

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA NGƯỜI BỆNH XƠ GAN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỒNG ĐA NĂM 2021

Nguyễn Thị Mai^{1,✉}, Nguyễn Thái Minh², Dương Quốc Bảo², Nguyễn Thị Mai Hương², Nguyễn Thị Minh Thu², Nguyễn Quang Dũng¹

¹Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng

²Bệnh viện Đa khoa Đồng Đa

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện nhằm đánh giá tình trạng dinh dưỡng người bệnh xơ gan ngoại trú được quản lý tại bệnh viện đa khoa Đồng Đa năm 2021. 62 đối tượng được cân đo nhân trắc và phỏng vấn bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn. Tình trạng dinh dưỡng được đánh giá bằng chỉ số khối cơ thể (BMI), đánh giá tổng thể chủ quan (SGA) và định lượng Albumin huyết thanh. Theo BMI, tỷ lệ thừa cân là 16,1%, không có người bệnh béo phì và tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn là 9,7%. Theo SGA, tỷ lệ suy dinh dưỡng (SDD) mức độ nhẹ chiếm 29,1%, không có ai có nguy cơ SDD mức nặng. Theo định lượng Albumin huyết thanh, tỷ lệ người bệnh SDD là 6,5%. Tỷ lệ SDD ở người bệnh xơ gan tương đối cao theo SGA, người bệnh xơ gan cần được đánh giá nguy cơ dinh dưỡng bằng công cụ SGA và tư vấn dinh dưỡng đầy đủ mỗi lần khám định kỳ.

Từ khóa: Tình trạng dinh dưỡng, Xơ gan, SGA, Suy dinh dưỡng.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ gan là tình trạng các tế bào gan bị tổn thương liên tục trong một thời gian dài, các mô sẹo sẽ liên tục thay thế các mô bị tổn thương dẫn tới xơ gan. Khi các mô sẹo xuất hiện ngày càng nhiều sẽ ngăn chặn dòng máu lưu thông qua gan, làm suy giảm chức năng gan nghiêm trọng.¹ Có nhiều nguyên nhân gây ra xơ gan. Trên thế giới, có khoảng 57% người bệnh xơ gan do viêm gan, trong đó khoảng 30% do viêm gan B, khoảng 27% do viêm gan C. Uống rượu cũng là nguyên nhân chính gây xơ gan, có khoảng 20% người bệnh xơ gan do rượu.²

Xơ gan đã trở thành vấn đề sức khỏe cộng đồng, có thể gây tử vong nhưng phòng tránh được. Theo nghiên cứu về gánh nặng bệnh tật toàn cầu, năm 2019, có khoảng 1,6 triệu ca tử vong do xơ gan, xếp hạng thứ 11 về nguyên

nhân gây tử vong mỗi năm.³ Mặc dù xơ gan có xu hướng gia tăng ở Việt Nam, nhưng số liệu chính xác về các ca bệnh còn hạn chế. Theo Viện đo lường và đánh giá sức khỏe dự đoán năm 2019 tại Việt Nam, xơ gan là nguyên nhân thứ 9 gây tử vong và tàn tật, tăng 47,3% so với năm 2009.⁴ Suy dinh dưỡng là gánh nặng ở người bệnh xơ gan, nó liên quan đến sự tiến triển của suy gan và những biến chứng bao gồm nhiễm trùng, bệnh não gan và cổ trướng.⁵ Nhiều nguyên nhân khác nhau gây Suy dinh dưỡng ở người bệnh xơ gan bao gồm ăn uống kém, tăng đào thải protein ở ruột, giảm tổng hợp protein, tăng chuyển hóa và kém hấp thu. Các biến chứng cần nhập viện và tỷ lệ tử vong ở các người bệnh xơ gan có Suy dinh dưỡng nhiều hơn so với người bệnh được nuôi dưỡng tốt.⁶

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng là cần thiết giúp can thiệp dinh dưỡng hợp lý và kịp thời, từ đó tăng số ca hồi phục và giảm tỷ lệ tử vong ở người bệnh xơ gan. Năm 2020, tỷ lệ suy dinh dưỡng trên người bệnh xơ gan mới nhập viện

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Mai

Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng

Email: 1234567890mainguyen@gmail.com

Ngày nhận: 24/08/2021

Ngày được chấp nhận: 06/09/2021

tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội là 60% theo phương pháp đánh giá tổng thể chủ quan SGA.⁷

Ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về tình trạng dinh dưỡng trên người bệnh xơ gan điều trị ngoại trú. Bệnh viện Đa khoa Đống Đa là bệnh viện hạng 2, nằm trên địa bàn quận Đống Đa, Thủ đô Hà Nội. Năm 2020, khoa truyền nhiễm của bệnh viện đã điều trị ngoại trú cho 1215 bệnh nhân có bệnh về gan. Nghiên cứu này được tiến hành nhằm mô tả tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân xơ gan điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa Đống Đa, thành phố Hà Nội.

II, ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Lấy toàn bộ người bệnh từ 18 - 65 tuổi được chẩn đoán xơ gan do bất kỳ nguyên nhân nào (người bệnh xơ gan giai đoạn 1 và 2) được quản lý tại bệnh viện, có đủ hồ sơ bệnh án và kết quả siêu âm Fibroscan sau ngày 1/1/2021 cho kết quả từ F2 trở lên.

Tiêu chuẩn loại trừ

Người bệnh đang mắc các bệnh cấp tính như suy gan cấp, xuất huyết tiêu hóa... và các bệnh về nội tiết như hội chứng Cushing, cường giáp, suy giáp, đang bị nhiễm khuẩn hoặc bị ung thư... cần thay đổi chế độ ăn hoặc hạn chế ăn uống. Người bệnh tai biến mạch máu não cấp (nhồi máu não cấp, xuất huyết máu não cấp), sa sút trí tuệ, câm, điếc, rối loạn thần kinh... cũng không được chọn tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Tiến hành thu thập số liệu tại khoa truyền nhiễm, Bệnh viện Đa khoa Đống Đa từ tháng 1/2021 đến đầu tháng 5/2021.

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu và chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện những người bệnh đủ tiêu chuẩn tham gia 62 bệnh nhân.

Thu thập số liệu

Cân nặng được đo bằng cân điện tử TANITA SC-331S có độ chính xác là 0,1kg. Chiều cao được đo bằng thước Microtoise của Pháp (độ chính xác 0,1cm). Đối tượng tham gia cân đo được yêu cầu chỉ mặc quần áo gọn nhẹ, bỏ lại tất cả tư trang. Tư thế của đối tượng khi cân đo và cân được kiểm tra, hiệu chỉnh bởi kỹ thuật viên phụ trách Các thông tin chung gồm tuổi, giới, dân tộc, trình độ học vấn, nghề nghiệp, nhiễm Hepatitis B virus hoặc Hepatitis C virus (HBV/HCV), tình trạng sử dụng rượu, bia trước đây và hiện tại được thu thập bằng bộ câu hỏi có cấu trúc sẵn theo phương pháp phỏng vấn.

Độ xơ hóa gan được thu thập và đánh giá bằng phương pháp siêu âm FibroScan, lấy kết quả từ bệnh án, chia theo mức độ từ F0 đến F4.

Đánh giá nguy cơ dinh dưỡng theo SGA dựa trên tiền sử sụt cân, tiền sử thay đổi chế độ ăn, các triệu chứng về tiêu hóa ảnh hưởng đến khẩu phần ăn và mức độ stress của bệnh lý mắc phải, khám lâm sàng các triệu chứng về dinh dưỡng.

Kết quả về nồng độ Albumin huyết thanh được thu thập từ bệnh án trong lần xét nghiệm gần nhất kể từ ngày làm phỏng vấn.

Các sai số gặp phải là sai số chọn (người bệnh từ chối hoặc không trả lời, chọn người bệnh có phù nhẹ khiến quá trình cân đo chưa chính xác (Không quá 5% tổng số người bệnh tham gia nghiên cứu), sai số ngẫu nhiên (thường gặp các sai số đo lường), sai số thông tin (do quá trình nhớ lại của người bệnh) và sai số phỏng vấn (do điều tra viên). Để khắc phục sai số trên, chúng tôi giải thích rõ với các đối tượng về ý nghĩa và mục tiêu của cuộc điều tra, tránh phỏng vấn lúc người bệnh đang mệt và tập huấn thống nhất kỹ

thuật thu thập số liệu, kỹ thuật cân đo chính xác, dụng cụ cân, đo được sử dụng như nhau trên toàn bộ đối tượng.

Tiêu chuẩn đánh giá tình trạng dinh dưỡng

Tình trạng dinh dưỡng được phân loại theo Chỉ số khối cơ thể (BMI): Suy dinh dưỡng khi BMI < 18,5 kg/m², bình thường khi BMI 18,5 - 24,9 kg/m², thừa cân khi BMI 25 - 29,9 kg/m² béo phì khi BMI ≥ 30 kg/m².⁸ Theo Đánh giá tổng thể chủ quan (SGA): bình thường khi SGA - A (sụt cân < 5%, ăn uống bình thường, khám không thấy dấu hiệu teo cơ và mất lớp mỡ dưới da), suy dinh dưỡng khi SGA - B (sụt cân 5% - 10%, ăn uống giảm kéo dài ít nhất 2 tuần trước, khám có teo cơ và mất lớp mỡ dưới da mức độ nhẹ hoặc vừa) và SGA - C (sụt cân > 10%, ăn uống kém, chỉ ăn được thức ăn sệt, lỏng, khám có teo cơ và mất lớp mỡ dưới da mức độ nặng hay có phù chi, báng bụng).⁹ Theo định lượng Albumin: suy dinh dưỡng khi Albumin < 35 g/L và bình thường khi Albumin ≥ 35 g/L.¹⁰

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của người bệnh

	Đặc điểm	Tần số (n = 62)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	< 50 tuổi	13	20,9
	≥ 50 tuổi	49	79,1
Giới tính	Nam	41	66,1
	Nữ	21	33,9
Dân tộc	Kinh	62	100
Trình độ học vấn	Dưới Trung học phổ thông	18	29,1
	Trung học phổ thông trở lên	45	70,9

3. Xử lý số liệu

Số liệu được làm sạch và nhập bằng phần mềm EpiData 3.1, phân tích bằng phần mềm SPSS 15.0. Sử dụng các test Chi - squared test, Fisher's exact test để đánh giá mức độ khác biệt. Mức có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

4. Đạo đức nghiên cứu

- Đối tượng được giải thích rõ về ý nghĩa và mục tiêu nghiên cứu, có quyền từ chối không tham gia, có quyền không trả lời, có thể yêu cầu dừng và hủy kết quả phỏng vấn bất cứ lúc nào.

- Đối tượng được giữ danh tính, được bồi dưỡng trả lời phỏng vấn và tư vấn dinh dưỡng khi có yêu cầu.

- Các số liệu nghiên cứu được bảo quản chặt chẽ, chỉ có cán bộ nghiên cứu chính được sử dụng số liệu cho viết báo cáo và cung cấp cho từng đối tượng nghiên cứu khi cần thiết.

- Số liệu chỉ được phục vụ cho mục đích nghiên cứu không có mục đích nào khác.

	Đặc điểm	Tần số (n = 62)	Tỷ lệ (%)
Nghề nghiệp	Cán bộ, viên chức, nhân viên văn phòng	10	16,1
	Công nhân, nông dân	19	30,6
	Hưu trí	21	33,8
	Nội trợ	5	8,1
	Nghề khác	7	11,4
Có virus HBV/HCV	Có	53	85,5
	Không	9	14,5
Độ xơ hóa gan	F2	4	6,5
	F3	44	70,9
	F4	14	22,6
Cán bộ y tế tư vấn dinh dưỡng	Đã được tư vấn	22	35,5
	Chưa được tư vấn	40	64,5

* HBV/HCV: Hepatitis B virus (virus viêm gan B)/ Hepatitis C virus (virus viêm gan C)

Đặc điểm chung của người bệnh được trình bày trong Bảng 1. Tuổi trung bình là $56,2 \pm 9,3$ tuổi, người cao tuổi nhất là 65 tuổi, thấp nhất là 29 tuổi. Tổng có 62 người bệnh, trong đó 66,1% nam và 33,9% nữ. Tất cả người bệnh tham gia đều là dân tộc Kinh. Tỷ lệ người bệnh có trình độ học vấn dưới Trung học phổ thông là 29,1%, từ Trung học phổ thông trở lên là 70,9%. Tỷ lệ người bệnh đang

nghỉ hưu là 33,8%, công nhân và nông dân là 30,6%, cán bộ, viên chức và nhân viên văn phòng là 16,1%, nội trợ là 8,1% và nghề khác như lái xe, buôn bán... là 11,4%. Tỷ lệ người có virus HBV/HCV là 85,5%. Tỷ lệ người bệnh có độ xơ hóa gan F3 là 70,9%, F4 là 22,6% và F2 là 6,5%. Có 35,5% người bệnh được tư vấn dinh dưỡng bởi cán bộ y tế, 64,5% người bệnh chưa từng được tư vấn dinh dưỡng.

Bảng 2. Giá trị trung bình các chỉ số nhân trắc và cận lâm sàng của người bệnh tham gia nghiên cứu

Chỉ số	Nam (n = 41)	Nữ (n = 21)
Cân nặng (kg)	$62,1 \pm 8,4$	$52,0 \pm 7,8$
Chiều cao (cm)	$165,6 \pm 5,6$	$154,6 \pm 5,5$
BMI (kg/m^2)	$22,6 \pm 2,9$	$21,7 \pm 2,8$
Albumin (g/L)	$42,1 \pm 3,6$	$42,1 \pm 5,4$

*BMI: Chỉ số khối cơ thể (Body mass index)

Giá trị trung bình các chỉ số nhân trắc và cận lâm sàng của người bệnh được trình bày trong Bảng 2. Cân nặng trung bình của người bệnh nam là $62,1 \pm 8,4$ kg và của người bệnh nữ là $52,0 \pm 7,8$ kg. Chiều cao trung bình của người

bệnh nam là $165,6 \pm 5,6$ cm và của nữ là $154,6 \pm 5,5$ cm. BMI trung bình của người bệnh nam là $22,6 \pm 2,9$ kg/m² và nữ là $21,7 \pm 2,8$ kg/m². Albumin trung bình của người bệnh nam là $42,1 \pm 3,6$ g/L và nữ là $42,1 \pm 5,4$ g/L.

Bảng 3. Phân loại tình trạng dinh dưỡng của người bệnh*

Phương pháp		Tình trạng dinh dưỡng		
		Suy dinh dưỡng	Bình thường	Thừa cân
		n(%)		
BMI (kg/m ²)	Nam (n = 41)	3 (7,3)	31 (75,6)	7 (17,1)
	Nữ (n = 21)	3 (12,5)	15 (62,5)	3 (12,5)
	Chung (n = 62)	6 (9,7)	46 (74,2)	10 (16,1)
Albumin (g/L)	Nam (n = 41)	1 (2,5)	40 (97,5)	-
	Nữ (n = 21)	3 (14,3)	18 (85,7)	-
	Chung (n = 62)	4 (6,5)	58 (93,5)	-
SGA	Nam (n = 41)	11 (26,8)	30 (73,2)	-
	Nữ (n = 21)	7 (33,3)	14 (66,7)	-
	Chung (n = 62)	18 (29,1)	44 (70,9)	-

*BMI: Chỉ số khối cơ thể (Body mass index), SGA: Đánh giá tổng thể chủ quan (subjective global assessment)

Phân loại tình trạng dinh dưỡng của người bệnh được trình bày trong Bảng 3. Theo BMI, có 7,3% nam và 12,5% nữ suy dinh dưỡng, tỷ lệ người bệnh suy dinh dưỡng chung cả hai giới là 9,7%. Theo Albumin có 2,5% nam và

14,3% nữ suy dinh dưỡng, tỷ lệ người bệnh suy dinh dưỡng ở cả hai giới là 6,5%. Theo SGA có 26,8% nam và 33,3% nữ suy dinh dưỡng với SGA-B, tỷ lệ người bệnh suy dinh dưỡng với SGA-B ở cả hai giới là 29,1%.

Bảng 4. Tình trạng dinh dưỡng SGA theo độ xơ hóa gan

Độ xơ hóa gan	SGA	
	Không có nguy cơ SDD (n = 44)	Nguy cơ SDD mức độ nhẹ (n = 18)
	n (%)	
F2 (n = 4)	4 (100%)	0 (0%)
F3 (n = 44)	27 (61,4%)	17 (38,6%)
F4 (n = 14)	13 (92,8%)	1 (7,2%)
	p < 0,05	

Tình trạng dinh dưỡng SGA theo độ xơ hóa gan được trình bày trong Bảng 4, Sự khác biệt của độ xơ hóa gan F2 với tỷ lệ 0%, F3 với tỷ lệ

38,6% và F4 với tỷ lệ 7,2% theo nguy cơ suy dinh dưỡng mức độ nhẹ có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$, Fisher's Exact Test).

Bảng 5. Thực trạng sử dụng rượu, bia của người bệnh

	Nam (n = 41)	Nữ (n = 21)	Chung (n = 62)
	n (%)		
Uống rượu trước khi bị bệnh			
Có	40 (97,5)	5 (23,8)	45 (72,6)
Không	1 (2,5)	16 (76,2)	17 (27,4)
Uống rượu sau khi phát hiện bệnh			
Có	18 (43,9)	0 (0,0)	18 (29,1)
Không	23 (56,1)	21 (100)	44 (70,9)
Uống bia trước khi phát hiện bệnh			
Có	40 (97,5)	6 (28,6)	46 (74,2)
Không	1 (2,5)	15 (71,4)	16 (25,8)
Uống bia sau khi phát hiện bệnh			
Có	14 (34,1)	0 (0,0)	14 (22,6)
Không	27 (65,9)	21 (100)	48 (77,4)

Thực trạng sử dụng rượu bia của người bệnh được trình bày trong bảng 5. Tỷ lệ sử dụng rượu trước khi phát hiện bệnh là 72,6% và giảm còn 29,1% ở cả hai giới. Tỷ lệ sử dụng bia trước khi phát hiện bệnh là 74,2% và giảm

còn 22,6% ở cả hai giới. Sự khác biệt giữa tỷ lệ sử dụng bia, rượu ở nam và nữ tại thời điểm trước và sau khi phát hiện bệnh có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$, Chi-Square Test).

IV. BÀN LUẬN

Chỉ số BMI trung bình ở cả hai giới là $22,3 \pm 2,7$ kg/m² và 9,7% người bệnh bị suy dinh dưỡng. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thu Trang năm 2020 với BMI trung bình là $20,7 \pm 2,7$ kg/m² và 12,5% người bệnh bị suy dinh dưỡng.⁷

Albumin huyết thanh có ưu điểm dễ thực hiện, có giá trị và ít tốn kém, vì vậy được sử dụng rộng rãi trong đánh giá tình trạng dinh dưỡng một cách định kỳ trong bệnh viện và trong điều trị dài hạn. Định lượng Albumin

trung bình cả hai giới là $42,1 \pm 5,4$ g/L. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Tai ML và cộng sự năm 2010 trên bệnh nhân xơ gan mất bù là $20,6 \pm 6,0$ g/L.¹¹ Điều này giải thích do đối tượng nghiên cứu khác nhau giữa người bệnh xơ gan mất bù và người bệnh xơ gan có tình trạng ổn định, điều trị định kỳ ngoại trú.

Có sự khác nhau giữa tỷ lệ suy dinh dưỡng giữa 3 phương pháp đánh giá: theo BMI, SGA, định lượng Albumin. BMI là chỉ số được sử dụng rộng rãi để đánh giá tình trạng dinh

dưỡng. Ưu điểm của phương pháp này là đơn giản, dễ thực hiện. Tuy nhiên, BMI không phát hiện được những thay đổi về tình trạng dinh dưỡng trong thời gian ngắn. Đánh giá tổng thể chủ quan SGA là phương pháp có độ tin cậy cao, được áp dụng rộng rãi tại các bệnh viện. Trong nghiên cứu này, người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng mức độ nhẹ chiếm 29,1% theo SGA. Phương pháp SGA phát hiện người bệnh xơ gan có vấn đề về dinh dưỡng tốt hơn BMI vì SGA không chỉ dựa trên nhân trắc học của người bệnh mà còn do quá trình giảm cân, giảm chế độ ăn và một số triệu chứng lâm sàng. Nghiên cứu của Tai ML và cộng sự năm 2010 trên người bệnh Malaysia nhận thấy SGA dự đoán suy dinh dưỡng ở người bệnh xơ gan tốt hơn so với các phương pháp nhân trắc học khác như lực kéo cánh tay, chu vi vòng cánh tay, chu vi cơ cánh tay, BMI, định lượng Albumin, transferin huyết thanh.¹¹

Hiện nay, phân loại chức năng gan được sử dụng phổ biến nhất là phân loại Child-Pugh. Tuy nhiên, do nghiên cứu thực hiện trên người bệnh xơ gan ngoại trú nên một số xét nghiệm hóa sinh không được thực hiện. Siêu âm FibroScan là kỹ thuật không xâm lấn, giúp xác định chính xác giai đoạn xơ gan hoặc xơ hóa gan.¹² Theo SGA-B, có 38,6% người bệnh có độ gan xơ hóa F3 và 7,2% người bệnh có độ xơ hóa gan F4. Kết quả này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), chủ yếu rơi vào độ xơ hóa gan mức F3.

Tỷ lệ sử dụng rượu trước khi phát hiện bệnh ở nam giới là 97,5%. Tỷ lệ này tương đương với kết quả của Nguyễn Thị Diệu năm 2016 là 95,11%.¹³ Trước và sau khi phát hiện bệnh, tỷ lệ dùng rượu, bia ở nam luôn cao hơn ở nữ. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này dễ hiểu do nam giới có thói quen sử dụng rượu, bia mỗi khi gặp mặt, liên hoan. Theo Tổ chức Gan Hoa Kỳ,

10 - 20% người uống rượu nhiều trong một thập kỷ trở lên mắc xơ gan. Có 90% lượng cồn trong rượu chuyển thẳng đến gan, nếu tế bào gan hoạt động quá tải, cồn chuyển hóa thành acetaldehyde nhưng không tiếp tục chuyển thành acid acetic, khi acetaldehyde tích tụ, nó trở thành chất độc phá hủy gan. Gan bị tổn thương không chuyển hóa protein, lipid, carbohydrat theo cách bình thường. Khi không cung cấp đủ chất dinh dưỡng, cơ thể người bệnh có nguy cơ cao bị suy dinh dưỡng.¹⁴ Khuyến nghị lượng cồn sử dụng của nam là không quá 3 đơn vị 1 ngày và không quá 15 đơn vị một tuần. Với phụ nữ không quá 2 đơn vị 1 ngày và không quá 10 đơn vị một tuần. Ít nhất 2 ngày không uống rượu mỗi tuần. 1 đơn vị cồn tương đương 270ml bia hoặc 125ml rượu vang hoặc 25ml rượu mạnh.¹⁵

Việc tiếp tục sử dụng đồ uống có cồn sau khi phát hiện các bệnh về gan như xơ gan, gan nhiễm mỡ, viêm gan... dù là liều lượng thấp đều làm tăng nguy cơ tử vong của người bệnh. Hầu hết người bệnh tham gia nghiên cứu không sử dụng rượu bia so với lúc trước khi phát hiện bệnh, điều này giúp giảm gánh nặng chuyển hóa tại gan, giảm nguy cơ mắc các bệnh như đái tháo đường, tim mạch, tăng huyết áp... và giảm chi phí xã hội. Kết quả này cho thấy người bệnh đã ý thức được về tác hại của rượu bia với sức khỏe.

Có 35,5% người bệnh được nhân viên y tế (bác sĩ, điều dưỡng, dinh dưỡng viên) tư vấn dinh dưỡng về thực phẩm và chế độ ăn. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thu Trang và cộng sự trên người bệnh xơ gan mới nhập viện là 25%.⁷ Tư vấn dinh dưỡng cho người bệnh xơ gan là vô cùng quan trọng để tăng cường hiểu biết, thực hành dinh dưỡng đúng, hợp lý mang lại hiệu quả cao trong quá trình điều trị bệnh. Một chế độ ăn uống cân đối sẽ giúp gan bị tổn thương thực hiện được

chức năng, giảm nguy cơ nhiễm trùng và cổ trướng, cung cấp năng lượng hằng ngày và giúp kéo dài sự sống cho người bệnh xơ gan.

Về hạn chế nghiên cứu, thời gian thu thập số liệu chỉ có 5 tháng và do ảnh hưởng của dịch bệnh, chúng tôi chỉ thu thập được 62 người bệnh. So với các nghiên cứu cắt ngang khác thì cỡ mẫu của chúng tôi quá ít. Ngoài ra, nghiên cứu thực hiện trên người bệnh xơ gan nên chỉ số Albumin chưa trực tiếp chỉ ra cạn kiệt dinh dưỡng. Do đó cần có thêm những nghiên cứu sử dụng các công cụ khác để đánh giá tình trạng dinh dưỡng trên người bệnh xơ gan nói chung và người bệnh xơ gan ngoại trú nói riêng.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân xơ gan ngoại trú tại bệnh viện Đa khoa Đồng Đa tương đối cao theo phương pháp đánh giá tổng thể chủ quan SGA. Người bệnh xơ gan cần đánh giá nguy cơ dinh dưỡng bằng công cụ SGA và tư vấn dinh dưỡng đầy đủ mỗi lần khám định kỳ.

LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn tập thể khoa Truyền nhiễm, khoa Dinh dưỡng Bệnh viện Đa khoa Đồng Đa đã giúp đỡ chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này.

Xung đột lợi ích và tài chính: Không

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Schuppan D, Afdhal NH. Liver Cirrhosis. *Lancet*. 2008;371(9615):838-851.
- Perz JF, Armstrong GL, Farrington LA, Hutin YJF, Bell BP. The contributions of hepatitis B virus and hepatitis C virus infections to cirrhosis and primary liver cancer worldwide. *Journal of Hepatology*. 2006;45(4):529-538.
- Asrani SK, Devarbavi H, Eaton J, Kamath PS. Burden of liver diseases in the world. *J Hepatol*. 2019;70(1):151-171.
- Institute for Health Metrics and Evaluation. Vietnam profile. <http://www.healthdata.org/Vietnam>
- European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines on nutrition in chronic liver disease. *J Hepatol*. 2019;70(1):172-193.
- Maharshi S, Sharma BC, Srivastava S. Malnutrition in cirrhosis increases morbidity and mortality. *J Gastroenterol Hepatol*. 2015;30(10):1507-1513.
- Trang Thu Nguyen, An Tuong Bui, Linh Thuy Nguyen, et al. Nutritional status and nutritional practice of cirrhotic patients at Hanoi Medical University Hospital, 2020. *Asian Journal of Dietetics*. 2021;3(1):7-12.
- WHO Expert Consultation. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet*. 2004;363(9403):157-163.
- Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, et al. What is subjective global assessment of nutritional status? *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 1987;11(1):8-13.
- Keller U. Nutritional Laboratory Markers in Malnutrition. *J Clin Med*. 2019;8(6).
- Tai M-LS, Goh K-L, Mohd-Taib SH, Rampal S, Mahadeva S. Anthropometric, biochemical and clinical assessment of malnutrition in Malaysian patients with advanced cirrhosis. *Nutr J*. 2010;9:27.
- Nishikawa H, Osaki Y. Liver Cirrhosis: Evaluation, Nutritional Status, and Prognosis. *Mediators Inflamm*. 2015;872152.
- Nguyễn Thị Diệu và cộng sự. Thực trạng sử dụng rượu bia của nam giới tuổi từ 18- 69 tuổi tại thành phố Hà Nội năm 2016. *Y học thực hành*. 2017;2(191):33.

14. Alcohol Related Liver Disease And Alcohol Damage - ALF. American Liver Foundation.<https://liverfoundation.org/for-patients/about-the-liver/diseases-of-the-liver/>

[alcohol-related-liver-disease/](https://www.health.govt.nz/your-health/healthy-living/addictions/alcohol-and-drug-abuse/alcohol)

15. Alcohol. Ministry of Health NZ.<https://www.health.govt.nz/your-health/healthy-living/addictions/alcohol-and-drug-abuse/alcohol>.

Summary

NUTRITIONAL STATUS OF CIRRHOTIC PATIENTS AT DONG DA GENERAL HOSPITAL IN 2021

A cross-sectional study was conducted to assess the nutritional status of cirrhotic outpatients managed at Dong Da General Hospital in 2021. Body weight and height of 62 participants were measured and subjects were interviewed using a structured questionnaire. Nutritional status was assessed by body mass index (BMI), subjective global assessment (SGA) and serum albumin concentration. According to BMI, the prevalence of overweight was 16.1%, there were no obese patients and the prevalence of underweight was 9.7%. According to SGA, the prevalence of moderately malnourished was 29.1%, no one was at risk of severely malnourished. According to serum albumin concentration, the prevalence of malnutrition was 6.5%. The prevalence of malnutrition in patients with cirrhosis is relatively high according to SGA, and patients with cirrhosis should be evaluated for nutritional risk using the SGA tool and nutrition counselling is required at each visit.

Keywords: Nutritional status, Cirrhosis, SGA, Malnutrition.