

- Disease Study," *Science* (80-.), 1996; vol.274, no.5288: 740-743.
6. **World Development Report 1993: Investing in Health.** New York: Oxford University Press, 1993.
 7. **Murray CJ, Lopez AD, and Jamison DT.** "The global burden of disease in 1990: summary results, sensitivity analysis and future directions," *Bull. World Health Organ.*, 1994; vol.72, no.3: 495.
 8. **Murray CJ and Lopez AD.** "Quantifying disability: data, methods and results," *Bull. World Health Organ.*, 1994; vol.72, no.3: 481.
 9. **Murray CJ and Lopez AD.** "Measuring global health: motivation and evolution of the Global Burden of Disease Study," *Lancet*, 2017; vol. 390, no. 10100:1460-1464.
 10. **Edejer T, Making choices in health: WHO guide to cost-effectiveness analysis**, 2003; vol. 1. World Health Organization.
 11. **Profit J et al.** "Clinical benefits, costs, and cost-effectiveness of neonatal intensive care in Mexico," *PLoS Med.*, 2010; vol.7, no.12: e1000379.
 12. **Adam T et al.** "Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in developing countries," *Bmj*, 2005; vol.331, no.7525: 1107.
 13. **Hogan DR, Baltussen R, Hayashi C, Lauer JA, and Salomon JA.** "Cost effectiveness analysis of strategies to combat HIV/AIDS in developing countries," *Bmj*, 2005; vol. 331, no. 7530:1431-1437.
 14. **Marseille E et al.** "Cost effectiveness of single-dose nevirapine regimen for mothers and babies to decrease vertical HIV-1 transmission in sub-Saharan Africa," *Lancet*, 1999; vol. 354, no. 9181: 803-809.
 15. **Nguyễn Thị Trang Nhung, Trần Khánh Long, Bùi Ngọc Linh, Theo Vos, Ngô Đức Anh, and Nguyễn Thanh Hưng.** *Gánh nặng bệnh tật và chấn thương ở Việt Nam*, 2010; Hà Nội: Nhà xuất bản y học.
 16. **IHME.** "Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Data Input Sources Tool." [Online]. Available: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-2016/data-input-sources>. [Accessed: 15-Jun-2017].
 17. **Plaszewski M and Bettany-Saltikov J.** "PROSPERO International prospective register of systematic reviews."
 18. **Polinder S, Haagsma JA, Stein C, and Havelaar AH.** "Systematic review of general burden of disease studies using disability-adjusted life years," *Popul. Health Metr.*, 2012; vol. 10, no. 1: 21.
 19. **Murray CJ et al.** "GBD 2010: design, definitions, and metrics," *Lancet*, 2017; vol. 380, no. 9859: 2063-2066.
 20. **Drummond M, O'Brien B, Stoddart GL, and Torrance GW.** *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes.* Oxford: Oxford Medical Publications, 1997.

ĐẶC ĐIỂM THIẾU MÁU VÀ GIẢM ALBUMIN MÁU Ở BỆNH NHÂN PHONG BỆNH VIỆN PHONG DA LIỄU VĂN MÔN VÀ BỆNH VIỆN PHONG DA LIỄU TRUNG ƯƠNG QUỲNH LẬP

Phạm Thị Dung*, Ninh Thị Nhung*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm thiếu máu và giảm albumin máu của bệnh nhân phong tại Bệnh viện Phong tỉnh Thái Bình và tỉnh Nghệ An. **Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân phong đang điều trị tại 2 bệnh viện. **Phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp dịch tễ học mô tả qua cuộc điều tra cắt ngang. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ thiếu máu ở bệnh nhân phong là 55,0%; Tỷ lệ thiếu máu của bệnh nhân ở ở bệnh viện Quỳnh Lập là 46,7% và bệnh viện Văn Môn là 63,3%; Tỷ lệ thiếu Albumin ở bệnh nhân phong là 24,4%. Tỷ lệ thiếu Albumin của bệnh nhân ở ở bệnh viện Quỳnh Lập là 16,7% và bệnh viện Văn Môn là 32,2%.

Từ khóa: Bệnh phong, Thiếu máu; Giảm Albumin.

SUMMARY

**Trưởng Đại học Y Dược Thái Bình*
 Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Dung
 Email: dungpt@tbmc.edu.vn
 Ngày nhận bài: 2.10.2017
 Ngày phản biện khoa học: 22.12.2017
 Ngày duyệt bài: 28.12.2017

CHARACTERISTICS OF ANEMIA AND BLOOD ALBUMIN DEPLETION OF LEPROSY PATIENTS AT VAN MON LEPROSY DERMATOLOGY HOSPITAL AND QUYNH LAP NATIONAL LEPROSY DERMATOLOGY HOSPITAL

Objective: Characteristics of anemia and blood albumin depletion of leprosy patients at Van Mon leprosy dermatology hospital and Quynh Lap national leprosy dermatology hospital. **Subject:** Leprosy patients are treated in two hospitals. **Method:** The epidemiological method described by cross-sectional investigation. **Results:** The prevalence of anemia in leprosy patients was 55.0%; The prevalence of anemia in Quynh Lap Hospital was 46.7% and Van Mon Hospital was 63.3%; The incidence of albumin deficiency in leprosy patients was 24.4%; The incidence of albumin deficiency in patients at Quynh Lap Hospital was 16.7% and Van Mon Hospital was 32.2%.

Keywords: Leprosy; Anemia; Decreased Albumin.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phong là một bệnh nhiễm trùng mãn tính gây bệnh ở da và thần kinh ngoại biên, do trực khuẩn *Mycobacterium leprae* gây nên. Hoàn

cảnh kinh tế - xã hội được coi là một yếu tố quyết định lớn, nhưng không chắc chắn tồn tại liên quan đến mối quan hệ giữa bệnh phong và nghèo đói. Bên cạnh đó về mặt xã hội hiện nay vẫn còn có tình trạng cô lập, phân biệt đối xử với những bệnh nhân này khiến tình trạng điều trị bệnh và chế độ được chăm sóc của các bệnh nhân còn rất hạn chế. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân phong nhằm hỗ trợ trong điều trị bệnh tốt hơn.

Trên thế giới cũng như Việt Nam chúng ta đã có rất nhiều những cuộc điều tra dinh dưỡng và cho thấy tỷ lệ được đáp ứng nhu cầu dinh dưỡng trong bệnh viện và dinh dưỡng trực tiếp điều trị vẫn còn thấp. Hiện nay, mặc dù có nhiều tiến bộ hơn về các kiến thức y học, nhưng những nghiên cứu về tình trạng dinh dưỡng cho bệnh nhân đặc biệt là bệnh nhân phong thì chưa có nhiều tác giả đi sâu nghiên cứu cùng với đánh giá về chất lượng dinh dưỡng tại bệnh viện phong.

Bệnh viện phong - Đa Liễu Văn Môn và Quỳnh Lập Nghệ An là một bệnh viện chuyên khoa điều trị bệnh phong cho những người mắc bệnh phong các tỉnh khu vực bắc bộ. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân phong chưa được nghiên cứu nào đánh giá. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm thiếu máu và giảm albumin máu của bệnh nhân phong tại bệnh viện phong tỉnh Thái Bình và tỉnh Nghệ An.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm, thời gian, đối tượng nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Phong - Đa Liễu Văn Môn tỉnh Thái Bình và Bệnh viện Phong - Đa Liễu Quỳnh Lập tỉnh Nghệ An.

- Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân phong đang điều trị tại 2 bệnh viện.

- Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ 3/2013 - 6/2013

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp dịch tễ học mô tả thông qua cuộc điều tra cắt ngang.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1: Giá trị trung bình Hb (g/l) của bệnh nhân phong theo giới

Giới	BV Văn Môn		BV Quỳnh Lập		P
	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	
Nam	40	118,7 ± 8,0	40	120,3 ± 7,8	>0,05
Nữ	50	114,8 ± 8,5	50	113,6 ± 14,3	>0,05
So sánh 2 giới	<0,05		<0,05		

Kết quả bảng 3.1 cho thấy: Giá trị trung bình nồng độ Hb của bệnh nhân nam BV Văn Môn là 118,7 thấp hơn BV Quỳnh Lập là 120,3, trong khi đó của bệnh nhân nữ BV Văn Môn là 114,8 lại cao hơn BV Quỳnh Lập là 113,6. Tỷ lệ Hb trung bình của bệnh nhân nam cao hơn bệnh nhân nữ.

2.2.2. Cơ mẫu và phương pháp chọn mẫu

a. Cơ mẫu

$$n = Z^2 (1 - \alpha/2) \frac{S^2}{\Delta^2}$$

Vậy n = 86 bệnh nhân/bệnh viện x2 bệnh viện = 172 bệnh nhân. Thực tế chúng tôi đã xét nghiệm 180 bệnh nhân.

b. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện lấy 2 bệnh viện để nghiên cứu là bệnh viện Phong - Đa Liễu Văn Môn Thái Bình và bệnh viện Phong - Đa Liễu Quỳnh Lập Nghệ An.

Lập danh sách toàn bộ bệnh nhân phong đang điều trị nội trú tại 2 bệnh viện được chọn vào nghiên cứu theo đúng tiêu chuẩn chọn đối tượng và tiêu chuẩn loại trừ. Tại mỗi bệnh viện bốc thăm ngẫu nhiên 400 bệnh nhân nghiên cứu tình trạng dinh dưỡng.

Sau đó chia thành 2 nhóm: Nhóm bệnh nhân phong tàn tật nhẹ và nhóm bệnh nhân phong tàn tật nặng.

Tại mỗi nhóm bốc thăm ngẫu nhiên cho đủ số bệnh nhân để xét nghiệm máu theo cơ mẫu đã tính.

2.3. Kỹ thuật áp dụng trong nghiên cứu

a. Định lượng Hemoglobin

- Phương pháp: Hemoglobin được xác định bằng phương pháp cyanmethemoglobin, trên máy xét nghiệm huyết học Laser tự động Celltac F Nihon Kohden.

- Tiêu chuẩn đánh giá: Theo Tổ chức Y tế thế giới, bệnh nhân phong bị thiếu máu khi Hemoglobin huyết thanh <120g/L.

b. Định lượng Albumin: Xét nghiệm Albumin được thực hiện trên máy sinh hóa tự động.

2.4. Các phương pháp hạn chế sai số:

Cán bộ tham gia nghiên cứu là những cán bộ đã có kinh nghiệm trong điều trị, phòng vấn, đã được tập huấn thống nhất kỹ thuật điều tra. Chọn mẫu nghiên cứu đúng tiêu chuẩn. Dụng cụ khám bệnh và trang thiết bị được chuẩn hóa.

2.5. Xử lý số liệu: Làm sạch số liệu từ phiếu. Số liệu được nhập bằng phần mềm EPI DATA. Các số liệu thu thập được xử lý theo thuật toán thống kê, sử dụng phần mềm SPSS 13.0.

Bảng 3.2: Giá trị trung bình Hb (g/l) của bệnh nhân phong theo nhóm bệnh

Nhóm bệnh	BV Văn Môn		BV Quỳnh Lập		p
	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	
BN phong tàn tật nhẹ	45	119 \pm 8,2	45	121,1 \pm 7,2	>0,05
BN Phong tàn tật nặng	45	114,0 \pm 7,9	45	111,9 \pm 14,4	>0,05
So sánh 2 nhóm bệnh	<0,05		<0,05		

Kết quả bảng 3.2 cho thấy: Giá trị nồng độ Hb trung bình của bệnh nhân phong tàn tật nhẹ tại BV Văn Môn là 119 thấp hơn BV Quỳnh Lập là 121,1. Nhóm bệnh nhân phong tàn tật nặng BV Văn Môn là 114,0 cao hơn BV Quỳnh Lập là 111,9, sự khác biệt với với $p > 0,05$.

Bảng 3.3: Giá trị trung bình Albumin (g/dl) của bệnh nhân phong theo giới

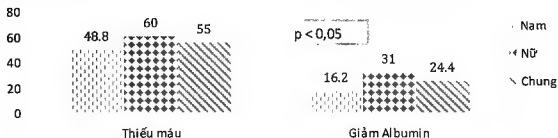
Giới	BV Văn Môn		BV Quỳnh Lập		p
	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	
Nam	40	37,3 \pm 3,3	40	37,3 \pm 3,7	>0,05
Nữ	50	35,9 \pm 4,3	50	36,3 \pm 3,5	>0,05
So sánh 2 giới	<0,05		>0,05		

Kết quả bảng 3.3 cho thấy: Giá trị trung bình nồng độ Albumin của bệnh nhân nam ở cả 2 bệnh viện là 37,3 của bệnh nhân nữ BV Văn Môn 35,9 thấp hơn BV Quỳnh Lập là 36,3. Nồng độ Albumin của bệnh nhân nam cao hơn bệnh nhân nữ ở cả 2 bệnh viện.

Bảng 3.4: Giá trị trung bình Albumin (g/dl) của bệnh nhân phong theo nhóm bệnh

Nhóm bệnh	BV Văn Môn		BV Quỳnh Lập		p
	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	
BN phong tàn tật nhẹ	45	37,7 \pm 3,9	45	37,5 \pm 3,2	>0,05
BN Phong tàn tật nặng	45	35,4 \pm 3,5	45	35,9 \pm 3,8	>0,05
So sánh 2 nhóm bệnh	<0,05		<0,05		

Kết quả bảng 3.4 cho thấy: Giá trị trung bình nồng độ albumin của bệnh nhân phong tàn tật nhẹ tại bệnh viện Văn Môn là 37,7 tương đương với bệnh viện Quỳnh Lập là 37,5, của nhóm bệnh nhân phong tàn tật nặng bệnh viện Văn Môn là 35,4, bệnh viện Quỳnh Lập là 35,9. Nồng độ albumin trung bình của bệnh nhân phong tàn tật nhẹ đều cao hơn nhóm bệnh nhân phong tàn tật nặng của cả 2 bệnh viện.



Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ bệnh nhân phong thiếu máu mức độ nhẹ và thiếu Albumin mức độ vừa theo giới tính

Kết quả biểu đồ 3.1 cho thấy bệnh nhân phong chủ yếu thiếu máu ở mức độ nhẹ chiếm 55% trong đó tỷ lệ nữ thiếu máu là 60% cao hơn nam 48,8%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tỷ lệ thiếu albumin ở mức độ vừa là 24,4% tỷ lệ nữ thiếu abumin là 31% cũng cao hơn nam là 16,2% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.5: Tỷ lệ bệnh nhân phong thiếu máu, thiếu Albumin theo từng bệnh viện

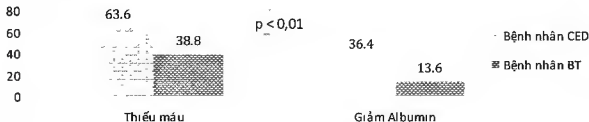
Bệnh viện	Thiếu máu		Thiếu Albumin	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Văn Môn (n=90)	57	63,3	29	32,2
Quỳnh lập (n=90)	42	46,7	15	16,7
So sánh 2 bệnh viện	<0,05		<0,05	

Kết quả bảng 3.5 cho thấy: Tỷ lệ thiếu máu của bệnh nhân ở cả 2 bệnh viện đều ở mức cao; tại BV Văn Môn là 63,3% cao hơn BV Quỳnh Lập là 46,7%, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$. Tỷ lệ thiếu abumin tại BV Văn Môn là 32,2% cũng cao hơn BV Quỳnh Lập là 16,7%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.6: Tỷ lệ bệnh nhân phong thiếu máu, thiếu Albumin theo nhóm bệnh nhân

Nhóm bệnh	Thiếu máu		Thiếu Albumin	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
BN phong tàn tật nhẹ	37	41,1	9	10,0
BN Phong tàn tật nặng	62	68,9	35	38,9
So sánh 2 nhóm bệnh	<0,001		<0,001	

Kết quả bảng 3.6 cho thấy: Tỷ lệ thiếu máu của bệnh nhân phong tàn tật nhẹ là 41,1% thấp hơn nhóm bệnh nhân phong tàn tật nặng là 68,9%, sự khác biệt với $p < 0,001$. Tỷ lệ thiếu albumin nhóm bệnh nhân phong tàn tật nhẹ là 10% cũng thấp hơn nhóm bệnh nhân phong tàn tật nặng là 38,9%, sự khác biệt với $p < 0,001$.

**Biểu đồ 3.2: Tỷ lệ bệnh nhân phong thiếu máu, thiếu Albumin theo BMI**

Kết quả biểu đồ 3.2 cho thấy: Những bệnh nhân phong có BMI ở mức thiếu năng lượng trường diễn thì tỷ lệ thiếu máu và thiếu Albumin cao hơn những bệnh nhân phong có BMI ở mức bình thường. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả bảng 3.1 cho thấy: Giá trị trung bình nồng độ Hb của bệnh nhân nam BV Văn Môn là 118,7 thấp hơn BV Quỳnh Lập là 120,3, trong khi đó của bệnh nhân nữ BV Văn Môn là 114,8 lại cao hơn BV Quỳnh Lập là 113,6. Tỷ lệ Hb trung bình của bệnh nhân nam cao hơn bệnh nhân nữ.

Theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới: Khoảng 3,5 tỷ người trên hành tinh thiếu máu thiếu sắt, phổ biến ở các nước đang phát triển. Các nước đang phát triển tỷ lệ thiếu sắt thiếu máu ở trẻ em vẫn rất cao: 53% ở Ấn độ, 45% ở Indonesia, 37,9% ở Trung Quốc, và 31,8% ở Phillipine, trong khi đó các nước đã phát triển tỷ lệ này tương đối thấp: Mỹ: 3-20%; Hàn Quốc: 15%. Ở các nước đang phát triển vấn đề về tình trạng thiếu sắt vẫn đang rất được chú ý ở rất nhiều nhóm đối tượng.

Theo nghiên cứu tình trạng thiếu máu ở phụ nữ tuổi sinh đẻ tại 6 tỉnh đại diện ở Việt nam năm 2006 của Viện Dinh dưỡng thì tỷ lệ thiếu máu ở phụ nữ tuổi sinh đẻ ở mức trung bình về ý nghĩa sức khoẻ cộng đồng (37,6% ở phụ nữ có thai, 26,7% ở phụ nữ không có thai. Vùng nội thành có tỷ lệ thiếu máu thấp hơn ngoại thành: 32,5% và 38,4%). So với nghiên cứu năm 1995 cũng của Viện dinh dưỡng thì thiếu máu ở phụ nữ có thai là 53% và phụ nữ không có thai trong độ tuổi sinh đẻ là 45%. Như vậy tỷ lệ thiếu máu của phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ và phụ nữ có thai sau 10 năm đã giảm đáng kể [1].

Kết quả biểu đồ 31 cho thấy bệnh nhân phong chủ yếu thiếu máu ở mức độ nhẹ chiếm 55% trong đó tỷ lệ nữ thiếu máu là 60% cao hơn nam 48,8%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$

Kết quả bảng 3.5 cho thấy: Tỷ lệ thiếu máu của bệnh nhân ở cả 2 bệnh viện đều ở mức cao; tại BV Văn Môn là 63,3% cao hơn BV Quỳnh Lập là 46,7%, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$. Tỷ lệ thiếu máu của bệnh nhân bình thường là 41,1% thấp hơn nhóm bệnh nhân nặng là 68,9%, sự khác biệt với $p < 0,001$.

Tỷ lệ thiếu máu trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của các tác giả khác là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là bệnh nhân phong, đây là những đối tượng nghèo nhất trong số những người nghèo, khẩu phần của họ rất đơn điệu bữa ăn chủ yếu là gạo và rau cho nên sự thiếu hụt về vi chất dinh dưỡng trong đó có sắt là điều không thể tránh khỏi.

Albumin là một trong những chỉ số hóa sinh đánh giá tình trạng dinh dưỡng, nhất là tình trạng dinh dưỡng của các đối tượng đặc biệt như các bệnh mạn tính, các bệnh lý nhiễm trùng kéo dài như bệnh nhân phong, lao...[2], [3].

Mức Albumin huyết thanh phụ thuộc vào chế độ ăn uống. Saha K. và KN Rao (1989) cho thấy các bệnh nhân phong đều có mức Albumin huyết thanh giảm [5]. Một số nghiên cứu khác cũng cho kết quả tương tự [4], [6],[7].

Kết quả biểu đồ 3.2 cho thấy. Tỷ lệ thiếu albumin ở mức độ vừa là 24,4% tỷ lệ nữ thiếu albumin là 31% cũng cao hơn nam là 16,2% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ thiếu albumin tại BV Văn Môn là 32,2% cũng cao hơn BV Quỳnh Lập là 16,7%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả bảng 3.6 cho thấy: Tỷ lệ thiếu albumin nhóm bệnh nhân phong tàn tật nhẹ là 10% cũng thấp hơn nhóm bệnh nhân phong tàn tật nặng là 38,9%, sự khác biệt với $p < 0,001$.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ thiếu máu ở bệnh nhân phong là 55,0%. Thiếu máu ở nữ là 60% cao hơn nam là 48,8%, sự khác biệt với $p > 0,05$.

- Tỷ lệ thiếu máu của bệnh nhân ở ở bệnh viện Quỳnh Lập là 46,7% thấp hơn bệnh viện Văn Môn là 63,3%, sự khác biệt với $p < 0,05$.

- Tỷ lệ thiếu Albumin ở bệnh nhân phong là 24,4%. Thiếu Albumin ở nữ là 31,0% cao hơn nam là 16,2%, sự khác biệt với $p < 0,05$.

- Tỷ lệ thiếu Albumin của bệnh nhân ở ở bệnh viện Quỳnh Lập là 16,7% thấp hơn bệnh viện Văn Môn là 32,2%, sự khác biệt với $p < 0,05$.

KHUYẾN NGHỊ

1. Cần tăng kinh phí nuôi dưỡng cho người bệnh đảm bảo mức tối thiểu 20.000 đồng/ngày nhằm đáp ứng được nhu cầu dinh dưỡng từng bước cải thiện

chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân phong.

2. Nâng cấp cơ sở vật chất đáp ứng các hoạt động chăm sóc bệnh nhân.

LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn XuânNinh, Nguyễn Anh Tuấn, Nguyễn Chí Tâm, và CS. (2006), "Tình trạng thiếu máu ở trẻ em và phụ nữ tuổi sinh đẻ tại 6 tỉnh đại diện Việt Nam năm 2006", *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm*, 3+4(2), tr. 5-11.
2. Banta H. D. (2001), "Global issues on the agenda at the World Health Assembly: discussion of HIV/AIDS, leprosy, access to drugs", *JAMA*, 286(1), pp. 29-30
3. Canicoba M., Feldman N., Lipovetzky S., et al. (2007), "Nutritional status assessment in leprosy hospitalized patients in Argentina", *Nutr Hosp*, 22(3), pp. 377-381
4. Feenstra S. G., Nahar Q., Pahan D., et al. (2011), "Recent food shortage is associated with leprosy disease in Bangladesh: a case-control study", *PLoS Negl Trop Dis*, 5(5), pp. e1029.
5. Saha K. and Rao K. N. (1989), "Undernutrition in lepromatous leprosy. V. Severe nutritional deficit in lepromatous patients co-infected with pulmonary tuberculosis", *Eur J Clin Nutr*, 43(2), pp. 117-128
6. Saha K., Rao K. N., Chattopadhyay D., et al. (1990), "A study on nutrition, growth and development of a high-risk group of children of urban leprosy patients", *Eur J Clin Nutr*, 44(6), pp. 471-479.
7. Sommerfelt H., Irgens L. M. and Christian M. (1985), "Geographical variations in the occurrence of leprosy: possible roles played by nutrition and some other environmental factors", *Int J Leprosy Other Mycobact Dis*, 53(4), pp. 524-532.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TUÂN THỦ VỀ CHẾ ĐỘ DINH DƯỠNG Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN BÃI CHÁY, TỈNH QUẢNG NINH NĂM 2015

Nguyễn Văn Công¹, Nguyễn Thị Hải²

TÓM TẮT¹⁴

Mục đích: Nghiên cứu về thực trạng tuân thủ chế độ dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở người bệnh (NB) đái tháo đường (ĐTĐ) type 2 điều trị ngoại trú. **Thiết kế nghiên cứu:** Phòng vấn bằng bảng hỏi về việc tuân thủ chế độ dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở 292 người bệnh ĐTĐ type 2 trên 18 tuổi điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Bãi Cháy, Quảng Ninh trong thời gian từ tháng 12/2014 đến tháng 9/2015.

Kết quả: Về nhóm các thực phẩm nên ăn: 97,3% NB tuân thủ là ăn hầu hết các loại rau, tiếp đến là các loại cá (76,0%), tiếp nhất là ăn các loại trái cây (11,0%). Nhóm thực phẩm hạn chế/không nên ăn: 98,6% NB tuân thủ không thường xuyên ăn các món nội tạng, khoai sọ (94,9%); 57,6% NB thường xuyên ăn dưa hấu và 56,5% NB thường xuyên ăn dứa (không tuân thủ). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ NB không tuân thủ chế độ dinh dưỡng giữa các nhóm tuổi, giới, trình độ học vấn, thời gian phát hiện bệnh, tình trạng việc làm và các yếu tố về dịch vụ y tế. **Kết luận:** Hầu hết NB tuân thủ về chế độ dinh dưỡng theo hướng dẫn của thầy thuốc. Việc truyền thông giáo dục sức khỏe và phổ biến kiến thức liên quan đến bệnh tật có lợi ích rất lớn đối với quản lý ĐTĐ vì khi NB có đầy đủ kiến thức thì sẽ tuân thủ điều trị tốt, bất kể là thành phần nào.

Từ khóa: Đái tháo đường type 2; Tuân thủ chế độ dinh dưỡng; Yếu tố liên quan.

¹Ban Bảo vệ, chăm sóc sức khỏe cán bộ TW

²Bệnh viện Bãi Cháy, Quảng Ninh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Công

Email: congnvuyen12389@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 2.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 19.12.2017

Ngày duyệt bài: 29.12.2017