

SOME FACTORS RELATED TO PEOPLE'S NUTRITIONAL STATUS ELDERLY UNDER TREATMENT AT NGHE AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL

Nguyen Duc Phuc*

Nghe An General Friendship Hospital - 5 Lenin avenue, Nghi Phu commune, Vinh city, Nghe An province, Vietnam

Received: 06/03/2024

Revised: 21/05/2024; Accepted: 29/06/2024

ABSTRACT

Objectives: Describe some factors related to the nutritional status of elderly people being treated at Nghe An General Friendship Hospital.

Subjects: Study of 290 patients aged 60 years and older inpatient treatment at Nghe An General Friendship Hospital from January to June 2023.

Method: Cross-sectional descriptive study.

Results: The rate of malnutrition in the group that has not graduated from high school is higher (MNA and NRS) 2 times and 1.9 times respectively compared to the group that has graduated from high school or higher with (OR = 2; 95%CI = 1.0-3.9 and OR = 1.9; 95%CI = 1.0-3.7). The rate of malnutrition (MNA) in the rural/mountainous group was 2.2 times higher than the city/town group (OR = 2.2; 95%CI = 1.2-3.8). The rate of malnutrition (BMI) in the group living alone/widowed, living alone is 3 times higher than the group living with a spouse/children (OR = 3; 95%CI = 1.4-6.6). The rate of malnutrition in the group with 2 or more diseases (MNA and NRS) is 4.5 times and 4.8 times higher than the group with 1 diseases (OR = 4.5; 95%CI = 2.5-7.9 and OR = 4.8; 95%CI = 2.6-8.7). Little or no physical activity increases the risk of malnutrition compared to moderate and regular activity groups.

Conclusion: The rate of malnutrition in groups who have not graduated from high school is higher than in groups who have graduated from high school or higher; the rural/mountainous group is higher than the city/town group; the group living alone/widowed, living alone is higher than the group living with a spouse/children; the group with 2 or more diseases was higher than the group with 1 diseases.

Keywords: Malnutrition, the elderly, Nghe An General Friendship Hospital.

* Corresponding author

Email address: nguyenducphuckhoacc@gmail.com

Phone number: (+84) 963763676

<http://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD7.1332>

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA NGƯỜI CAO TUỔI ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Nguyễn Đức Phúc*

Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An - 5 đại lộ Lenin, xã Nghi Phú, TP Vinh, tỉnh Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận bài: 06/03/2024

Ngày chỉnh sửa: 21/05/2024; Ngày duyệt đăng: 29/06/2024

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của người cao tuổi điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

Đối tượng: Nghiên cứu 290 bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên điều trị nội trú tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2023.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Kết quả: Tỷ lệ suy dinh dưỡng ở nhóm chưa tốt nghiệp trung học phổ thông cao hơn (MNA và NRS) lần lượt là 2 lần và 1,9 lần so với nhóm tốt nghiệp trung học phổ thông trở lên (OR = 2; 95%CI = 1,0-3,9 và OR = 1,9; 95%CI = 1,0-3,7). Tỷ lệ suy dinh dưỡng (MNA) ở nhóm nông thôn/miền núi cao hơn 2,2 lần so với nhóm thành phố/thị xã (OR = 2,2; 95%CI = 1,2-3,8). Tỷ lệ suy dinh dưỡng (BMI) ở nhóm sống độc thân/ở góa cao hơn 3 lần so với nhóm sống chung với vợ/chồng/con cái (OR = 3; 95%CI = 1,4-6,6). Tỷ lệ suy dinh dưỡng ở nhóm mắc từ 2 bệnh lý trở lên (MNA và NRS) cao hơn 4,5 lần và 4,8 so với nhóm mắc 1 bệnh (OR = 4,5; 95%CI = 2,5-7,9 và OR = 4,8; 95%CI = 2,6-8,7). Hoạt động thể lực ít hoặc không hoạt động thể lực làm tăng nguy cơ suy dinh dưỡng so với nhóm hoạt động thể lực trung bình và thường xuyên.

Kết luận: Tỷ lệ suy dinh dưỡng ở nhóm chưa tốt nghiệp trung học phổ thông cao hơn nhóm tốt nghiệp trung học phổ thông trở lên; nhóm nông thôn/miền núi cao hơn nhóm thành phố/thị xã; nhóm sống độc thân/ở góa cao hơn nhóm sống chung với vợ/chồng/con cái; nhóm mắc từ 2 bệnh lý trở lên cao hơn nhóm mắc 1 bệnh.

Từ khóa: Suy dinh dưỡng, người cao tuổi, Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

* Tác giả liên hệ

Email: nguyenducphuckhoacc@gmail.com

Điện thoại: (+84) 963763676

<http://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD7.1332>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy dinh dưỡng là tình trạng phổ biến của người cao tuổi tại bệnh viện. Tình trạng dinh dưỡng kém của người bệnh cao tuổi gắn liền với sự chậm hồi phục, kéo dài thời gian nằm viện, tăng nguy cơ tái nhập viện, tăng nguy cơ nhiễm trùng, làm thay đổi chất lượng cuộc sống và tăng nguy cơ tử vong [1].

Tỷ lệ suy dinh dưỡng (SDD) ở người cao tuổi khá phổ biến và có liên quan đến tăng tỷ lệ nằm viện và tử vong [2]. Theo nghiên cứu của Vũ Nguyễn Huyền Nga và cộng sự, tỷ lệ SDD ở người bệnh cao tuổi có bệnh lý tim mạch theo BMI là 15,4%, theo MNA (Mini Nutrition Assessment) là 56,7% và theo NRS (Nutritional Risk Screening)-2002 là 47,8%; có mối liên quan giữa độ tuổi và tình trạng năng lượng khẩu phần đến tỷ lệ SDD theo cả MNA và NRS-2002 [3]. Tỷ lệ SDD có mối liên quan với tần suất tiêu thụ thực phẩm, mức độ hoạt động thể lực thấp và một số đặc tính của đối tượng nghiên cứu như tuổi từ 80 trở lên, không làm việc gì, trình độ học vấn thấp, kinh tế gia đình nghèo, cận nghèo và tình trạng góa vợ/chồng, chưa lập gia đình [4]. Kết quả các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ SDD ở người cao tuổi nhập viện trên thế giới cũng như ở Việt Nam khá cao. Tuy nhiên các hướng dẫn, chế độ dinh dưỡng và những yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng cho người cao tuổi nhập viện chưa thực sự được quan tâm. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu mô tả một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của người cao tuổi điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

- Người bệnh từ 60 tuổi trở lên, điều trị nội trú tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ tháng 1-6/2023.
- Bệnh nhân có thể trả lời được bộ câu hỏi.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có tình trạng phù, mất chi, cổ chướng, tràn dịch hoặc bệnh lý về thần kinh, cơ xương khớp làm hạn chế vận động chủ động.
- Bệnh nhân đột quy cấp, ngay sau phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng cho 1 tỷ lệ:

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

Trong đó: n là cỡ mẫu nghiên cứu.

$Z^2_{1-\alpha/2} = 1,96$ (với độ tin cậy 95%).

d = 0,05 (độ sai lệch cho phép).

p = 0,239 (tỷ lệ SDD theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Nhật Tảo theo MNA là 23,9%) [4].

Từ công thức trên tính ra n = 279, dự trừ thêm một số bệnh nhân bỏ cuộc, chúng tôi làm tròn cỡ mẫu n = 290.

2.2.3. Chọn mẫu

Mẫu nghiên cứu được lựa chọn theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên. Lấy danh sách vào viện tại Khoa Khám bệnh, đánh số thứ tự cho tất cả người bệnh cao tuổi. Chọn ngẫu nhiên những người bệnh có số thứ tự là 2, 12, 22... cho đến khi đủ cỡ mẫu 290.

2.2.4. Các biến số nghiên cứu

- Các biến số và cách đánh giá tình trạng dinh dưỡng:

+ Phương pháp đánh giá dinh dưỡng theo chỉ số khối cơ thể (BMI): BMI = Cân nặng (kg)/Chiều cao (m)². Bình thường khi BMI = 18,5-24,9; SDD khi BMI < 18,5; thừa cân, béo phì khi BMI ≥ 25.

+ Phương pháp đánh giá dinh dưỡng tối thiểu theo MNA: tình trạng dinh dưỡng bình thường khi MNA từ 12-14 điểm; có nguy cơ SDD khi MNA từ 8-11 điểm; bị SDD khi MNA từ 0-7 điểm.

+ Phương pháp sàng lọc nguy cơ dinh dưỡng theo NRS-2002 (tổng điểm từ 0 đến 7): người bệnh có nguy cơ về dinh dưỡng khi NRS > 3 điểm; sàng lọc người bệnh lại hàng tuần khi NRS ≤ 3 điểm.

+ Nhóm biến số và chỉ số về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi (tính theo năm dương lịch); giới tính; địa chỉ (nông thôn/miền núi, thành phố/thị xã); trình độ học vấn: chưa tốt nghiệp trung học phổ thông (không biết chữ, tiểu học, trung học cơ sở), tốt nghiệp trung học phổ thông trở lên (trung học phổ thông, trung cấp/cao đẳng, đại học/sau đại học); số lượng bệnh lý mắc phải (mắc 1 bệnh, mắc từ 2 bệnh lý trở lên); tình trạng hôn nhân (độc thân, sống chung với vợ/chồng, ở góa).

+ Nhóm biến số và chỉ số về một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu: thời gian tập thể dục hàng ngày: không tập hoặc ít hoạt động thể lực; hoạt động trung bình (< 150 phút/tuần: dưới 30 phút/ngày, dưới 5 ngày/tuần); hoạt động thường xuyên (≥ 150 phút/tuần: từ 30 phút/ngày trở lên, 5 ngày/tuần trở lên); số bệnh lý mắc phải (có 1 bệnh, có từ 2 bệnh lý trở lên).

2.2.5. Xử lý số liệu

Tất cả các số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0, tính các giá trị trung bình, tỷ lệ phần trăm.

Sử dụng các test thống kê để kiểm định, so sánh và tìm mối tương quan, gồm:

- Các biến liên tục được biểu diễn dưới dạng giá trị trung bình \pm độ lệch chuẩn ($X \pm SD$). Biến định tính thứ tự và rời rạc trình bày dưới dạng tỷ lệ %.

- So sánh hai giá trị trung bình bằng kiểm định T-test. So sánh hơn hai giá trị trung bình bằng kiểm định Anova test một chiều hoặc Mann-Whitney test khi biến không có phân phối chuẩn.

- So sánh kết quả các biến định tính bằng kiểm định χ^2 .

- Kiểm định Fisher exact test được sử dụng thay thế kiểm định χ^2 khi số ô trong bảng có giá trị kỳ vọng nhỏ hơn 5 chiếm trên 20% tổng số ô trong bảng.

- Sự khác biệt giữa các so sánh có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$ (chọn ngưỡng sai lầm $\alpha = 0,05$ cho tất cả các trường hợp so sánh và ước lượng).

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng (BMI) và một số yếu tố nhân khẩu học

Đặc điểm		Có SDD	Không SDD	OR (95%CI)	p
Tuổi	≥ 80 tuổi	10 (25,6%)	45 (17,9%)	1,6 (0,7-3,5)	0,25
	60-79 tuổi	29 (74,4%)	206 (82,1%)		
Giới	Nam	20 (51,3%)	124	1,1 (0,6-2,1)	0,86
	Nữ	19 (48,7%)	127		
Trình độ học vấn	Chưa tốt nghiệp trung học phổ thông	36 (92,3%)	207 (82,5%)	2,6 (0,8-8,7)	0,16
	Tốt nghiệp trung học phổ thông trở lên	3 (7,7%)	44 (17,5%)		
Nơi ở	Nông thôn, miền núi	29 (74,4%)	178 (70,9%)	1,2 (0,6-2,2)	0,65
	Thành phố, thị xã	10 (25,6%)	73 (29,1%)		
Tình trạng sống chung	Độc thân/ở góa	12 (30,8%)	32 (12,7%)	3,0 (1,4-6,6)	< 0,05
	Sống cùng vợ/chồng/con cái	27 (69,2%)	219 (87,3%)		

Nhận xét: Có yếu tố liên quan giữa tình trạng hôn nhân đến phân loại tình trạng dinh dưỡng theo BMI ($p < 0,05$). Tỷ lệ có nguy cơ dinh dưỡng ở nhóm độc thân/ở góa cao hơn 3 lần so với nhóm sống cùng vợ/chồng/con cái (OR = 3; 95% CI = 1,4-6,6).

Bảng 2: Một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng (BMI) và một số yếu tố bệnh lý, hoạt động thể lực

Đặc điểm		Có SDD	Không SDD	OR (95%CI)	p
Số bệnh kết hợp	Mắc từ 2 bệnh trở lên	34 (66,7)	209 (86,1)	1,3 (0,6-2,9)	0,46
	Mắc 1 bệnh	6 (33,3)	42 (13,9)		
Hoạt động thể lực	Ít hoạt động	25 (64,1)	57 (22,7)	6,1 (2,9-12,5)	< 0,001
	Hoạt động trung bình và thường xuyên	14 (35,9)	194 (77,3)		

Nhận xét: Có yếu tố liên quan giữa tình trạng hoạt động thể lực đến phân loại tình trạng dinh dưỡng theo BMI ($p < 0,001$). Tỷ lệ có nguy cơ dinh dưỡng ở nhóm ít hoạt động cao hơn 6,1 lần so với nhóm hoạt động trung bình và thường xuyên (OR = 6,1; 95% CI = 2,9-12,5).

Bảng 3: Một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng (MNA) và một số yếu tố nhân khẩu học

Đặc điểm		Có SDD	Không SDD	OR (95%CI)	p
Tuổi	≥ 80 tuổi	45 (20,5%)	10 (14,3%)	1,5 (0,7-3,3)	0,25
	60-79 tuổi	175 (79,5%)	60 (85,7%)		
Giới	Nam	112 (50,9%)	32 (45,7%)	1,2 (0,7-2,1)	0,45
	Nữ	108 (49,1%)	38 (54,3%)		
Trình độ học vấn	Chưa tốt nghiệp trung học phổ thông	190 (86,4%)	53 (75,7%)	2,0 (1,0-3,9)	< 0,05
	Tốt nghiệp trung học phổ thông trở lên	30 (13,6%)	17 (24,3%)		
Nơi ở	Nông thôn, miền núi	166 (75,5%)	41 (58,6%)	2,2 (1,2-3,8)	< 0,05
	Thành phố, thị xã	54 (24,5%)	29 (41,4%)		
Tình trạng sống chung	Độc thân/ở góa	36 (16,4%)	8 (11,4%)	1,5 (0,7-3,4)	0,31
	Sống cùng vợ/chồng/con cái	184 (83,6%)	62 (88,6%)		

Nhận xét: Có yếu tố liên quan giữa trình độ học vấn đến phân loại tình trạng dinh dưỡng theo MNA ($p < 0,05$). Tỷ lệ có nguy cơ dinh dưỡng ở nhóm chưa tốt nghiệp trung học phổ thông cao hơn 2 lần so với nhóm tốt nghiệp trung học phổ thông trở lên (OR = 2; 95%CI = 1,0-3,9).

Có yếu tố liên quan giữa nơi ở đến phân loại tình trạng dinh dưỡng theo MNA ($p < 0,05$). Tỷ lệ có nguy cơ dinh dưỡng ở nhóm nông thôn/miền núi cao hơn 2,2 lần so với nhóm ở thành phố/thị xã (OR = 2,2; 95%CI = 1,2-3,8).

Bảng 4: Một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng (MNA) và một số yếu tố bệnh lý và lối sống

Đặc điểm		Có SDD	Không SDD	OR (95%CI)	p
Số bệnh kết hợp	Có từ 2 bệnh trở lên	176 (80%)	33 (47,1%)	4,5 (2,5-7,9)	< 0,001
	Có 1 bệnh	44 (20%)	37 (52,9%)		
Hoạt động thể lực	Ít hoạt động	71 (32,3%)	11 (15,7%)	2,6 (1,3-5,2)	< 0,001
	Hoạt động trung bình và thường xuyên	149 (67,7%)	59 (84,3%)		

Nhận xét: Có yếu tố liên quan giữa nhóm mắc từ 2 bệnh trở lên đến phân loại tình trạng dinh dưỡng theo MNA ($p < 0,001$). Tỷ lệ có nguy cơ SDD ở nhóm mắc từ 2 bệnh trở lên cao hơn 2 lần so với nhóm mắc 1 bệnh (OR = 4,5; 95%CI = 2,5-7,9).

Có yếu tố liên quan giữa hoạt động thể lực đến phân loại tình trạng dinh dưỡng theo MNA ($p < 0,001$). Tỷ lệ có nguy cơ SDD ở nhóm ít hoạt động thể lực cao hơn 2,6 lần so với nhóm hoạt động trung bình và thường xuyên (OR = 1,6; 95%CI = 1,3-5,2).

Bảng 5: Một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng (NRS) và một số yếu tố nhân khẩu học

Đặc điểm		Có SDD	Không SDD	OR (95%CI)	p
Tuổi	≥ 80 tuổi	35 (22,3%)	20 (15%)	1,6 (0,9-3,0)	0,12
	60-79 tuổi	122 (77,7%)	113 (85%)		
Giới	Nam	82 (52,2%)	62 (46,6%)	1,3 (0,8-2,0)	0,34
	Nữ	75 (47,8%)	71 (53,4%)		
Trình độ học vấn	Chưa tốt nghiệp trung học phổ thông	138 (87,9%)	105 (78,9%)	1,9 (1,0-3,7)	< 0,05
	Tốt nghiệp trung học phổ thông trở lên	19 (12,1%)	128 (21,1%)		
Nơi ở	Nông thôn, miền núi	115 (73,2%)	92 (69,2%)	1,2 (0,7-2,0)	0,45
	Thành phố, thị xã	42 (26,8%)	41 (30,8%)		
Tình trạng sống chung	Độc thân/ở góa	28 (17,8%)	16 (12%)	1,6 (0,8-3,1)	0,17
	Sống cùng vợ/chồng/con cái	129 (82,2%)	117 (88%)		

Nhận xét: Có yếu tố liên quan giữa tình trạng trình độ học vấn đến phân loại tình trạng dinh dưỡng theo NRS ($p < 0,05$). Tỷ lệ có nguy cơ SDD ở nhóm chưa tốt nghiệp trung học phổ thông cao hơn 1,9 lần so với nhóm tốt nghiệp trung học phổ thông trở lên (OR = 1,9; 95%CI = 1,0-3,7).

Bảng 6: Một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng (NRS) và một số yếu tố bệnh lý, hoạt động thể lực

Đặc điểm		Có SDD	Không SDD	OR (95%CI)	p
Số bệnh kết hợp	Mắc từ 2 bệnh trở lên	65 (41,4%)	17 (12,8%)	4,8 (2,6-8,7)	< 0,001
	Mắc 1 bệnh	92 (58,6%)	116 (87,2%)		
Hoạt động thể lực	Ít hoạt động	126 (80,3%)	83 (62,4%)	2,4 (1,4-4,1)	< 0,05
	Hoạt động trung bình hoặc thường xuyên	31 (19,7%)	50 (37,6%)		

Nhận xét: Có yếu tố liên quan giữa nhóm mắc từ 2 bệnh trở lên đến phân loại tình trạng dinh dưỡng theo NRS ($p < 0,001$). Tỷ lệ có nguy cơ SDD ở nhóm mắc từ 2 bệnh trở lên cao hơn 4,8 lần so với nhóm mắc 1 bệnh (OR = 4,8; 95%CI = 2,6-8,7).

Có yếu tố liên quan giữa hoạt động thể lực đến phân loại tình trạng dinh dưỡng theo MNA ($p < 0,05$). Tỷ lệ có nguy cơ SDD ở nhóm ít hoạt động cao hơn 2,4 lần so với nhóm hoạt động trung bình và thường xuyên (OR = 1,6; 95%CI = 1,4-4,1).

4. BÀN LUẬN

Tuổi bệnh nhân

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân thuộc nhóm tuổi từ 80 trở lên có tỷ lệ SDD cao hơn bệnh nhân nhóm tuổi 60-79 khi đánh giá bằng cả 3 phương pháp BMI, MNA và NRS. Tuy nhiên, khi phân tích đơn biến mỗi liên quan giữa nhóm tuổi và tỷ lệ SDD theo cả 3 yếu tố không có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu tổng quan tài liệu của Leij-Halfwerk S và cộng sự, trong số 21.465 nghiên cứu, 196 nghiên cứu có sẵn để trích xuất dữ liệu, đại diện cho 223 mẫu nghiên cứu từ 24 quốc gia châu Âu và 583.972 người ≥ 65 tuổi. Tỷ lệ có nguy cơ dinh dưỡng cao hơn ở nhóm đối tượng ≥ 80 tuổi ($p < 0,0001$); nguy cơ dinh dưỡng có liên quan đến tuổi già [5]. Nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Tú Quyên và cộng sự cũng cho thấy các yếu tố liên quan đến tình trạng SDD như tuổi, việc dùng thuốc, tình trạng da và tiêu thụ dinh dưỡng ($p < 0,05$) [6]. Tuổi tăng cao đồng hành với tình trạng lão hóa. Lão hóa hiếm khi xảy ra đơn độc mà thường đi kèm với các bệnh mạn tính, tình trạng chung suy giảm, hôn mê, khuyết tật, yếu đuối và cách ly xã hội [7]. Điều này có thể giải thích vì sao tuổi cao có thể gây ảnh hưởng nhất định đến tình trạng dinh dưỡng của người bệnh.

Giới tính

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chưa tìm thấy sự khác biệt về tỷ lệ SDD giữa nam và nữ khi đánh giá bằng các công cụ BMI, MNA, NRS.

Trình độ học vấn

Chúng tôi tìm thấy mối liên quan giữa trình độ học vấn và SDD khi đánh giá bằng MNA và NRS. Có yếu tố liên quan giữa trình độ học vấn chưa tốt nghiệp trung học phổ thông với tỷ lệ SDD theo MNA ($p < 0,05$). Tỷ lệ SDD ở nhóm chưa tốt nghiệp trung học phổ thông cao hơn 2 lần so với nhóm tốt nghiệp trung học phổ thông trở lên ($OR = 2$; $95\%CI = 1,0-3,9$). Có yếu tố liên quan giữa trình độ học vấn chưa tốt nghiệp trung học phổ thông với tỷ lệ SDD theo NRS ($p < 0,05$). Tỷ lệ SDD ở nhóm chưa tốt nghiệp trung học phổ thông cao hơn 1,9 lần so với nhóm tốt nghiệp trung học phổ thông trở lên ($OR = 1,9$; $95\%CI = 1,0-3,7$). Chưa thể kết luận người có trình độ học vấn càng cao thì có tỷ lệ SDD càng thấp hơn. Tuy nhiên, không thể phủ nhận trình độ học vấn cũng có ảnh hưởng đến sự tiếp nhận các thông tin và các biện pháp thực hành trong chăm sóc sức khỏe cũng như chăm sóc dinh dưỡng người cao tuổi tốt hơn.

Nơi ở

Có yếu tố liên quan giữa nơi ở với tỷ lệ SDD theo MNA ($p < 0,05$). Tỷ lệ SDD ở nhóm nông thôn/miền núi cao hơn 2,2 lần so với nhóm thành phố/thị xã ($OR = 2,2$; $95\%CI = 1,2-3,8$). Mối liên quan này có thể do điều kiện kinh tế và chăm sóc, cũng như thói quen sinh hoạt,

mức độ tiếp cận và hiểu biết về vấn đề chăm sóc sức khỏe người cao tuổi ở thành phố tốt hơn so với ở nông thôn/miền núi.

Tình trạng sống chung

Có mối liên quan giữa tình trạng sống chung với tỷ lệ SDD theo BMI ($p < 0,05$). Tỷ lệ SDD ở nhóm sống độc thân/ở góa cao hơn 3 lần so với nhóm sống chung với vợ/chồng/con cái ($OR = 3$; $95\%CI = 1,4-6,6$). Điều này có thể lý giải do những người sống chung với gia đình dễ có điều kiện được chăm sóc dinh dưỡng tốt hơn, cũng như các tác động tích cực đến tâm lý người cao tuổi khi có người chăm sóc sẽ tốt hơn so với những người phải sống độc thân, một mình.

Số bệnh kết hợp

Tỷ lệ mắc đa bệnh lý mạn tính ở người cao tuổi hiện nay là rất cao; nghiên cứu của Nguyễn Quỳnh Anh và cộng sự cho thấy tỷ lệ đa bệnh lý mạn tính chiếm 83,4% [8]; tỷ lệ này trong nghiên cứu của Nguyễn Trung Anh và cộng sự là 87,8% [9]. Có yếu tố liên quan giữa số bệnh lý mắc phải với tỷ lệ SDD theo MNA ($p < 0,001$). Tỷ lệ SDD ở nhóm mắc từ 2 bệnh lý trở lên cao hơn 4,5 lần so với nhóm mắc 1 bệnh ($OR = 4,5$; $95\%CI = 2,5-7,9$). Có yếu tố liên quan giữa số bệnh lý mắc phải với tỷ lệ SDD theo NRS ($p < 0,001$). Tỷ lệ SDD ở nhóm mắc từ 2 bệnh lý trở lên cao hơn 4,8 lần so với nhóm mắc 1 bệnh ($OR = 4,8$; $95\%CI = 2,6-8,7$). Người cao tuổi bị các bệnh mạn tính có nguy cơ SDD cao hơn so với những người không bị nhiều bệnh mạn tính. Một nghiên cứu bệnh chứng cho thấy những người bị các bệnh mạn tính ở cộng đồng có điểm số đánh giá dinh dưỡng tối thiểu (Mini Nutritional Assessment Short Form - MNASF) thấp hơn đáng kể so với nhóm không bị các bệnh mạn tính. Tuổi cao và các biến chứng của bệnh mạn tính đã được chứng minh có liên quan làm tăng nguy cơ SDD ở bệnh nhân cao tuổi [10].

Hoạt động thể lực

Hoạt động thể chất, tập thể dục là những biện pháp hiệu quả chống lão hóa cơ và đã được chứng minh là làm giảm sự suy giảm khối lượng cơ, sức mạnh và khả năng tái tạo liên quan đến tuổi, đồng thời làm chậm hoặc ngăn ngừa sự suy giảm quá trình trao đổi chất của cơ [11]. Chúng tôi tìm thấy mối liên quan giữa hoạt động thể lực với SDD khi đánh giá bằng cả 3 phương pháp.

Phân tích mối liên quan giữa hoạt động thể lực và tình trạng dinh dưỡng đánh giá theo BMI: tỷ lệ SDD ở nhóm ít hoạt động thể lực cao hơn 6,1 lần so với nhóm hoạt động thể lực trung bình và hoạt động thường xuyên ($OR = 6,1$; $95\%CI = 2,9-12,5$) với $p < 0,001$.

Đánh giá theo MNA: tỷ lệ SDD ở nhóm ít hoạt động thể lực cao hơn 2,6 lần so với nhóm hoạt động thể lực trung bình và hoạt động thể lực thường xuyên ($OR = 2,6$; $95\%CI = 1,3-5,2$) với $p < 0,001$.

Đánh giá theo NRS: tỷ lệ SDD ở nhóm ít hoạt động thể lực cao hơn 2,4 lần so với nhóm hoạt động thể lực trung bình và hoạt động thường xuyên (OR = 2,4; 95% CI = 1,4-4,1) với $p < 0,05$.

Nhiều nghiên cứu đã chứng minh hoạt động thể lực có mối liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của người bệnh. Cần thực hiện các biện pháp truyền thông, giáo dục sức khỏe, vận động người cao tuổi thường xuyên tập thể dục với cường độ phù hợp để cải thiện sức cơ, tình trạng loãng xương, nâng cao sức khỏe thể chất. Nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng tới tình trạng dinh dưỡng giúp chúng ta xác định được các yếu tố nguy cơ, cũng như các yếu tố có lợi trong chăm sóc sức khỏe tổng thể người cao tuổi nói chung và chăm sóc dinh dưỡng nói riêng. Ở tầm vĩ mô, giúp cho nhà nước và xã hội tìm ra các giải pháp nhằm tăng cường, nâng cao sức khỏe, nâng cao tình trạng dinh dưỡng cho người cao tuổi.

5. KẾT LUẬN

Đối với người cao tuổi, tỷ lệ SDD ở nhóm chưa tốt nghiệp trung học phổ thông cao hơn (MNA và NRS) lần lượt là 2 lần và 1,9 lần nhóm tốt nghiệp trung học phổ thông trở lên (OR = 2; 95% CI = 1,0-3,9 và OR = 1,9; 95% CI = 1,0-3,7). Tỷ lệ SDD (MNA) ở nhóm nông thôn/miền núi cao hơn 2,2 lần so với nhóm thành phố/thị xã (OR = 2,2; 95% CI = 1,2-3,8). Tỷ lệ SDD (BMI) ở nhóm sống độc thân/ở góa cao hơn 3 lần so với nhóm sống chung với vợ/chồng/con cái (OR = 3; 95% CI = 1,4-6,6). Tỷ lệ SDD ở nhóm mắc từ 2 bệnh lý trở lên (MNA và NRS) cao hơn 4,5 lần và 4,8 so với nhóm mắc 1 bệnh (OR = 4,5; 95% CI = 2,5-7,9 và OR = 4,8; 95% CI = 2,6-8,7). Hoạt động thể lực ít hoặc không hoạt động thể lực làm tăng nguy cơ SDD so với nhóm hoạt động thể lực trung bình và thường xuyên ở cả 3 phương pháp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Shpata V, Ohri I, Nurka T et al, The prevalence and consequences of malnutrition risk in elderly Albanian intensive care unit patients, Clin. Interv. Aging, 2015, Vol. 10, pp. 481-486, doi: 10.2147/CIA.S77042.

[2] Alzahrani SH, Alamri SH, Prevalence of malnutrition and associated factors among hospitalized elderly patients in King Abdulaziz University Hospital, Jeddah, Saudi Arabia, BMC Geriatr, Vol. 17, No. 1, p. 136, Jul. 2017, doi: 10.1186/s12877-017-0527-z.

[3] Vũ Nguyễn Huyền Nga, Nguyễn Đỗ Huy, Đỗ Thị Hòa, Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh cao tuổi mắc bệnh tim mạch và một số yếu tố liên

quan tại Bệnh viện II Lâm Đồng năm 2021-2022, Thesis, 2022. Accessed: Dec. 21, 2022 [Online]. Available: <http://dulieuso.hmu.edu.vn/handle/hmu/3678>.

- [4] Nguyễn Thị Nhật Tảo, Phạm Thị Lan Anh, Tỷ lệ suy dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi dân tộc Khmer tại huyện Trà Cú, tỉnh Trà Vinh năm 2020, Tạp chí Y học dự phòng, Vol. 31, No. 3, Art. No. 3, Jun. 2021, doi: 10.51403/0868-2836/2021/321.
- [5] Leij - Halfwerk S et al, Prevalence of protein-energy malnutrition risk in European older adults in community, residential and hospital settings, according to 22 malnutrition screening tools validated for use in adults ≥ 65 years: A systematic review and meta-analysis, Maturitas, Vol. 126, pp. 80-89, Aug. 2019, doi: 10.1016/j.maturitas.2019.05.006.
- [6] Nguyễn Ngọc Tú Quyên, Nguyễn Thị Đào, Thực trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi tại Bệnh viện Trung tâm Đa khoa An Giang năm 2023, Tạp chí Y học cộng đồng, Vol. 64, No. 5, Aug. 2023, doi: 10.52163/yhc.v64i5.761.
- [7] Christensen K, Doblhammer G, Rau R et al., Ageing populations: the challenges ahead, Lancet, Vol. 374, No. 9696, pp. 1196-1208, Oct. 2009, doi: 10.1016/S0140-6736(09) 61460-4.
- [8] Nguyễn Quỳnh Anh, Nguyễn Xuân Thanh, Phạm Thắng và cộng sự, Tình trạng đa bệnh lý mạn tính của người cao tuổi tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An, Tạp chí Y học Việt Nam, Vol. 529, No. 1, Art. No. 1, Aug. 2023, doi: 10.51298/vmj.v529i1.6288.
- [9] Nguyễn Trung Anh, Nguyễn Xuân Thanh, Nguyễn Thị Hoài Thu và cộng sự, Tình trạng đa bệnh lý mạn tính và một số yếu tố liên quan trên người cao tuổi, J. 108 - Clin. Med. Pharmacy, Mar. 2022, doi: 10.52389/ydls.v17i2. 1149.
- [10] Shikany J.M, Barrett - Connor E, Ensrud K.E et al, Macronutrients, diet quality, and frailty in older men, J. Gerontol A Biol Sci Med Sci., 2014, 69 (6), 695-701. doi:10.1093/gerona/glt196.
- [11] Distefano G, Goodpaster B.H, Effects of Exercise and Aging on Skeletal Muscle, Cold Spring Harb. Perspect. Med., Vol. 8, No. 3, p. a029785, Mar. 2018, doi: 10.1101/cshperspect.a029785.