

FACTORS RELATED TO MALNUTRITION ACCORDING TO GLIM IN ELDERLY PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AT UNIVERSITY MEDICAL CENTER HO CHI MINH CITY

Pham Thi Lan Anh¹, Vo Van Tam^{1*}, Pham Le An¹, Nguyen Nhu Vinh¹, Bui Thi Hoang Lan¹, Le Thi Huong²

¹University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh city - 217 Hong Bang, Cho Lon ward, Ho Chi Minh city, Vietnam

²Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien ward, Hanoi, Vietnam

Received: 28/11/2025

Revised: 14/12/2025; Accepted: 20/01/2026

ABSTRACT

Objective: To determine factors related to nutritional status using the GLIM tool in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease at University Medical Center Ho Chi Minh City.

Subject and methods: A cross-sectional study was conducted among 251 older patients (≥ 60 years old) with chronic obstructive pulmonary disease who visited the University Medical Center Ho Chi Minh City from December 2023 to May 2024. The information collected included socio-demographic characteristics, pathological characteristics, nutritional status (as measured by GLIM), and body composition measurements.

Results: Factors related to nutritional status as per GLIM include: age, bone mineral mass, basal metabolic energy/weight, and phase angle. Factors that increase the risk of malnutrition are older age and higher basal metabolic energy/weight, with ORs of 1.10 and 1.80, respectively. Increasing bone mineral mass and phase angle will reduce the risk of malnutrition with OR < 1 .

Conclusion: The rate of malnutrition remains high in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease, especially in those with advanced age and a decline in body composition.

Keywords: Malnutrition, COPD, GLIM.

*Corresponding author

Email: vovantamytc@ump.edu.vn Phone: (+84) 938411205 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD1.4285>

CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TÌNH TRẠNG SUY DINH DƯỠNG THEO GLIM Ở NGƯỜI CAO TUỔI MẮC BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Phạm Thị Lan Anh¹, Võ Văn Tâm^{1*}, Phạm Lê An¹, Nguyễn Như Vinh¹, Bùi Thị Hoàng Lan¹, Lê Thị Hương²

¹Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh - 217 Hồng Bàng, phường Chợ Lớn, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, phường Kim Liên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 28/11/2025

Ngày chỉnh sửa: 14/12/2025; Ngày duyệt đăng: 20/01/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định các yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng theo công cụ GLIM của người cao tuổi mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 251 bệnh nhân cao tuổi (≥ 60 tuổi) mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đến khám tại Bệnh viện Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh trong khoảng thời gian từ tháng 12/2023-5/2024. Thông tin thu thập gồm: đặc điểm dân số - xã hội, bệnh lý, tình trạng dinh dưỡng (GLIM), đo thành phần cơ thể.

Kết quả: Các yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng theo GLIM gồm: tuổi, khối khoáng xương, năng lượng chuyển hóa cơ bản/cân nặng và góc pha. Yếu tố làm tăng khả năng mắc suy dinh dưỡng là tuổi càng cao và năng lượng chuyển hóa cơ bản/cân nặng càng cao với OR lần lượt là 1,10 và 1,80. Yếu tố khoáng xương và góc pha càng tăng sẽ càng giảm nguy cơ mắc suy dinh dưỡng với OR < 1 .

Kết luận: Tỷ lệ suy dinh dưỡng còn cao ở bệnh nhân cao tuổi mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, đặc biệt ở người bệnh lớn tuổi và có sụt giảm trong cấu trúc thành phần cơ thể.

Từ khóa: Suy dinh dưỡng, COPD, GLIM.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là một tình trạng viêm nhiễm ở phổi. Ngoài tắc nghẽn luồng không khí, nó còn liên quan đến nhiều biểu hiện toàn thân, ảnh hưởng lớn đến tiên lượng và chi phí điều trị. Tổ chức Y tế Thế giới đã xác nhận bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (chronic obstructive pulmonary disease - COPD) là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ ba trên toàn thế giới, gây ra 3,23 triệu ca tử vong vào năm 2019. COPD ảnh hưởng đến 12% dân số thế giới. Tuy nhiên, tỷ lệ mắc COPD ở nhóm trên 60 tuổi cao gấp 4 lần so với nhóm dưới 50 tuổi (21,38% so với 5,28%) [1]. Tại Việt Nam, các ca COPD cũng chiếm tỉ lệ khá cao trong dân số, ở độ tuổi 40 tuổi trở lên COPD chiếm 7,1% ở nam giới và 1,9% nữ giới [2].

Các nghiên cứu đã chứng minh COPD có liên quan mật thiết tới tình trạng suy dinh dưỡng (SDD), sarcopenia, suy mòn, loãng xương hay các bệnh lý về tim mạch..., trong đó SDD được xem là vấn đề thường gặp và ảnh hưởng trực tiếp đến tình trạng bệnh lý và chất lượng cuộc sống của người bệnh COPD. Dữ liệu từ các nghiên cứu trước đây chỉ ra rằng 30-60% đối tượng mắc COPD bị SDD [3-5]. Tại Việt Nam, đã có các nghiên cứu về tỷ lệ SDD ở người bệnh COPD với tỷ lệ dao động từ 24,5-96,6% tùy vào công cụ chẩn đoán và đối tượng nghiên cứu [4], [6-7]. Số lần té ngã, nhập viện và tử vong tăng lên đều có mối liên quan cao ở người bệnh SDD.

Can thiệp dinh dưỡng tác động thuận lợi đến quá trình điều trị ở người bệnh cao tuổi bị SDD mắc COPD, cải thiện lực cơ hô hấp, khả năng thể chất và chất lượng cuộc sống trên cơ sở đánh giá tình trạng dinh dưỡng đầy đủ, chính xác và xác định được các yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của người bệnh. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu xác định các yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng theo công cụ GLIM (Global Leadership Initiative on Malnutrition - Sáng kiến Lãnh đạo Toàn cầu về Suy dinh dưỡng) của người cao tuổi mắc COPD tại Bệnh viện Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Phòng khám ngoại trú Bệnh viện Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 12/2023-5/2024.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành trên người bệnh từ 60 tuổi trở lên được chẩn đoán mắc COPD và đồng ý tham gia nghiên cứu. Loại những trường hợp người bệnh khó khăn khi

*Tác giả liên hệ

Email: vovantamyttcc@ump.edu.vn Điện thoại: (+84) 938411205 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD1.4285>

đứng, di chuyển cũng như chống chỉ định với phân tích thành phần cơ thể bằng phương pháp trở kháng sinh học.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

Áp dụng công thức tính ước lượng một tỉ lệ:

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

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%, α là xác suất sai lầm loại 1 ($\alpha = 0,05$) thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; p là tỉ lệ đối tượng nghiên cứu SDD theo nghiên cứu của Đỗ Nam Khánh và cộng sự (2021) tại Bệnh viện Phổi Trung ương là 81,13% [6]; d là sai số cho phép ($d = 0,05$).

Thay các giá trị vào công thức, tính được cỡ mẫu tối thiểu $n = 236$.

Thực tế nghiên cứu thu thập được 251 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chí chọn mẫu trong thời gian tiến hành nghiên cứu.

2.5. Biến số, chỉ số, nội dung, chủ đề nghiên cứu

SDD theo GLIM. Sử dụng công cụ MNA-SF để sàng lọc nguy cơ SDD, với điểm số < 12 điểm sẽ được tiếp tục đánh giá bằng công cụ GLIM. Bệnh nhân được chẩn đoán SDD nếu đáp ứng ít nhất một yếu tố kiểu hình và một tiêu chí căn nguyên, trong đó:

- Tiêu chuẩn kiểu hình: (1) Sụt cân không chủ ý: > 5% cân nặng 6 tháng, hoặc > 10% cân nặng trên 6 tháng; (2) Chỉ số khối cơ thể (BMI) thấp: < 18,5 kg/m² đối với những người dưới 70 tuổi, hoặc < 20 kg/m² đối với những người từ 70 tuổi trở lên cho dân số châu Á; (3) Giảm khối cơ: khối lượng cơ được đánh giá dựa trên kết quả đo thành phần cơ thể của máy đo INBODY 770 với chỉ số khối cơ xương, giá trị ngưỡng dành cho người châu Á được thiết lập bởi AWGS (201) là < 7,0 kg/m² ở nam và < 5,7 kg/m² ở nữ.

- Tiêu chí căn nguyên: (1) Giảm lượng ăn vào; (2) Gánh nặng bệnh tật/tình trạng viêm đã được ghi nhận ở tất cả bệnh nhân COPD trong nghiên cứu.

SDD theo GLIM là biến số nhị phân, gồm 2 giá trị: có (khi có ít nhất 1 tiêu chí kiểu hình và 1 tiêu chí căn nguyên) và không (khi không thỏa mãn điều kiện trên).

- Thành phần cơ thể: chỉ số khối cơ xương là biến số định lượng ghi nhận thông qua đo thành phần cơ thể bằng máy đo INBODY 770.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi soạn sẵn có cấu trúc, tra cứu hồ sơ bệnh án. Dùng thước đo chiều cao có độ chính xác 0,1 cm và đo thành phần cơ thể bằng máy đo INBODY 770.

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.

Thông 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.

Thông kê phân tích: dùng phép kiểm Chi bình phương để xét mối liên quan giữa tỷ lệ SDD theo GLIM và các yếu tố liên quan là biến định tính với mức ý nghĩa $p < 0,05$ (dùng

kiểm định chính xác Fisher thay thế khi không thỏa mãn điều kiện). Dùng phép kiểm T để xét mối liên quan giữa tỷ lệ SDD theo GLIM và các yếu tố liên quan là biến định lượng phân phối bình thường (dùng kiểm định Mann-Whitney thay thế khi không thỏa mãn điều kiện) với mức ý nghĩa $p < 0,05$. Dùng tỷ số chênh OR (KTC 95%) để lượng giá mối liên hệ. Dùng hồi quy logistic đa biến để xác định các yếu tố thực sự có liên quan với biến kết cục trong nghiên cứu với ngưỡng ý nghĩa $p < 0,05$.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu đã được chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, số 1188/HĐĐĐ-ĐHYD, ký ngày 28/11/2023.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm tình trạng dinh dưỡng ($n = 251$)

Đặc tính		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Sàng lọc dinh dưỡng bằng MNA-SF	Có nguy cơ	137	54,58
	Không có nguy cơ	114	45,42
SDD theo GLIM	Có	135	53,78
	Không	116	46,22

Bảng 1 cho thấy sau khi sàng lọc nguy cơ SDD bằng công cụ GLIM có 54,58% bệnh nhân có nguy cơ SDD. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng GLIM có 53,78% bệnh nhân có SDD.

Bảng 2. Mối liên quan giữa đặc điểm chung với tình trạng dinh dưỡng

Đặc tính		SDD theo GLIM		p	OR (KTC 95%)
		Có	Không		
Giới tính	Nam ($n = 239$)	129 (54,0%)	110 (46,0%)	0,788	1,17 (0,30-4,52)
	Nữ ($n = 12$)	6 (50,0%)	6 (50,0%)		
Tuổi ($\bar{X} \pm SD$)		74,8 $\pm$ 8,7	68,3 $\pm$ 7,0	< 0,001	1,11 (1,07-1,15)
Tình trạng hôn nhân	Kết hôn ($n = 197$)	95 (48,2%)	102 (51,8%)	0,001	0,33 (0,15-0,66)
	Độc thân, góa ($n = 54$)	40 (74,1%)	14 (25,9%)		
Trình độ học vấn	< Tiểu học ($n = 19$)	12 (63,2%)	7 (36,8%)		1
	Tiểu học ($n = 78$)	51 (65,4%)	27 (34,6%)	0,855	1,10 (0,39-3,12)
	Trung học cơ sở ($n = 65$)	31 (47,7%)	34 (52,3%)	0,239	0,53 (0,19-1,52)
	Trung học phổ thông ($n = 59$)	29 (49,2%)	30 (50,8%)	0,291	0,56 (0,19-1,63)
	> Trung học phổ thông ($n = 30$)	12 (40,0%)	18 (60,0%)	0,118	0,39 (0,12-1,27)

Đặc tính		SDD theo GLIM		p	OR (KTC 95%)
		Có	Không		
Nghề nghiệp	Nông dân (n = 97)	57 (58,8%)	40 (41,2%)	0,351	1 (0,43-1,35)
	Nghỉ hưu (n = 96)	50 (52,1%)	46 (47,9%)		
	Nghề tự do (n = 26)	8 (30,8%)	18 (69,2%)	0,014	0,31 (0,12-0,79)
	Công nhân, viên chức (n = 14)	8 (57,1%)	6 (42,9%)	0,908	0,94 (0,30-2,91)
	Thất nghiệp (n = 18)	12 (66,7%)	6 (33,3%)	0,531	1,40 (0,49-4,05)

Bảng 2 cho kết quả mối liên quan giữa đặc điểm nền với tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ SDD theo GLIM với tuổi, trình trạng hôn nhân và nghề nghiệp. Cụ thể, tuổi càng cao càng có nguy cơ mắc SDD càng cao với số chênh lệch mắc bệnh là 1,11 (KTC 95%: 1,07-1,15, $p < 0,001$); những người bệnh đã kết hôn và đang sinh sống cùng bạn đời là yếu tố bảo vệ với SDD so với nhóm độc thân hoặc góa, độc thân khi số chênh lệch mắc bệnh là 0,33 (KTC 95%: 0,15-0,66, $p = 0,001$); so với nhóm đối tượng làm nghề nông thì nhóm người bệnh có nghề nghiệp tự do có nguy cơ mắc SDD thấp hơn với số chênh lệch mắc bệnh là 0,31 (KTC 95%: 0,12-0,79, $p = 0,014$). Nghiên cứu không tìm thấy mối liên quan giữa giới tính và trình độ học vấn với tỷ lệ SDD với $p > 0,05$.

Bảng 3. Mối liên quan giữa đặc điểm bệnh lý với tình trạng dinh dưỡng

Đặc tính		SDD theo GLIM		p	OR (KTC 95%)
		Có	Không		
Hút thuốc lá	Có (n = 233)	127 (54,5%)	106 (45,5%)	0,409	1,50 (0,57-3,93)
	Không (n = 18)	8 (44,4%)	10 (55,6%)		
Bệnh mạn tính kèm theo	Có (n = 134)	75 (56,0%)	59 (44,0%)	0,457	1,21 (0,73-1,99)
	Không (n = 117)	60 (51,3%)	57 (48,7%)		

Bảng 3 ghi nhận không có mối liên quan giữa tình trạng hút thuốc lá, tình trạng có bệnh lý mạn tính kèm theo với tỷ lệ SDD theo GLIM với $p > 0,05$.

Bảng 4. Mối liên quan giữa thành phần cơ thể với tình trạng dinh dưỡng (n = 251)

Đặc tính	SDD theo GLIM		p	OR (KTC 95%)
	Có	Không		
Phần trăm mỡ cơ thể	22,1 ± 9,0	28,4 ± 6,7	< 0,001	0,91 (0,88-0,94)
Khối khoáng xương	2,6 ± 0,3	2,9 ± 0,4	< 0,001	0,07 (0,03-0,16)
Năng lượng chuyển hóa cơ bản/cân nặng	24,5 ± 2,9	21,5 ± 1,9	< 0,001	1,63 (1,42-1,86)

Đặc tính	SDD theo GLIM		p	OR (KTC 95%)
	Có	Không		
Góc pha	4,1 ± 0,7	4,9 ± 0,6	< 0,001	0,15 (0,09-0,25)

Bảng 4 cho kết quả mối liên quan giữa đặc điểm thành phần cơ thể với tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu ghi nhận: các chỉ số phần trăm mỡ cơ thể, khối khoáng xương, năng lượng chuyển hóa cơ bản/cân nặng và góc pha đều có mối liên quan có ý nghĩa thống kê rất mật thiết với tỷ lệ SDD theo GLIM với $p < 0,001$.

Bảng 5. Mô hình đa biến giữa các đặc điểm nghiên cứu và SDD (n = 251)

Đặc tính	p	OR (KTC 95%)	p_{hc}	OR _{hc} (KTC 95%)
Tuổi	< 0,001	1,11 (1,07-1,15)	0,001	1,10 (1,04-1,16)
Khoảng xương	< 0,001	0,07 (0,03-0,16)	0,012	0,21 (0,06-0,71)
Năng lượng chuyển hóa cơ bản/cân nặng	< 0,001	1,63 (1,42-1,86)	< 0,001	1,80 (1,52-2,12)
Góc pha	< 0,001	0,15 (0,09-0,25)	< 0,001	0,20 (0,10-0,41)
$R^2 = 49,6\%$				

Bảng 5 cho kết quả sau khi hiệu chỉnh bằng mô hình logistic đa biến giữa SDD theo GLIM và các đặc điểm của đối tượng nghiên cứu ghi nhận các biến số còn lại trong mô hình để tiên lượng SDD gồm tuổi, khối khoáng xương, năng lượng chuyển hóa cơ bản/cân nặng và góc pha của người bệnh. Trong các yếu tố trên, yếu tố làm tăng khả năng mắc SDD là tuổi cao và năng lượng chuyển hóa cơ bản/cân nặng với OR lần lượt là 1,10 và 1,80. Các yếu tố còn lại là khoáng xương và góc pha càng tăng sẽ càng làm giảm nguy cơ mắc SDD với OR < 1. Kết quả mô hình trên giải thích cho 49,6% khả năng xảy ra SDD theo GLIM trên người bệnh.

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy nguy cơ SDD của người bệnh cao tuổi mắc COPD bằng công cụ MNA-SF (< 12 điểm) là 54,58%, kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Kaluzniak-Szymanowska A và cộng sự tại Ba Lan cũng sử dụng công cụ MNA-SF để sàng lọc ra nhóm nguy cơ SDD chiếm 30,6% [8]. Sự khác biệt này có thể do đặc điểm khác nhau của dân số nghiên cứu, tỷ lệ giới tính cũng khác nhau ở 2 nghiên cứu.

Sau sàng lọc, chúng tôi sử dụng các tiêu chí đánh giá tình trạng SDD cho tất cả người bệnh có nguy cơ SDD với tỷ lệ SDD theo GLIM chiếm 53,78%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Kaluzniak-Szymanowska A và cộng sự tại Ba Lan trên cùng tiêu chí đánh giá với tỷ lệ là 22,6% [8]. Tuy nhiên, một số nghiên cứu khác cho tỷ lệ SDD cao hơn nghiên cứu của chúng tôi như nghiên cứu của Đỗ Nam Khánh và cộng sự (2021) sử dụng công cụ SGA cho tỷ lệ SDD khá cao là 81,13% [6].

Đánh giá riêng về GLIM, việc áp dụng đúng theo hướng dẫn của tiêu chí còn hạn chế, như việc sử dụng 2 bước trong

đó bước sàng lọc đã được khuyến cáo với đồng thuận cao hay cách đánh giá đầy đủ các tiêu chí của GLIM. Một nghiên cứu quan sát hệ thống của Milanez D.S.J và cộng sự (2022) cho thấy chỉ có khoảng 50% các nghiên cứu tuân thủ đầy đủ các tiêu chí đánh giá của GLIM và chỉ có 1/3 số nghiên cứu tuân thủ đúng hướng dẫn là sử dụng 2 bước trong đánh giá tình trạng dinh dưỡng gồm: bước sàng lọc và đánh giá. Trước thực trạng hiện tại, tác giả cũng khuyến cáo nhà nghiên cứu khi sử dụng GLIM cần tuân thủ đầy đủ theo hướng dẫn cũng như gợi ý cho các hiệp hội có các giải pháp hữu ích để lấp đầy khoảng trống này [9].

Sau khi hiệu chỉnh bằng mô hình hồi quy logistic đa biến giữa tình trạng SDD theo GLIM và các đặc điểm của đối tượng nghiên cứu ghi nhận các biến số còn lại trong mô hình để tiên lượng SDD gồm: tuổi, khối khoáng xương, năng lượng chuyển hóa cơ bản/cân nặng và góc pha của người bệnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có khác biệt với nghiên cứu của Kaluzniak-Szymanowska A và cộng sự không ghi nhận mối liên quan giữa tình trạng SDD và tuổi ($p = 0,933$) [8]. Nghiên cứu của Đỗ Nam Khánh và cộng sự (2021) cho thấy mối liên quan giữa tình trạng SDD theo SGA với các đặc điểm nhân trắc như BMI, chu vi vòng cánh tay, chu vi bắp chân, bề dày nếp gấp da hay sức cơ bàn tay [6]. Mặc dù nghiên cứu không tìm mối liên quan với các đặc điểm thành phần cơ thể, nhưng các chỉ số nhân trắc trên cũng một phần phản ánh được đặc điểm suy giảm của thành phần cơ thể ở những người bệnh COPD. Nghiên cứu của Murakami T và cộng sự (2024) đã chứng minh rất mạnh mẽ về mối liên quan giữa góc pha và SDD [10], tương tự như kết quả được tìm thấy trong nghiên cứu của chúng tôi. Do đó, những đặc điểm về thành phần cơ thể được xem như là những dấu ấn trực tiếp, khách quan có thể đo lường được tình trạng SDD của người bệnh cao tuổi mắc COPD một cách nhanh chóng, hiệu quả.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ SDD theo GLIM là 53,78%. Các yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng theo GLIM gồm: tuổi, khối khoáng xương, năng lượng chuyển hóa cơ bản/cân nặng và góc pha. Yếu tố làm tăng khả năng mắc SDD là tuổi càng cao và năng lượng chuyển hóa cơ bản/cân nặng càng cao với OR lần lượt là 1,10 và 1,80. Yếu tố khoáng xương và góc pha càng tăng sẽ càng giảm nguy cơ mắc SDD với OR < 1.

*
* *

Nghiên cứu này được tài trợ kinh phí bởi Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh theo Hợp đồng số 195/2023/HĐ-ĐHYD, ngày 15 tháng 9 năm 2023.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Varmaghani M, Dehghani M et al. Global prevalence of chronic obstructive pulmonary disease: systematic review and meta-analysis. *East Mediterr Health J*, 2019, 25 (1): 47-57. doi: 10.26719/emhj.18.014.
- [2] World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in Viet Nam. Accessed 16 March 2023. <https://www.who.int/vietnam/health-topics/chronic-obstructive-pulmonary-disease-copd>.
- [3] Itoh M, Tsuji T et al. Undernutrition in patients with COPD and its treatment. *Nutrients*, 2013, 5 (4): 1316-35. doi: 10.3390/nu5041316.
- [4] Nguyen H.T, Collins P.F et al. Nutritional status, dietary intake, and health-related quality of life in outpatients with COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 2019, 14: 215-226. doi: 10.2147/COPD.S181322.
- [5] Beek L.T, van der Vaart H et al. Dietary resilience in patients with severe COPD at the start of a pulmonary rehabilitation program. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 2018, 13: 1317-1324. doi: 10.2147/COPD.S151720.
- [6] Đỗ Nam Khánh, Phạm Thị Mai Ngọc và cộng sự. Tình hình dinh dưỡng của người bệnh mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện Phổi Trung ương năm 2021. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2021, 508 (1): 55-58. doi: 10.51298/vmj.v508i1.1493.
- [7] Nguyễn Đỗ Huy, Vương Thị Hương Giang, Nguyễn Đăng Trường. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính theo công cụ SGA tại Bệnh viện Quân y 103 năm 2015. *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm*, 2020, 16 (1): 1-6.
- [8] Kaluzniak-Szymanowska A, Krzyminska-Siemaszko R et al. Malnutrition, sarcopenia, and malnutrition-sarcopenia syndrome in older adults with COPD. *Nutrients*, 2021, 14 (1): 44. doi: 10.3390/nu14010044.
- [9] Milanez D.S.J, Razzera E.L et al. A scoping review on the GLIM criteria for malnutrition diagnosis: Understanding how and for which purpose it has been applied in studies on hospital settings. *Clin Nutr*, 2023, 42 (1): 29-44. doi: 10.1016/j.clnu.2022.10.022.
- [10] Murakami T, Kobayashi T et al. Phase angle as an indicator of sarcopenia and malnutrition in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Investig*, 2024, 62 (4): 651-656. doi: 10.1016/j.resinv.2024.05.012.