

Thái, Nguyễn Quốc Bảo. Nhân một trường hợp sỏi thận trên thận lạc chỗ Tạp chí Y học Việt Nam tập 539 - Tháng 6 - Số chuyên đề 2024.

3. **Bicaklioglu F, Mert MS, Sobay R, Arikan O, Aydin ME, Uslu M, et al.** Outcomes of the Surgical Stone Management in Pelvic Ectopic Kidneys: A Retrospective Comparison of Three Different Approaches J Clin Med. 2025;14(6).
4. **Geavlete B, Popescu R, Georgescu D, Geavlete P.** Single-use ureteroscopes in ectopic pelvic kidney stones Journal of medicine and life. 2021;14(4):557.
5. **Matlaga BR, Assimos DG.** Changing indications of open stone surgery Urology. 2002;59(4):490–3.
6. **Bozkurt OF, Tepeler A, Sninsky B, Ozyuvali E, Ziypak T, Atis G, et al.** Flexible ureterorenoscopy for the treatment of kidney stone within pelvic ectopic kidney Urology. 2014;84(6):1285–9.
7. **Ergin G, Kirac M, Unsal A, Kopru B, Yordam M, Biri H.** Surgical management of urinary stones with abnormal kidney anatomy The Kaohsiung Journal of Medical Sciences. 2017;33(4):207–11.
8. **Legemate JD, Baseskioglu B, Dobruch J, Gutierrez-Aceves J, Negrete O, Sanz CR, et al.** Ureteroscopic urinary stone treatment among patients with renal anomalies: patient characteristics and treatment outcomes Urology. 2017;110:56–62.

THỰC TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ BỆNH MẠN TÍNH Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI CÁC THÀNH PHỐ LỚN NĂM 2025

Trương Phan Nam Bình¹, Lưu Liên Hương¹, Lê Minh Khánh¹,
Trương Phan Hồng Hà¹, Hoàng Hà Linh¹, Trương Hồng Sơn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và một số chỉ số sức khỏe của người cao tuổi ở 2 thành phố lớn tại Việt Nam.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, thiết kế cắt ngang trên 422 người cao tuổi (NCT) tại 6 phường thuộc thành phố Hà Nội và TP HCM, năm 2025. Tình trạng dinh dưỡng được đánh giá bằng chỉ số BMI, tình trạng thừa cân, béo phì và các bệnh mạn tính được xác định theo tiêu chuẩn phân loại ICD11(2018)

Kết quả: Tỷ lệ thừa cân béo phì ở người cao tuổi tại 2 thành phố là 33,2% và tỷ lệ thiếu cân tại 2 thành phố là 3,8 %. Về bệnh lý mạn tính, đa số NCT trong nghiên cứu mắc trung bình 2 bệnh lý mạn tính phổ biến, cao nhất là tăng huyết áp (55,9%) và viêm xương khớp (32,5%). Kết quả đo mật độ xương gót chân cho thấy 42,3% NCT gặp phải vấn đề loãng xương, 50,2% tiền loãng xương.

Kết luận: Người cao tuổi tại các thành phố lớn đang phải đối mặt với tình trạng thừa cân béo phì và các bệnh mạn tính.

Từ khóa: Người cao tuổi, vùng đô thị, sức khỏe, dinh dưỡng

SUMMARY

NUTRITIONAL AND CHRONIC DISEASE STATUS AMONG THE ELDERLY IN MAJOR CITIES IN 2025

Objective: To assess the nutritional status and selected health indicators of elderly people in two major cities in Vietnam. Subjects and Methods: A descriptive, cross-sectional study was conducted among 422 elderly people in 6 wards of Hanoi and Ho Chi Minh City.

Results: The prevalence rate of overweight and obesity among elderly people in the two cities reached 33.2%, while the rate of underweight was 3.8%. Regarding chronic diseases, the majority of elderly people in the study suffered from an average of two common chronic diseases, with hypertension (55.9%) and osteoarthritis (32.5%) being the most prevalent. Heel bone density measurements showed that 42.3% of elderly people experienced osteoporosis, and 50.2% had pre-osteoporosis. Conclusion: Elderly people in

¹Viện Y học ứng dụng Việt Nam

Người chịu trách nhiệm chính: Trương Phan Nam Bình

Email: nambinhtruongphan@gmail.com

Mã bài: N870

Ngày nhận bài: 5/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 2/4/2026

Ngày duyệt bài: 5/6/2026

major cities are facing a double burden of overweight and obesity alongside chronic diseases.

Keywords: elderly, major cities, health, nutrition.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam là một trong các quốc gia có tốc độ già hóa dân số nhanh nhất thế giới. Tính đến năm 2024, Việt Nam có khoảng 14,2 triệu người cao tuổi (NCT - từ 60 tuổi trở lên), chiếm khoảng 14,5% tổng dân số, tăng 2,8 triệu người so với năm 2019. Dự báo đến năm 2035, tỷ lệ này sẽ đạt gần 20%, và đến năm 2049 có thể lên tới 24,88%, tương đương khoảng 28,6 triệu người. Việt Nam hiện là một trong những quốc gia có tốc độ già hóa dân số nhanh nhất thế giới, với thời gian chuyển từ giai đoạn “già hóa” sang “dân số già” chỉ khoảng 26 năm, ngắn hơn nhiều so với các nước phát triển như Pháp (115 năm) hay Australia (73 năm). Tính trung bình trong giai đoạn 2009-2019, tổng dân số tăng 1,14%/năm thì dân số cao tuổi tăng tới 4,35%/năm¹.

Trước thực trạng trên, Đảng và Nhà nước ta đã có chủ trương, chính sách mới liên quan đến vấn đề chất lượng dân số, đặc biệt là đối với người cao tuổi. Chỉ thị số 59-CT/TW, ngày 27-9-1995 của Ban Bí thư trung ương (khóa VII) về chăm sóc NCT đã quán triệt quan điểm, chủ trương của Đảng, Nhà nước ta về việc chăm sóc, phát huy vai trò NCT là trách nhiệm của Đảng, Nhà nước và toàn xã hội. Luật NCT được Quốc hội ban hành năm 2009 đã quy định về quyền và nghĩa vụ của NCT; trách nhiệm của gia đình, Nhà nước và xã hội trong việc phụng dưỡng, chăm sóc và phát huy vai trò NCT tại Việt Nam. Tại Nghị quyết số 21-NQ/TW ngày 25/10/2017 của Ban Chấp hành Trung ương Đảng khóa XII về công tác dân số trong tình hình mới, Đảng yêu cầu tiếp tục hoàn thiện chính sách, pháp luật về bảo vệ, chăm sóc và phát huy vai trò người cao tuổi; khuyến khích NCT tham gia các hoạt động kinh tế - xã hội; xác định rõ trách nhiệm, nghĩa vụ, quyền lợi của người sử dụng lao động và người lao động cao tuổi.

Hiện nay, tại Việt Nam, các đánh giá về tình hình sức khỏe của người cao tuổi, các nghiên cứu về việc thực hiện chính sách, pháp luật trong chăm sóc NCT chỉ mang tính chất nhỏ lẻ, địa phương rất ít nghiên cứu đánh giá về sức khỏe NCT cũng như đánh giá thực trạng triển khai chính sách, pháp luật về NCT với quy mô toàn

quốc. Do vậy cần tiến hành nghiên cứu này để làm cơ sở đề xuất các giải pháp cải thiện về chính sách chăm sóc người cao tuổi tại Việt Nam giai đoạn 2030-2050.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, thiết kế cắt ngang.

Đối tượng nghiên cứu: Người cao tuổi (trên 60 tuổi) tại 5 phường tại thành phố Hà Nội và TP HCM.

Địa điểm nghiên cứu: Hà Nội (phường Cửa Nam, phường Hoàn Kiếm), TP HCM (Phường 3, phường 6, phường 11 – quận Tân Bình cũ)

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Sử dụng phương pháp lấy mẫu thuận tiện. Tất cả những NCT tại địa bàn phường đủ tiêu chuẩn lựa chọn được lựa chọn tham gia nghiên cứu. Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu cắt ngang với độ chính xác tuyệt đối

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

Cỡ mẫu cần thiết là $n = 353$ đối tượng. Thực tế thu thập 422 đối tượng,

Phương pháp thu thập số liệu:

Các thông tin về nhân khẩu học, chế độ dinh dưỡng, tình trạng bệnh lý được thu thập bằng bộ câu hỏi phỏng vấn được thiết kế sẵn.

Các thông tin về nhân trắc và tình trạng dinh dưỡng được thu thập thông qua các kỹ thuật đánh giá tình trạng dinh dưỡng, bao gồm: đo chiều cao, đo cân nặng, đo mật độ xương:

- **Đo cân nặng:** Bằng cân điện tử SECA với độ chính xác 0,1kg.

- **Đo chiều cao:** Sử dụng thước gỗ với độ chính xác 0,1cm.

- **Đo mật độ xương:** Máy đo mật độ xương gót chân SONOST 3000, sử dụng công nghệ sóng siêu âm.

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng chỉ số BMI, sử dụng ngưỡng BMI ≥ 25 là thừa cân, BMI $< 18,5$ là thiếu năng lượng trường diễn (suy dinh dưỡng)

Đánh giá tình trạng bệnh tật: Thu thập thông tin bằng kết quả khám bệnh của đối tượng tại trạm y tế và các cơ sở y tế (bệnh viện),

Đối với đánh giá khả năng sinh hoạt hàng ngày và tự chăm sóc bản thân, nghiên cứu sử dụng bộ thang đo ADL và IADL². ADL (Activities of Daily Living) là thang đo được sử dụng để đánh giá hoạt động hàng ngày, và IADL (Instrumental Activities

of Daily Living) là thang đo được sử dụng để đánh giá hoạt động hàng ngày có sử dụng công cụ.

Phân tích xử lý số liệu: Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata (nhập kép và làm sạch) và phân tích bằng phần mềm Stata 17.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Phân bố giới tính và nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu

Chỉ số	TP.HN (n=254)		TP.HCM (n=168)		Tổng (N=422)	
	N	%	N	%	N	%
Giới tính						
Nam	55	21,7	54	32,1	109	25,8
Nữ	199	78,3	114	67,9	313	74,2
Nhóm tuổi						
60-69	125	49,2	101	60,1	226	53,6
70-79	98	38,6	56	33,3	154	36,5
80+	31	12,2	11	6,5	42	10,0
Tuổi trung bình	70,4		69,0		69,9	

Nhận xét: tỷ lệ đối tượng có giới tính nữ chiếm đa số so với giới tính nam. Độ tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là từ 60-69 tuổi (chiếm hơn 50%), sau đó là nhóm tuổi từ 70-79 tuổi, và nhóm tuổi từ 80 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ thấp nhất (khoảng 10%). Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 69,9 tuổi, tương đồng giữa 2 địa bàn nghiên cứu.

Bảng 2: Tỷ lệ mắc một số bệnh thường gặp của đối tượng nghiên cứu

Tỷ lệ mắc (%)	Giới tính			Nhóm tuổi				Tổng (n=422)
	Nam	Nữ	p	60-69	70-79	80+	p	
Tăng huyết áp	57,8	55,3	ns	47,3	64,3	71,4	***	55,9
Đái tháo đường	31,2	21,7	*	18,6	31,2	28,6	*	24,2
Bệnh về phổi	10,1	3,8	*	4,0	6,5	9,5	ns	5,5
Ung thư/khối u	7,3	9,9	ns	11,5	6,5	7,1	ns	9,2
Bệnh về gan	3,7	8,0	ns	8,0	5,2	7,1	ns	6,9
Nhóm bệnh tim mạch	16,5	24,9	ns	15,9	27,3	42,9	***	22,7
Đột quỵ	0,9	3,5	ns	2,2	3,9	2,4	ns	2,8
Viêm khớp, thấp khớp	20,2	36,7	**	30,5	31,8	45,2	ns	32,5
Hen suyễn	1,8	1,9	ns	1,3	2,6	2,4	ns	1,9
Các vấn đề sức khỏe tâm thần	0,0	0,6	ns	0,4	0,0	2,4	ns	0,5
Bệnh liên quan đến trí nhớ	0,9	1,0	ns	0,9	0,0	4,8	*	0,9
Tăng lipid máu	35,8	49,8	*	43,4	49,4	50,0	ns	46,2
Số bệnh mắc trung bình của NCT	1,86	2,17	ns	1,86	2,27	2,67	ns	2,09

ns: non-significant – không có ý nghĩa thống kê

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ vs. nam giới

Nhận xét: hơn một nửa số đối tượng nghiên cứu báo cáo hiện mắc tình trạng tăng huyết áp (chiếm 55,9%) – chiếm tỷ lệ cao nhất trong các bệnh lý khảo sát, sau đó là tình trạng tăng lipid máu (chiếm 46,2%), tình trạng viêm khớp/thấp khớp (chiếm 32,5%), tình trạng đái tháo đường (chiếm 24,2%)... Các tình trạng bệnh lý về sức khỏe tâm thần, các bệnh liên quan đến trí nhớ

được báo cáo gặp phải ít nhất (lần lượt là 0,5% và 0,9%). Tuổi càng cao, tỷ lệ mắc bệnh tăng huyết áp và nhóm bệnh tim mạch càng cao ($p < 0,001$). Có sự khác biệt về tỷ lệ mắc các bệnh như đái tháo đường, bệnh về phổi, tăng lipid máu, viêm khớp thấp khớp giữa nam và nữ ($p < 0,05$). Trung bình, NCT mắc cùng lúc 2 bệnh, nữ giới mắc nhiều bệnh hơn nam giới và nhóm tuổi cao mắc nhiều bệnh hơn các nhóm tuổi thấp hơn.

Bảng 3: Tỷ lệ NCT phụ thuộc vào sự trợ giúp từ người khác trong các hoạt động sinh hoạt/chăm sóc bản thân và hoạt động hàng ngày có sử dụng công cụ

Các hoạt động hàng ngày cơ bản	Giới tính			Nhóm tuổi				Chung (n=422)
	Nam	Nữ	p	60-69	70-79	80+	p	
Các hoạt động sinh hoạt/chăm sóc bản thân (%)								
Tắm	0	2,2	ns	0,4	1,9	7,1	*	1,7
Mặc quần áo	0	2,2	ns	0,4	1,9	7,1	*	1,7
Đi vệ sinh	0	1,6	ns	0,4	1,3	4,8	ns	1,2
Di chuyển từ giường/ghế xuống đất	0	2,2	ns	0,4	1,9	7,1	**	1,7
Ăn uống	0	1,6	ns	0,4	1,3	4,8	ns	1,2
Có ít nhất 1 hoạt động phụ thuộc	0	2,6	ns	0,4	1,9	9,5	**	1,9
Các hoạt động hàng ngày cần sử dụng công cụ (%)								
Sử dụng điện thoại di động	9,2	21,4	**	2,9	22,7	52,4	***	18,2
Mua sắm cho mọi nhu cầu	7,3	8,3	ns	4	9,1	26,2	***	8,1
Chuẩn bị bữa ăn	17,4	9,3	*	6,6	11,7	35,7	***	11,4
Dọn dẹp nhà cửa	12,8	9,6	ns	5,3	11	35,7	***	10,4
Giặt giũ quần áo	9,2	8,3	ns	4,9	9,1	26,2	***	8,5
Đi lại và sử dụng phương tiện giao thông	4,6	16	**	5,8	15,6	42,9	***	13
Quản lý uống thuốc	1,8	2,9	ns	1,3	2,6	9,5	**	2,6
Quản lý tài chính	13,8	18,2	ns	11,5	21,4	31	***	17,1
Có ít nhất 1 hoạt động gặp khó khăn	31,2	36,1	ns	24,3	42,2	64,3	***	34,8

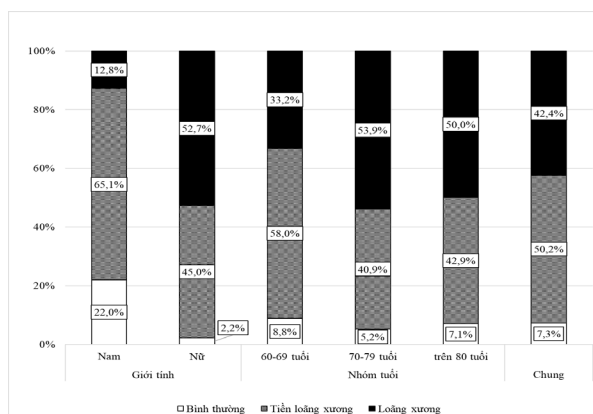
Số liệu được trình bày dưới dạng tỷ lệ %

ns: non-significant – không có ý nghĩa thống kê

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Có 1,9% số đối tượng có ít nhất 1 hoạt động sinh hoạt/chăm sóc bản thân cần sự trợ giúp của người khác, trong đó có 1,7% số đối tượng phụ thuộc vào sự trợ giúp của người khác trong các hoạt động như tắm, mặc quần áo, di chuyển từ giường/ghế xuống đất và có 1,2% số đối tượng phụ thuộc vào sự trợ giúp của người khác trong các hoạt động như đi vệ sinh hay ăn uống. Tuổi càng cao, tỷ lệ phụ thuộc vào các hoạt động tự chăm sóc càng lớn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Sử dụng điện thoại di động là hoạt động có tỷ

lệ số đối tượng báo cáo gặp phải khó khăn cao nhất (tỷ lệ 18,2% - với hành vi chủ yếu chỉ là nghe cuộc gọi đến hoặc bấm một vài số điện thoại quen thuộc...); tiếp theo là hoạt động quản lý tài chính bản thân (tỷ lệ gặp khó khăn là 17,1%); hoạt động đi lại và sử dụng phương tiện công cộng (tỷ lệ gặp khó khăn là 13%); hoạt động chuẩn bị bữa ăn (tỷ lệ gặp khó khăn là 11,4%); hoạt động dọn dẹp nhà cửa (tỷ lệ gặp khó khăn là 10,4%). Trung bình, NCT gặp phải trên 2 vấn đề khó khăn trong các hoạt động hàng ngày cần sử dụng công cụ.



Biểu đồ 1: Biểu đồ thực trạng mật độ xương của đối tượng nghiên cứu

Phân loại mức độ đánh giá mật độ xương cho thấy, có 7,3% số đối tượng có mật độ xương mức bình thường, 50,2% số đối tượng có mật độ xương mức tiền loãng xương và 42,4% số đối tượng có mật độ xương mức loãng xương. Tỷ lệ nam giới có mật độ xương ở mức bình thường và ở mức tiền loãng xương cao hơn nhiều so với nữ giới (22% so với 2,2% và 65,1% so với 41,5%), trong khi nữ giới có tỷ lệ loãng xương cao hơn nhiều so với nam giới (52,7% so với 12,8%).

Về tình trạng dinh dưỡng của người cao tuổi

Bảng 4: Thực trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu

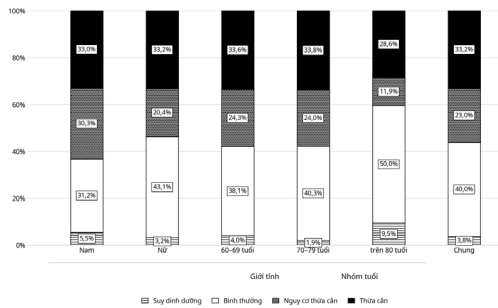
Chỉ số	Giới tính			Nhóm tuổi				Chung
	Nam	Nữ	p	60-69	70-79	80+	p	
Chiều cao (cm)	162,2±6,3	151,2±5,9	***	155,5±7,4	153,1±7,5	149,4±7,6	***	154,0±7,7
Cân nặng (kg)	62,5±9,9	53,9±8,6	***	57,4±9,7	55,7±9,2	50,8±9,7	***	56,1±9,7
BMI	23,8±3,5	23,6±3,4	ns	23,7±3,5	23,7±3,3	22,7±3,7	ns	23,6±3,4

Số liệu được trình bày dưới dạng $\bar{X} \pm SD$.

ns: non-significant – không có ý nghĩa thống kê

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Chiều cao trung bình và cân nặng trung bình của nam giới cao hơn nữ giới. Chiều cao và cân nặng đều có xu hướng giảm khi độ tuổi tăng lên. Đối với chỉ số BMI, chỉ số trung bình của nam giới và nữ giới là tương đương nhau, và khá tương đồng ở các nhóm tuổi.



Biểu đồ 2: Phân loại tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu

Có 3,8% số đối tượng có BMI thuộc mức thiếu năng lượng trường diễn (suy dinh dưỡng), 40% số đối tượng có BMI thuộc mức bình thường, 23% số đối tượng có BMI thuộc mức nguy cơ thừa cân (BMI trong khoảng từ 23-25) và 33,2% số đối tượng có tình trạng thừa cân. Tỷ lệ nữ giới có BMI thuộc mức bình thường cao hơn nam giới, trong khi mức thừa cân là tương đương nhau (khoảng 33%). Khi độ tuổi tăng lên, tỷ lệ số đối tượng có BMI thuộc mức bình thường cũng có xu hướng tăng, trong khi tỷ lệ số đối tượng có BMI thuộc mức béo phì lại có xu hướng giảm.

IV. BÀN LUẬN

Ở khảo sát này, nhóm bệnh phổ biến nhất ở NCT trong nghiên cứu này lần lượt là: tăng huyết áp (55,9%), tăng lipid máu (46,2%), viêm khớp (32,5%) đái tháo đường (24,2%), bệnh tim mạch (22,7%). Kết quả này cũng tương tự tác giả Đỗ Chí Cường với mô hình bệnh tật của NCT điều trị nội trú tại bệnh viện Thống Nhất năm 2009 ghi nhận nhóm bệnh mắc tỉ lệ cao nhất là nhóm bệnh hệ tuần hoàn (70,5%) với tỉ lệ 3 bệnh cao nhất lần lượt là bệnh tăng huyết áp, bệnh tim thiếu máu cục bộ, bệnh đái tháo đường ³. Nghiên cứu của Bùi Tấn Dương (2012) ghi nhận mười nhóm bệnh thường gặp nhất ở NCT trong đó ghi nhận tỉ lệ tăng huyết áp (41,2%), bệnh tim thiếu máu cục bộ (16,7%), suy tim (12,1%) ⁴. Tỉ lệ tăng huyết áp theo tuổi cũng tương tự nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Định (2016) với bệnh nhân tăng huyết áp tại bệnh viện cho thấy NCT chiếm tỉ lệ cao với nhóm 60 – 79 tuổi (53,29%), nhóm từ 80 tuổi trở lên là 25,75% ⁵. Nghiên cứu của Bùi Tấn Dương (2012) ghi nhận mười chương bệnh thường gặp nhất ở NCT trong đó tăng huyết áp chiếm 41,2% ⁴.

Trong khảo sát này, sử dụng thang đo ADL để

đánh giá mức độ độc lập và khả năng tự chăm sóc của người cao tuổi. Với thang ADL, 100% nam giới cao tuổi có thể thực hiện được các hoạt động sinh hoạt/chăm sóc bản thân hàng ngày và chỉ có dưới 3% số nữ giới NCT phụ thuộc ít nhất 1 hoạt động sinh hoạt/chăm sóc hàng ngày vào người khác. Tỷ lệ phụ thuộc cao nhất ở nhóm trên 80 tuổi và thấp nhất ở nhóm 60-69 tuổi. Tỷ lệ trong nghiên cứu này là tương đối thấp so với các nghiên cứu khác tại Việt Nam cùng sử dụng thang đo ADL. Nghiên cứu tại một số bệnh viện cho thấy tỷ lệ gặp khó khăn về ADL/IADL nằm trong khoảng từ 25-85% ⁶. Nghiên cứu trên hơn 900 NCT tại Huế cho thấy 45,2% số NCT ít có khả năng thực hiện các hoạt động chức năng IADL ⁷. Một nguyên nhân khác có thể lý giải cho tỷ lệ suy giảm ADL trong nghiên cứu của này thấp hơn so với một số nghiên cứu khác là do đối tượng khảo sát chủ yếu là NCT sống tại khu vực thành thị và được mời đến địa điểm tập trung để phỏng vấn chứ không phải trong môi trường bệnh viện hoặc trên một số đối tượng NCT mắc một số bệnh nhất định. Đặc điểm này dẫn đến sự chọn lọc tự nhiên: phần lớn những người tham gia đều còn khả năng di chuyển và nhận thức tương đối tốt, nên tỷ lệ hạn chế chức năng được ghi nhận thấp hơn thực tế chung. Trong khi đó, nhiều bằng chứng cho thấy NCT sống ở nông thôn hoặc vùng khó khăn thường có nguy cơ suy giảm ADL cao hơn, do gặp hạn chế trong tiếp cận dịch vụ y tế, ít tham gia hoạt động xã hội cũng như thiếu nguồn lực hỗ trợ chăm sóc thường xuyên.

Nghiên cứu này cho thấy NCT đang phải chịu gánh nặng kép về dinh dưỡng, bao gồm cả tình trạng thừa cân béo phì và thiếu cân. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ NCT thiếu cân là 3,8%, trong khi đó tỷ lệ NCT thừa cân béo phì lên tới 33,2%, nhóm có nguy cơ thừa cân (BMI $\geq$ 23) cũng chiếm tới 23% . Ở người cao tuổi ở thành thị, gánh nặng về thừa cân béo phì ngày càng phổ biến, phản ánh rõ nét quá trình chuyển dịch dinh dưỡng và già hóa dân số tại Việt Nam cũng như nhiều quốc gia có thu nhập trung bình. WHO đã cảnh báo tình trạng thừa cân béo phì là thách thức sức khỏe ở người trưởng thành và cao tuổi tại các quốc gia đang phát triển⁸. Nhóm NCT thừa cân hoặc béo phì thường đối diện với bệnh lý mạn tính không lây như tim mạch, tăng huyết áp và đái tháo đường, vốn đang gia tăng nhanh chóng tại Việt Nam. Tình trạng này còn kéo theo gánh nặng y tế lớn, cả

về chi phí chăm sóc lẫn nhu cầu điều trị lâu dài. Hơn nữa, quá trình lão hóa còn làm gia tăng các rào cản đối với việc đảm bảo dinh dưỡng đầy đủ. NCT thường gặp khó khăn trong nhai nuốt, răng miệng yếu, giảm vị giác và khứu giác, từ đó ăn uống ít đi và dễ thiếu hụt dưỡng chất quan trọng. Đồng thời, sự thay đổi về chuyển hóa năng lượng theo tuổi cũng khiến cơ thể dễ tích mỡ và khó duy trì khối cơ, góp phần làm tăng nguy cơ béo phì sarcopenic – một dạng béo phì kèm teo cơ, rất phổ biến ở NCT.

V. KẾT LUẬN

Người cao tuổi tại 2 thành phố lớn đang phải đối diện với nguy cơ thừa cân béo phì và các bệnh mạn tính.

VI. KIẾN NGHỊ

Trên cơ sở kết quả nghiên cứu, cần tăng cường triển khai các can thiệp dinh dưỡng cho người cao tuổi theo hướng cá thể hóa, kết hợp chặt chẽ với quản lý các bệnh không lây nhiễm tại tuyến y tế cơ sở. Bên cạnh đó, cần nâng cao khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe và hỗ trợ sinh hoạt cho người cao tuổi tại cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tổng cục Thống kê.** Tổng điều tra dân số và nhà ở 2019: Già hóa dân số và người cao tuổi ở Việt Nam. 2021;
2. **Lawton MP, Brody EM.** Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. Autumn 1969;9(3):179-86.
3. **Đỗ Chí Cường.** Mô hình bệnh tật của người cao tuổi điều trị tại bệnh viện Thống Nhất năm 2009. 2012.
4. **Bùi Tấn Dương.** Mô hình bệnh tật và tử vong của người cao tuổi điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương năm 2011. 2012.
5. **Nguyễn Hoàng Định, Huỳnh Bích Nhiều.** Chất lượng cuộc sống người bệnh tăng huyết áp. *Phẫu thuật tim mạch và lồng ngực Việt Nam*. 2016;12:37-42
6. **Nguyễn Văn Tân, Nguyễn Thanh Vy, Đặng Thanh Huyền.** Tỷ lệ hạn chế chức năng và bệnh đi kèm trên người cao tuổi suy tim mạn tại Bệnh viện Thống Nhất. *Tạp chí Nghiên cứu y học TP Hồ Chí Minh*. 2018;22(1)
7. **Võ Văn Thắng, Võ Nữ Hồng Đức, Lương Thanh Bảo Yến, Vũ Thị Cúc, Nguyễn Phúc Thành Nhân.** Đánh giá tình trạng và nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi tại tỉnh Thừa Thiên Huế. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021;498(2)
8. **WHO.** Double burden malnutrition. <https://www.who.int/nutrition/double-burden-malnutrition/en/>