

PREVALENCE OF OVERWEIGHT AND OBESITY AND ITS ASSOCIATION WITH QUALITY OF LIFE AMONG INPATIENTS RECEIVING TRADITIONAL MEDICINE TREATMENT IN HO CHI MINH CITY

Vo Trong Tuan, Duong Thi Ngoc Lan, Pham Thi Lan Anh, Vo Van Tam*

University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh city - 217 Hong Bang, Cho Lon ward, Ho Chi Minh city, Vietnam

Received: 04/7/2025

Revised: 11/7/2025; Accepted: 30/7/2025

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of overweight and obesity and analyze the association between nutritional status and quality of life among inpatients undergoing traditional medicine treatment.

Subject and method: A cross-sectional study was conducted on 386 inpatients at three hospitals in Ho Chi Minh city from April 2024 to February 2025. Nutritional status was classified using BMI based on the Asian BMI criteria. Quality of life was assessed using the EQ-5D-5L instrument.

Results: The prevalence of overweight and obesity was 46.4%. No statistically significant associations were found between overweight and obesity and gender, age, occupation, or education. Frequent consumption of fatty foods increased the risk of overweight and obesity (OR = 2.78; $p < 0.05$). The overweight and obesity group had higher levels of hemoglobin and lymphocytes ($p < 0.001$). Although EQ-VAS scores were lower in the overweight and obesity group than in the non-overweight and obesity group, the difference was not statistically significant ($p = 0.189$).

Conclusion: Overweight and obesity are common among traditional medicine inpatients and are likely associated with reduced quality of life. Early nutritional assessment and intervention should be integrated into comprehensive inpatient care in traditional medicine settings.

Keywords: Overweight, obesity, quality of life, inpatient, traditional medicine.

*Corresponding author

Email: vovantamyttcc@ump.edu.vn **Phone:** (+84) 938411205 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD12.2969**



TỈ LỆ THỪA CÂN, BÉO PHÌ VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG Ở NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ Y HỌC CỔ TRUYỀN TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Võ Trọng Tuấn, Dương Thị Ngọc Lan, Phạm Thị Lan Anh, Võ Văn Tâm*

Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh - 217 Hồng Bàng, phường Chợ Lớn, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/7/2025

Ngày chỉnh sửa: 11/7/2025; Ngày duyệt đăng: 30/7/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ thừa cân, béo phì và phân tích mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng với chất lượng cuộc sống của người bệnh nội trú điều trị y học cổ truyền.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 386 người bệnh nội trú tại 3 bệnh viện tại thành phố Hồ Chí Minh trong thời gian từ tháng 4/2024 đến tháng 2/2025. Tình trạng dinh dưỡng phân loại theo BMI và chuẩn BMI châu Á, chất lượng cuộc sống đánh giá bằng bộ công cụ EQ-5D-5L.

Kết quả: Tỷ lệ thừa cân, béo phì chiếm 46,4%. Không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thừa cân, béo phì với giới, tuổi, nghề nghiệp và học vấn. Ăn nhiều đồ béo làm tăng nguy cơ thừa cân, béo phì ($OR = 2,78$; $p < 0,05$). Nhóm thừa cân, béo phì có hemoglobin và lympho cao hơn ($p < 0,001$). Điểm EQ-VAS của nhóm thừa cân, béo phì thấp hơn nhóm không thừa cân và béo phì, nhưng không khác biệt có ý nghĩa ($p = 0,189$).

Kết luận: Thừa cân, béo phì là tình trạng phổ biến và có xu hướng liên quan đến giảm chất lượng cuộc sống ở người bệnh nội trú y học cổ truyền. Cần lồng ghép đánh giá và can thiệp sớm tình trạng dinh dưỡng vào chăm sóc toàn diện trong y học cổ truyền.

Từ khóa: Thừa cân, béo phì, chất lượng cuộc sống, nội trú, y học cổ truyền.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thừa cân, béo phì đang gia tăng nhanh trong cộng đồng và ngày càng phổ biến ở người bệnh nội trú, kể cả trong các cơ sở điều trị y học cổ truyền (YHCT). Thừa cân, béo phì không chỉ làm gia tăng nguy cơ bệnh lý mạn tính như tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, mà còn ảnh hưởng tiêu cực đến chất lượng cuộc sống (CLCS) về cả thể chất và tinh thần [1], [4]. Mặc dù suy dinh dưỡng vẫn tồn tại ở một bộ phận người bệnh nội trú, đặc biệt là người cao tuổi hoặc người mắc bệnh mạn tính, xu hướng gia tăng thừa cân, béo phì mới là vấn đề nổi bật hiện nay cần được quan tâm đúng mức. Cả thiếu và thừa dinh dưỡng đều ảnh hưởng tiêu cực đến CLCS, nhưng các bằng chứng về thừa cân, béo phì trong thực hành YHCT nội trú hiện còn hạn chế. Nghiên cứu của Okobi O.E và cộng sự đã chỉ ra rằng thừa cân, béo phì ảnh hưởng nhiều chiều đến CLCS, đặc biệt là khả năng vận động, đau mạn tính, lo âu và giảm tự chủ [4]. Trong khi đó, YHCT với các liệu pháp như châm cứu, cứu ngải, thực dưỡng, xoa bóp bấm huyệt đã được chứng minh có hiệu quả hỗ trợ giảm cân, điều hòa chuyển hóa và cải thiện chất lượng sống ở bệnh nhân béo phì [5], [6]. Tuy nhiên, hiện chưa có nhiều nghiên cứu trong nước lồng ghép đầy đủ giữa

phân loại dinh dưỡng theo chuẩn châu Á và đánh giá CLCS bằng công cụ chuẩn hóa (EQ-5D-5L) trong thực hành YHCT nội trú. Việc khảo sát này là cần thiết nhằm xác định tỷ lệ thừa cân, béo phì, đặc điểm liên quan và định hướng lồng ghép sàng lọc - can thiệp sớm vào chăm sóc toàn diện người bệnh.

Do đó, nghiên cứu này nhằm xác định tỷ lệ thừa cân, béo phì và phân tích mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng với CLCS ở người bệnh nội trú điều trị YHCT.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh - cơ sở 3, Bệnh viện Chính hình và Phục hồi chức năng (Bệnh viện 1A) và Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 4/2024 đến tháng 2/2025.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành trên người bệnh nội trú điều trị YHCT tại 3 bệnh viện trên, đủ 18 tuổi trở lên và đồng ý tham gia nghiên cứu.

*Tác giả liên hệ

Email: vovantamytcc@ump.edu.vn Điện thoại: (+84) 938411205 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD12.2969>

Loại những trường hợp người bệnh nằm viện nội trú trên 36 giờ, có thai, đang mắc các bệnh lý cấp tính (suy tim cấp, suy thận cấp, suy thương thận cấp, hôn mê...), không đủ năng lực về thể chất và tinh thần tham gia nghiên cứu, không hợp tác trong quá trình thăm khám hoặc nội dung bảng khảo sát không đầy đủ.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

Cỡ mẫu áp dụng công thức tính ước lượng một tỉ lệ:

$$n \geq Z_{1-\alpha/2}^2 \times \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n là số đối tượng cần điều tra; Z là trị số phân phối chuẩn, với Z lấy từ giá trị phân phối chuẩn, độ tin cậy 95% thì Z = 1,96; α là xác suất sai lầm loại 1, α = 0,05; p = 0,517 theo nghiên cứu của Ngô Văn Thu [2], sai số cho phép d = 0,05.

Thay vào công thức, cỡ được cỡ mẫu tối thiểu n = 385.

Thực tế nghiên cứu thu thập được 386 người bệnh thỏa mãn tiêu chí chọn mẫu trong thời gian tiến hành nghiên cứu.

2.5. Biến số nghiên cứu

- Đánh giá thừa cân, béo phì dựa theo tiêu chí của Tổ chức Y tế Thế giới và Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế tại châu Á.
- CLCS: đánh giá bằng bộ công cụ EQ-5D-5L.

2.6. Kỹ thuật, công cụ

Phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi soạn sẵn có cấu trúc, tra cứu hồ sơ bệnh án. Dùng thước đo chiều cao đơn vị centimet (cm) có độ chính xác 0,1 cm và dùng cân điện tử Tanita cân trọng lượng, đơn vị kg, độ chính xác 0,1 kg.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Nhập liệu bằng phần mềm Epidata, phân tích số liệu bằng phần mềm Stata 17.0.

Thống kê mô tả: tần số và tỷ lệ phần trăm của các biến số định tính. Đối với biến số định lượng báo cáo trung bình và độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$); giá trị nhỏ nhất, giá trị lớn nhất (min-max).

Thống kê phân tích: kiểm định χ^2 hoặc kiểm định Fisher's exact test dùng cho biến phân nhóm và kiểm định T. Mức ý nghĩa thống kê được xác định là $p < 0,05$.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu đã được xét duyệt và chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, số 211/HĐĐĐ-ĐHYD.

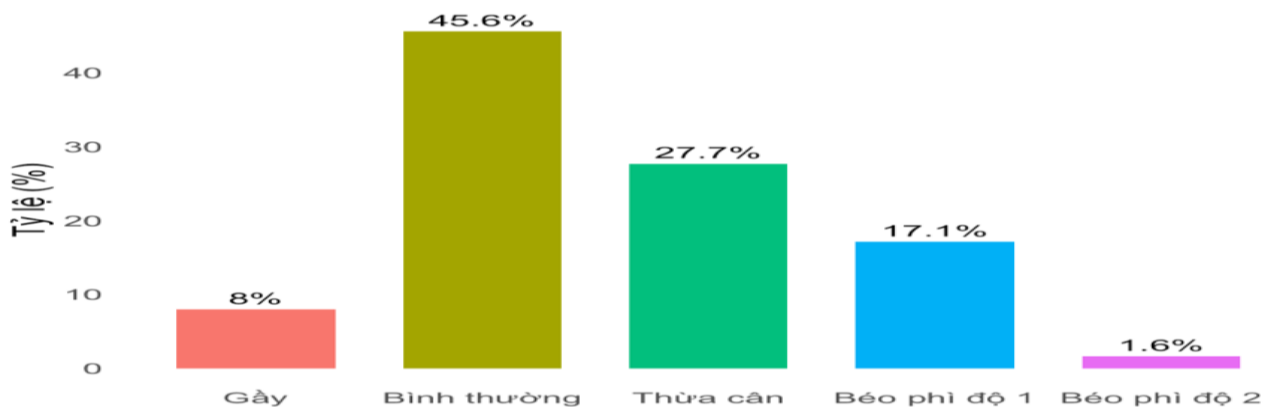
3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 386 người bệnh nội trú (176 nam và 210 nữ), điều trị YHCT tham gia vào nghiên cứu trong khoảng thời gian từ tháng 4/2024 đến tháng 2/2025.

Bảng 1. Đặc điểm nhân trắc của đối tượng nghiên cứu (n = 386)

Đặc tính		Chung	Min-max	Nam (n = 176)	Nữ (n = 210)	p
Cân nặng (kg)		57,8 ± 9,7	32,0-110,0	62,3 ± 10,0	54,0 ± 7,9	< 0,001*
Chiều cao (m)		1,59 ± 0,08	1,35-1,8	1,65 ± 0,06	1,54 ± 0,05	< 0,001*
BMI (kg/m ²)		22,7 ± 3,1	14,0-35,9	22,9 ± 3,3	22,6 ± 2,9	0,375*
Tình trạng dinh dưỡng theo BMI	Gầy (BMI < 18,5)	31 (8,0%)		15 (48,5%)	16 (51,5%)	0,654**
	Bình thường (18,5 = BMI < 23)	176 (45,6%)		74 (42,0%)	102 (58,0%)	
	Thừa cân (23 = BMI < 25)	107 (27,7%)		51 (47,7%)	56 (52,3%)	
	Béo phì độ 1 (25 = BMI < 30)	66 (17,1%)		32 (48,5%)	34 (51,5%)	
	Béo phì độ 2 (BMI ≥ 30)	6 (1,6%)		4 (66,7%)	2 (33,3%)	
Thừa cân, béo phì	Có	179 (46,4%)				
	Không	207 (53,6%)				

Ghi chú: *Kiểm định T, **Kiểm định Fisher's.



Biểu đồ 1. Phân loại tình trạng dinh dưỡng theo BMI

Cân nặng và chiều cao khác biệt rõ giữa nam và nữ ($p < 0,001$), nhưng BMI trung bình tương đương ($p = 0,375$). Tỷ lệ thừa cân, béo phì chiếm 46,4%, trong khi 8% có tình trạng gầy. Không có sự khác biệt có ý nghĩa về phân loại tình trạng dinh dưỡng theo giới ($p = 0,654$).

Bảng 2. Mối liên quan giữa đặc điểm chung với thừa cân, béo phì ($n = 386$)

Đặc tính		Thừa cân, béo phì		p	OR (KTC 95%)
		Có	Không		
Giới tính	Nam	87 (49,4%)	89 (50,6%)	0,270	1,25 (0,82-1,91)
	Nữ	92 (43,8%)	118 (56,2%)		
Tuổi		58,1 ± 13,8	59,3 ± 16,7	0,431	0,99 (0,98-1,01)
Tình trạng hôn nhân	Độc thân/sống một mình	26 (38,2%)	42 (61,8%)	0,138	0,67 (0,37-1,18)
	Có gia đình/sống chung	153 (48,1%)	165 (51,9%)		
Trình độ học vấn	≤ Tiểu học	37 (43,5%)	48 (56,5%)		1
	Trung học cơ sở	61 (54,5%)	51 (45,5%)	0,129	1,55 (0,88-2,74)
	Trung học phổ thông	36 (44,4%)	45 (55,6%)	0,905	1,04 (0,56-1,92)
	> Trung học phổ thông	45 (41,7%)	63 (58,3%)	0,795	0,93 (0,52-1,65)
Nghề nghiệp	Lao động chân tay	68 (51,1%)	65 (48,9%)		1
	Lao động trí óc	30 (46,9%)	34 (53,1%)	0,576	0,84 (0,46-1,53)
	Nghỉ việc do bệnh/hưu	56 (42,4%)	76 (57,6%)	0,156	0,70 (0,43-1,14)
	Nội trợ/thất nghiệp	25 (43,9%)	32 (56,1%)	0,359	0,75 (0,40-1,39)

Không có đặc điểm chung nào liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng thừa cân, béo phì, tất cả đều có $p > 0,05$. Mặc dù nhóm có học vấn trung học cơ sở và nhóm sống cùng gia đình có xu hướng thừa cân, béo phì cao hơn, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3. Mối liên quan giữa đặc điểm cận lâm sàng với tình trạng thừa cân, béo phì

Đặc tính	Thừa cân, béo phì		p	OR (KTC 95%)
	Có	Không		
Hemoglobin ($n = 275$)	13,5 ± 1,6	12,8 ± 1,4	< 0,001	1,35 (1,14-1,60)
Lympho ($n = 274$)	2,3 ± 0,8	2,0 ± 0,8	0,001	1,66 (1,21-2,29)
Cholesterol ($n = 141$)	5,1 ± 1,4	4,8 ± 1,6	0,272	1,13 (0,91-1,42)

Hemoglobin và lymphocyte có giá trị trung bình cao hơn rõ rệt ở nhóm thừa cân, béo phì so với nhóm không thừa cân, béo phì, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Cholesterol toàn phần cao hơn ở nhóm thừa cân, béo phì, tuy nhiên không khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm ($p = 0,272$).

Bảng 4. Mối liên quan giữa đặc điểm thói quen ăn uống với thừa cân, béo phì ($n = 386$)

Đặc tính		Thừa cân, béo phì		p	OR (KTC 95%)
		Có	Không		
Số bữa ăn chính/ngày	< 3 bữa	12 (48,0%)	13 (52,0%)	0,866	1,07 (0,43-2,63)
	Đủ 3 bữa trở lên	167 (46,3%)	194 (53,7%)		
Bữa ăn phụ	Có	96 (43,0%)	127 (57,0%)	0,126	0,73 (0,48-1,12)
	Không	83 (50,9%)	80 (49,1%)		
Ăn uống không điều độ	Thường xuyên/luôn luôn	26 (41,9%)	36 (58,1%)		1
	Thỉnh thoảng	80 (49,1%)	83 (50,9%)	0,338	1,33 (0,74-2,41)
	Không bao giờ	73 (45,3%)	88 (54,7%)	0,647	1,15 (0,64-2,08)
Ăn đồ béo	Thường xuyên/luôn luôn	22 (68,8%)	10 (31,2%)		1
	Thỉnh thoảng	112 (44,4%)	140 (55,6%)	0,012	0,36 (0,17-0,80)
	Không bao giờ	45 (44,1%)	57 (55,9%)	0,017	0,36 (0,15-0,83)

Đặc tính		Thừa cân, béo phì		P	OR (KTC 95%)
		Có	Không		
Ăn đồ ngọt	Thường xuyên/luôn luôn	30 (48,4%)	32 (51,6%)		1
	Thỉnh thoảng	107 (45,1%)	130 (54,9%)	0,649	0,88 (0,50-1,54)
	Không bao giờ	42 (48,3%)	45 (51,7%)	0,989	0,99 (0,52-1,91)
Uống rượu bia	Thường xuyên/luôn luôn	22 (55,0%)	18 (45,0%)		1
	Thỉnh thoảng	53 (48,6%)	56 (51,4%)	0,491	0,77 (0,37-1,60)
	Không bao giờ	104 (43,9%)	133 (56,1%)	0,194	0,64 (0,33-1,25)
Thích vị chua	Có	24 (44,4%)	30 (55,6%)	0,759	0,91 (0,49-1,69)
	Không	155 (46,7%)	177 (53,3%)		
Thích vị đắng	Có	5 (55,6%)	4 (44,4%)	0,576	1,46 (0,31-7,46)
	Không	174 (46,2%)	203 (53,8%)		
Thích vị ngọt	Có	47 (46,5%)	54 (53,5%)	0,970	1,01 (0,62-1,63)
	Không	132 (46,3%)	153 (53,7%)		
Thích vị cay	Có	11 (52,4%)	10 (47,6%)	0,570	1,29 (0,48-3,48)
	Không	168 (46,0%)	197 (54,0%)		
Thích vị mặn	Có	38 (51,4%)	36 (48,6%)	0,339	1,28 (0,75-2,20)
	Không	141 (45,2%)	171 (54,8%)		

Người thỉnh thoảng ăn đồ béo hoặc không bao giờ ăn có nguy cơ bị thừa cân, béo phì thấp hơn so với người ăn thường xuyên/luôn luôn. Số bữa ăn chính, bữa phụ, ăn không điều độ, ăn ngọt, uống rượu bia, sở thích vị giác (chua, đắng, ngọt, cay, mặn) không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 5. Mối liên quan giữa CLCS với thừa cân, béo phì (n = 386)

Đặc tính		Thừa cân, béo phì		P	OR (KTC 95%)
		Có	Không		
Điểm tự đánh giá chung		61,6 ± 15,2	63,7 ± 15,9	0,189*	0,99 (0,97-1,01)
Khó khăn đi lại	Có	140 (48,8%)	147 (51,2%)	0,106	1,47 (0,90-2,40)
	Không	39 (39,4%)	60 (60,6%)		
Khó khăn tự chăm sóc	Có	106 (48,4%)	113 (51,6%)	0,360	1,21 (0,79-1,85)
	Không	73 (43,7%)	94 (56,3%)		
Khó khăn sinh hoạt	Có	119 (48,8%)	125 (51,2%)	0,216	1,30 (0,84-2,02)
	Không	60 (42,2%)	82 (57,8%)		
Đau/khó chịu	Có	137 (45,2%)	166 (54,8%)	0,383	0,81 (0,48-1,35)
	Không	42 (50,6%)	41 (49,4%)		
Lo lắng/u sầu	Có	92 (45,8%)	109 (54,2%)	0,805	0,95 (0,62-1,45)
	Không	87 (47,0%)	98 (53,0%)		

Ghi chú: *t-test.

Điểm tự đánh giá EQ-VAS (thang 0-100) ở nhóm thừa cân, béo phì có điểm trung bình thấp hơn ($61,6 \pm 15,2$ điểm) so với nhóm không thừa cân, béo phì ($63,7 \pm 15,9$ điểm), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,189$). Các khía cạnh khác của EQ-5D-5L (đi lại, chăm sóc, sinh hoạt, đau, lo âu) không có khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm ($p > 0,05$).

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tình trạng thừa cân, béo phì chiếm gần một nửa số người bệnh nội trú YHCT, là tỷ lệ tương đối cao so với nghiên cứu cộng đồng của Ngô Văn Thư [2]. Mặc dù BMI trung bình là $22,7 \text{ kg/m}^2$, vẫn có khoảng 46,4% thuộc nhóm thừa cân hoặc béo phì ($\text{BMI} \geq 23 \text{ kg/m}^2$ theo tiêu chuẩn châu Á), phù hợp với xu hướng dịch tễ học chuyển đổi dinh dưỡng

tại Việt Nam [1]. Mặc dù cân nặng và chiều cao khác biệt giữa hai giới, BMI không khác biệt đáng kể, cho thấy thừa cân, béo phì là vấn đề phổ biến và xảy ra ở cả hai giới trong nhóm bệnh nhân nội trú YHCT.

Điểm đáng chú ý là cả hai nhóm gầy và thừa cân đều có điểm EQ-VAS thấp hơn nhóm bình thường, củng cố nhận định rằng cả thiếu dinh dưỡng và dư thừa dinh dưỡng đều làm suy giảm chất lượng sống, phù hợp với quan điểm của Tổ chức Y tế Thế giới và nghiên cứu của Okobi O.E và cộng sự [4]. Ngoài ra, dù sự khác biệt CLCS không đạt mức ý nghĩa về thống kê với BMI, xu hướng giảm EQ-VAS ở nhóm ngoài mức bình thường là rõ rệt.

Kết quả cho thấy nồng độ hemoglobin và số lượng lympho bào cao hơn ở nhóm thừa cân béo phì, với mức OR tăng tương ứng 1,35 và 1,66 lần. Điều này phù hợp với cơ chế sinh học đã được chứng minh rằng tình trạng viêm mạn tính mức độ thấp trong béo phì có thể kích thích tăng lympho bào [4]. Đồng thời, béo phì làm tăng hoạt động tủy xương, dẫn đến tăng sản xuất hồng cầu và hemoglobin [7]. Trong khi đó, cholesterol toàn phần lại không có sự khác biệt rõ rệt. Điều này có thể do nhiều bệnh nhân nội trú YHCT với tình trạng bệnh mạn tính, đã được điều chỉnh chế độ ăn hoặc dùng thuốc trước đó, mẫu xét nghiệm cholesterol còn hạn chế ($n = 141$) có thể ảnh hưởng đến độ mạnh thống kê.

Trong số các thói quen ăn uống được khảo sát, chỉ có thói quen ăn đồ béo thường xuyên có mối liên quan chặt chẽ và có ý nghĩa thống kê với thừa cân, béo phì. Cụ thể, những người ăn đồ béo thỉnh thoảng hoặc không bao giờ có nguy cơ bị thừa cân, béo phì thấp hơn khoảng 64% so với nhóm ăn thường xuyên ($OR = 0,36$; $p = 0,012$ và $p = 0,017$). Đây là kết quả có giá trị lâm sàng cao, bởi nó chỉ ra một yếu tố nguy cơ hành vi rõ ràng và có thể can thiệp được trong quản lý bệnh nhân YHCT. Phát hiện này phù hợp với nghiên cứu của Zeng Ying và cộng sự (2006), người đã cho thấy việc kết hợp thực dưỡng và chế độ ăn hợp lý (kiện tỳ, bổ khí, dưỡng âm, hóa thấp) giúp cải thiện BMI, đường huyết và lipid máu trên bệnh nhân béo phì đái tháo đường type 2 [7]. Nhóm tác giả này nhấn mạnh rằng việc kiểm soát chế độ ăn dầu mỡ là yếu tố trung tâm trong điều trị hỗ trợ. Từ góc độ YHCT, quan điểm “tỳ hư sinh đàm, đàm tụ sinh béo” cũng được làm rõ trong bài viết của Zeng Y và cộng sự (2022), nhấn mạnh rằng sự tích tụ của thấp trọc do tỳ hư là cơ chế bệnh sinh cơ bản của béo phì [7]. Việc ăn nhiều chất béo, theo YHCT, gây tổn thương tỳ vị, làm suy yếu chức năng vận hóa và tạo điều kiện cho đàm thấp tích tụ. Điều này hoàn toàn tương thích với mô hình phân tích trong nghiên cứu hiện tại. Ngược lại, các yếu tố như ăn ngọt, uống rượu bia, hay sở thích vị giác không thể hiện mối liên hệ rõ ràng với thừa cân, béo phì trong mẫu nghiên cứu này ($p > 0,05$). Điều này có thể do cỡ mẫu chưa đủ lớn hoặc do đặc điểm đặc thù của nhóm bệnh nhân nội trú YHCT - thường cao tuổi, mắc bệnh mạn tính, chế độ ăn kiêng khem - có thể khiến vai trò của các yếu tố như rượu bia

hay ăn ngọt không thể hiện được rõ rệt như ở nhóm cộng đồng.

Mặc dù kết quả không cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm thừa cân, béo phì và không thừa cân, béo phì trong các chiều kích của bộ công cụ EQ-5D-5L, xu hướng giảm điểm EQ-VAS và tỷ lệ cao các vấn đề về vận động, đau, lo âu ở cả hai nhóm vẫn là đáng lưu ý. Nhóm thừa cân, béo phì có điểm tự đánh giá EQ-VAS trung bình thấp hơn so với nhóm không thừa cân, béo phì ($61,6 \pm 15,2$ điểm so với $63,7 \pm 15,9$ điểm), mặc dù khác biệt này chưa đạt ngưỡng thống kê ($p = 0,189$). Tổng quan hệ thống của Okobi O.E và cộng sự cho thấy béo phì có liên quan tiêu cực đến tất cả các chiều trong EQ-5D-5L, bao gồm đau, khả năng vận động và lo âu trầm cảm, đặc biệt rõ rệt ở nữ giới và người có bệnh mạn tính đi kèm [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, việc không ghi nhận sự khác biệt rõ rệt có thể do cả hai nhóm đều đang nằm viện, nghĩa là đều có các vấn đề nền ảnh hưởng đến chất lượng sống, làm giảm sự khác biệt giữa nhóm thừa cân, béo phì và nhóm không thừa cân, béo phì. Nghiên cứu của Vu Quỳnh Mai và cộng sự đã thiết lập bộ điểm chuẩn EQ-5D-5L cho người Việt Nam, cho thấy EQ-VAS trung bình của người khỏe mạnh là khoảng 77 điểm, cao hơn nhiều so với mức 61-63 điểm của bệnh nhân trong nghiên cứu này [3]. Điều này khẳng định rằng dù BMI bình thường hay không, CLCS của bệnh nhân nội trú vẫn bị ảnh hưởng nghiêm trọng. Từ góc độ YHCT, các biểu hiện như “đau mỏi, mệt, lo âu, giảm vận động” thường liên quan đến các chứng “tỳ hư, khí hư, đàm thấp hoặc can uất khí trệ”. Các hội chứng này có thể gặp ở cả người gầy, người bình thường lẫn người béo, do đó BMI đơn thuần không phản ánh hết tình trạng CLCS theo YHCT [6]. Điều này cũng đã được nhấn mạnh bởi Ngô Văn Thư (2022), khi báo cáo rằng nhiều người bệnh gầy hoặc BMI thấp vẫn có điểm EQ-VAS thấp do suy nhược toàn thân, suy dinh dưỡng hoặc bệnh nền kéo dài [2]. Kết quả nghiên cứu này nhấn mạnh rằng BMI không phải là chỉ số duy nhất đánh giá sức khỏe hay chất lượng sống. Một người không thừa cân, béo phì ($BMI < 23 \text{ kg/m}^2$) vẫn có thể đang suy kiệt về thể lực, trầm cảm, lo âu hoặc đau mạn tính - đặc biệt khi điều trị nội trú lâu ngày. Do vậy, việc đánh giá CLCS cần được lồng ghép thường quy trong điều trị nội trú YHCT, không chỉ tập trung vào cải thiện triệu chứng hay chỉ số sinh học, mà còn hướng tới cải thiện vận động, sinh hoạt, tinh thần và cảm nhận toàn diện của người bệnh.

Nhiều tài liệu khác cũng cho thấy việc cải thiện chất lượng sống không thể chỉ dựa vào điều chỉnh cân nặng, mà cần các can thiệp đồng bộ như: châm cứu, cứu ngải, xoa bóp, khí công, dinh dưỡng, phục hồi chức năng và hỗ trợ tinh thần [6]. Thực tế, YHCT có thể kết hợp châm cứu, xoa bóp, cứu ngải, khí công và thực dưỡng để điều chỉnh thể trạng. Chen J và cộng sự (2024) đã chứng minh hiệu quả của điện châm và moxibustion giúp cải thiện BMI, chỉ số lipid máu, cũng như CLCS ở bệnh nhân béo phì [6]. Do đó, việc lồng ghép sàng

lọc dinh dưỡng và theo dõi EQ-5D-5L vào điều trị nội trú là hướng đi có cơ sở và thực tiễn.

Điểm mạnh của nghiên cứu là sử dụng phân loại BMI theo chuẩn châu Á, kết hợp đánh giá khách quan CLCS và thói quen ăn uống. Tuy nhiên, cũng có hạn chế: thiết kế cắt ngang không xác lập được quan hệ nhân quả, dữ liệu ăn uống dựa vào tự khai có thể sai lệch, thiếu đánh giá dinh dưỡng toàn diện như tỷ lệ mỡ cơ thể.

5. KẾT LUẬN

Thừa cân, béo phì là tình trạng phổ biến ở người bệnh nội trú YHCT và có liên quan đến thói quen ăn uống không hợp lý. Dù không gây khác biệt có ý nghĩa thống kê, nhưng thừa cân, béo phì có xu hướng làm giảm CLCS. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và can thiệp sớm tình trạng dinh dưỡng cần được lồng ghép vào chăm sóc toàn diện trong YHCT.

*

* *

Bài báo này là một phần của đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở thuộc Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, theo Hợp đồng số 192/2023/HĐ-ĐHYD ngày 15/9/2023. Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh và Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh - cơ sở 3, Bệnh viện Chính hình và Phục hồi chức năng (Bệnh viện 1A), Bệnh viện Thống Nhất đã hỗ trợ và tạo điều kiện thuận lợi cho nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] WHO. Obesity and Overweight Factsheet, 2021.
- [2] Ngô Văn Thư. Tình trạng dinh dưỡng trong điều trị nội trú. Tạp chí Y học Việt Nam, 2022, 516 (2): 200-204.
- [3] Vu Quynh Mai, Sun Sun, Hoang Van Minh, Nan Luo, Kim Bao Giang, Lars Lindholm, Klas Goran Sahlen. An EQ-5D-5L Value Set for Vietnam. Qual Life Res, 2020 Jul, 29 (7):1923-1933.
- [4] Okobi O.E et al. The Influence of Obesity on Quality of Life: A Systematic Review. Journal of Advances in Medicine and Medical Research, 2024, volume 36 [Issue 11]: 267-279.
- [5] Hoàng Thị Bạch Yến, Bùi Thị Phương Anh và cộng sự. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế. Tạp chí Y Dược học, Trường Đại học Y Dược Huế, 2018, tập 8, số 2: 73-78.
- [6] Chen J, Liu Y et al. Clinical evaluation of acupuncture and moxibustion for obesity. Journal Tradit Chin Med, 2022 Nov 1, 42 (6): 839-847.
- [7] Zeng Y et al. 中药食疗对肥胖2型糖尿病患者血糖及血脂的影响. Guangxi Medical Journal, 2006.