

TỶ LỆ SUY YẾU Ở NGƯỜI CAO TUỔI ĐIỀU TRỊ TẠI CÁC KHOA NỘI BỆNH VIỆN 30-4, BỘ CÔNG AN THEO TIÊU CHUẨN COMPREHENSIVE GERIATRIC ASSESSMENT (CGA)

TẶNG THỊ THU, NGUYỄN VĂN KHÔI
Bệnh viện 30-4, Bộ Công an

TÓM TẮT

Mở đầu: Suy yếu (hội chứng dễ bị tổn thương) là một hội chứng lão khoa phổ biến, gây nhiều hậu quả xấu đến sức khỏe và chất lượng cuộc sống người cao tuổi (NCT). Suy yếu khiến người cao tuổi dễ đối mặt với nguy cơ giảm chất lượng sống, góp phần làm nặng thêm bệnh nền, tăng tỷ lệ nhập viện, tăng chi phí chăm sóc y tế cho gia đình và xã hội.

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ người cao tuổi là Cán bộ Chiến sĩ (CBCS) suy yếu điều trị nội trú tại các khoa Nội: Tim Mạch, da liễu - bệnh phổi, Tiêu Hóa - máu - nội tiết, Nội Thần Kinh, Nội thận- khớp, Điều trị Cao cấp của Bệnh viện 30-4, Bộ Công an theo tiêu chuẩn Đánh giá lão khoa toàn diện CGA (Comprehensive Geriatric Assessment)

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả, tiến hành trên 390 NCT (≥ 60 tuổi) là CBCS Công an, điều trị nội trú tại các khoa: Nội Tim Mạch, da liễu - bệnh phổi, Tiêu Hóa - máu - nội tiết, Nội Thần Kinh, Nội thận- khớp, Điều trị Cao cấp, trong thời gian từ tháng 04/2020 đến tháng 02/2021. Các phương tiện nghiên cứu gồm: Đánh Giá Lão Khoa toàn diện (CGA) với 5 phương diện: tình trạng hoạt động chức năng theo ADL-IADL, tình trạng nhận thức theo MMSE, trầm cảm theo GDS-15, dinh dưỡng theo MNASF và các bệnh đồng mắc theo chỉ số Charlson.

Kết quả: Tỷ lệ hiện mắc suy yếu trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi theo tiêu chuẩn CGA là 28,97%. Trong đó có 8,72% ($n = 34$) có suy giảm nhận thức theo MMSE; 3,08% ($n = 12$) suy dinh dưỡng theo MNA-SF; 32,31% ($n = 126$) suy giảm hoạt động chức năng theo ADL-IADL; 12% ($n = 12$) có trầm cảm theo GDS-15; 42,31% ($n = 165$) có chỉ số đa bệnh lý cao theo Charlson.

Chịu trách nhiệm: Tặng Thị Thu
Email: drtangthu@gmail.com
Ngày nhận: 23/8/2021
Ngày phản biện: 22/9/2021
Ngày duyệt bài: 11/10/2021

Kết luận: Tỷ lệ suy yếu NCT điều trị nội trú ở các khoa Nội Bệnh viện 30-4 theo thang điểm CGA là 28,97% ($n=113$), 8,72% ($n = 34$) có suy giảm nhận thức theo MMSE; 3,08% ($n=12$) suy dinh dưỡng theo MNA-SF; 32,31% ($n = 126$) suy giảm hoạt động chức năng theo ADL-IADL; 12% ($n = 12$) có trầm cảm theo GDS-15; 42,31% ($n = 165$) có chỉ số đa bệnh lý cao theo Charlson.

Từ khóa: Suy yếu, người cao tuổi, đánh giá Lão khoa toàn diện

SUMMARY

DETERMINATION OF PREVALENCE OF FRAILTY IN ELDERLY PATIENTS 30-4 HOSPITAL USING COMPREHENSIVE GERIATRIC ASSESSMENT.

Background: Frailty is a prevalent geriatric syndrome that potentially leads to many serious health conditions and diminished quality of the life in elderly population. Frailty has been demonstrated to expose the elderly to the risk of diminished quality of life, worsening of the underlying conditions, increasing hospitalization rates, the payments for medical care for the family and society

Objectives: To estimate the prevalence of frailty in elderly patients from medical wards at 30-4 Hospital using Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) standard.

Methods: Descriptive cross-sectional study, included of 390 elderly patients (aged ≥ 60 years old), who were policemen, had admitted for treatment at medical wards at 30-4 hospital, from 04/2020 to 02/2021. The research standard included CGA with five components: functional status as activities of daily living (ADL) – Instrumental activities of daily living (IADL), cognitive status using Mini Mental Status Examination (MMSE), depression using Geriatric Depression Scale (GDS-15), Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA -SF) and comorbidities according to the Charlson Index.

Results: The prevalence of frailty in our research using the CGA criteria was 28.97% ($n = 113$), 8.27% ($n = 34$) had cognitive impairment assessed by MMSE scale; 3.08% ($n = 12$) had

malnutrition assessed by MNA-SF; 32.31% (n = 126) had decline in ADL-IADL functional activity; 12% (n = 47) had depression assessed by GDS-15; 42.31% (n = 390) had high Charlson index scores. Age group, was significantly associated with frailty assessed with CGA (P < 0.001).

Conclusions: The prevalence of frailty assessed by CGA in elderly inpatients at medical wards at 30-4 hospital was 28.97% (n = 311). Age group, was significantly associated with frailty assessing by CGA (P < 0.01).

Keywords: Frail elderly, older people, Comprehensive Geriatric Assessment

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tuổi thọ gia tăng là thành tựu to lớn của sự phát triển của toàn xã hội trong đó có nền y học. Suy yếu liên quan đến tình trạng gia tăng sự lệ thuộc, gia tăng tần suất nhập viện, tăng biến cố tim mạch và tử vong. NCT là Công an hưu trí là đối tượng người cao tuổi đặc biệt. Đánh giá tình trạng suy yếu trên nhóm NCT này là một điều cần thiết.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bệnh nhân là CBCS NCT (≥ 60 tuổi) nhập nội trú tại các khoa Nội của bệnh viện 30-4, trong thời gian nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Không đủ năng lực trả lời câu hỏi nghiên cứu (bệnh tâm thần, sa sút trí tuệ nặng, bệnh cấp tính đang diễn tiến nặng, suy giảm các giác quan ảnh hưởng đến quá trình phỏng vấn, mù chữ), không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiền cứu, chọn mẫu thuận tiện.

Các biến số:

Đánh giá Lão Khoa Toàn Diện (CGA) gồm 5 phương diện: tình trạng chức năng, tình trạng nhận thức, trầm cảm, dinh dưỡng và các bệnh đồng mắc [5, 6, 16]. Suy yếu được định nghĩa khi có suy giảm ít nhất hai phương diện của đánh giá CGA toàn diện. Tình trạng chức năng được đánh giá bằng các hoạt động sống hàng ngày (ADL- IADL) sử dụng chỉ số Barthel [12,13]. Tình trạng nhận thức được đánh giá bởi thang điểm MMSE [8]. Triệu chứng trầm cảm được đánh giá bởi thang trầm cảm lão khoa (GDS-15) [20]. Tình trạng dinh dưỡng được đánh giá bởi MNA-SF [11], các bệnh đồng mắc đánh giá bởi điểm số Charlson [4]. Các giá trị ngưỡng xác định cho mỗi phương diện: bất thường ít nhất hai câu lượng giá của tình trạng hoạt động chức năng (ADL và IADL); MMSE là có suy giảm nhận thức khi điểm số ≤ 23 ; thang điểm GDS-15 có tổng điểm ≥ 10 xác định có trầm cảm; thang điểm

MNA-SF ≤ 07 xác định suy dinh dưỡng; tổng điểm ≥ 2 là có tình trạng đa bệnh theo chỉ số Charlson.

Phương pháp xử lý số liệu

Nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và xử lý bằng phần mềm Stata 13.

Các thông tin nhân khẩu học, y khoa liên đối tượng chọn mẫu quan khác được thu thập trong buổi phỏng vấn.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 04/2020 đến tháng 6/2021 chúng tôi thu thập được 390 bệnh nhân NCT thỏa các tiêu chí chọn mẫu, kết quả như sau:

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu được trình bày trong bảng 1.

Bảng 1: Đặc điểm đối tượng nghiên cứu (n = 390)

Yếu tố khảo sát		Tần số (%)	
Tuổi		68,22 \pm 7,5 Lớn nhất = 93, nhỏ nhất = 60	
Điểm số BMI		22,29 \pm 2,13	
Nhóm BMI (≥ 23)	Gầy	8	2,05
	Bình thường	215	55,13
	Béo phì	167	42,82

Tình trạng bất thường từng tiêu chí thành phần trong thang đo CGA trình bày trong bảng 2.

Bảng 2: Điểm số từng tiêu chí thành phần trong thang đo suy yếu CGA

Yếu tố thành phần		Trung bình \pm ĐLC	
Điểm số MMSE		28,95 \pm 2,6	
Điểm số ADL-IADL		2,076 \pm 4,64	
Điểm số GDS		6,05 \pm 1,58	
Điểm số MNA		12,41 \pm 1,56	
Điểm số Charlson		1,24 \pm 3,12	
Thang đo		Tần số	Tỉ lệ
Điểm số MMSE	Giảm nhận thức vừa (14-19)	24	6,1
	Giảm nhận thức nhẹ (20-23)	10	2,5
	Bình thường	356	91,28
Điểm số ADL-IADL (≥ 2)	Không	356	91,28
	Có	34	8,72
Điểm số GDS	Bình thường (0-4)	280	72
	Nghi ngờ trầm cảm (5-9)	63	16
	Chắc chắn trầm cảm (≥ 10)	47	12

Điểm số MNA-SF	SDD (0-7)	12	38
	Nguy cơ SDD (8-11)	78	20
	Bình thường (12-14)	300	76,92
Điểm số Charlson*	Không	225	57,69
(≥ 2)	Có	165	42,31

Tỉ lệ suy yếu theo CGA:

Bảng 3: Tỉ lệ suy yếu theo CGA.

yếu tố thành phần		Trung bình ± ĐLC	
Điểm số MMSE		28,95 ± 2,6	
Điểm số ADL-IADL		2,076 ± 4,64	
Điểm số GDS		6,05 ± 1,58	
Điểm số MNA		12,41 ± 1,56	
Điểm số Charlson		1,24 ± 3,12	
		Tần số	Tỷ lệ (%)
Suy yếu theo CGA	Không	277	71,03
	Có	113	28,97

Tình trạng suy yếu từng tiêu chí thành phần trong thang đo CGA

Bảng 4: Tình trạng suy yếu theo từng thang đo CGA

Suy yếu theo CGA				
Thang đo	Kết quả	Không (%)	Có (%)	P
MMSE	Không	34	91,28	< 0,05
	Có	34	8,72	
ADL-IADL	Không	264	67,69	< 0,001
	Có	126	32,31	
GDS-15	Không	343	88	> 0,05
	Có	47	12	
MNA	Không	378	96,92	< 0,05
	Có	12	3,08	
Charlson	Không	225	57,69	< 0,001
	Có	165	42,31	

BÀN LUẬN

Tỷ lệ suy yếu NCT điều trị nội trú ở các khoa Nội Bệnh viện 30-4 theo thang điểm CGA là 28,97% (n = 113).

Ở Việt Nam, tỉ lệ suy yếu ở nghiên cứu của chúng tôi cao hơn tỷ lệ suy yếu trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Thịnh thực hiện tại quận 8 TP HCM (25,4%)^[3]. Tuy nhiên tác giả Nguyễn Xuân Thanh ghi nhận tỷ lệ suy yếu ở NCT điều trị tại Bệnh viện Lão Khoa Trung ương theo tiêu chuẩn Fried là 35,4%^[2]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Minh Hải năm 2015 thực hiện trên 357 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị tại Bệnh viện Lão Khoa Trung ương báo cáo tỷ lệ suy yếu theo tiêu chuẩn Fried là 49,98%^[1].

Nghiên cứu của Thân Hà Ngọc Thế cùng

cộng sự trên 556 bệnh nhân nội trú điều trị tại các khoa Nội và khoa Ngoại Bệnh viện ĐH Y Dược Tp.HCM năm 2018 ghi nhận tỉ lệ suy yếu là 55,4% theo tiêu chuẩn CGA^[4].

Do đó Tỷ lệ suy yếu trong nghiên cứu của chúng tôi nằm khoảng tương đồng với các nghiên cứu trong nước.

Tỷ lệ suy yếu theo tiêu chuẩn nền tảng CGA của chúng tôi nằm trong khoảng tần suất suy yếu chung của thế giới từ 4- 59%^[5]. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Cynthia Owusu thực hiện ở Mỹ năm 2014, nghiên cứu cắt ngang trên 117 bệnh nhân từ 65 tuổi trở lên, tỷ lệ suy yếu theo CGA trên các bệnh nhân ung thư và không ung thư là 48%^[6]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng thấp hơn so với tỉ lệ suy yếu trong nghiên cứu của O'Caomh R tiến hành năm 2019 trên 280 NCT có tỉ lệ suy yếu là 58%^[18].

Nghiên cứu của tác giả Ineke và Eva Mann thực hiện tại Mỹ năm 2014 trên đối tượng NCT từ 75 tuổi trở lên, nghiên cứu này phân tích trên 407 người, gồm 108 người đã được xác định ung thư và 209 người không ung thư nhằm đánh giá các thang điểm rút gọn và kết quả tỉ lệ suy yếu theo CGA chung là 43,7%^[10].

Như vậy, tỷ lệ suy yếu trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với đa số các nghiên cứu trong nước và quốc tế có thể do độ tuổi trung bình và nhóm tuổi chiếm ưu thế trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn các tác giả khác.

KẾT LUẬN

Tỷ lệ hiện mắc suy yếu trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi theo tiêu chuẩn CGA là 28,97%. Trong đó có 8,72% (n = 34) có suy giảm nhận thức theo MMSE; 3,08% (n = 12) suy dinh dưỡng theo MNA-SF; 32,31% (n = 126) suy giảm hoạt động chức năng theo ADL-IADL; 12% (n = 47) có trầm cảm theo GDS-15; 42,31% (n = 165) có chỉ số đa bệnh lý cao theo Charlson.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Lan Thanh (2015), Khảo sát tình trạng hạn chế chức năng và mối liên quan với bệnh lý đi kèm ở người cao tuổi trong cộng đồng xã Vĩnh Thành, huyện Chợ Lách, tỉnh Bến Tre, tr59.
2. Nguyễn Xuân Thanh (2015), Hội chứng dễ bị tổn thương (frailty) và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân cao tuổi điều trị tại bệnh viện Lão Khoa Trung ương, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
3. Nguyễn Văn Thịnh (2017), Khảo sát tỷ lệ suy yếu và các yếu tố liên quan ở người cao tuổi tại quận 8 thành phố Hồ Chí Minh, Luận án bác sĩ chuyên khoa 2, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh.

4. **Thân Hà Ngọc Thê, Nguyễn Ngọc Hoàn Mỹ Tiên, Trịnh Thị Bích Hà, Tăng Thị Thu, Nguyễn Ngọc Mai Phương, Võ Yến Nhi** (2018), "Tỷ lệ suy yếu ở người cao tuổi điều trị tại các khoa nội, ngoại – Bệnh Viện Đại Học Y-Dược Thành Phố Hồ Chí Minh theo tiêu chuẩn Comprehensive Geriatric Assessment (CGA), mối liên quan giữa một số đặc điểm lâm sàng và nhân khẩu học với suy yếu". Y học thành phố Hồ Chí Minh, 20 (1), tr. 310-316.
4. **Charlson ME**, et al (1987), A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chron Dis. 40:373–383. [PubMed: 3558716].
5. **Collard RM**, et al (2012), "Prevalance of Frailty in Community-Dwelling Older Persons: A Systemic Review", Journal of the American Geriatrics Society, 60(8), pp. 1487-1492
6. **Cynthia O**, et al (2011), Screening older cancer patients for a Comprehensive Geriatric Assessment: A comparison of three instruments, J Geriatric Oncol, 121-129.
7. **Eyigor S**, et al (2015) "Frailty prevalence and related factors in the older adult-FrailTURK Project". Age (Dordr), 37 (3), 9791
8. **Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR** (1975): "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res, 12(3):189–198.
9. **Fried LP**, et al (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci; 56: 146-56.
10. **Ineke HGJS**, et al. (2014) "Four screening instruments for frailty in older patients with and without cancer: a diagnostic". BMC Geriatrics, 14-26.
11. **Juan S, Eduardo N, Vicente R, Clara B** et al. (2015) "Usefulness of Clinical Data and Biomarkers for the Identification of Frailty After Acute Coronary Syndromes". Can J Cardiol, 31 (12), 1462-8
12. **Lawton MP, Brody EM** (1969): Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist, 9(3):179–186.
13. **Mahoney FI, Barthel DW** (1965): Functional Evaluation: The Barthel Index. Md State Med J, 14:61–65.
14. **Mello AC, Engstrom EM, Alves LC** (2014) "Health-related and socio-demographic factors associated with frailty in the elderly: a systematic literature review". Cadernos de Saúde Pública, 30, 1143-1168.
15. **Moreira VG, Lourenço R.A** (2013) "Prevalence and factors associated with frailty in an older population from the city of Rio de Janeiro, Brazil: the FIBRA-RJ Study". Clinics (Sao Paulo), 68 (7), 979-85.
16. Practice Guideline Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) in oncological patients, Version: 20 July 2011.
17. **Reis WM**, et al (2014) "Pre-frailty and frailty of elderly residents in a municipality with a low Human Development Index". Revista Latino-Americana de Enfermagem, 22 (4), 654-661.
18. **O’Caoimh R, Costello M, Small C, Spooner L, Flannery A, O’Reilly L**, et al. (2019), "Comparison of Frailty Screening Instruments in the EmergencyDepartment". Int J Environ Res Public Health, 16 (19)
19. **Rubenstein LZ, Harker J, & Guigoz YVB**. (1999). Comprehensive geriatric assessment (CGA) and the MNA: an overview of CGA, nutritional assessment, and development of a shortened version of the MNA. Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and Practice in the Elderly, ed B Vellas, PJ Garry & Y Guigoz, Nestlé Workshop Series Clinical & Performance Programme. Basel Nestlé, 1, 101-116.
20. **Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO** (1982): Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Re

LÂM SÀNG VÀ SỰ THAY ĐỔI NỒNG ĐỘ HS-TROPONIN T HUYẾT TƯƠNG Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN TỈNH BẮC NINH

NGUYỄN THỊ THANH LOAN¹, NGUYỄN TRỌNG HIẾU²
¹Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh
²Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Thanh Loan
Email: thanhloan.bvbn@gmail.com

Ngày nhận: 20/9/2021
Ngày phân biện: 18/10/2021
Ngày duyệt bài: 05/11/2021