

## V. KẾT LUẬN

Kĩ thuật chọc hút dưới hướng dẫn nội soi phế quản siêu âm (EBUS - TBNA) được coi như một công cụ chẩn đoán mới, an toàn đối với những tổn thương của trung thất, rốn phổi. Tuy nhiên, nếu kĩ thuật EBUS – TBNA mà chưa có chẩn đoán cần thực hiện thêm những kĩ thuật sâu hơn như nội soi trung thất để tìm nguyên nhân tổn thương của trung thất, rốn phổi.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Belda-Sanchis J, Trujillo-Reyes JC, Obiols C, et al.** Transcervical videomediastinothoracoscopy. *J Thorac Dis.* 2018;10(Suppl 22):S2649-S2655. doi:10.21037/jtd.2018.03.132
2. **Paleru C, Dănilă O, Bolca C, Cordoş I.** [Complications of mediastinoscopy]. *Pneumol Buchar Rom.* 2009;58(1):39-40, 42.
3. **Nakajima T, Yasufuku K.** The techniques of endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration. *Innov Phila Pa.* 2011;6(1):57-64. doi:10.1097/IMI.0b013e31820c91a7
4. **Krasnik M.** P2.12-003 The History of EBUS TBNA. *J Thorac Oncol.* 2017;12(11):S2164.

doi:10.1016/j.jtho.2017.09.1345

5. **British Thoracic Society Bronchoscopy Guidelines Committee, a Subcommittee of Standards of Care Committee of British Thoracic Society.** British Thoracic Society guidelines on diagnostic flexible bronchoscopy. *Thorax.* 2001;56 Suppl 1:i1-21. doi:10.1136/thorax.56.suppl\_1.i1
6. **Tyan CC, Machuca T, Czarnecka K, et al.** Performance of Endobronchial Ultrasound-Guided Transbronchial Needle Aspiration for the Diagnosis of Isolated Mediastinal and Hilar Lymphadenopathy. *Respiration.* 2017;94(5):457-464. doi:10.1159/000479745
7. **Jernlås B, Nyberger H, Ek L, Öhman R, Jönsson P, Nozohoor S.** Diagnostic yield and efficacy of endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration in mediastinal lymphadenopathy. *Clin Respir J.* 2012;6(2):88-95. doi:10.1111/j.1752-699X.2011.00251.x
8. **Hu J, Su Y hua, Yin X, et al.** [Evaluation of endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration in the diagnosis of hilar and mediastinal masses of unknown etiologies]. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi.* 2012;92(8):528-531.

## TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE II TẠI KHOA KHÁM BỆNH B BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ NĂM 2021

Bùi Thu Hà<sup>1</sup>, Phạm Văn Phú<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 325 người bệnh ĐTD type II tại Bệnh viện Hữu Nghị. **Mục tiêu:** Mô tả tình trạng dinh dưỡng (TTDD) và một số yếu tố liên quan. **Phương pháp:** Cắt ngang mô tả. **Kết quả:** Đánh giá theo phân loại của Văn phòng tổ chức Y tế thế giới khu vực Tây Thái Bình Dương (WPRO) kết quả cho thấy tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có TTDD bình thường theo BMI là 61,9%; thừa cân, béo phì (TCBP) là 34,1%, suy dinh dưỡng (CED) là 4,0%. Tỷ lệ thừa cân, béo phì (TCBP) đồng đều ở cả 2 giới lần lượt là nữ giới 33,7%, nam giới 34,3%. Một số yếu tố liên quan tới tình trạng TCBP có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ): Nhóm vòng eo/vòng hông cao có nguy cơ TCBP cao gấp 3,6 (95%CI: 2,2-6,1) lần so với nhóm vòng eo/vòng hông bình thường. Nhóm người bệnh ĐTD có mắc rối loạn chuyển hoá lipid có nguy cơ gặp tình trạng TCBP cao gấp 3,2 (95%CI: 1,6-6,5) lần so với nhóm người bệnh ĐTD không mắc rối loạn

chuyển hoá lipid.

**Từ khóa:** đái tháo đường, tình trạng dinh dưỡng, bệnh viện Hữu Nghị.

### SUMMARY

#### NUTRITIONAL STATUS AND SOME RELATED FACTORS OF TYPE 2 DIABETES PATIENTS MANAGED AT HUU NGHİ HOSPITAL IN 2021

A cross-sectional study was conducted on 325 patients with type 2 diabetes at HUU NGHİ Hospital. **Objectives:** Describe nutritional status and some related factors. **Method:** Cross-sectional description. **Results:** According to the classification of the World Health Organization Office for the Western Pacific (WPRO), the results showed that the percentage of study subjects with normal BMI was 61.9%; overweight and obesity was 34.1%, and underweight was 4.0%. The prevalence of overweight and obesity was similar in both sexes, 33.7% female and 34.3% male, respectively. Some factors related to overweight and obesity have statistical significance ( $p < 0.05$ ): The high waist/hip ratio group has a risk of obesity 3.6 times higher (95% CI: 2.2-6, 1) than that of the normal waist/hip ratio group. The group of patients with lipid metabolism disorders has a higher risk of obesity 3.2 times (95% CI: 1.6-6.5) than the group of patients without lipid metabolism disorders.

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu Nghị

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thu Hà

Email: habui1810@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2022

Ngày duyệt bài: 28.11.2022

**Keywords:** diabetes, nutritional status, Huu Nghi hospital.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh mạn tính không lây có khuynh hướng ngày càng gia tăng trên toàn cầu. ĐTĐ type II có tác động làm gia tăng tỷ lệ tử vong, giảm chất lượng cuộc sống, bên cạnh đó các biến chứng do bệnh ĐTĐ gây tăng gánh nặng cho kinh tế người bệnh, cho gia đình người bệnh và cả xã hội. Theo thống kê của Liên đoàn ĐTĐ quốc tế năm 2021, trên thế giới có 537 triệu người mắc ĐTĐ trong độ tuổi từ 20 - 79, dự kiến con số này tăng lên tới 643 triệu người vào năm 2030, và 783 triệu vào năm 2045 [1]. Tại Việt Nam năm 2021 tỷ lệ người bệnh mắc ĐTĐ từ 20 - 79 tuổi là 3,99 triệu người [1]. Hiện nay, người bệnh mắc ĐTĐ cũng cần được theo dõi đánh giá, can thiệp tình trạng dinh dưỡng (TTDD) của bản thân một cách hiệu quả giúp cho việc điều trị tốt hơn. Đánh giá TTDD là khá cần thiết, nó giúp xác định được các vấn đề về dinh dưỡng của người bệnh, từ đó đưa ra các mục tiêu và cách thức can thiệp dinh dưỡng phù hợp. Nghiên cứu cho thấy rằng, khẩu phần ăn không phù hợp, tăng sử dụng đồ ăn nhanh, lạm dụng rượu bia, ít vận động đã gây nên tình trạng thừa cân, béo phì (TCBP) [2]. Mặt khác, TCBP là yếu tố nguy cơ của bệnh ĐTĐ type II, đặc biệt làm tăng nguy cơ biến chứng của bệnh. Vì vậy, đề tài được tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *"Mô tả TTDD và một số yếu tố liên quan của người bệnh ĐTĐ type II tại khoa khám bệnh B bệnh viện Hữu Nghị năm 2021"*.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu (ĐTNC)**

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Tất cả người bệnh được chẩn đoán ĐTĐ type II điều trị ngoại trú tại Phòng khám Nội tiết – Đái tháo đường, Khoa Khám bệnh B, Bệnh viện Hữu Nghị.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Người bệnh có biến chứng nặng cấp tính như: hôn mê, đột quỵ não; Người bệnh bị gù vẹo cột sống, cắt cụt chi; Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Địa điểm nghiên cứu:** Phòng khám Nội tiết – Đái tháo đường, Khoa Khám bệnh B, Bệnh viện Hữu Nghị.

**Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 01/2021 đến 12/2021.

**2.2. Phương pháp**

**Thiết kế nghiên cứu:** Cắt ngang mô tả.

Cỡ mẫu: áp dụng công thức tính mẫu ước lượng tỷ lệ quần thể với độ chính xác tuyệt đối để tính cỡ mẫu như sau:

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

*Trong đó:* n: là cỡ mẫu nghiên cứu.

$Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$  là giá trị của hệ số giới hạn tin cậy ứng với  $\alpha = 0,05$

$e = 0,05$  độ chính xác tuyệt đối

$p = 0,202$ : là tỷ lệ người bệnh thừa cân, béo phì trong số người bệnh ĐTĐ type II được quản lý tại Bệnh viện đa khoa Trung ương Quảng Nam năm 2017 [3].

Từ các dữ liệu trên, cỡ mẫu tính cho nghiên cứu này tối thiểu là 247. Thực tế đã điều tra được 325 đối tượng tham gia nghiên cứu.

**Chọn mẫu:** chọn mẫu thuận tiện cho đến khi đủ cỡ mẫu. Mỗi đối tượng chỉ lấy một lần trong suốt quá trình thu thập số liệu.

**Phương pháp đánh giá:** Đo các chỉ số nhân trắc (cân nặng, chiều cao, vòng eo, vòng mông) của đối tượng theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới dành cho người trưởng thành châu Á (phân loại của WPRO) năm 2000 [4].

Phân loại	WPRO BMI(kg/m <sup>2</sup> )
CED độ III	< 16,0
CED độ II	16,0- 16,99
CED độ I	17,0- 18,49
Bình thường	18,5- 22,9
Thừa cân	23- 24,9
Béo phì độ I	25- 29,9
Béo phì độ II	30- 34,9
Béo phì độ III	≥35

Đánh giá tỷ số vòng eo cao<sup>6</sup>: Vòng eo nguy cơ cao đối với nam  $\geq 90$  cm, nữ  $\geq 80$  cm, Tỷ lệ vòng eo/vòng mông cao với nam là  $\geq 0,9$ ; nữ  $\geq 0,8$

**Thu thập số liệu:** Phòng vấn thu thập thông tin của ĐTNC theo bộ câu hỏi, kết hợp đo các chỉ số nhân trắc học

**2.3. Xử lý số liệu.** Số liệu được kiểm tra, làm sạch ngay sau khi thu thập. Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và được xử lý bằng phần mềm SPSS 22. Kiểm định sự khác biệt bằng các test thống kê y học thông thường.

**2.4. Đạo đức nghiên cứu.** Tất cả các ĐTNC được giải thích cụ thể về mục đích, nội dung của nghiên cứu để tự nguyện tham gia và hợp tác tốt trong quá trình nghiên cứu. Mọi thông tin của đối tượng đều được giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu được thông qua 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**

**3.1. Đặc điểm chung của ĐTNC**

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

Đặc điểm chung		Nam n (%)	Nữ n (%)	Chung n (%)
Giới tính		233 (71,7)	92 (28,3)	325 (100)
Nhóm tuổi	< 60 tuổi	2 (0,8)	11 (12,0)	13 (4,0)
	60-69 tuổi	55 (23,6)	22 (23,9)	77 (23,7)
	≥ 70 tuổi	176 (75,6)	59 (64,1)	235 (72,3)
	Tuổi trung bình $\bar{X} \pm SD$	74,9 $\pm$ 7,5	71,5 $\pm$ 9,0	73,9 $\pm$ 8,1
Nơi sống		233 (71,7)	92 (28,3)	325 (100)
Trình độ học vấn	≤ THPT	9 (3,9)	1 (1,1)	10 (3,1)
	Trung cấp, CĐ, ĐH, SDH	224 (96,1)	91 (98,9)	315 (96,9)
Nghề nghiệp	Viên chức, công nhân	3 (1,3)	4 (4,3)	7 (2,2)
	Nghỉ hưu	230 (98,7)	88 (95,7)	318 (97,8)
Kinh tế		233 (71,7)	92 (28,3)	325 (100)
Khá, giàu		233 (71,7)	92 (28,3)	325 (100)

Bảng 1 cho thấy: Trong số 325 đối tượng tham gia nghiên cứu: nam giới chiếm 71,7% và nữ giới chiếm 28,3%. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 73,9  $\pm$  8,1 tuổi. Nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu chỉ bao gồm hưu trí hoặc viên chức/công nhân, trong đó: tỷ lệ đối tượng nghỉ hưu chiếm đa số (97,8%) còn lại là đối tượng là viên chức, công nhân (2,2%). 96,9% đối tượng có trình độ học vấn từ trung cấp trở lên. 100% đối tượng nghiên cứu sống ở khu vực thành phố và có mức kinh tế khá trở lên.

### 3.2. Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng

**Bảng 2. Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng theo phân loại BMI (WPRO 2000)**

TTDD	Nam n (%)	Nữ n (%)	Chung n (%)
CED	9 (3,9)	4 (4,3)	13 (4,0)
Bình thường	144 (61,8)	57 (62,0)	201 (61,9)
Thừa cân, béo phì	80 (34,3)	31 (33,7)	111 (34,1)

Bảng 2 cho thấy: Theo phân loại BMI của WPRO 2000, tỷ lệ đối tượng có BMI bình thường là 61,9%; thừa cân, béo phì (TCBP) là 34,1%, suy dinh dưỡng CED là 4,0%. Tỷ lệ TCBP đồng đều ở cả 2 giới lần lượt là nữ giới 33,7%, nam giới 34,3%.

**Bảng 3. Tỷ lệ vòng eo (VE) và Tỷ số vòng eo/vòng hông (VE/VM) cao theo giới**

Các chỉ số	Giới	Nam	Nữ	Chung	p
		n (%)	n (%)	n (%)	
VE (cm)	Cao	30 (12,9)	40 (43,5)	70 (21,5)	0,000
	Bình thường	203 (87,1)	52 (56,5)	255 (78,5)	
VE/VM	Cao	107 (45,9)	83 (90,2)	190 (58,5)	0,000
	Bình thường	126 (54,1)	9 (9,8)	135 (41,5)	

Bảng 3 cho thấy: Đối tượng có vòng eo cao (nam  $\geq$  90 cm, nữ  $\geq$  80 cm) chiếm 21,5%. Trong đó, tỷ lệ nữ giới có vòng eo cao là 43,5% cao hơn nam giới là 12,9% (p=0,000). Đa số đối tượng có chỉ số VE/VM cao chiếm 58,5%. Trong đó, tỷ lệ chỉ số VE/VM cao ở nữ giới là 90,2% cao hơn tỷ lệ chỉ số VE/VM cao của nam giới là 45,9% (khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,000).

### 3.3. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng

**Bảng 4. Mối liên quan giữa TTDD với VE cao, và chỉ số VE/VM cao của ĐTNC**

Các chỉ số	TTDD	TCBP	Không TCBP	OR	p
		n (%)	n (%)	(95%CI)	
VE (cm)	Cao	52 (74,3)	18 (25,7)	9,6 (5,2-17,7)	0,000
	Bình thường	59 (23,1)	196 (76,9)		
VE/VM	Cao	86 (45,3)	104 (54,7)	3,6 (2,2-6,1)	0,000
	Bình thường	25 (18,5)	110 (81,5)		

Bảng 4 cho thấy: Nhóm đối tượng có vòng eo cao có khả năng TCBP cao gấp 9,6 lần (95%CI: 5,2-17,7) so với nhóm đối tượng có vòng eo bình thường (p=0,000). Nhóm đối tượng có chỉ số VE/VM cao có khả năng TCBP cao gấp 3,6 (95%CI: 2,2-6,1) lần so với nhóm đối tượng có chỉ số VE/VM bình thường (p=0,000).

**Bảng 5. Mối liên quan giữa TTDD với bệnh kèm theo của ĐTNC**

Bệnh kèm theo	TTDD	TCBP	Không TCBP	OR	p
		n (%)	n (%)	(95%CI)	

Tim mạch	Có bệnh	18 (38,3)	29 (61,7)	1,0 (0,5-2,1)	0,896
	Không bệnh	51 (37,2)	86 (62,8)		
Tăng huyết áp	Có bệnh	52 (38,0)	85 (62,0)	1,1 (0,5-2,1)	0,827
	Không bệnh	17 (36,2)	30 (63,8)		
Rối loạn chuyển hóa lipid	Có bệnh	27 (58,7)	19 (41,3)	3,2 (1,6-6,5)	<b>0,001</b>
	Không bệnh	42 (30,4)	96 (69,6)		

Bảng 5 cho thấy: Nhóm đối tượng có mắc bệnh rối loạn chuyển hoá lipid có khả năng gặp tình trạng TCBP cao gấp 3,2 lần (95%CI: 1,6-6,5) so với nhóm đối tượng không mắc bệnh ( $p < 0,005$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này tuổi trung bình của đối tượng tham gia nghiên cứu là  $73,9 \pm 8,1$  năm. Tuổi trung bình trong nhóm đối tượng nghiên cứu này cao hơn hầu hết các nghiên cứu trong nước: Phạm Thị Thùy Hương (2017) [3] nghiên cứu trên 242 người bệnh ĐTĐ type II tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Quảng Nam tuổi trung bình là  $61,8 \pm 11,4$  năm, Đồng Thị Phương, Hoàng Thị Thúy (2020) [6] nghiên cứu trên 440 người bệnh ĐTĐ type II tại bệnh viện Đa khoa Đông Anh, thành phố Hà Nội tuổi trung bình là  $66,5 \pm 10,1$  năm. Trong nghiên cứu này tỷ lệ nam giới (71,7%) cao hơn gấp 2,5 lần nữ giới (28,3%). Kết quả tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới cũng tương tự ở nghiên cứu của Trần Thị Thu Hương (2020) [7] tỷ lệ nam chiếm 55,4% và nữ chiếm 44,6%. Tại các nước phát triển cũng cho thấy tỷ lệ ĐTĐ ở nam cao hơn ở nữ như: tại Mỹ (13,6% nam ; 11,2% nữ); Nhật Bản (15,3% nam; 7,3% nữ ); Hà Lan (9,1% nam; 3,8% nữ) [8]. Bệnh đái tháo đường type II đang trở nên ngày càng phổ biến, nó được phân bố không đồng đều. Sự khác nhau về tỷ lệ bệnh và thành phần dân số mắc bệnh phản ánh sự khác nhau về chủng tộc, văn hóa và kinh tế xã hội giữa các nước mà có thể ảnh hưởng đến chính sách ưu tiên của quốc gia để phòng và điều trị bệnh này. Trong nghiên cứu này 100% đối tượng sống ở khu vực thành phố, thị trấn và đều có mức kinh tế khá trở lên. Không có sự khác biệt về phân bố nơi sống, kinh tế của đối tượng nghiên cứu.

Đái tháo đường là một bệnh mạn tính không lây đang ngày một gia tăng nhanh chóng trên toàn thế giới. Nguyên nhân có thể là do di truyền trong gia đình, hoặc do thay đổi lối sống dẫn đến thừa cân, béo phì. Tiền sử gia đình: tỷ lệ đối tượng có tiền sử gia đình (bố, mẹ, anh, chị em ruột) mắc ĐTĐ type II là 14,5% và 85,5% ĐTNC không có tiền sử gia đình mắc ĐTĐ type II. ĐTĐ type II là do cả hai yếu tố di truyền và môi trường. Lựa chọn lối sống có xu hướng ảnh hưởng từ gia đình. Cha mẹ ít vận động thì thường con cái cũng ít vận động. Cha mẹ có thói quen ăn uống không lành mạnh có thể cũng sẽ

ảnh hưởng thế hệ tiếp theo.

Về TTDD, theo phân loại BMI của WPRO kết quả cho thấy tỷ lệ người bệnh TCBP là 34,1%. Kết quả nghiên cứu này thấp hơn nghiên cứu của Trần Thị Thu Hương [7] (2020) là 61,1%. Trong nghiên cứu này, VE trung bình ở nam ( $81,5 \pm 6,8$  cm) cao hơn ở nữ ( $77,9 \pm 7,0$  cm). Tỷ lệ người bệnh có VE cao là 21,5%, trong đó tỷ lệ nữ có VE cao (43,5%) cao hơn nam (12,9%). Tỷ lệ người bệnh có chỉ số VE/VM cao là 58,5%, trong đó tỷ lệ nữ có chỉ số VE/VM cao (90,2%) cao hơn nam (45,9%). Chỉ số VE/VM cao cho thấy đối tượng có nguy cơ cao đối với một số bệnh chuyển hóa và tim mạch, đặc biệt không tốt cho sức khỏe của người bệnh ĐTĐ type II. Người bệnh ĐTĐ có chỉ số VE/VM cao dễ bị biến chứng về bệnh tim mạch hơn những người bệnh có chỉ số VE/VM ở ngưỡng bình thường theo khuyến cáo.

Mặc dù BMI là chỉ số quan trọng để đánh giá mức độ thừa cân, béo phì nhưng BMI lại không phản ánh được sự phân bố mỡ trong cơ thể. Đo vòng eo là một chỉ số đơn giản để đánh giá mức độ mỡ nội tạng, đặc biệt đối với người có cân nặng thấp hoặc trung bình. Vòng eo tăng lên có liên quan chặt chẽ với việc tăng nguy cơ mắc đái tháo đường và các rối loạn chuyển hóa khác như tăng huyết áp, tim mạch, ung thư... ngay cả khi BMI vẫn trong giới hạn bình thường. Số đo VE và chỉ số VE/VM phản ánh tốt hơn về sự tích tụ mỡ bụng và nguy cơ mắc các bệnh ĐTĐ type II, tăng huyết áp, rối loạn chuyển hóa lipid máu. Một trong những mục tiêu về chế độ ăn của người bệnh ĐTĐ type II là đưa VE và chỉ số VE/VM về mức bình thường. Kết quả nghiên cứu này cho thấy những người bệnh có vòng eo cao có khả năng TCBP cao gấp 9,6 lần (95%CI: 5,2-17,7) so với những người bệnh có vòng eo bình thường. Đồng thời, nguy cơ những người bệnh có chỉ số VE/VM cao bị TCBP gấp 3,6 lần (95%CI: 2,2-6,1;  $p < 0,05$ ) so với những người bệnh có chỉ số VE/VM bình thường.

Người bệnh ĐTĐ type II có mắc kèm các bệnh lý như huyết áp, tim mạch, rối loạn lipid máu cũng có khả năng làm tăng nguy cơ TCBP.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ TCBP ở đối tượng có rối loạn lipid máu (58,7%) cao hơn đối tượng không bị rối loạn lipid máu (30,4%). Nguy cơ TCBP của người bệnh có mắc bệnh rối loạn chuyển hoá lipid trong nghiên cứu này cao gấp 3,2 lần (95%CI: 1,6-6,5) so người bệnh không bị mắc bệnh rối loạn chuyển hoá lipid ( $p < 0,005$ ).

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ ĐTNC có tình trạng TCBP cao 34,1%. Người bệnh có VE cao chiếm 21,5%; chỉ số VE/VM cao là 58,5%. Có mối liên quan giữa người bệnh ĐTĐ có mắc rối loạn chuyển hoá lipid với tình trạng TCBP; liên quan giữa VE và chỉ số VE/VM với tình trạng TCBP ở người bệnh ĐTĐ type II.

## VI. KHUYẾN NGHỊ

Cần thực hiện việc sàng lọc và đánh giá TTDD cho người bệnh mắc ĐTĐ, đặc biệt đối tượng người bệnh cao tuổi với đặc điểm có nhiều bệnh đồng mắc tại các cơ sở y tế nói chung và các trung tâm lão khoa nói riêng. Việc sàng lọc và đánh giá TTDD giúp kịp thời phát hiện và can thiệp sớm cho những người bệnh có nguy cơ SDD và SDD. Trong đánh giá ban đầu tại phòng khám ngoại trú, có thể lựa chọn các chỉ số đơn giản, dễ thu thập như cân nặng, chiều cao, BMI, vòng eo, vòng hông. Ngoài ra, cần tăng cường truyền thông, cung cấp kiến thức đầy đủ, hỗ trợ người bệnh xây dựng và thực hành một chế độ ăn hợp lý.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **IDF Diabetes Atlas 10th edition** (2021) [www.idf.org/diabetesatlas](http://www.idf.org/diabetesatlas).
2. **Kết quả điều tra Thừa cân - béo phì và một số yếu tố liên quan ở người Việt Nam 25-64 tuổi.**
3. **Phạm Thị Thùy Hương.** Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của người bệnh đái tháo đường type 2 được quản lý tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Quảng Nam năm 2016-2017. Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
4. **World Health Organization Western Pacific Region.** The Asia-Pacific perspective: Redefining obesity and its treatment. <http://www.wpro.who.int/nutrition/documents/docs/Redefiningobesity.pdf>.
5. **Lê Thị Hợp và Huỳnh Phương Nam** (2011). Thống nhất về phương pháp đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng nhân trắc học. Tạp chí Dinh Dưỡng Thực Phẩm, tập 7, số 2.
6. **Đông Thị Phương, Hoàng Thị Thúy.** Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Đông Anh, Hà Nội năm 2020. Tạp chí nghiên cứu y học 2021;144 (8):91 - 99.
7. **Trần Thị Thu Hương.** Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Quảng Ninh năm 2020. Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
8. **Tuomi T, Santoro N CS, Cai M, Weng J Groop L.** The many faces of diabetes: a disease with increasing heterogeneity. The Lancet [Accessed December 3rd, 2013]. 2013;
9. **Bệnh viện Nội tiết Trung Ương** (2013). Báo cáo Hội nghị tổng kết hoạt động của Dự án phòng chống đái tháo đường quốc gia năm 2012 và triển khai kế hoạch năm 2013.

## ĐẶC ĐIỂM HỘI CHỨNG ĐỂ BỊ TỔN THƯƠNG TRÊN BỆNH NHÂN CAO TUỔI LOÃNG XƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN LÃO KHOA TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Quang Quý<sup>1,2</sup>, Nguyễn Xuân Thanh<sup>1,2</sup>, Nguyễn Ngọc Tâm<sup>1,2</sup>, Hà Quốc Hùng<sup>1,2</sup>, Trần Việt Lực<sup>1,2</sup>, Vũ Thị Thanh Huyền<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

Hội chứng dễ bị tổn thương (HCDBTT) là một hội chứng lão khoa, xảy ra do sự tích tụ của quá trình suy giảm chức năng nhiều hệ thống cơ quan trong cơ thể, biểu hiện là trạng thái dễ bị tổn thương với các yếu tố về thể chất, xã hội và môi trường. Phương pháp

nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang trên 210 người bệnh loãng xương trong thời gian từ tháng 8 năm 2021 đến tháng 8 năm 2022 tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 22,86% người bệnh loãng xương có hội chứng dễ bị tổn thương, trong đó đa số là HCDBTT mức độ nhẹ 18,1% và vừa 4,76%, không có HCDBTT mức độ nặng, rất nặng hay ở giai đoạn cuối. Tỷ lệ mắc HCDBTT ở người độc thân/góa/ly dị cao hơn so với những người đã kết hôn lần lượt là 48,48% và 18,08% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với mức tin cậy 95%. Tỷ lệ bệnh nhân loãng xương bị HCDBTT chiếm tỷ lệ không nhỏ, do đó việc đánh giá hội chứng này trên những bệnh nhân loãng xương nên trở thành một quy trình thường quy để có thể phát hiện và đưa ra những biện pháp can

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Lão khoa Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Quý

Email: [nguyenquangquy5888@gmail.com](mailto:nguyenquangquy5888@gmail.com)

Ngày nhận bài: 30.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2022

Ngày duyệt bài: 30.11.2022