

Thực trạng và các yếu tố liên quan suy dinh dưỡng ở bệnh nhân cao tuổi ngoại trú có bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Current status and associated factors of malnutrition in older outpatients with chronic obstructive pulmonary disease

Phan Thị Như Huyền¹, Nguyễn Trần Tố Trân¹,
Phạm Thị Thanh Thúy², Huỳnh Thị Thanh Ngân¹
và Nguyễn Thanh Huân^{1, 2*}

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh,
²Bệnh viện Thống Nhất, TP. Hồ Chí Minh

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng và các yếu tố liên quan đến suy dinh dưỡng (SDD) ở bệnh nhân cao tuổi ngoại trú có bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên các bệnh nhân cao tuổi có BPTNMT tại Phòng khám Nội Hô hấp, Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 8/2023 đến tháng 02/2024. **Kết quả:** Trong 253 bệnh nhân ≥ 60 tuổi được đưa vào nghiên cứu, tỷ lệ SDD theo công cụ MNA-SF là 21,34%. Hồi quy logistic đa biến ghi nhận sống một mình (OR = 5,18; khoảng tin cậy [KTC] 95%: 1,06-25,24; $p=0,042$), GOLD 4 (OR = 14,3; KTC 95%: 1,03-197,8; $p=0,047$), phụ thuộc IADL (OR = 2,73; KTC 95%: 1,14-6,52; $p=0,024$) và suy yếu (OR = 3,54, KTC 95%: 1,59-7,92, $p=0,002$) là bốn yếu tố liên quan đến SDD. **Kết luận:** Tỷ lệ SDD ở các bệnh nhân cao tuổi ngoại trú có BPTNMT là 21,34%. Bốn yếu tố liên quan SDD là sống một mình, GOLD 4, phụ thuộc IADL và suy yếu.

Từ khóa: Suy dinh dưỡng, người cao tuổi, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

Summary

Objective: To evaluate status and associated factors of malnutrition in older outpatients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). **Subject and method:** This cross-sectional study was conducted on older patients with COPD at the Respiratory Clinic, Thong Nhat Hospital from 8/2023 to 02/2024. **Result:** Among 253 patients aged ≥ 60 years included in the study, prevalence of malnutrition assessed by the MNA-SF was 21.34%. Multivariate regression analysis revealed that living alone (OR = 5.18; confidence interval [CI] 95%: 1.06-25.24; $p=0.042$), GOLD 4 (OR = 14.3; CI 95%: 1.03-197.8; $p=0.047$), dependence in IADLs (OR = 2.73; CI 95%: 1.14-6.52; $p=0.024$), and frailty (OR = 3.54, CI 95%: 1.59-7.92, $p=0.002$) were four factors associated with malnutrition. **Conclusion:** Prevalence of malnutrition in older outpatients with COPD was 21.34%. Four factors associated with malnutrition were living alone, GOLD 4, dependence in IADLs, and frailty.

Keywords: Malnutrition, older patients, chronic obstructive pulmonary disease.

Ngày nhận bài: 29/8/2024, ngày chấp nhận đăng: 18/9/2024

* Tác giả liên hệ: cardiohuan@gmail.com - Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy dinh dưỡng (SDD) là vấn đề lão khoa cần được sàng lọc và can thiệp sớm trong điều trị người cao tuổi (NCT), tuy nhiên chưa được quan tâm đúng mực. Sinh bệnh học SDD ở NCT bao gồm ba phần chính: Giảm ăn vào, tăng nhu cầu dinh dưỡng và giảm sinh khả dụng các chất dinh dưỡng¹. SDD ở NCT thường bị bỏ qua nhưng ảnh hưởng nhiều đến kết cục lâm sàng. Hội Dinh dưỡng Lâm sàng và chuyển hoá châu Âu (ESPEN) và Hội Dinh dưỡng đường ruột và tĩnh mạch Hoa Kỳ (ASPEN) khuyến cáo sử dụng MNA-SF cho NCT, kể cả sa sút trí tuệ^{2,3}. Công cụ MNA-SF đã được dịch nhiều ngôn ngữ, bao gồm tiếng Việt với độ nhạy và độ đặc hiệu cao⁴.

Tại thành phố Hồ Chí Minh, Bệnh viện Thống Nhất là đơn vị y tế trực thuộc trung ương chuyên sâu chăm sóc và điều trị bệnh nhân cao tuổi. Trước dữ liệu thực tế về SDD ở bệnh nhân cao tuổi có bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) còn hạn chế tại Việt Nam, chúng tôi đã tiến hành thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu là đánh giá thực trạng và các yếu tố liên quan đến SDD ở bệnh nhân cao tuổi ngoại trú có BPTNMT tại Phòng khám Nội Hô hấp tại Bệnh viện Thống Nhất.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 8/2023 đến tháng 02/2024.

Địa điểm nghiên cứu: Phòng khám Nội Hô hấp, Bệnh viện Thống Nhất.

Đối tượng

Tiêu chuẩn đưa vào: Bệnh nhân ≥ 60 tuổi có BPTNMT đến khám và điều trị ngoại trú tại Phòng khám Nội Hô hấp, Bệnh viện Thống Nhất.

Tiêu chuẩn loại ra: Bệnh nhân có phù trên lâm sàng hoặc không hoàn thành bảng câu hỏi phỏng vấn.

Kỹ thuật chọn mẫu: Liên tục thuận tiện.

Định nghĩa biến số:

Tuổi: Là biến định lượng, tính từ năm sinh dương lịch của bệnh nhân đến năm dương lịch hiện tại.

Giới: Là biến nhị giá gồm 2 giá trị là nam hoặc nữ.

Hút thuốc lá: Là biến nhị giá gồm 2 giá trị có và không.

Đa bệnh: Khi bệnh nhân có ≥ 1 bệnh kèm theo.

Đa thuốc: Khi bệnh nhân sử dụng đồng thời 5 loại thuốc trở lên.

Mức độ tắc nghẽn đường thở: (Dựa trên kết quả FEV1 đo chức năng hô hấp trong 3 tháng gần đây theo giai đoạn GOLD) gồm 4 giá trị: GOLD 1 ($\geq 80\%$), GOLD 2 (50-79%), GOLD 3 (30-49%), GOLD 4 ($< 30\%$)

Mức độ bệnh nặng theo phân nhóm ABE: Nhóm A, nhóm B, nhóm E.

Phụ thuộc các hoạt động sống hằng ngày (ADL) theo Katz và phụ thuộc các hoạt động hỗ trợ sinh hoạt hằng ngày (IADL) theo Lawton là hai biến nhị giá.

Suy yếu: Là biến nhị giá, đánh giá dựa vào thang điểm suy yếu lâm sàng (CFS).

Trầm cảm: Là biến nhị giá, dựa vào thang đo trầm cảm NCT (GDS-15).

SDD: Là biến thứ tự, đánh giá dựa vào MNA-SF. Điểm < 7 : Có SDD, 8-11: Có nguy cơ SDD, > 12 : Bình thường.

Các biến số dịch tễ-xã hội: Được phỏng vấn trực tiếp các bệnh nhân.

Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm STATA 14. Các biến số định tính được mô tả bằng tần số (n) và tỷ lệ %. Các biến số định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (ĐLC). Dùng phép kiểm định chi-bình phương (hiệu chỉnh Fisher) để so sánh sự khác biệt giữa các biến định tính. Dùng phép kiểm t-student để so sánh các biến định lượng. Hồi quy logistic được dùng để xác định yếu tố liên quan đến SDD. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

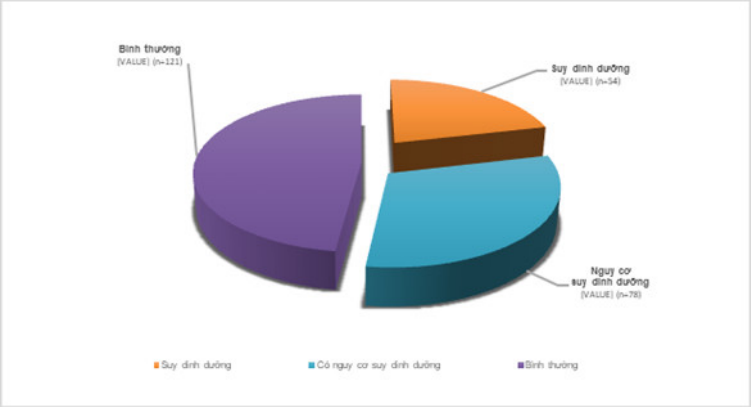
Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Bệnh viện Thống Nhất, số 69/2023/BVTN-HĐYĐ ngày 24 tháng 7 năm 2023.

III. KẾT QUẢ

Từ tháng 8/2023 đến tháng 02/2024, nghiên cứu đã thu thập được 253 bệnh nhân ≥ 60 tuổi tại Phòng khám Nội Hô hấp thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh và được đưa vào phân tích. Tỷ lệ SDD theo

MNA-SF là 21,34% (54 bệnh nhân) (Hình 1). Đặc điểm của các bệnh nhân có và không có SDD được so sánh trong các Bảng 1 và Bảng 2 (nhóm có nguy cơ SDD và bình thường được gộp lại thành không SDD). Bảng 3 trình bày kết quả hồi quy logistic các yếu tố liên quan đến SDD.



Hình 1. Tỷ lệ SDD theo MNA-SF ở các bệnh nhân cao tuổi ngoại trú có BPTNMT tại Phòng khám Nội Hô hấp, Bệnh viện Thống Nhất.

Nhận xét: Trong nghiên cứu chúng tôi, có khoảng 1/5 số bệnh nhân cao tuổi được xác định có SDD và gần 1/3 tổng số đối tượng có nguy cơ SDD.

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ - xã hội và lão khoa của các bệnh nhân

	Chung (n = 253)	SDD (n = 54)	Không SDD (n = 199)	p
Tuổi, năm	71,9 ± 8,3	75,4 ± 9,1	70,9 ± 7,8	<0,001†
Tuổi ≥ 75, n (%)	94 (62,85)	24 (44,44)	135 (67,84)	0,002*
Giới Nam, n (%)	213 (84,19)	51 (94,44)	162 (81,41)	0,02**
Hút thuốc lá, n (%)	212 (83,79)	50 (92,59)	162 (81,41)	0,048**
Sống một mình, n (%)	10 (3,95)	5 (9,26)	5 (2,51)	0,024*
Sống cùng người thân, n (%)	243 (96,05)	49 (90,74)	194 (97,49)	
Học vấn > THPT, n (%)	118 (46,64)	24 (44,44)	94 (47,24)	0,227*
Kết hôn, n (%)	178 (70,36)	42 (77,78)	136 (68,34)	0,238*
Vấn đề lão khoa, n (%)				
Đa bệnh	170 (67,19)	42 (77,78)	128 (64,32)	0,062*
Đa thuốc	143 (56,52)	36 (66,67)	107 (53,77)	0,09*
Phụ thuộc ADL	45 (17,79)	18 (33,33)	27 (13,57)	0,001*
Phụ thuộc IADL	108 (42,69)	36 (66,67)	72 (36,18)	< 0,001*
Suy yếu	54 (21,34)	26 (48,15)	28 (14,07)	< 0,001*
Trầm cảm	63 (24,9)	28 (51,85)	35 (17,59)	< 0,001*

*: Phép kiểm chi bình phương **: Phép kiểm Fisher †: Phép kiểm t-student

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận so với nhóm không SDD, nhóm SDD có tỷ lệ cao hơn có ý nghĩa thống kê ở các đặc điểm: Tuổi cao, giới nam, hút thuốc lá, phụ thuộc ADL, phụ thuộc IADL, trầm cảm và suy yếu. NCT sống một mình có tỷ lệ SDD cao hơn có ý nghĩa thống kê so với NCT sống cùng người thân.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân

Bệnh lý		Chung (n = 253)	SDD (n = 54)	Không SDD (n = 199)	p
Mức độ tắc nghẽn đường thở	GOLD 1	47 (18,58)	10 (18,52)	37 (18,59)	0,012**
	GOLD 2	139 (54,94)	22 (40,74)	117 (58,79)	
	GOLD 3	63 (24,9)	19 (35,19)	44 (22,11)	
	GOLD 4	4 (1,58)	3 (5,56)	1 (0,5)	
Mức độ bệnh nặng	Nhóm A	107 (42,29)	15 (27,78)	92 (46,23)	0,008*
	Nhóm B	78 (30,83)	16 (29,63)	62 (31,16)	
	Nhóm E	68 (26,88)	23 (42,59)	45 (22,61)	

*: Phép kiểm chi bình phương

**: Phép kiểm Fisher

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận giữa hai nhóm bệnh nhân cao tuổi có và không có SDD, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ mức độ tắc nghẽn đường thở GOLD 3/4, nhóm E.

Bảng 3. Hồi quy logistic đa biến khảo sát các yếu tố liên quan đến SDD

Biến số	OR hiệu chỉnh (KTC 95%)	p
Nhóm tuổi ≥ 75	1,04 (0,69-3,35)	0,3
Giới tính: Nam	3,55 (0,86-14,52)	0,077
Sống một mình	5,18 (1,06-25,24)	0,042
Phụ thuộc ADL	0,87 (0,25-2,97)	0,822
Phụ thuộc IADL	0,87 (1,14-6,52)	0,024
Suy yếu	3,54 (1,5-7,92)	0,002
Trầm cảm	1,56 (0,69-7,99)	0,166
Nhóm E	1,56 (0,62-,92)	0,349
GOLD 4	14,3 (1,03-197,8)	0,047

Nhận xét: Kết quả phân tích hồi quy đa biến ghi nhận có bốn đặc điểm là sống một mình, phụ thuộc IADL, suy yếu và GOLD 4 có liên quan đến SDD ở các bệnh nhân cao tuổi điều trị ngoại trú tại Phòng khám Nội Hô hấp có BPTNMT. Chỉ có những yếu tố có $p < 0,05$ trong phương trình đơn biến được đưa vào phương trình đa biến.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu trên 253 bệnh nhân cao tuổi ngoại trú tại Phòng khám Nội Hô hấp có BPTNMT,

chúng tôi ghi nhận tỷ lệ SDD đánh giá theo MNA-SF là 21,34%. Ngoài ra sống một mình, GOLD 4, suy yếu và phụ thuộc IADL là bốn yếu tố liên quan đến SDD.

Một nghiên cứu trước đây của Ngô Hoàng Khởi và cộng sự⁵ ở Cần Thơ đã ghi nhận sống một mình làm tăng nguy cơ SDD ở bệnh nhân ngoại trú có BPTNMT, hay nghiên cứu của Võ Thị Thanh và cộng sự⁶ ở Hà Nội cũng ghi nhận tình trạng sống cô đơn, cô độc có liên quan đến SDD ở NCT ngoại trú. Tuy trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ sống một mình thấp nhưng với tốc độ già hóa dân số hiện nay và xu hướng giảm tỷ lệ sinh thì trong tương lai tỷ lệ sống một mình có thể sẽ tăng lên, điều này có khả năng dẫn đến tỷ lệ SDD sẽ càng tăng cao trong tương lai.

Tắc nghẽn luồng dẫn khí là hậu quả của sự phá huỷ các tiểu phế quản tận cùng gây khí phế thũng và tắc nghẽn do tái cấu trúc đường dẫn khí trong viêm phế quản mạn. Ở bệnh nhân BPTNMT, hầu hết các rối loạn sinh lý bệnh đều làm tăng gánh nặng trên cơ hô hấp, làm tăng hoạt động nhiều hơn gây tăng nhu cầu sử dụng oxy và năng lượng hơn so với người bình thường, từ đó gây SDD.

Các hoạt động hỗ trợ sinh hoạt hằng ngày (IADL) được khảo sát ở NCT bao gồm: Sử dụng điện thoại, đi mua sắm, chuẩn bị thức ăn, quản lý nhà cửa, giặt quần áo, sử dụng phương tiện giao thông, quản lý tài chính, làm việc nhà. NCT không tự làm được ít nhất một nhiệm vụ trên được xác định là có phụ thuộc IADL. Việc phải phụ thuộc IADL có thể dẫn đến SDD ở NCT và cần được lưu ý trong quá trình chăm sóc NCT có phụ thuộc.

NCT suy yếu ít có cảm giác đói hơn khi nhin ăn và khả năng làm rỗng dạ dày cũng như co bóp túi mật giảm trong giai đoạn sau bữa ăn. Đồng thời, SDD gây mất protein, mất khối cơ và mất chức năng cơ, dẫn đến thiếu cơ và hậu quả cuối cùng là suy yếu gây mất vận động, té ngã và gãy xương, nhập viện, cuối cùng là tử vong. Như vậy, suy yếu và SDD có mối liên hệ mật thiết và cần được lưu ý ở bệnh nhân BPTNMT cao tuổi.

Nghiên cứu này có một số mặt hạn chế sau đây. Thứ nhất, do khảo sát tại một Phòng khám Nội Hô hấp nên đa phần các bệnh nhân có mức độ nặng của bệnh thuộc nhóm A-B (không nặng), mức độ tắc nghẽn đường thở chủ yếu ở giai đoạn GOLD 2-3, tỷ lệ NCT trong nghiên cứu ở giai đoạn GOLD 4 không cao nên kết quả chưa thể hiện đầy đủ mô hình SDD ở NCT. Thứ hai, nghiên cứu chưa đánh giá một số vấn đề lão khoa có thể liên quan đến SDD như suy giảm nhận thức, té ngã hoặc yếu tố tâm lý xã hội. Thứ ba, do đây là nghiên cứu cắt ngang nên không thể kết luận tính nhân quả của các yếu tố liên quan đến SDD. Do đó, cần thêm các nghiên cứu với khảo sát các đối tượng NCT mắc BPTNMT có theo dõi nhằm đánh giá chính xác các yếu tố có thể tác động lên SDD ở bệnh nhân cao tuổi ngoại trú có BPTNMT.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ SDD ở các bệnh nhân cao tuổi có BPTMT tại Phòng khám Nội Hô hấp, Bệnh viện Thống Nhất là 21,34%. Có bốn yếu tố liên quan đến SDD ở các đối tượng này là sống một mình, GOLD 4, suy yếu và phụ thuộc IADL.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Volkert D, Kiesswetter E, Cederholm T et al (2019) *Development of a model on determinants of malnutrition in aged persons: A MaNuEL project*. Gerontology and Geriatric Medicine 5: 2333721419858438.
2. Volkert D, Chourdakis M, Faxen-Irving G et al (2015) *ESPEN guidelines on nutrition in dementia*. Clinical nutrition 34(6): 1052-1073.
3. Mueller C, Compher C, Ellen DM, Parenteral ASf, Directors ENBo (2011) *ASPEN clinical guidelines: nutrition screening, assessment, and intervention in adults*. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition 35(1): 16-24.
4. Rubenstein LZ, Harker JO, Salvà A, Guigoz Y, Vellas B (2001) *Screening for undernutrition in geriatric practice: Developing the short-form mini-nutritional assessment (MNA-SF)*. The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences 56(6): 366-372.
5. Ngô Hoàng Khởi, Lê Thành Tài, Phạm Thị Dương Nhi, Lâm Nhứt Anh (2022) *Nghiên cứu tình trạng dinh dưỡng và yếu tố liên quan ở người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị ngoại trú tại huyện Châu Thành, tỉnh Hậu Giang năm 2021-2022*. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ 52, tr. 86-92. doi:10.58490/ctump.2022i52.281.
6. Võ Thị Thanh, Nguyễn Ngọc Tâm, Trần Viết Lực (2024) *Thực trạng SDD ở người bệnh cao tuổi tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương*. Tạp chí Y học Việt Nam 533(1). doi:10.51298/vmj.v533i1.7766.