

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ HÀNH VI ĂN UỐNG CỦA BỆNH NHÂN KHOA NỘI TIM MẠCH BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NAM ĐỊNH NĂM 2025

TÓM TẮT

Vũ Thị Nhung^{1*}

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và tìm hiểu hành vi ăn uống, vận động của bệnh nhân khoa Nội tim mạch, Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định năm 2025.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 131 bệnh nhân nhập viện điều trị tại khoa Nội tim mạch, bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định từ tháng 02/2025 đến tháng 04/2025.

Kết quả: Theo BMI: Tỷ lệ bệnh nhân có tình trạng dinh dưỡng bình thường là: 68,7%, tỷ lệ bệnh nhân gầy: 19,8 %, tỷ lệ bệnh nhân thừa cân – béo phì: 11,5 %. Theo SGA: Tỷ lệ bệnh nhân không có nguy cơ SDD là 64,1%. Có 27,5% bệnh nhân có nguy cơ SDD nhẹ và vừa; 8,4% bệnh nhân có nguy cơ SDD nặng. Về hành vi ăn uống, vận động của đối tượng: Tỷ lệ bệnh nhân lựa chọn phương pháp luộc là 81,7 %; phương pháp xào là 70,2 %; 19,1 % người bệnh chọn phương pháp rán; 23,7% bệnh nhân chọn nướng. Tỷ lệ người bệnh có tập thể dục là 43,5%, tỷ lệ không tập thể dục là 56,6%.

Kết luận: Nguy cơ suy dinh dưỡng còn cao ở bệnh nhân mắc bệnh lý tim mạch, bên cạnh đó tỷ lệ thừa cân béo phì có xu hướng gia tăng.

Từ khóa: Tình trạng dinh dưỡng, hành vi ăn uống, BMI, SGA

NUTRITIONAL STATUS AND EATING BEHAVIOR OF CARDIOLOGY INPATIENTS AT NAM DINH GENERAL HOSPITAL IN 2025

ABSTRACT

Objective: To assess the nutritional status and investigate the dietary and physical activity behaviors of patients in the Cardiology Department at Nam Dinh General Hospital in 2025.

Method: A cross-sectional descriptive study was conducted on 131 patients admitted to the Cardiology Department of Nam Dinh General Hospital from February to April 2025.

Results: According to BMI, 68.7% of patients had normal nutritional status, 19.8% were

underweight, and 11,5% were overweight or obese. According to SGA, 64,1% of patients were not at risk of malnutrition, 27,5% were at mild to moderate risk, and 8,4% were at severe risk of malnutrition. Regarding dietary and physical activity behaviors, 81,7% of patients preferred boiling, 70,2% chose stir-frying, 19,1% used frying, and 23,7% opted for grilling. The proportion of patients who exercised was 43,5%, while 56,6% did not engage in physical activity.

Conclusion: The risk of malnutrition remains high among patients with cardiovascular diseases, alongside an increasing trend of overweight and obesity prevalence. Keywords: Nutritional status, dietary habits, BMI, SGA, cardiovascular patients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tim mạch (CVD) là nguyên nhân tử vong hàng đầu toàn cầu, gây ra 20,5 triệu ca tử vong năm 2021, chiếm khoảng 1/3 tổng số ca tử vong, với 80% xảy ra ở các nước thu nhập thấp và trung bình [1]. Các yếu tố nguy cơ chính như tăng huyết áp (THA), rối loạn lipid máu, béo phì, và lối sống ít vận động góp phần làm gia tăng gánh nặng bệnh tim mạch [2]. Theo Roth et al. (2020), THA liên quan đến 10,8 triệu ca tử vong toàn cầu năm 2019, trong khi Mozaffarian et al. (2021) chỉ ra rằng chế độ ăn nhiều muối và chất béo bão hòa làm tăng 30% nguy cơ bệnh tim mạch [2]. Ngoài ra, hút thuốc và tiêu thụ rượu bia làm tăng 25% tỷ lệ tử vong do bệnh tim mạch ở các khu vực đang phát triển. Tình trạng dinh dưỡng và thói quen ăn uống đóng vai trò quan trọng trong phòng ngừa và quản lý bệnh tim mạch, vì suy dinh dưỡng hoặc béo phì đều làm gia tăng nguy cơ biến chứng và tử vong [3]. Tại Việt Nam, dân số già hóa nhanh và đô thị hóa mạnh mẽ khiến tỷ lệ mắc CVD tăng cao [3,4]. Khoa Nội Tim mạch – Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định, một trong những trung tâm tiếp nhận phần lớn bệnh nhân tim mạch và tăng huyết áp tại khu vực, việc đánh giá tình trạng dinh dưỡng và thói quen ăn uống tại đây là cần thiết để hiểu rõ thực trạng và xây dựng các can thiệp hiệu quả. Vì vậy, nghiên cứu “Tình trạng dinh dưỡng và thói quen ăn uống của bệnh nhân khoa Nội tim mạch – Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2025” được thực hiện với mục tiêu:

1. Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

*Tác giả chính: Vũ Thị Nhung

Email: Vunhungtienganh2022@gmail.com

Ngày nhận bài: 5/5/2025

Ngày phản biện: 21/5/2025

Ngày duyệt bài: 23/5/2025

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân khoa nội tim mạch – Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định năm 2025.

Mô tả thói quen ăn uống của bệnh nhân tại khoa nội tim mạch – Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được điều trị tại khoa Nội tim mạch – Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân vào nhóm nghiên cứu

Bệnh nhân nằm trong nhóm các bệnh lý tim mạch (suy tim, tăng huyết áp, tai biến mạch máu não) không phân biệt nam, nữ, từ 18 tuổi, nhập viện trong vòng 48 giờ.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân rối loạn trí nhớ, ngôn ngữ, bệnh nhân mang thai, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 2 năm 2025 đến tháng 4 năm 2025

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu cắt ngang mô tả

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả:

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{p(1-p)}{(\varepsilon \cdot p)^2}$$

Trong đó:

- p là tỉ lệ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân hệ nội Tim mạch tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh năm 2016, tỷ lệ này là 24,5% (p = 0,245) [5]

- $Z_{(1-\alpha/2)}$: phân vị chuẩn hóa tương ứng với hệ số tin cậy

- α : là độ tin cậy, $\alpha = 0,05$ thì $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$

- ε : là giá trị tương đối = 0,3

Thay vào công thức tính được: n = 131 bệnh nhân

2.2.2. Phương pháp thu thập số liệu

- Phỏng vấn, ghi chép, điều tra viên là tác giả bài báo và kỹ thuật viên khoa Dinh dưỡng, bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định

+ Phỏng vấn, ghi chép từ bệnh án để thu thập các thông tin chung về người bệnh

+ Phỏng vấn, ghi chép thói quen ăn uống, hoạt động thể lực theo bộ câu hỏi đã thiết kế theo khuyến nghị của tổ chức y tế thế giới và hiệp hội tim mạch Việt Nam.

- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo chỉ số nhân trắc: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo các chỉ số nhân trắc bao gồm cân nặng, chiều cao.

+ **Thời điểm thu thập**: Cân trọng lượng cơ thể, đo chiều cao được thu thập vào thời điểm trong vòng 48 giờ nhập viện.

+ **Cân trọng lượng cơ thể**: Sử dụng cân đứng TANITA. Độ chính xác của cân 100g.

+ **Kết quả ghi**: Trọng lượng cơ thể được ghi theo kg với một số lẻ.

+ **Đo chiều cao**: Các bệnh nhân được đo chiều cao bằng thước đo chiều cao đứng ba mảnh, có độ chia chính xác milimet. Chiều cao ghi theo m và một số lẻ

+ **Đánh giá kết quả**: Phân loại tình trạng dinh dưỡng dựa vào chỉ số khối cơ thể BMI (Body Mass Index). Chỉ số BMI = Cân nặng (kg) / Chiều cao² (m). Theo Quyết định 2892/QĐ – BYT năm 2022 [6]

- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo phương pháp đánh giá tổng thể đối tượng (SGA - Subjective global assessment) [7]

+ Thu thập số liệu SGA dựa trên thay đổi cân nặng gần đây (6 tháng và 2 tuần gần đây)

$\text{Thay đổi}(\%) = \frac{\text{Trọng lượng trước đây (kg)} - \text{Trọng lượng hiện tại (kg)}}{\text{Trọng lượng trước đây}} \times 100$
--

Và thay đổi khẩu phần ăn, triệu chứng tiêu hoá, thay đổi vận động hiện tại, các stress liên quan đến nhu cầu dinh dưỡng, khám lâm sàng phát hiện các dấu hiệu liên quan đến dinh dưỡng để phân loại không có nguy cơ suy dinh dưỡng, nguy cơ dinh dưỡng vừa, nặng.

+ Phương pháp thu thập: Khám bệnh nhân đánh giá theo thang điểm A, B, C

2.3. Các biến số, chỉ số nghiên cứu

- Thông tin chung: Tuổi (năm), giới (nam, nữ), nghề nghiệp, nơi cư trú, ngày vào viện

- Biến số về tình trạng dinh dưỡng: Các chỉ số nhân trắc (cân nặng, chiều cao).

- Thói quen ăn uống và hoạt động thể lực

+ Thói quen ăn uống: Lựa chọn phương pháp chế biến luộc, xào, rán, nướng.

+ Hoạt động thể lực: Thường xuyên có đi bộ hoặc hoạt động thể lực,

2.3.2. Tiêu chí đánh giá tình trạng dinh dưỡng

- Chỉ số nhân trắc : Dùng chỉ số BMI phân loại theo Quyết định 2892/QĐ – BYT năm 2022[6]

- Phương pháp SGA [7] : Nguy cơ dinh dưỡng SGA: SGA-A là không có nguy cơ suy dinh dưỡng, SGA-B nguy cơ suy dinh dưỡng nhẹ, SGA-C nguy cơ suy dinh dưỡng nặng.

2.4. Các sai số và biện pháp khắc phục

- Các sai số có thể: sai số kỹ thuật do người thực hiện, người trả lời.

- Các biện pháp khắc phục:

+ Thống nhất về cách đánh giá, nhận định về tình trạng dinh dưỡng của người bệnh.

+ Thu thập thông tin cá nhân của người bệnh phải mời người thân để hỏi, xác minh lại.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Các số liệu được làm sạch, mã hóa, kết quả nghiên cứu được xử lý theo thuật toán thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**Bảng 1: Phân bố theo giới và khu vực**

			Giới		Tổng	p
			Nam	Nữ		
Khu vực	Nông thôn	Số lượng	43	39	82	> 0.05
		%	52,4	47,6	100	
	Thành thị	Số lượng	18	31	49	> 0.05
		%	36,7	63,3	100	
Chung		Số lượng	61	70	131	> 0,05
		%	46,6	53,4	100	

Nhận xét: Bảng 1 cho thấy tổng số đối tượng tham gia nghiên cứu là 131 bệnh nhân, trong đó có 61 nam (46,6%) và 70 nữ (53,4%). Sự khác biệt về giới tính nhìn chung không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Xét theo khu vực cư trú, có 82 bệnh nhân sống ở nông thôn, trong đó 43 nam (52,4%) và 39 nữ (47,6%); sự khác biệt giữa tỷ lệ nam và nữ không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tương tự, ở nhóm bệnh nhân sống tại thành thị ($n = 49$), nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn (63,3%) so với nam (36,7%), tuy nhiên sự chênh lệch này cũng không đạt mức ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 2: Tuổi trung bình của bệnh nhân theo giới

Giới	n	Tuổi trung bình			p(*)
		Min	Median $\pm$ SD	Max	
Nam	61	38	69,6 $\pm$ 11,5	88	> 0,05
Nữ	70	40	67,9 $\pm$ 12,6	88	
Chung	131	38	68,7 $\pm$ 12,1	88	

Nhận xét: Tuổi trung bình của các đối tượng tham gia nghiên cứu là 68,7 $\pm$ 12,1 tuổi, dao động từ 38 đến 88 tuổi. Trong đó, tuổi trung bình của nam giới là 69,6 $\pm$ 11,5 và của nữ giới là 67,9 $\pm$ 12,6. Sự khác biệt về tuổi trung bình giữa hai giới không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3: Tình trạng dinh dưỡng (BMI) theo giới

Trình trạng DD	Nam	%	Nữ	%	Tổng	%
Gầy	14	23	12	17,1	26	19,8
Bình thường	42	68,9	48	68,6	90	68,7
Thừa cân	5	8,2	10	14,3	15	11,5
Tổng	61		70		131	100

Nhận xét: Kết quả bảng 3 cho thấy phần lớn bệnh nhân có tình trạng dinh dưỡng bình thường theo chỉ số BMI, chiếm tỷ lệ 68,7%. Trong khi đó, tỷ lệ bệnh nhân gầy là 19,8%, và thừa cân là 11,5%. Phân tích theo giới tính cho thấy tỷ lệ gầy ở nam giới cao hơn nữ giới (23,0% so với 17,1%), trong khi nữ giới có tỷ lệ thừa cân cao hơn nam (14,3% so với 8,2%). Tỷ lệ bệnh nhân có BMI bình thường giữa hai giới tương đương nhau (68,9% ở nam và 68,6% ở nữ).

Bảng 4: Nguy cơ suy dinh dưỡng theo giới SGA

Giới	Không nguy cơ SGA-A		Có nguy cơ SGA-B		Suy dinh dưỡng SGA-C	
	n	%	n	%	n	%
Nam	40	65,6	16	26,2	5	8,2
Nữ	44	62,9	20	28,6	6	8,6
Chung	84	64,1	37	27,5	11	8,4
P(*)	>0,05					

(*) test χ^2

Nhận xét: Bảng phân bố tình trạng dinh dưỡng theo đánh giá SGA cho thấy phần lớn bệnh nhân nằm trong nhóm không có nguy cơ suy dinh dưỡng (SGA-A), chiếm 64,1% tổng số mẫu. Nhóm có nguy cơ suy dinh dưỡng (SGA-B) chiếm 27,5%, còn nhóm suy dinh dưỡng rõ rệt (SGA-C) chiếm 8,4%.

Phân theo giới, tỷ lệ bệnh nhân không nguy cơ suy dinh dưỡng (SGA-A) ở nam cao hơn một chút (65,6%) so với nữ (62,9%). Tỷ lệ có nguy cơ suy dinh dưỡng (SGA-B) và suy dinh dưỡng (SGA-C) ở nữ tương đối đồng đều so với nam, lần lượt là 28,6% và 8,6% so với 26,2% và 8,2% ở nam. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ.

Bảng 5: Sở thích và cách chế biến thức ăn theo giới

Giới		Cách chế biến thực phẩm				p
		Luộc	Xào	Rán	Nướng	
Nam	n	49	41	10	12	> 0,05
	%	37,4	31,3	7,6	9,2	
Nữ	n	58	51	15	19	
	%	44,3	38,9	11,5	14,5	
Chung	n	107	92	25	31	
	%	81,7	70,2	19,1	23,7	

Nhận xét: Kết quả cho thấy phương pháp chế biến thức ăn được ưa chuộng nhất là luộc với 81,7% bệnh nhân lựa chọn. Tiếp theo là xào (70,2%), nướng (23,7%) và rán (19,1%). Không có sự khác biệt nhiều giữa nam và nữ. Khi phân tích theo giới, tỷ lệ lựa chọn các phương pháp chế biến ở nam và nữ tương đối tương đồng, lần lượt là: luộc (37,4% ở nam, 44,3% ở nữ), xào (31,3% nam, 38,9% nữ), rán (7,6% nam, 11,5% nữ), nướng (9,2% nam, 14,5% nữ).

Bảng 6: Tập thể dục theo giới của đối tượng nghiên cứu

Thói quen tập thể dục		Giới		Chung
		Nam	Nữ	
Có	n	28	29	57
	%	21,4	22,1	43,5
Không	n	33	41	74
	%	25,2	31,3	56,5
p		> 0,05		

Nhận xét: Kết quả cho thấy có 43,5% bệnh nhân tham gia tập thể dục, trong đó tỷ lệ ở nam là 21,4% và nữ là 22,1%. Ngược lại, 56,5% bệnh nhân không tập thể dục, gồm 25,2% nam và 31,3% nữ.

Kiểm định thống kê cho thấy không có sự khác biệt về thói quen tập thể dục giữa nam và nữ không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,01$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

4.1.1 Tuổi của đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trung bình 68,7 $\pm$ 12,1 tuổi, chủ yếu là nhóm trung niên và cao tuổi, với phân bố đồng đều giữa nam và nữ, phù hợp

với đặc điểm dịch tễ học của bệnh tim mạch. Tuổi cao là yếu tố nguy cơ chính, với 82% ca tử vong do tim mạch xảy ra ở người trên 60 tuổi [8]. Lão hóa gây xơ vữa động mạch, giảm đàn hồi mạch máu, và tăng áp lực nội mạch, dẫn đến tăng huyết áp (THA) và nguy cơ nhồi máu cơ tim hoặc não. Một nghiên cứu tại Việt Nam cho thấy tăng huyết áp ở người cao tuổi, đặc biệt trên 65 tuổi, làm tăng nguy cơ xơ vữa động mạch do các yếu tố như tuổi tác và chỉ số khối cơ thể cao [9]. Nguy cơ THA ở người trên 70 tuổi cao hơn đáng kể so với nhóm 50–60 tuổi, với phân tích hồi quy cho thấy sự gia tăng nguy cơ theo tuổi ($p < 0,05$) [9]. Rối loạn lipid, ít vận động, và dinh dưỡng kém càng làm tăng nguy cơ. Kết quả trên nhấn mạnh cần ưu tiên sàng lọc sớm và quản lý THA ở người cao tuổi tại Việt Nam.

4.1.2. Khu vực sinh sống của đối tượng nghiên cứu

Phân tích theo khu vực sinh sống cho thấy 62,6% bệnh nhân tim mạch đến từ nông thôn, trong khi khu vực thành thị chiếm 37,4%, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Ở nông thôn, tỷ lệ nam giới (52,4%) cao hơn nữ giới (47,6%), ngược lại, ở thành thị, nữ giới chiếm ưu thế (63,3%) so với nam giới (36,7%). Kết quả này phản ánh các yếu tố nguy cơ khác biệt giữa các khu vực. Ở nông thôn, nam giới có thể chịu ảnh hưởng từ lao động nặng, hút thuốc lá, chế độ ăn không lành mạnh, và hạn chế tiếp cận dịch vụ y tế sớm. Trong khi đó, ở thành thị, tỷ lệ nữ giới mắc bệnh cao hơn có thể liên quan đến lão hóa dân số, lối sống ít vận động, và chế độ ăn giàu muối, chất béo. Theo kết quả khảo sát WHO STEPS 2021 tại Việt Nam, tỷ lệ tăng huyết áp ở khu vực thành thị là 32,7 % và nông thôn là 17,3 % [10]. Tuy nhiên, do phạm vi nghiên cứu hạn chế và đặc thù bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định tiếp nhận ca nặng từ tuyến dưới, kết quả này chưa phản ánh đầy đủ tỷ lệ mắc bệnh tim mạch theo giới tại địa phương.

4.2. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân điều trị tại khoa Nội Tim mạch bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định

4.2.1. Tình trạng suy dinh dưỡng đánh giá theo BMI và SGA

Trong số 131 bệnh nhân tại khoa Nội Tim mạch, 68,7% có tình trạng dinh dưỡng bình thường, BMI trong khoảng ($18,0\text{--}22,9\text{ kg/m}^2$), 19,8 % đối tượng nghiên cứu bị gầy ($\text{BMI} < 18,5\text{ kg/m}^2$), và 11,5 % thừa cân hoặc béo phì ($\text{BMI} \geq 23\text{ kg/m}^2$). Tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn đáng kể (19,8%) cho

thấy nguy cơ suy dinh dưỡng cao ở bệnh nhân tim mạch, đặc biệt trong bối cảnh nhiều bệnh nhân đến từ khu vực nông thôn. Suy dinh dưỡng có thể do giảm cảm giác thèm ăn, khó khăn trong tiêu hóa do bệnh lý tim mạch mạn tính, chế độ ăn thiếu đa dạng, hoặc tăng tiêu hao năng lượng. So sánh với các nghiên cứu khác, tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn trong nghiên cứu này thấp hơn so với một nghiên cứu tại Bệnh viện Bạch Mai trên bệnh nhân mắc bệnh tim mạch (25% gầy) [11] nhưng cao hơn so với Bệnh viện Tim Hà Nội (11,5% gầy, 27,8% thừa cân/béo phì) [12]. Nghiên cứu tại Malaysia (2021) báo cáo 45% bệnh nhân tim mạch thừa cân/béo phì, cho thấy xu hướng dinh dưỡng khác biệt ở khu vực đô thị hóa [13]. Suy dinh dưỡng ở bệnh nhân tim mạch làm tăng nguy cơ biến chứng như suy kiệt, nhiễm trùng, kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị và tỷ lệ tử vong. Ngược lại, thừa cân làm trầm trọng thêm các yếu tố nguy cơ như tăng huyết áp và rối loạn lipid máu. Kết quả nghiên cứu nhấn mạnh tầm quan trọng của việc đánh giá dinh dưỡng định kỳ và can thiệp sớm. Đối với nhóm thiếu năng lượng trường diễn, cần áp dụng chế độ ăn giàu năng lượng và protein, chia nhỏ bữa ăn để cải thiện hấp thu. Với nhóm thừa cân, chế độ ăn DASH và tăng hoạt động thể chất (đi bộ 30 phút/ngày) là cần thiết nhằm nâng cao chất lượng sống, và giảm gánh nặng y tế trong bối cảnh già hóa dân số tại Việt Nam.

Trong nghiên cứu này, tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân được đánh giá bằng công cụ Subjective Global Assessment (SGA), một phương pháp sàng lọc dinh dưỡng được khuyến cáo rộng rãi trong lâm sàng. Kết quả cho thấy có 64,1% bệnh nhân được phân loại SGA-A (không suy dinh dưỡng), trong khi đó 27,5% có nguy cơ suy dinh dưỡng nhẹ đến vừa (SGA-B) và 8,4% nguy cơ suy dinh dưỡng nặng (SGA-C). Tỷ lệ suy dinh dưỡng (SGA-B và C) trong nghiên cứu là 35,9%, phản ánh một thực trạng đáng lưu ý về suy dinh dưỡng ở bệnh nhân nội trú. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thị Lâm và cộng sự (2019) tại Bệnh viện Bạch Mai, ghi nhận 34,7% bệnh nhân có nguy cơ hoặc bị suy dinh dưỡng theo SGA [14]. Trên thế giới, nghiên cứu của Detsky et al., người đầu tiên phát triển SGA, cũng báo cáo tỷ lệ suy dinh dưỡng dao động từ 30–50% trong các nhóm bệnh nhân phẫu thuật, ung thư hoặc bệnh lý mạn tính [15].

So sánh giữa kết quả SGA và phân loại theo BMI cho thấy SGA có khả năng phát hiện nhiều trường hợp suy dinh dưỡng tiềm ẩn hơn. Trong khi chỉ có

19,8% bệnh nhân được phân loại là gầy theo BMI, thì tỷ lệ suy dinh dưỡng theo SGA là 35,9%. Điều này phù hợp với đặc điểm của SGA là đánh giá toàn diện hơn, bao gồm các yếu tố như sụt cân không chủ ý, thay đổi khẩu phần ăn, khả năng hấp thu và biểu hiện lâm sàng. Từ đó có thể khẳng định rằng SGA là công cụ có độ nhạy cao hơn so với BMI trong việc phát hiện suy dinh dưỡng, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân nội trú. Do đó, việc kết hợp cả SGA và BMI trong sàng lọc dinh dưỡng ban đầu là cần thiết, nhằm phát hiện kịp thời các trường hợp suy dinh dưỡng tiềm ẩn, từ đó đưa ra các can thiệp sớm và hiệu quả hơn.

4.3. Thói quen ăn uống và hoạt động thể lực

Theo kết quả nghiên cứu, 81,7% người bệnh ưu tiên lựa chọn chế biến thực phẩm bằng phương pháp luộc, 70,2% xào, trong khi tỷ lệ rán (19,1%) và nướng (23,7%) thấp hơn, không có sự khác biệt đáng kể giữa nam và nữ ($p > 0,05$). Việc ưu tiên luộc và xào, hạn chế chất béo bão hòa và chuyển hóa, giúp bảo tồn vi chất dinh dưỡng (kali, magie, vitamin B), hỗ trợ chức năng tim mạch. Giảm chiên rán cũng góp phần kiểm soát lipid máu và ngăn tiến triển xơ vữa động mạch. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Phạm Thị Cúc và cộng sự (2023) tại Bệnh viện Bạch Mai, ghi nhận 78% bệnh nhân chọn luộc, 67% xào, nhưng tỷ lệ chiên rán cao hơn (25%) [11]. Ngược lại, nghiên cứu tại TP.HCM (Nguyễn Văn Dương, 2022) cho thấy bệnh nhân thành thị tiêu thụ thực phẩm chiên, nướng nhiều hơn (40–45%) do đô thị hóa và thực phẩm chế biến sẵn [16]. Tỷ lệ nướng (23,7%) trong nghiên cứu này đáng chú ý, vì nướng ở nhiệt độ cao có thể tạo hydrocarbon thơm đa vòng (PAHs) và amin dị vòng (HCAs), làm tăng nguy cơ rối loạn nội mô và xơ vữa động mạch. Về hoạt động thể lực, chỉ 43,5% bệnh nhân duy trì tập thể dục đều đặn, thấp hơn so với 51,2% tại Bệnh viện Bạch Mai [11] và 58,5% tại TP.HCM [17], không có sự khác biệt giữa nam và nữ ($p > 0,01$). Nguyên nhân có thể do 62,6% bệnh nhân đến từ nông thôn, nơi thiếu cơ sở hạ tầng thể thao, cùng với tâm lý lo ngại gắng sức ở bệnh nhân tim mạch. Hoạt động thể lực đều đặn giảm 20–30% nguy cơ tử vong do tim mạch. Kết quả này cho thấy cần tăng cường giáo dục dinh dưỡng, khuyến khích chế biến luộc/xào, giảm nướng/rán, và hướng dẫn tập thể dục phù hợp, đặc biệt cho bệnh nhân nông thôn, nhằm cải thiện tiên lượng và chất lượng sống.

V. KẾT LUẬN

5.1. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân khoa Nội tim mạch Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định năm 2025:

Theo kết quả, đối tượng nghiên cứu có tỷ lệ suy dinh dưỡng còn cao, bên cạnh đó xuất hiện tình trạng thừa cân – béo phì.

- Theo BMI :

+ Tỷ lệ bệnh nhân có tình trạng dinh dưỡng bình thường là: 68,7%.

+ Tỷ lệ bệnh nhân gầy: 19,8 %.

+ Tỷ lệ bệnh nhân thừa cân – béo phì: 11,5 %.

+ tỷ lệ bệnh nhân không có nguy cơ SDD là 64,1%.

- Theo SGA

+ Tỷ lệ bệnh nhân không có nguy cơ SDD là 64,1%.

+ Có 27,5% bệnh nhân có nguy cơ SDD nhẹ và vừa

+ 8,4% bệnh nhân có nguy cơ SDD nặng

5.2. Thói quen ăn uống, vận động của bệnh nhân khoa Nội tim mạch Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định năm 2025: Phần lớn bệnh nhân đã có hành vi lựa chọn phương pháp chế biến có lợi cho sức khỏe như luộc, xào, một phần nhỏ vẫn còn thói quen sử dụng phương pháp rán, nướng

- Tỷ lệ bệnh nhân lựa chọn phương pháp luộc là 81,7 %, phương pháp xào là 70,2 %, 19,1 % người bệnh chọn phương pháp rán, 23,7% bệnh nhân chọn nướng.

- Tỷ lệ người bệnh có tập thể dục là 43,5%, tỷ lệ không tập thể dục là 56,6%.

VI. KHUYẾN NGHỊ

- Tăng cường sàng lọc và đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng công cụ SGA kết hợp BMI: Cần áp dụng đồng thời chỉ số BMI và công cụ đánh giá lâm sàng SGA trong quy trình khám và điều trị bệnh nhân nội trú, nhằm phát hiện sớm các trường hợp suy dinh dưỡng, đặc biệt là suy dinh dưỡng tiềm ẩn không thể hiện qua BMI.

- Thực hiện các can thiệp dinh dưỡng và giáo dục hành vi phù hợp với từng nhóm đối tượng: Đối với bệnh nhân suy dinh dưỡng hoặc có nguy cơ, cần xây dựng chế độ ăn giàu năng lượng và đạm, hỗ trợ phục hồi thể trạng. Với nhóm thừa cân – béo phì, cần điều chỉnh chế độ ăn hợp lý để kiểm soát cân nặng. Đồng thời, cần duy trì và phát huy thói quen lựa chọn phương pháp chế biến lành mạnh như luộc, xào; hạn chế rán, nướng và tăng cường tư vấn dinh dưỡng cá thể hóa.

- Khuyến khích vận động thể lực thường xuyên và phù hợp: Tỷ lệ bệnh nhân không tập thể dục vẫn còn cao (56,6%), do đó cần đẩy mạnh tư vấn về lợi ích của vận động thể lực đối với kiểm soát bệnh tim mạch và cải thiện tình trạng dinh dưỡng. Cần xây dựng chương trình hoạt động thể chất phù hợp với thể trạng và mức độ bệnh lý của từng bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Di Cesare M, Perel P, Taylor S, Kabudula C, Bixby H, Gaziano TA, et al. The Heart of the World. *Glob Heart*. 2024;19(1):11.
2. Roth GA, Mensah GA, Fuster V. The Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risks: A Compass for Global Action. *J Am Coll Cardiol*. 2020 Dec 22;76(25):2980–1.
3. Supakul S, Park HY, Nguyen BN, Giang KB. Prevalence differences in major non-communicable diseases in a low- middle income country: a comparative study between an urban and a rural district in Vietnam. *Journal of Global Health Science* [Internet]. 2019 Nov 5 [cited 2025 Apr 30];1(2). Available from: <https://doi.org/10.35500/jghs.2019.1.e47>
4. Nguyen LT, Nantharath P, Kang E. The Sustainable Care Model for an Ageing Population in Vietnam: Evidence from a Systematic Review. *Sustainability*. 2022 Jan;14(5):2518.
5. Phạm Văn Bắc. Luận văn Thạc sỹ Y học: “Tình trạng dinh dưỡng, khẩu phần ăn thực tế và thói quen ăn uống của bệnh nhân tại khoa nội tim mạch bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh NĂM 2015 - 2016. Đại học Y HÀ NỘI; 2016.
6. Bộ Y tế Quyết định 2892/QĐ-BTY về “ Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh béo phì”, Hà Nội: năm 2022
7. A. S. Detsky, J. P. Baker, K. O'Rourke et al (1987), “Predicting nutrition-associated complications for patients undergoing gastrointestinal surgery”, *JPEN J Parenter Enteral Nutr*, 11(5), tr. 440-6.
8. Yazdanyar A, Newman AB. The burden of cardiovascular disease in the elderly: morbidity, mortality, and costs. *Clin Geriatr Med*. 2009 Nov;25(4):563–77, vii.
9. Bui Van N, Vo Hoang L, Bui Van T, et al. (2019). Prevalence and risk factors of hypertension in the Vietnamese elderly. *High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention*, 26(3), 239–246.
10. McGuire H, Van TB, Thi Thu HL, Nguyen Thanh H, Murray M, Shellaby J, et al. Improving hypertension awareness and management in Vietnam through a community-based model. *Sci Rep*. 2022 Nov 18; 12:19860.
11. Phạm Thị Cúc, Lê Văn Hưng, Trần Thị Kim, Nguyễn Minh Tú. Thói quen chế biến và lựa chọn món ăn ở bệnh nhân tim mạch nội trú tại Viện Tim mạch – Bệnh viện Bạch Mai năm 2023. *Tạp chí Dinh dưỡng Lâm sàng Việt Nam*. 2023;18(1):45–52.
12. Nguyễn Thị Hằng, Phạm Văn Đức. Khảo sát tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân tim mạch nhập viện tại Bệnh viện Tim Hà Nội. *Tạp chí Dinh dưỡng Việt Nam*. 2021;39(3):45–52.
13. Ramli A, Yusof F, Zainudin S. Nutritional status of cardiovascular disease patients in urban Malaysia: a cross-sectional study. *Malaysian Journal of Nutrition*. 2021;27(1):1–9. doi:10.31246/mjn-2021-01-01
14. Nguyễn Thị Lâm, Trần Thị Hồng Vân, và cs. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm*, 2019; 15(3): 67–74.
15. Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, et al. What is subjective global assessment of nutritional status? *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 1987;11(1):8–13.
16. Nguyễn Văn Dương, Trương Thị Lan. Khảo sát thói quen tiêu thụ thực phẩm chiên, nướng và chế biến sẵn ở bệnh nhân tim mạch ngoại trú tại TP. Hồ Chí Minh năm 2022. *Tạp chí Dịch tễ học và Y tế Cộng đồng*. 2022;14(4):89–97.
17. Trần Văn Bình, Lê Thị Mai. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân tim mạch tại Bệnh viện Chợ Rẫy. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2020;24(4):78–85.