

# ĐIỀU TRỊ DINH DƯỠNG CHO MỘT SỐ BỆNH THƯỜNG GẶP Ở NGƯỜI CAO TUỔI

*Danielle Gallegos<sup>1</sup>*

Dân số trên thế giới hiện nay đang già đi nhanh chóng. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, từ năm 2015 đến năm 2030, dân số trên 60 tuổi trên thế giới ước tính sẽ tăng 56%, và đến năm 2030 số lượng người cao tuổi ước tính sẽ vượt qua số lượng trẻ em (0-9 tuổi) [8]. Tuổi thọ trung bình hiện nay trên thế giới là 72 tuổi nhưng ở nhiều quốc gia, con số này đã vượt quá 80 tuổi, trong đó phụ nữ có xu hướng sống thọ hơn nam giới. Ở Việt Nam, tuổi thọ trung bình cũng khá cao (76 tuổi) [9].

Theo thống kê, hiện có ba yếu tố làm gia tăng tuổi thọ bao gồm: giảm nguy cơ mắc bệnh tật và tàn tật nói chung, con người ngày càng có khả năng duy trì được sức khỏe tâm thần và thể chất ở mức cao, và người cao tuổi hiện nay vẫn tiếp tục có nhiều hoạt động gắn bó với xã hội [5].

Tuy tuổi thọ gia tăng nhưng con người lại đang phải đối diện với đại dịch bệnh không lây nhiễm và chính thói quen ăn uống không phù hợp tích tụ trong suốt cuộc đời góp phần vào nguyên nhân của đại dịch này. Do vậy, để không chỉ có tuổi thọ mà còn có sức khỏe và chất lượng cuộc sống đặc biệt là lúc về già, việc phòng ngừa bệnh mạn tính nên được bắt đầu sớm trong cuộc sống.

Ăn uống hợp lý và tăng cường hoạt động thể lực ngay cả ở độ tuổi 70 cũng có thể làm giảm đáng kể nguy cơ bệnh tật và

từ vong. Mục đích cuối cùng của dinh dưỡng hợp lý là đẩy lùi bệnh tật tới những năm cuối đời và kéo dài khoảng thời gian sống khỏe càng lâu càng tốt. Một số đối tượng người cao tuổi có gia tăng nguy cơ bệnh tật do chế độ ăn không cung cấp đủ thực phẩm và các chất dinh dưỡng cần thiết như:

- Sống tại các trung tâm chăm sóc người cao tuổi.
- Sống một mình.
- Có hoàn cảnh khó khăn
- Cô đơn, có người thân vừa mới mất.
- Trầm cảm/suy giảm nhận thức.
- Thụ động về thể chất và xã hội.
- Khuyết tật, giảm vận động.
- Có các bệnh mạn tính.
- Sử dụng nhiều loại thuốc.
- Bị giảm cảm giác (vị giác, khứu giác, thị giác).
- Gặp các vấn đề về tiêu hóa (táo bón/tiêu chảy, giảm nhu động ruột, các vấn đề về nhai, nuốt).
- Dự trữ ít thức ăn trong nhà, hạn chế trong việc sử dụng bếp, lựa chọn/mua thực phẩm, thiếu kỹ năng nấu ăn.
- Lo lắng về thức ăn, quan niệm sai lầm về thực phẩm, rối loạn ăn uống, các giá trị văn hóa / tôn giáo về thức ăn.

Phần tiếp theo của bài sẽ bàn về một số vấn đề về dinh dưỡng phổ biến ở người cao tuổi và cách giải quyết.

<sup>1</sup>GS.TS – trường ĐH Công nghệ Queensland, Australia;  
Email: danielle.gallegos@qut.edu.au

Ngày nhận bài: 15/6/2018  
Ngày phản biện đánh giá: 2/7/2018  
Ngày đăng bài: 25/7/2018

### ***Thiếu năng lượng và protein trường diễn, giảm khối cơ (sarcopenia) và suy nhược (frailty)***

Ở người cao tuổi, cơ thể có thể bị giảm khối lượng nạc (bao gồm các mô có chứa nước và protein chủ yếu như cơ và các tạng như gan và xương) và tăng mỡ bụng. Đây là biểu hiện của thiếu năng lượng-protein ở người cao tuổi (PED). Bệnh tật hoặc chế độ ăn không đầy đủ có thể dẫn đến PED, một tình trạng phổ biến thường gặp ở người cao tuổi, đặc biệt là người cao tuổi sống trong các trung tâm bảo trợ xã hội. PED sẽ dẫn đến suy giảm đáp ứng miễn dịch, gia tăng nguy cơ nhiễm trùng, giảm lành vết thương, thiếu máu, loãng xương, gãy xương, giảm nhận thức, phục hồi chậm sau phẫu thuật, giảm sức cơ (suy nhược) (yếu tố nguy cơ gây té ngã ở người cao tuổi), cuối cùng là gia tăng bệnh lý và tỷ lệ tử vong.

Suy nhược (frailty) được coi là một vấn đề sức khỏe riêng biệt và là nguyên nhân dẫn đến tàn tật [7]. Thiếu dinh dưỡng protein năng lượng và giảm khối cơ sẽ tiến triển đến suy nhược. Suy nhược là tình trạng giảm khả năng dự trữ của cơ thể, trong đó hiện diện ít nhất ba trong năm đặc điểm sau: chán ăn kèm theo giảm cân, mệt mỏi, yếu cơ, đi chậm và dáng đi không vững, hoạt động thể lực chậm [2].

Trọng tâm chủ yếu cho việc quản lý PED, giảm khối cơ và suy nhược là bổ sung dinh dưỡng đầy đủ kết hợp với các hoạt động thể lực. Nhu cầu protein ở người cao tuổi tăng lên do đó lượng protein tối ưu là từ 1,0-1,3 g/kg cân nặng [4]. Các axit amin thiết yếu (EAA) là những chất tác động mạnh lên sự tổng hợp protein, do đó cần cung cấp tối thiểu 15g EAA tương đương 35g protein chất lượng cao ở mỗi bữa ăn. Tuy nhiên cần có thêm nghiên cứu liên quan đến việc phân bố

protein như thế nào là tối ưu: đều trong suốt cả ngày hay chỉ đơn giản là đảm bảo lượng protein đầy đủ trong một ngày, để mang lại lợi ích tối đa cho khối lượng và sức mạnh cơ bắp [1].

Duy trì đầy đủ năng lượng và lượng protein cũng là mục tiêu để điều trị của một số bệnh lý khác như ung thư, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) và các bệnh lý khác có liên quan đến sự suy mòn (cachexia).

### ***Rối loạn thần kinh***

Rối loạn thần kinh hiện diện nhiều ở người cao tuổi, mặc dù có thể xuất hiện bất cứ lúc nào trong cuộc sống. Các rối loạn thần kinh bao gồm đột quỵ, bệnh đa xơ cứng, bệnh thần kinh vận động, bệnh Huntington, bệnh Parkinson và bệnh Alzheimer. Những bệnh lý này có thể làm giảm khả năng nhai và nuốt cũng như chuẩn bị thức ăn và tự ăn. Giảm khả năng nuốt hoặc nuốt khó có thể biểu hiện từ nhẹ đến nặng. Ở những trường hợp nghiêm trọng hơn, bệnh nhân có nguy cơ hít sặc và cần phải điều chỉnh cấu trúc thức ăn và uống cho phù hợp. Trong các trường hợp nghiêm trọng nhất, bệnh nhân cần được nuôi ăn qua ống thông [6]. Việc bổ sung thức ăn qua ống thông hay nuôi ăn tĩnh mạch toàn phần cần được cân bằng với chất lượng cuộc sống, tiên lượng và mong muốn của cá nhân và gia đình.

Ở những người lớn tuổi bị chứng giảm trí nhớ, họ có thể quên đã ăn hay chưa, quên cách sử dụng đồ dùng, quên cách nhai hoặc nuốt. Trong những trường hợp này, cần có các biện pháp hỗ trợ các bữa ăn và sử dụng thức ăn cầm tay.

Một số chất dinh dưỡng và thuốc sử dụng chung một số thụ thể để hấp thụ, chuyển hóa và bài tiết, dẫn đến tương tác thuốc-thực phẩm. Người cao tuổi là đối

tượng có nguy cơ tương tác thuốc thực phẩm cao hơn do số lượng thuốc được kê đơn nhiều hơn [3].

Có nhiều giải pháp trong bệnh viện để tối ưu hóa về chế độ ăn uống cho người bệnh cao tuổi nội trú bao gồm cải thiện và hỗ trợ bữa ăn, khuyến khích vận động và độc lập, các hoạt động nhận thức [10].

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Baum, J. I., Kim, I. Y., & Wolfe, R. R. (2016). *Protein consumption and the elderly: what is the optimal level of intake?* *Nutrients*, 8(6), 359.
2. Clegg A., Young, J., Iliffe, S., Olde Rikkert, M., Rockwood, K. (2013). *Frailty in elderly people*. *The Lancet* 382.9901:1328
3. Ortolani, E. Landi, F., Martone AM, Onder, G., Bernabei, R. (2013). *Nutritional status and drug therapy in older adults*. *Journal of Gerontology & Geriatric Research* 2:123. doi:10.4172/2167-7182.1000123
4. Nowson, C., & O'Connell, S. (2015). *Protein requirements and recommendations for older people: a review*. *Nutrients*, 7(8), 6874-6899.
5. Rowe, J. W. and R. L. Kahn (2015). *Successful Aging 2.0: Conceptual Expansions for the 21<sup>st</sup> Century*. *The Journals of Gerontology: Series B* 70(4): 593-596.
6. Sabotka L et al., 2011. *Basics in Clinical Nutrition. Galén*. Jonkers-Schuitema & Camilo ME. Section 8.24 Nutrition Therapy for Neurological Disorders.
7. Santos-Eggimann B, Sirven N. (2016). *Screening for frailty: older populations and older individuals*. *Public Health Reviews*. 2016.
8. United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division (2015). *World Population Ageing 2015 - Highlights* ST/ESA/SER.A/368. New York, UN.
9. World Health Organization. (2018). *Life expectancy*. [http://www.who.int/gho/mortality\\_burden\\_disease/life\\_tables/situation\\_trends\\_text/en/](http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/situation_trends_text/en/) Accessed June 17th 2018.
10. Young, A. M., Banks, M. D., & Mudge, A. M. (2018). *Improving nutrition care and intake for older hospital patients through system-level dietary and meal-time interventions*. *Clinical Nutrition* 24:140-147.

## Summary

### MEDICAL NUTRITION THERAPY FOR CONDITIONS COMMON IN OLDER PEOPLE

The world's population is ageing. It is predicated that between 2015 and 2030 the number of older people aged over 60 years will grow by 56% and that the number of older people will outnumber those aged between 0-9 years [8]. Poor eating habits accumulate over the lifecourse and can increase the risk of chronic conditions and disease. The prevention of chronic disease should commence early in life but optimal healthy eating and physical activity even over the age of 70 can significantly reduce morbidity and mortality. The aim is to compress morbidity into the last years of life, extending the health span, that is, the number of years without disease and dysfunction.

There are a number of older people who are at risk of developing health problems as a result of inadequate food and nutrient intakes.

In the aged there can be a decrease in lean mass and an increase in abdominal fat. This disorder can be described as protein energy dysnutrition (PED). It is associated with impaired immune responses, infections, poor wound healing, anaemia, osteoporosis/hip frac-

ture, reduced cognitive function, delayed recovery from surgery, decreased muscle strength (frailty) (risk factor for falls in the elderly) and ultimately increased morbidity and mortality. Protein-energy dysnutrition and sarcopenia can develop into frailty. Frailty is described as a multi-system reduction in reserve capacity of physiological systems where there is at least three of the following five characteristics: poor appetite accompanied by weight loss; exhaustion; muscle weakness; slow walking speed and unsteady gait; and low physical activity [2].

Maintaining adequate energy and protein intake is also the goal for the treatment of cancers, COPD and other conditions that may involve cachexia.

Neurological disorders are more likely to be present in aged persons, although can present at any time in the lifecourse. These conditions can impair an individual's ability to chew and swallow as well as to prepare food and feed themselves. In the most severe forms feeding needs to occur via a nasogastric tube [6]. The use of nasogastric or total parenteral feeding needs to be balanced with quality of life, prognosis and the wishes of the individual and family.

For situations where an older person has dementia they may forget they have or have not eaten, forget how to use utensils, forget how to chew or swallow. In these cases assistance needs to be provided for the eating of meals and foods provided which can be eaten by hand.

There are a range of effects and impacts related to medications and the elderly. Nutrients and drugs can share some receptors for absorption, metabolism and excretion, resulting in food-drug interactions. The elderly are at more risk due to the number of medications they are prescribed [3].

A range of strategies have been developed within hospitals to optimise dietary intake among older inpatients these include protected mealtimes, assisted mealtimes, encouraging early mobility and functional independence, meaningful cognitive activities [10].

