nội trú tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương năm 2020.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả bệnh nhân từ 18 - 70 tuổi được chẩn đoán ĐTĐ type 2 đang điều trị nội trú tại khoa Dinh dưỡng lâm sàng và tiết chế, Bệnh viện Nội tiết Trung ương.

Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân ĐTĐ type 1, ĐTĐ thai kỳ, ĐTĐ thứ phát gặp trong hội chứng Cushing, hội chứng Conn, u tủy thượng thận...

+ Bệnh nhân có những biến chứng nặng, cấp tính như: Hôn mê nhiễm toan ceton, hôn mê tăng áp lực thẩm thấu,...

+ Bệnh nhân không xác định được BMI: Phù, khiếm khuyết các bộ phận cơ thể, cong vẹo cột sống, không đo được chiều cao, cân nặng.

+ Bệnh nhân trong tình trạng không tỉnh táo, sức khỏe không cho phép trả

lời những câu hỏi của người khảo sát.

+ Những bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Dinh dưỡng lâm sàng & tiết chế, Bệnh viện Nội tiết Trung ương

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 8/2020 đến tháng 12/2020.

### 2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Áp dụng công thức cỡ mẫu ước lượng cho một tỷ lệ

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{(\epsilon p)^2}$$

Trong đó:

n = cỡ mẫu nghiên cứu;

p = 0,175 là tỷ lệ bệnh nhân ĐTĐ type 2 thừa cân béo phì tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2017 từ nghiên cứu trước [6];

Cộng thêm tỷ lệ bỏ cuộc ước tính 10%, tính cỡ mẫu n = 244.

Thực tế điều tra được 255 đối tượng. Chọn mẫu thuận tiện cho đến khi đủ 255 đối tượng nằm viện thỏa mãn tiêu chí nghiên cứu.

Kỹ thuật thu thập thông tin

Đối tượng nghiên cứu được đánh giá TTDD khi mới nhập viện (trong vòng 48 giờ) bằng phương pháp nhân trắc học (cân, đo chiều cao, vòng eo, vòng hông), phỏng vấn bằng bộ câu hỏi và đánh giá TTDD bằng bộ công cụ đánh giá tổng thể chủ quan (Subject Glob-

al Assessment-SGA). Cân nặng và tỷ lệ phần trăm mỡ được đo bằng cân Tanita BC-543; đo chiều cao, vòng eo, vòng hông bằng các thước gỗ 3 mảnh chuyên dụng và thước dây không co giãn có sẵn tại thời điểm nhập viện.

#### Phương pháp đánh giá

Đánh giá TTDD của đối tượng theo chỉ số khối cơ thể (BMI) phân loại của WHO 2000: Thiếu năng lượng trường diễn (BMI < 18,5); bình thường (18,5 ≤ BMI ≤ 24,9); thừa cân-béo phì (BMI ≥ 25) [7].

Phân loại mỡ cơ thể theo Tổ chức Y tế Thế giới năm 2008: Vòng eo cao (vòng eo ≥ 90 cm ở nam và vòng eo ≥ 80 cm ở nữ hoặc vòng eo/vòng hông WHR ≥ 0,9 ở nam và vòng eo/vòng hông ≥ 0,8 ở nữ) [8.]

Phân loại phần trăm mỡ cơ thể theo giá trị tham chiếu của cân TANITA cho từng giới và lứa tuổi.

### 3. Phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập sẽ được làm sạch và nhập bằng phần mềm Epidata 3.1, các phân tích được thực hiện bằng phần mềm SPSS 16.0. Ý nghĩa thống kê đạt được khi giá trị  $p < 0,05$ .

### 4. Đạo đức nghiên cứu

Người bệnh được giải thích đầy đủ về mục đích nghiên cứu và tự nguyện tham gia. Các thông tin thu thập chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu được thông qua tại Hội đồng khoa học của Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

*Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu*

	<b>Biến số</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Độ tuổi	< 40	7	2,7
	40 - 59	120	47,1
	≥ 60	128	50,2
$(\bar{X} \pm SD): 57,9 \pm 8,2$			
Giới tính	Nam	114	44,7
	Nữ	141	55,3

Độ tuổi trung bình của đối tượng là  $57,9 \pm 8,2$ . Độ tuổi từ 60 trở lên là 50,2%, sau đó đến độ tuổi từ 40 – 59

tuổi là 47,1%, độ tuổi dưới 40 chỉ chiếm 2,7%. Về giới tính, tỷ lệ đối tượng nghiên cứu nữ là 55,3% và nam là 44,7%.

**Bảng 2. Đặc điểm nhân trắc của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Nam ( $\bar{X} \pm SD$ )	Nữ ( $\bar{X} \pm SD$ )	Chung ( $\bar{X} \pm SD$ )	P
Cân nặng (kg)	62,6 ± 11,2	56 ± 8,3	59 ± 10,2	< 0,05
Chiều cao (cm)	163,4 ± 5,9	152,9 ± 5,8	157,6 ± 7,8	< 0,05
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	23,4 ± 3,4	23,9 ± 3	23,7 ± 3,2	> 0,05
Chu vi vòng cánh tay (cm)	28,5 ± 3,2	28,6 ± 3,2	28,6 ± 3,1	> 0,05
Vòng eo (cm)	86,7 ± 9,6	86,7 ± 8,9	86,7 ± 9,2	> 0,05
WHR (cm)	0,94 ± 0,06	0,96 ± 0,07	0,94 ± 0,08	> 0,05
Tỷ lệ mỡ cơ thể (%)	22,8 ± 5,8	34 ± 5,1	28,9 ± 7,8	< 0,05

Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về cân nặng, chiều cao và tỷ lệ phần trăm mỡ cơ thể giữa hai giới. Không có sự khác

biệt có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ về BMI, Chu vi vòng cánh tay, Vòng eo, tỷ số WHR.

**Bảng 3. Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng theo chu vi vòng eo, tỷ số vòng eo/vòng hông, chu vi vòng cánh tay**

Đặc điểm	Phân loại	Nam n (%)	Nữ n (%)	Chung n (%)	P
Chu vi vòng eo	Cao	44 (38,6)	107 (75,9)	151 (59,2)	< 0,05*
	Bình thường	70 (61,4)	34 (24,1)	104 (40,8)	
WHR	Cao	71 (62,3)	122 (86,5)	193 (75,7)	< 0,05*
	Bình thường	43 (37,7)	19 (13,5)	62 (24,3)	
Chu vi vòng cánh tay	Suy dinh dưỡng	9 (7,9)	3 (2,1)	12 (4,7)	< 0,05*
	Bình thường	105 (92,1)	138 (97,9)	243 (95,3)	

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ chu vi vòng eo của nữ (75,9%) cao gần gấp 2 lần so với nam (24,1%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ nữ có tỷ số eo/hông (WHR) (86,5%) cao hơn

nam (62,3%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ SDD ở nam phân loại theo chu vi vòng cánh tay (7,9%) cao hơn nữ (2,1%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 4. Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng theo phân loại BMI (WHO 2000)**

<b>Tình trạng dinh dưỡng</b>	<b>Phân loại BMI theo WHO 2000 n (%)</b>
Suy dinh dưỡng	12 (4,7)
Bình thường	158 (62,0)
Thừa cân-béo phì	85 (33,3)

Theo phân loại BMI của WHO 2000, tỷ lệ đối tượng có chỉ số BMI bình thường là 62%, thừa cân-béo phì là 33,3%. Tỷ lệ suy dinh dưỡng là 4,7%.

**Bảng 5. Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng phân loại theo phân trăm mỡ cơ thể**

<b>Tình trạng dinh dưỡng</b>	<b>Nam n (%)</b>	<b>Nữ n (%)</b>	<b>Chung n (%)</b>	<b>p</b>
Suy dinh dưỡng	7 (6,1)	2 (1,4)	9 (3,5)	> 0,05
Bình thường	53 (46,5)	92 (65,2)	145 (58,9)	
Thừa cân-béo phì	54 (47,4))	47 (33,4)	101 (39,6)	

Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu phân loại theo tỷ lệ phần trăm mỡ cơ thể có 39,6% là thừa cân-béo phì; 3,5% là SDD và 58,9% có TTDD bình thường. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về TTDD theo phân loại phần trăm mỡ cơ thể giữa hai giới.

**Bảng 6. Phân loại tình trạng dinh dưỡng của đối tượng theo SGA**

<b>Tình trạng dinh dưỡng</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
SGA – A	218	85,5
SGA – B	34	13,3
SGA - C	3	1,2

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ đối tượng không có nguy cơ dinh dưỡng (Subject Global Assessment SGA – A) là 85,5%, tỷ lệ có nguy cơ dinh dưỡng vừa (SGA – B) là 13,3%; nguy cơ dinh dưỡng nặng (SGA – C) là 1,2%.

## BÀN LUẬN

### Đặc điểm chung

Về phân loại tuổi: Các đối tượng trong nghiên cứu tập trung chủ yếu ở nhóm  $\geq 60$  tuổi chiếm 50,2%. Kết quả tương tự như nghiên cứu của Lưu Ngân Tâm, tỷ lệ ĐTĐ type 2 ở nhóm  $\geq 60$  tuổi là 54,8% [9]. Những thay đổi cấu trúc cơ thể với tình trạng tích mỡ bụng, giảm vận động ở người lớn tuổi làm giảm năng lượng tiêu hao dễ dẫn đến tích lũy mỡ bụng gây tình trạng đề kháng Insulin.

Về giới tính: Đối tượng nghiên cứu là nữ chiếm 55,3%, cao hơn so với nam, chiếm 44,7%. Kết quả cũng tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị Hồng Phương thực hiện tại bệnh viện đa khoa Trà Vinh [10]. Tuy nhiên kết quả này lại khác với nghiên cứu của Nguyễn Thị Đinh tỷ lệ nam chiếm 53%, nữ chiếm 47% [11].

Đặc điểm nhân trắc của đối tượng nghiên cứu

Kết quả cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về cân nặng, chiều cao và tỷ lệ phần trăm mỡ cơ thể giữa hai giới. Cụ thể, nam giới có cân nặng trung bình là  $62,6 \pm 11,2$  kg, chiều cao trung bình là  $163,4 \pm 5,9$  cm và tỷ lệ phần trăm mỡ trung bình là  $22,8 \pm 5,8\%$ ; nữ giới có cân nặng, chiều cao trung bình, tỷ lệ phần trăm mỡ trung bình lần lượt là  $56 \pm 8,3$  kg,  $152,9 \pm 5,8$  cm và  $28,9 \pm 7,8\%$ . Kết quả tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thị Đinh [11]. Về BMI, chu vi vòng cánh tay, chu vi vòng eo, tỷ số eo/hông (WHR) giữa nam và nữ trong nghiên cứu này không có sự khác biệt giữa hai giới. Chu vi vòng cánh tay trung bình của đối tượng là  $28,6 \pm 3,1$  cm, vòng eo trung bình là  $86,7 \pm 9,2$ , tỷ số WHR trung

bình là  $0,94 \pm 0,08$ . Theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới, BMI cần duy trì ở mức độ bình thường 18,5- 24,9 kg/m<sup>2</sup>. Nghiên cứu của chúng tôi thu được kết quả chỉ số BMI trung bình là  $23,7 \pm 3,2$  kg/m<sup>2</sup> phù hợp với khuyến nghị.

Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng theo chu vi vòng eo, tỷ số vòng eo/vòng hông, chu vi vòng cánh tay

Ngày nay, người ta nhận thấy rõ vị trí và số lượng của các tổ chức mỡ trong cơ thể đều ảnh hưởng quan trọng đến sức khỏe. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ đối tượng có chu vi vòng eo cao chiếm 59,2%, trong đó nữ giới có vòng eo cao (75,9%) cao hơn nam giới (38,6%) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Chỉ số WHR là tỷ số giữa vòng eo và vòng hông dùng để đánh giá tình trạng béo vùng bụng. Tỷ lệ bệnh nhân có chỉ số WHR cao là 75,7% cho thấy có nguy cơ cao đối với một số bệnh chuyển hóa và tim mạch. Kết quả của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Vũ Thị Ngát, Nguyễn Trọng Hưng và cộng sự tại bệnh viện Nội tiết Trung Ương năm 2017, tỷ lệ đối tượng có chu vi vòng eo cao là 66,7%, tỷ lệ WHR là 91,6% [12] có sự khác nhau có thể do thời điểm nghiên cứu khác nhau.

Tỷ lệ người bệnh suy dinh dưỡng phân loại dựa theo chu vi vòng cánh tay trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ thấp 4,7%, phù hợp với phương pháp đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo BMI.

Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng theo phân loại BMI (WHO 2000)

Kết quả của chúng tôi tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có thừa cân-béo phì (BMI  $\geq 25$ ) là 33,3%. Kết quả nghiên cứu tương tự với nghiên cứu tại Bệnh viện Trung

ương Huế năm 2019 (36,5%) [13]. Kết quả của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Vũ Thị Ngát, Nguyễn Trọng Hưng và cộng sự tại bệnh viện Nội tiết trung ương năm 2017 (53,3%) [10]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Đình (16,5%) [9] và cao hơn nghiên cứu tại khoa Nội tiết – Đái tháo đường Bệnh viện Bạch Mai (17,5%) [6]. Sự khác biệt này có thể do địa điểm, thời gian, đối tượng và cách phân loại BMI của các nghiên cứu khác nhau. Phương pháp BMI đánh giá phân loại TTDD ở người lớn không phụ thuộc vào tuổi và giống nhau cả hai giới. Tuy nhiên có một vài hạn chế đó là chỉ số BMI không phân biệt giữa khối lượng cơ và mỡ trong cơ thể, nên không thể phân biệt người nặng cân vì chất béo và những người nặng cân vì khối cơ. Vì vậy việc đánh giá TTDD cần phải kết hợp bằng nhiều cách khác nhau.

Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng theo phân loại tỷ lệ phần trăm mỡ cơ thể

Nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ thừa cân-béo phì được phân loại theo tỷ lệ phần trăm mỡ cơ thể là 39,6%, tỷ lệ SDD là 3,5%. Nghiên cứu tại khoa Nội tiết, Bệnh viện Đại học Navarra ở những người từ 18 – 80 tuổi chưa được chẩn đoán đái tháo đường, đã cho kết quả những người có BMI bình thường nhưng tỷ lệ phần trăm mỡ cơ thể cao có nguy cơ bị rối loạn đường huyết cao hơn so với nhóm có BMI bình thường và tỷ lệ phần trăm mỡ thấp. Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng đánh giá tỷ lệ phần trăm mỡ kết hợp với BMI giúp cải thiện được các yếu tố rủi ro của các bệnh mạn tính [14].

Nhiều chuyên gia y tế cho rằng tỷ lệ phần trăm mỡ cơ thể là một chỉ báo về nguy cơ thừa cân, béo phì tốt hơn chỉ

số BMI. Tỷ lệ phần trăm mỡ cơ thể có thể được xác định bằng phương pháp đo trở kháng sinh điện, phương pháp đo độ dày nếp gấp da tại 4 vị trí cơ: tam đầu, nhị đầu, dưới xương vai, mào chậu. Tuy nhiên việc áp dụng các phương pháp này gặp nhiều khó khăn trong đo đạc tính toán, thiết bị đắt tiền.

Tình trạng dinh dưỡng phân loại theo SGA

Đánh giá TTDD theo phương pháp đánh giá tổng thể chủ quan (Subject Global Assessment – SGA) cho thấy tỷ lệ đối tượng không có nguy cơ suy dinh dưỡng là 85,5%; 13,3% đối tượng có nguy cơ suy dinh dưỡng vừa (SGA – B); 1,2% đối tượng có nguy cơ dinh dưỡng nặng (SGA – C). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu tại khoa nội tiết – đái tháo đường Bệnh viện Bạch Mai năm 2017 [6]; đối tượng không nguy cơ suy dinh dưỡng là 87,5,5%; 11,2% đối tượng có nguy cơ dinh dưỡng vừa (SGA – B); 1,3% đối tượng có nguy cơ suy dinh dưỡng nặng (SGA – C). Tỷ lệ đối tượng có nguy cơ suy dinh dưỡng SGA - B/SGA – C trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Đình [11]; Lưu Ngân Tâm [9], có sự khác nhau này có thể do thời điểm nghiên cứu, địa điểm nghiên cứu.

#### IV. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 255 người bệnh nằm điều trị nội trú tại Khoa Dinh dưỡng lâm sàng & tiết chế, Bệnh viện Nội tiết Trung ương năm 2020, chúng tôi có một số kết luận sau:

- Tỷ lệ thừa cân – béo phì phân loại theo BMI, phần trăm mỡ cơ thể lần lượt là rất cao: 33,3%; 39,6%.

- Tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn phân loại theo BMI, phần trăm mỡ cơ thể, chu vi vòng cánh tay lần lượt là: 4,7%; 3,5%; 4,7%. Tỷ lệ người bệnh nguy cơ SDD mức độ vừa (SGA – B); nguy cơ SDD mức độ nặng (SGA – C) theo phân loại SGA lần lượt là 13,3% và 1,2%.

- Tỷ lệ đối tượng có vòng eo cao và tỷ số WHR cao là 59,2% và 75,7%.

### **KHUYẾN NGHỊ**

Cần đưa việc sàng lọc, đánh giá TTDD của người bệnh đái tháo đường type 2 ngay khi mới nhập viện trở thành việc thường quy, để kịp thời đưa ra đánh giá và can thiệp có hiệu quả cho người bệnh. Cần phối hợp nhiều phương pháp đánh giá dinh dưỡng để đánh giá TTDD của người bệnh đái tháo đường type 2 nhằm mang lại hiệu quả cao. Phương pháp SGA có nhiều ưu điểm trong chẩn đoán SDD, trong khi phương pháp BMI được sử dụng phổ biến trong chẩn đoán tình trạng thừa cân, béo phì. Từ kết quả nghiên cứu này mở ra một hướng nghiên cứu mới về sự kết hợp những ưu điểm của phương pháp SGA và phương pháp BMI để tạo ra một bộ công cụ đánh giá TTDD mới có thể chẩn đoán những rối loạn dạng SDD lẫn dạng thừa cân, béo phì với độ nhạy và độ đặc hiệu cao, dễ áp dụng đặc biệt là các bệnh viện chưa có nhiều trang thiết bị và nhân sự làm việc trong tổ/khoa dinh dưỡng.

Ngoài ra, cần tăng cường công tác tư vấn dinh dưỡng nhằm đưa ra cá thể hóa chế độ dinh dưỡng hợp lý cho từng người bệnh đái tháo đường type 2, duy trì cân nặng ở mức hợp lý, tránh vòng

eo cao, để hạn chế các biến chứng do bệnh đái tháo đường gây ra.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. International Diabetes Federation (2019). *IDF Diabetes Atlas Ninth edition*, International Diabetes Federation, pp 34 -77
2. International Diabetes Federation (2017). *IDF Diabetes Atlas eighth edition*, International Diabetes Federation, pp 48-145
3. Bộ Y tế (2017). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường typ 2* Ban hành theo Quyết định số 3319/QĐ-BYT ngày 19 tháng 7 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
4. Nguyễn Công Khả (2008). *Dinh dưỡng cộng đồng và an toàn vệ sinh thực phẩm*. NXB Giáo dục.
5. Nguyễn Thị Thu Hằng (2015). *Nhận xét thực trạng kiểm soát glucose và lipid máu ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Bưu Điện*. Trường Đại Học Y Hà Nội, Hà Nội.
6. Trần Thị Lệ Thu, Chu Thị Tuyết, Nguyễn Quang Dũng, Trần Thị Phúc Nguyệt (2017). *Tình trạng dinh dưỡng và thực hành chăm sóc bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại khoa nội tiết - đái tháo đường bệnh viện Bạch Mai*. Tạp chí Dinh dưỡng và thực phẩm, số 6 (2), 2017, tr 23 - 28.
7. WHO (2000). *Obesity : preventing and managing the global epidemic Report of a WHO Consultation*. WHO Technical Report Series 894, Geneva World Health Organization.
8. World Health Organization (2008). *Waist circumference and waisthip*

- ratio*, Report of a WHO Expert Consultation. Geneva, Switzerland.
9. Lư Ngân Tâm, Đoàn Quyết Thắng (2018). *Tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 nhập viện*. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, số 5, 2018, tr 75 – 82.
  10. Trần Thị Hồng Phương, Nguyễn Thị Bích Đào (2015). *Đánh giá tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị nội trú*. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, tập 19, số 5, 2015, tr 144 - 151.
  11. Lê Thị Hương, Nguyễn Thị Đình (2017). *Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân đái tháo đường type 2 và một số yếu tố liên quan tại khoa nội Bệnh viện đại học Y Hà Nội năm 2016*. Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm, tập 13, số 4, 2017, tr 1-7.
  12. Vũ Thị Ngát, Nguyễn Trọng Hưng và cs (2018). *“Tình trạng dinh dưỡng khi nhập viện và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại bệnh viện Nội tiết Trung ương năm 2017 - 2018”*, Tạp chí nghiên cứu y học, tập 113 (4), tr 38 – 45.
  13. Hồ Thị Phương Lan, Phạm Ngọc Khái (2019). *Tình trạng dinh dưỡng và đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị tại bệnh viện Trung ương Huế*. Tạp chí Dinh dưỡng và thực phẩm, tập 15, số 3, 2019, tr 34 – 39.
  14. Javier Gómez-Ambrosi, Camilo Silva, Juan C. Galofré (2011). *Body Adiposity and Type 2 Diabetes: Increased Risk With a High Body Fat Percentage Even Having a Normal BMI*. *Obesity* (2011) 19, pp 1439–1444.

## Summary

### NUTRITIONAL STATUS IN TYPE 2 DIABETES MELLITUS INPATIENTS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF ENDOCRINOLOGY, 2020

A cross-sectional study was conducted to describe nutritional status of 255 people with type 2 diabetes mellitus, aged 18-70 years old, admitted for inpatient treatment at the Clinical Nutrition & Dietary Department, National Hospital of Endocrinology, 2020. The results showed that: Normal nutritional status according to BMI was accounted for the highest proportion of 62.0%; overweight-obesity was 33.3%; the lowest was the chronic energy deficiency, accounting for 4.7%. The rate of undernutrition using mid- upper arm circumference was accounted for 4.7%. The normal nutritional status in percentage of body fat was accounted for the highest percentage of 58.9%; overweight-obesity was 39.6%; the lowest was the chronic energy deficiency, accounting for 3.5%. Ratio of patients with no nutritional risk (SGA-A), moderate nutritional risk (SGA-B); the risk of severe nutrition (SGA-C) was 85.5%, 13.3% and 1.2%, respectively. The proportion of subjects with a high waist circumference and a high waist hip ratio (WHR) was 59.2% and 75.7%.

**Keywords:** *Type 2 Diabetes mellitus, Nutrition status, National Hospital of Endocrinology.*