

# HIỆU QUẢ CAN THIỆP TƯ VẤN DINH DƯỠNG Ở NGƯỜI BỆNH PARKINSON TẠI BỆNH VIỆN LÃO KHOA TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Hồng Trang<sup>1,2,✉</sup>, Nguyễn Thanh Bình<sup>1,3</sup>

Đỗ Thị Thanh Toàn<sup>1</sup>, Vũ Thị Thanh Huyền<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Đại học Phenikaa

<sup>3</sup>Bệnh viện Lão khoa Trung ương

Suy dinh dưỡng phổ biến ở người bệnh Parkinson và còn gặp nhiều tại Việt Nam, trong khi tư vấn dinh dưỡng chưa được triển khai hệ thống. Nghiên cứu can thiệp bán thực nghiệm không nhóm chứng được thực hiện trên 41 người bệnh Parkinson giai đoạn 1–3 có suy dinh dưỡng hoặc nguy cơ suy dinh dưỡng theo thang MNA. Người bệnh được tư vấn dinh dưỡng cá thể hóa và theo dõi trong 6 tháng. Điểm MNA tăng từ  $19,59 \pm 3,09$  tại T0 lên  $21,23 \pm 3,18$  tại T1 và  $20,22 \pm 2,87$  tại T2 ( $p < 0,001$ ). Cân nặng, BMI, ADL, IADL và PDQ-8 thay đổi có ý nghĩa thống kê theo thời gian ( $p < 0,05$ ), trong khi tỷ lệ suy dinh dưỡng giảm sau 3 tháng nhưng chưa đạt ý nghĩa thống kê. Kết quả cho thấy tư vấn dinh dưỡng cá thể hóa bước đầu cải thiện tình trạng dinh dưỡng và một số chỉ số chức năng ở người bệnh Parkinson.

**Từ khóa:** Parkinson, tư vấn dinh dưỡng, MNA, suy dinh dưỡng, can thiệp.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Parkinson (Parkinson's Disease - PD) hiện là rối loạn thoái hóa thần kinh tiến triển với số lượng người mắc ngày càng gia tăng do già hóa dân số.<sup>1</sup> Ngoài các triệu chứng vận động đặc trưng như vận động chậm, run và cứng cơ, người bệnh còn gặp nhiều triệu chứng ngoài vận động, trong đó rối loạn tiêu hóa và sụt cân là những biểu hiện thường xuất hiện sớm và ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống của người bệnh.<sup>2</sup>

Suy dinh dưỡng là vấn đề phổ biến ở người bệnh Parkinson, liên quan đến rối loạn nuốt, giảm vận động và rối loạn hấp thu.<sup>3</sup> Ngoài ra, tương tác giữa Levodopa và protein trong khẩu

phần có thể làm giảm hiệu quả điều trị nếu chế độ ăn không được điều chỉnh phù hợp. Do đó, quản lý dinh dưỡng được xem là một phần quan trọng trong chăm sóc toàn diện người bệnh Parkinson.<sup>4</sup>

Tại Việt Nam, tỷ lệ người bệnh Parkinson có nguy cơ hoặc đang bị suy dinh dưỡng còn cao, khoảng 66% theo một số báo cáo gần đây.<sup>5</sup> Tuy nhiên, tư vấn dinh dưỡng chưa được triển khai hệ thống trong thực hành lâm sàng và các nghiên cứu đánh giá hiệu quả can thiệp còn hạn chế.

Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá sự thay đổi tình trạng dinh dưỡng và một số chỉ số chức năng của người bệnh Parkinson giai đoạn nhẹ và trung bình sau tư vấn dinh dưỡng tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương, theo dõi tại ba thời điểm: trước can thiệp (T0), sau 3 tháng (T1) và sau 6 tháng (T2).

Tác giả liên hệ: Nguyễn Hồng Trang

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: trang.nguyenhong@phenikaa-uni.edu.vn

Ngày nhận: 24/02/2026

Ngày được chấp nhận: 27/03/2026

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu là người bệnh được chẩn đoán Parkinson giai đoạn 1, 2, và 3 đang điều trị tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương.

#### **Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Người bệnh được chẩn đoán Parkinson theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Rối loạn vận động (MDS).

- Tình trạng bệnh ổn định, có khả năng giao tiếp và tham gia tư vấn.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

#### **Tiêu chuẩn loại trừ**

- Người bệnh mắc các bệnh cấp tính nặng tại thời điểm nghiên cứu.

- Các trường hợp có tiền sử ung thư dạ dày, đại tràng.

- Các trường hợp mắc kèm các bệnh lý vùng thực quản và hầu họng.

- Người bệnh có rối loạn nhận thức nặng hoặc không thể hợp tác.

- Người bệnh từ chối tiếp tục tham gia trong quá trình theo dõi.

### 2. Phương pháp

#### **Thiết kế nghiên cứu**

Nghiên cứu can thiệp bán thực nghiệm không có nhóm chứng, đánh giá hiệu quả tư vấn dinh dưỡng tại ba thời điểm:

- T0: Trước khi can thiệp tư vấn dinh dưỡng.

- T1: Sau 3 tháng can thiệp.

- T2: Sau 6 tháng can thiệp.

#### **Cỡ mẫu và chọn mẫu**

Nghiên cứu được triển khai trong thời gian tuyển mẫu từ tháng 5 đến tháng 8/2024 tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương. Trong giai đoạn này, người bệnh Parkinson đến khám và điều trị tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương được sàng lọc tình trạng dinh dưỡng bằng thang điểm MNA. Những trường hợp được xác định có suy dinh dưỡng hoặc có nguy cơ suy dinh dưỡng và đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn lựa chọn của nghiên

cứu được mời tham gia chương trình tư vấn dinh dưỡng. Sau khi đồng ý tham gia và hoàn thành đầy đủ các lần đánh giá theo kế hoạch nghiên cứu, tổng cộng 41 người bệnh được đưa vào phân tích cuối cùng.

#### **Can thiệp tư vấn dinh dưỡng**

Can thiệp tư vấn dinh dưỡng được thực hiện bởi điều dưỡng và nhân viên y tế chuyên ngành dinh dưỡng được đào tạo.

Chế độ tư vấn dinh dưỡng được cá thể hóa cho từng người bệnh. Tại thời điểm đánh giá ban đầu, người bệnh được khai thác khẩu phần ăn trong một ngày điển hình, thói quen ăn uống, mức độ hoạt động thể lực và các triệu chứng liên quan đến ăn uống như táo bón hoặc khó nuốt. Dựa trên các thông tin này, nghiên cứu viên ước tính nhu cầu năng lượng và protein của từng người bệnh theo các khuyến cáo dinh dưỡng hiện hành. Sau đó mỗi người bệnh được tư vấn cá thể hóa trực tiếp trong khoảng 30 – 45 phút ở thời điểm T0. Nội dung tư vấn được điều chỉnh theo tình trạng dinh dưỡng ban đầu dựa trên thang điểm MNA. Các nội dung chính bao gồm:

- Hướng dẫn bệnh nhân uống Levodopa trước bữa ăn ít nhất 30 – 60 phút hoặc sau ăn 2 giờ nhằm hạn chế cạnh tranh hấp thu với protein, theo các khuyến cáo lâm sàng hiện hành.

- Phân bố lại protein trong ngày: hạn chế protein động vật (thịt, cá, trứng, sữa) vào bữa sáng và bữa trưa (khoảng 40% - 50% tổng lượng protein trong ngày), tập trung vào bữa tối để giảm ảnh hưởng đến hiệu quả thuốc trong thời gian người bệnh hoạt động ban ngày.

- Tăng cường chất xơ từ rau xanh, trái cây tươi (ăn cả vỏ), ngũ cốc nguyên hạt từ 30 - 40 g và duy trì uống đủ 1,5 – 2 lít nước mỗi ngày để cải thiện tình trạng táo bón.

- Hướng dẫn sử dụng các thực phẩm lên men tự nhiên như sữa chua hoặc bổ sung Probiotics để hỗ trợ hệ vi sinh đường ruột.

- Hướng dẫn thay đổi cấu trúc thực phẩm (làm mềm, băm nhỏ) và tư vấn ăn an toàn: ngồi thẳng lưng, ăn chậm, chia nhỏ khẩu phần.

Cung cấp tài liệu hướng dẫn dinh dưỡng theo khuyến cáo của Bộ Y tế cũng như các khuyến cáo dành cho người bệnh Parkinson: mỗi người bệnh có sổ tay dinh dưỡng riêng, trong đó có các hướng dẫn cụ thể số lượng thực phẩm cần thiết sử dụng trong ngày và một số thực đơn mẫu dựa trên thói quen ăn uống của người bệnh.

Sau buổi tư vấn trực tiếp tại T0, người bệnh được theo dõi bởi nhân viên y tế chuyên ngành dinh dưỡng qua điện thoại theo lịch định kỳ: hàng tuần trong tháng đầu (tuần 1, 2 và 4), sau đó mỗi tháng 1 lần cho đến thời điểm đánh giá T2. Nội dung theo dõi gồm mức độ tuân thủ các khuyến cáo dinh dưỡng cốt lõi (phân bố protein theo bữa, uống thuốc đúng thời điểm, tăng cường chất xơ và nước), các triệu chứng tiêu hóa/nuốt và các khó khăn khi thực hiện tại nhà; các thông tin được ghi nhận vào phiếu theo dõi nghiên cứu. Mức độ tuân thủ được ghi nhận thông qua việc trao đổi qua điện thoại về việc thực hiện các khuyến cáo chính với tỷ lệ thực hiện qua các lần thăm hỏi trên 80%.

#### **Các chỉ số đánh giá**

Các chỉ số được thu thập tại cả ba thời điểm T0, T1 và T2, bao gồm:

Tình trạng dinh dưỡng: cân nặng, chỉ số BMI, thang đánh giá MNA.

Chức năng và sinh hoạt hằng ngày: thang điểm ADL/IADL.

Chất lượng cuộc sống: thang điểm PDQ-8.

Đánh giá trầm cảm: thang điểm GDS15.

#### **Phân tích số liệu**

Dữ liệu nghiên cứu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0 với mức ý nghĩa thống kê được xác định khi  $p < 0,05$ . Các đặc điểm của đối tượng nghiên cứu được mô tả

bằng tần số, tỷ lệ phần trăm đối với biến định tính hoặc giá trị trung bình, độ lệch chuẩn đối với biến định lượng. Trước khi phân tích, phân bố của các biến liên tục được kiểm tra bằng kiểm định Shapiro–Wilk. Do dữ liệu không đảm bảo phân bố chuẩn và cỡ mẫu nhỏ, để đánh giá hiệu quả can thiệp qua ba mốc thời gian (T0, T1 và T2), chúng tôi sử dụng kiểm định Friedman. Đối với các biến phân loại, kiểm định Cochran's Q được sử dụng để đánh giá sự thay đổi về tỷ lệ suy dinh dưỡng của người bệnh qua các mốc thời gian nghiên cứu.

### **3. Đạo đức nghiên cứu**

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức của trường Đại học Y Hà Nội (Số NCS2024/GCN-HMUIRB ngày 15 tháng 5 năm 2024). Người bệnh tham gia nghiên cứu được giải thích rõ mục tiêu, nội dung và quyền lợi, và chỉ tham gia khi đã tự nguyện đồng ý.

## **III. KẾT QUẢ**

### **1. Đặc điểm chung và tình trạng dinh dưỡng ban đầu của người bệnh Parkinson**

Kết quả tại Bảng 1 cho thấy tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $69,0 \pm 7,5$  tuổi (58 – 83 tuổi), trong đó nữ chiếm 70,7%. Thời gian mắc bệnh trung bình là  $6,39 \pm 3,58$  năm. Phần lớn người bệnh ở giai đoạn Hoehn & Yahr 1–2 (80,5%), còn lại 19,5% ở giai đoạn 3.

Cân nặng trung bình là  $48,76 \pm 6,92$  kg, BMI trung bình  $20,17 \pm 2,26$  kg/m<sup>2</sup>. Điểm MNA trung bình là  $19,59 \pm 3,09$ ; theo phân loại MNA, 22,0% suy dinh dưỡng và 78,0% có nguy cơ suy dinh dưỡng.

Điểm trung bình các thang đo chức năng và chất lượng cuộc sống lần lượt là: ADL  $4,12 \pm 2,39$ ; IADL  $5,83 \pm 2,36$ ; PDQ-8  $18,98 \pm 6,35$  và GDS-15  $6,20 \pm 3,12$ .

**Bảng 1. Một số đặc điểm chung của ĐTNC (n = 41)**

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi (năm), TB ± SD	69,0 ± 7,5 (58 – 83)
<i>Giới, n (%)</i>	
Nam	12 (29,3)
Nữ	29 (70,7)
Thời gian mắc bệnh (năm), TB ± SD	6,39 ± 3,58
<i>Giai đoạn Hoehn &amp; Yahr, n (%)</i>	
Giai đoạn 1	23 (56,1)
Giai đoạn 2	10 (24,4)
Giai đoạn 3	8 (19,5)
Cân nặng (kg), TB ± SD	48,76 ± 6,92
BMI (kg/m <sup>2</sup> ), TB ± SD	20,17 ± 2,26
Điểm MNA, TB ± SD	19,59 ± 3,09
<i>Phân loại MNA, n %</i>	
Suy dinh dưỡng	9 (22,0)
Nguy cơ suy dinh dưỡng	32 (78,0)
ADL, TB ± SD	4,12 ± 2,39
IADL, TB ± SD	5,83 ± 2,36
PDQ8, TB ± SD	18,98 ± 6,35
GDS15, TB ± SD	6,20 ± 3,12

TB: trung bình; SD: độ lệch chuẩn; BMI: chỉ số khối cơ thể; MNA: thang điểm Đánh giá dinh dưỡng toàn diện; ADL: Thang điểm đánh giá các hoạt động hàng ngày; IADL: thang điểm đánh giá hoạt động có sử dụng phương tiện, dụng cụ; PDQ-8: Thang điểm đánh giá Chất lượng cuộc sống ở người bệnh Parkinson; GDS-15: Thang điểm đánh giá trầm cảm

## 2. Tình trạng dinh dưỡng sau can thiệp 3 tháng và 6 tháng

**Bảng 2. Thay đổi tình trạng dinh dưỡng sau can thiệp**

Đặc điểm	T0	T1 (3 tháng)	T2 (6 tháng)	p
Cân nặng (kg)	48,76 ± 6,92	49,09 ± 6,96	48,8 ± 6,90	< 0,001
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	20,17 ± 2,26	20,32 ± 2,24	20,19 ± 2,23	< 0,001
Điểm MNA	19,59 ± 3,09	21,23 ± 3,18	20,22 ± 2,87	< 0,001
ADL	4,12 ± 2,39	4,27 ± 2,18	4,17 ± 2,29	0,045

Đặc điểm	T0	T1 (3 tháng)	T2 (6 tháng)	p
IADL	5,83 ± 2,36	6,02 ± 2,32	5,9 ± 2,34	0,002
PDQ8	18,98 ± 6,35	18,78 ± 6,17	18,76 ± 6,17	0,047
GDS15	6,20 ± 3,12	6,02 ± 3,03	5,95 ± 3,08	0,095

TB: trung bình; SD: độ lệch chuẩn. p: so sánh giữa T0, T1 và T2 bằng kiểm định Friedman

Bảng 2 trình bày sự thay đổi một số chỉ số dinh dưỡng, chức năng và chất lượng cuộc sống của người bệnh Parkinson tại các thời điểm T0, T1 (sau 3 tháng) và T2 (sau 6 tháng). Cân nặng và BMI trung bình tăng tại T1 so với T0 và giảm nhẹ tại T2; sự khác biệt giữa các thời điểm có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ).

Điểm MNA trung bình tăng từ  $19,59 \pm 3,09$  tại T0 lên  $21,32 \pm 3,05$  tại T1 và giảm còn  $20,22 \pm 2,87$  tại T2; sự khác biệt giữa ba thời điểm có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). Điểm ADL và

IADL trung bình có sự thay đổi theo thời gian, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,045$  và  $p = 0,002$ ).

Điểm PDQ-8 trung bình giảm nhẹ qua các thời điểm và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,047$ ). Điểm GDS-15 trung bình giảm qua các thời điểm, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,095$ ).

### 3. Sự thay đổi về phân loại tình trạng dinh dưỡng

**Bảng 3. Phân loại tình trạng dinh dưỡng theo MNA qua các thời điểm**

Tình trạng dinh dưỡng	T0 (n, %)	T1 (n, %)	T2 (n, %)	p (Cochran's Q)
Suy dinh dưỡng (< 17 điểm)	9 (22,0)	6 (14,6)	7 (17,1)	0,174
Có nguy cơ (17 – 23,5 điểm)	32 (78,0)	29 (70,7)	31 (75,6)	

MNA: thang điểm đánh giá dinh dưỡng toàn diện; n: số lượng; %: tỷ lệ phần trăm. p: so sánh sự thay đổi phân loại tình trạng dinh dưỡng giữa các thời điểm T0, T1 và T2 bằng kiểm định Cochran's Q

Bảng 3 trình bày sự thay đổi phân loại tình trạng dinh dưỡng của người bệnh Parkinson theo thang điểm MNA tại các thời điểm T0, T1 (sau 3 tháng) và T2 (sau 6 tháng). Tại thời điểm ban đầu (T0), 22,0% người bệnh bị suy dinh dưỡng và 78,0% có nguy cơ suy dinh dưỡng. Sau 3 tháng can thiệp (T1), tỷ lệ suy dinh dưỡng là 14,6% và tỷ lệ người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng là 70,7%. Tại thời điểm T2, tỷ lệ suy dinh dưỡng là 17,1% và tỷ lệ người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng là 75,6%. So sánh phân loại tình trạng dinh dưỡng giữa ba thời điểm cho thấy sự khác biệt không có ý nghĩa

thống kê ( $p = 0,174$ ).

### 4. Một số yếu tố liên quan đến cải thiện điểm MNA sau 6 tháng can thiệp

Bảng 4 cho thấy tỷ lệ cải thiện điểm MNA sau 6 tháng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm phân theo tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, giai đoạn Hoehn & Yahr, mức độ ADL, IADL và GDS ( $p > 0,05$ ). Riêng phân loại tình trạng dinh dưỡng ban đầu theo MNA có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với 100% người bệnh suy dinh dưỡng cải thiện điểm MNA so với 59,4% ở nhóm có nguy cơ suy dinh dưỡng ( $p = 0,038$ ).

**Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến cải thiện điểm MNA sau 6 tháng can thiệp (n = 41)**

	Yếu tố	Cải thiện điểm MNA (n, %)	Không cải thiện điểm MNA (n, %)	p
Tuổi	< 70	15 (71,4)	6 (28,6)	0,658
	≥ 70	13 (65,0)	7 (35,0)	
Giới	Nam	8 (66,7)	4 (33,3)	1,000
	Nữ	20 (69,0)	9 (31,0)	
Thời gian mắc bệnh	< 5 năm	9 (64,3)	5 (35,7)	0,691
	≥ 5 năm	19 (70,4)	8 (29,6)	
Giai đoạn H&Y	Giai đoạn 1&2	22 (66,7)	11 (33,3)	1,000
	Giai đoạn 3	6 (75,0)	2 (25,0)	
Phân loại MNA ban đầu	Suy dinh dưỡng	9 (100)	0 (0)	0,038
	Nguy cơ SDD	19 (59,4)	13 (40,6)	
ADL	< 6 điểm	13 (68,4)	6 (31,6)	0,987
	6 điểm	15 (68,2)	7 (31,8)	
IADL	< 8 điểm	8 (61,5)	5 (38,5)	0,720
	8 điểm	20 (71,4)	8 (28,6)	
GDS	< 5 điểm	12 (70,6)	5 (29,4)	1,000
	≥ 5 điểm	16 (66,7)	8 (33,3)	

MNA: p: so sánh tỷ lệ cải thiện điểm MNA giữa các nhóm bằng kiểm định Chi bình phương hoặc Fisher's exact test

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, điểm MNA và một số chỉ số liên quan (BMI, ADL, IADL, PDQ-8) cải thiện sau can thiệp tư vấn dinh dưỡng, cho thấy tình trạng dinh dưỡng và chức năng của người bệnh Parkinson có thể đáp ứng với một chương trình tư vấn có cấu trúc và theo dõi định kỳ. Kết quả này nhất quán với tổng quan của Ma, ghi nhận suy dinh dưỡng và sụt cân là vấn đề thường gặp và có thể cải thiện được nếu được đánh giá và can thiệp thích hợp, đồng thời cải thiện chất lượng cuộc sống.<sup>3</sup> Sheard và cộng sự cho thấy người bệnh Parkinson có cải thiện tình trạng dinh dưỡng thì chất lượng cuộc sống cũng được cải thiện tương ứng, nhấn mạnh

vai trò của chăm sóc dinh dưỡng trong quản lý toàn diện bệnh nhân.<sup>6</sup> Tuy nhiên, phần lớn các nghiên cứu này là quan sát hoặc can thiệp kết hợp nhiều hình thức hỗ trợ dinh dưỡng (bổ sung sản phẩm, synbiotic, probiotic), trong khi nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu dựa trên tư vấn dinh dưỡng lâm sàng, cho thấy ngay cả một chương trình tư vấn chi phí thấp cũng có thể mang lại cải thiện đáng kể về điểm MNA trong bối cảnh bệnh viện tuyến cuối.<sup>7,8</sup>

Nghiên cứu của chúng tôi bổ sung bằng chứng về hiệu quả của can thiệp dinh dưỡng theo dõi dọc trong 6 tháng trên cùng một nhóm đối tượng, qua đó góp phần lấp khoảng trống về các nghiên cứu can thiệp dinh dưỡng ở người

bệnh Parkinson tại Việt Nam. Bên cạnh đó, một số nghiên cứu gần đây về các liệu pháp nhắm vào hệ vi sinh đường ruột (probiotic, synbiotic) cho thấy có thể cải thiện triệu chứng tiêu hóa, tâm trạng và một số khía cạnh chất lượng cuộc sống, nhưng thường đòi hỏi nguồn lực cao và khó triển khai rộng rãi. Kết quả của chúng tôi gợi ý rằng tư vấn dinh dưỡng chuẩn hóa có thể là bước tiếp cận đầu tay, dễ áp dụng trong thực hành thường quy.

Những cải thiện về điểm MNA trong nghiên cứu của chúng tôi có thể được giải thích bởi nhiều cơ chế. Các khuyến cáo nhấn mạnh việc đảm bảo đủ năng lượng và protein, điều chỉnh phân bố protein trong ngày nhằm hạn chế tương tác với levodopa, tăng cường chất xơ và dịch để cải thiện táo bón, cũng như điều chỉnh chế độ ăn theo mô hình lành mạnh có thể giúp cải thiện ăn uống và hấp thu ở người bệnh Parkinson.<sup>4,9</sup> Bên cạnh đó, các nghiên cứu gần đây cũng cho thấy việc cải thiện triệu chứng tiêu hóa thông qua các biện pháp dinh dưỡng hỗ trợ, bao gồm giáo dục dinh dưỡng và bổ sung probiotic/synbiotic, có thể gián tiếp góp phần cải thiện tình trạng dinh dưỡng ở người bệnh Parkinson.<sup>10,11</sup> Mặc dù, điểm MNA có cải thiện rõ tại T1, chúng tôi ghi nhận xu hướng giảm nhẹ tại T2 cho thấy hiệu quả có thể không hoàn toàn bền vững nếu không được củng cố can thiệp. Điều này có thể liên quan đến sự giảm dần mức độ tuân thủ các khuyến cáo dinh dưỡng theo thời gian hoặc diễn tiến tự nhiên của bệnh với các triệu chứng không vận động như táo bón, rối loạn tiêu hóa hoặc khó nuốt, vốn được ghi nhận là những yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng ở người bệnh Parkinson.<sup>9</sup> Bên cạnh đó, do nghiên cứu không có nhóm chứng, sự cải thiện điểm MNA quan sát được cũng có thể chịu ảnh hưởng bởi một số yếu tố nhiễu khác như thay đổi điều trị nội khoa hoặc sự hỗ trợ chăm sóc từ gia đình trong quá trình theo dõi.

Tại Việt Nam, các nghiên cứu mô tả gần đây cho thấy tỷ lệ nguy cơ suy dinh dưỡng và suy dinh dưỡng ở người bệnh Parkinson còn tương đối cao, trong khi các chương trình can thiệp dinh dưỡng có cấu trúc vẫn còn hạn chế. Trong bối cảnh đó, kết quả cải thiện điểm MNA sau 6 tháng trong nghiên cứu này gợi ý rằng tư vấn dinh dưỡng định kỳ, do điều dưỡng hoặc nhân viên y tế được đào tạo thực hiện, là một can thiệp khả thi, chi phí thấp và có ý nghĩa thực tiễn. Mặc dù cỡ mẫu còn hạn chế và chưa có nhóm chứng, việc theo dõi lặp lại tại nhiều thời điểm cho phép ghi nhận xu hướng cải thiện theo thời gian, góp phần cung cấp thêm bằng chứng ban đầu cho việc tích hợp tư vấn dinh dưỡng vào chăm sóc thường quy người bệnh Parkinson tại các cơ sở lâm sàng.

#### Hạn chế nghiên cứu

Nghiên cứu có cỡ mẫu còn hạn chế ( $n = 41$ ) và chưa có nhóm chứng, do đó chưa thể khẳng định mối quan hệ nhân quả giữa can thiệp dinh dưỡng và sự cải thiện tình trạng dinh dưỡng. Việc đánh giá hiệu quả chủ yếu dựa trên thang điểm MNA và thông tin tự báo cáo, nên chưa phản ánh đầy đủ các khía cạnh của tình trạng dinh dưỡng. Tuy nhiên, đánh giá lặp lại tại nhiều thời điểm trong 6 tháng giúp phản ánh xu hướng thay đổi theo thời gian và cung cấp những bằng chứng ban đầu về tính khả thi của tư vấn dinh dưỡng ở người bệnh Parkinson.

#### V. KẾT LUẬN

Sau 6 tháng tư vấn dinh dưỡng và theo dõi định kỳ, điểm MNA của người bệnh Parkinson trong nghiên cứu tăng từ  $19,59 \pm 3,09$  tại thời điểm ban đầu lên  $21,23 \pm 3,18$  sau 3 tháng và  $20,22 \pm 2,87$  sau 6 tháng ( $p < 0,001$ ). Các chỉ số chức năng như ADL, IADL và PDQ-8 cũng cải thiện có ý nghĩa theo thời gian. Đáng chú ý, 100% người bệnh suy dinh dưỡng ban đầu có sự cải thiện điểm MNA sau can thiệp, cho thấy tư vấn dinh dưỡng cá thể hóa đặc biệt có giá

trị đối với nhóm nguy cơ cao. Kết quả này gợi ý rằng tư vấn dinh dưỡng cá thể hóa có thể mang lại lợi ích lâm sàng và là một can thiệp khả thi, chi phí thấp, phù hợp để tích hợp vào chăm sóc thường quy tại các cơ sở lão khoa.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Peng S, Liu P, Wang X, et al. Global, regional and national burden of Parkinson's disease in people over 55 years of age: a systematic analysis of the global burden of disease study, 1991–2021. *BMC Neurol.* 2025;25(1):178. doi:10.1186/s12883-025-04191-8
2. Gokcal E, Gur VE, Selvitop R, et al. Motor and Non-Motor Symptoms in Parkinson's Disease: Effects on Quality of Life. *Arch Neuropsychiatr.* 2017;54(2):143-148. doi:10.5152/npa.2016.12758
3. Ma K, Xiong N, Shen Y, et al. Weight Loss and Malnutrition in Patients with Parkinson's Disease: Current Knowledge and Future Prospects. *Front Aging Neurosci.* 2018;10:1. doi:10.3389/fnagi.2018.00001
4. Rusch C, Flanagan R, Suh H, et al. To restrict or not to restrict? Practical considerations for optimizing dietary protein interactions on levodopa absorption in Parkinson's disease. *npj Parkinsons Dis.* 2023;9(1):98. doi:10.1038/s41531-023-00541-w
5. Hồ Văn Hùng, Nguyễn Trọng Hưng, Nghiêm Nguyệt Thu. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân parkinson tại bệnh viện lão khoa trung ương. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2021;506(2):96-99. doi:https://doi.org/10.51298/vmj.v506i2.1248
6. Sheard JM, Ash S, Mellick GD, et al. Improved nutritional status is related to improved quality of life in Parkinson's disease. *BMC Neurol.* 2014;14(1):212. doi:10.1186/s12883-014-0212-1
7. Gabrielli M, Zileri Dal Verme L, Zocco MA, et al. The Role of the Gastrointestinal Microbiota in Parkinson's Disease. *Biomolecules.* 2024;15(1):26. doi:10.3390/biom15010026
8. Pirovano E, Marino F, Rossi E, et al. Modified Mediterranean diet effects on Parkinson's disease (MED-PARK): a single-centre randomised controlled trial protocol. *BMJ Open.* 2025;15(10):e101946. doi:10.1136/bmjopen-2025-101946
9. Chakraborty A, Guha S. Management of Parkinson's Disease through Nutrition. *Nat Cell Sci.* 2025;000(000):000-000. doi:10.61474/nscs.2025.00004
10. Gushi S, Derdas S. Role of the microbiome in the development of Parkinson's disease (Review). *World Acad Sci J.* 2025;7(5):1-11. doi:10.3892/wasj.2025.374
11. Mehrabani S, Khorvash F, Heidari Z, et al. The effects of synbiotic supplementation on oxidative stress markers, mental status, and quality of life in patients with Parkinson's disease: A double-blind, placebo-controlled, randomized controlled trial. *Journal of Functional Foods.* 2023;100:105397. doi:10.1016/j.jff.2022.105397

## Summary

# EFFECTIVENESS OF NUTRITIONAL COUNSELING INTERVENTION IN PATIENTS WITH PARKINSON'S DISEASE AT THE NATIONAL GERIATRIC HOSPITAL

Malnutrition is common among patients with Parkinson's disease and remains prevalent in Vietnam, while nutritional counseling has not yet been systematically implemented. A quasi-experimental intervention study without a control group was conducted among 41 patients with Parkinson's disease at stages 1–3 who were malnourished or at risk of malnutrition according to the Mini Nutritional Assessment (MNA). Participants received individualized nutritional counseling and were followed for six months. The mean MNA score increased from  $19.59 \pm 3.09$  at baseline (T0) to  $21.23 \pm 3.18$  at 3 months (T1) and  $20.22 \pm 2.87$  at 6 months (T2) ( $p < 0.001$ ). Body weight, body mass index (BMI), ADL, IADL, and PDQ-8 scores showed statistically significant changes over time ( $p < 0.05$ ), whereas the proportion of malnutrition decreased after three months but did not reach statistical significance. These findings suggest that individualized nutritional counseling may initially improve nutritional status and selected functional outcomes in patients with Parkinson's disease.

**Keywords:** Parkinson's disease, nutritional counseling, Mini Nutritional Assessment, malnutrition, intervention.