

cao nhất với trung bình $9,7 \pm 0,9$ fL, kể đến là nhóm vảy nến ĐDTT với trung bình $9,5 \pm 1,1$ fL và vảy nến mảng với trung bình $9,5 \pm 0,9$ fL, nhóm vảy nến mù thấp nhất với trung bình $9,0 \pm 0,9$ fL. Thể tích trung bình tiểu cầu có mối tương quan thuận, mức độ trung bình với chỉ số độ nặng của bệnh tính theo chỉ số PASI ($r = 0,334$; $p = 0,015$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kang S, Amagai M, Bruckner AL.** Fitzpatrick's Dermatology. Ninth Edition ed. McGraw Hill; 2019.
2. **Conic RR, Damiani G, Schrom KP, et al.** Psoriasis and Psoriatic Arthritis Cardiovascular Disease Endotypes Identified by Red Blood Cell Distribution Width and Mean Platelet Volume. *J Clin Med.* Jan 9 2020;9(1):186. doi:10.3390/jcm9010186
3. **Kim DS, Lee J, Kim SH, Kim SM, Lee MG.** Mean platelet volume is elevated in patients with psoriasis vulgaris. *Yonsei Med J.* May 2015;56(3):712-8. doi:10.3349/ymj.2015.56.3.712
4. **Ozkur E, Seremet S, Afsar FS, Altunay IK, Calikoglu EE.** Platelet Count and Mean Platelet Volume in Psoriasis Patients. *Sisli Etfal Hastan Tip Bul.* 2020;54(1): 58-61. doi: 10.14744/SEMB.2018.69370
5. **Sirin MC, Korkmaz S, Erturan I, et al.** Evaluation of monocyte to HDL cholesterol ratio and other inflammatory markers in patients with psoriasis. *An Bras Dermatol.* Sep - Oct 2020; 95(5): 575-582. doi: 10.1016/j.abd. 2020.02.008
6. **Canpolat F, Akpınar H, Eskioglu F.** Mean platelet volume in psoriasis and psoriatic arthritis. *Clin Rheumatol.* Mar 2010;29(3):325-8. doi: 10.1007/s10067-009-1323-8
7. **Unal M.** Platelet mass index is increased in psoriasis. A possible link between psoriasis and atherosclerosis. *Arch Med Sci Atheroscler Dis.* 2016;1(1): e145-e149. doi: 10.5114/amsad. 2016.64444
8. **Kilic S, Resorlu H, Isik S, et al.** Association between mean platelet volume and disease severity in patients with psoriasis and psoriatic arthritis. *Postepy Dermatol Alergol.* Apr 2017; 34(2): 126-130. doi:10.5114/ada. 2017.67076
9. **Tamagawa-Mineoka R.** Important roles of platelets as immune cells in the skin. *J Dermatol Sci.* Feb 2015;77(2): 93-101. doi:10.1016/j.jdermsci.2014.10.003
10. **Tamagawa-Mineoka R, Katoh N, Kishimoto S.** Platelet activation in patients with psoriasis: increased plasma levels of platelet-derived microparticles and soluble P-selectin. *J Am Acad Dermatol.* Apr 2010;62(4): 621-6. doi:10.1016/j.jaad.2009.06.053

KHẢO SÁT TÌNH TRẠNG SUY YẾU CỦA NGƯỜI BỆNH CAO TUỔI SUY TIM PHÂN SUẤT TỔNG MÁU THẤT TRÁI GIẢM ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ

Nguyễn Thanh Huân¹, Nguyễn Phan Hoàng Phúc¹,
Nguyễn Ngọc Hoàn Mỹ Tiên¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Khảo sát tình trạng suy yếu của người bệnh cao tuổi suy tim phân suất tổng máu thất trái giảm điều trị ngoại trú và một số yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 240 bệnh nhân cao tuổi suy tim phân suất tổng máu thất trái giảm đến khám và điều trị tại phòng khám Lão khoa và các phòng khám Tim mạch bệnh viện Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh, phòng khám Lão khoa và các phòng khám Tim mạch bệnh viện Thống Nhất tháng 07 năm 2023 đến tháng 04 năm 2024. **Kết quả:** Nghiên cứu đã thu thập được 240 bệnh nhân cao tuổi suy tim phân suất tổng máu thất trái giảm điều trị ngoại trú. Có 89 (37,1%) bệnh nhân suy yếu theo tiêu chuẩn FRAIL. Yếu tố liên quan suy yếu trên bệnh nhân suy tim phân suất tổng máu thất trái giảm gồm có tuổi ≥ 75 (OR = 4,69 KTC 95% 2,38 - 9,21; $p < 0,001$), bệnh thận mạn (OR = 2,55

KTC 95% 1,31 - 4,96; $p = 0,006$), phân độ NYHA III (OR = 5,26 KTC 95% 2,48 - 11,2; $p < 0,001$). **Kết luận:** Ở người bệnh cao tuổi suy tim phân suất tổng máu thất trái giảm điều trị ngoại trú có tỷ lệ suy yếu là 37,1%. Tuổi ≥ 75 , bệnh thận mạn, phân độ NYHA III là các yếu tố có liên quan đến suy yếu.

Từ khóa: suy yếu, suy tim, người cao tuổi.

SUMMARY

SURVEY OF THE FRAILTY OF ELDERLY OUTPATIENTS WITH HEART FAILURE WITH REDUCED EJECTION FRACTION

Objective: To survey the frailty of elderly outpatients with heart failure with reduced ejection fraction and some related factors. **Methods:** Cross-sectional descriptive study on 240 elderly outpatients with heart failure with reduced ejection fraction at the Geriatric clinics, Cardiology clinics, Thong Nhat Hospital and University Medical Center from July 2023 to April 2024. **Results:** The study included elderly outpatients with heart failure with reduced ejection fraction. The rate of frailty was 37,1% according to FRAIL criteria. Factors associated with frailty in outpatients heart failure with reduced ejection fraction include age ≥ 75 (OR = 4.69 95% CI 2.38 - 9.21; $p < 0.001$), chronic kidney disease (OR = 2, 55 95% CI

¹Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Huân

Email: huanguyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 8.8.2024

Ngày duyệt bài: 26.8.2024

1.31 – 4.96; $p = 0.006$), NYHA class III (OR = 5.26 95% CI 2.48 – 11.2; $p < 0.001$). **Conclusions:** Frailty prevalence in elderly outpatients with heart failure with reduced ejection fraction was 37.1%. Age ≥ 75 , chronic kidney disease, NYHA class III were factors related to frailty. **Keywords:** frailty, heart failure with reduced ejection fraction, elderly outpatients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là một hội chứng lâm sàng phức tạp gây ra tình trạng giới hạn hoạt động sống, là một vấn đề sức khỏe cộng đồng nghiêm trọng đang gia tăng trên toàn thế giới, con đường chung cuối cùng của hầu hết các bệnh tim mạch. Theo báo cáo của Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ năm 2023 ước tính có khoảng 6,7 triệu người có suy tim và tỉ lệ suy tim phân suất tống máu giảm chiếm khoảng 50% trường hợp¹. Dữ liệu dịch tễ học toàn diện về suy tim ở Việt Nam chưa đầy đủ. Dựa trên phân tích tình hình suy tim ở các nước Đông Nam Á, số bệnh nhân suy tim đang gia tăng nhanh chóng, đặc biệt có xu hướng khởi phát sớm hơn và dự hậu xấu hơn so với các khu vực khác trên toàn cầu². Suy tim có ảnh hưởng đáng kinh ngạc đến giảm chất lượng cuộc sống, hoạt động chức năng và tuổi thọ, chi phí cao cho hệ thống chăm sóc sức khỏe. Suy yếu được định nghĩa là một hội chứng lão hoá với giảm dự trữ sinh lý của nhiều hệ thống cơ quan, giảm khả năng đối phó với các tác nhân gây stress, dẫn đến tình trạng tăng tính dễ bị tổn thương, từ đó gia tăng nguy cơ xảy ra các biến cố bất lợi³. Có một số cơ chế chung dẫn đến suy tim và suy yếu, dẫn đến những người cao tuổi mắc bệnh suy tim có tỷ lệ suy yếu cao hơn khoảng ba lần so với những người không mắc suy tim. Suy tim kèm theo tình trạng suy yếu có tiên lượng xấu hơn, tỷ lệ tái nhập viện cao hơn và tử vong sớm hơn từ đó có thể làm thay đổi một số phương pháp điều trị⁴. Tại Việt Nam đã có nghiên cứu suy yếu trên bệnh nhân cao tuổi nhập viện vì suy tim. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu về tình trạng suy yếu trên bệnh nhân cao tuổi suy tim điều trị ngoại trú. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm khảo sát tình trạng suy yếu của người bệnh cao tuổi suy tim phân suất tống máu thất trái giảm điều trị ngoại trú và một số yếu tố liên quan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang mô tả.

2.2. Thời gian nghiên cứu: tháng 07/2023 đến tháng 04/2024.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân ≥ 60 tuổi đến khám tại các phòng khám Tim Mạch bệnh viện Thống Nhất, phòng khám Lão Khoa và các phòng khám Tim Mạch bệnh viện Đại học

Y dược TP. Hồ Chí Minh, được chẩn đoán suy tim phân suất tống máu thất trái giảm trong thời gian nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Bệnh nhân đã tham gia nghiên cứu, nay tái khám.

Bệnh nhân và/hoặc thân nhân không thể hoàn thành bảng câu hỏi.

2.4. Cỡ mẫu: áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỉ lệ

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

Chọn $p = 0,5$. Với $\alpha = 0,05$, $d = 0,07$, cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu là 196.

2.5. Kỹ thuật chọn mẫu: chọn mẫu liên tục

2.6. Tiêu chuẩn nhận vào: Bệnh nhân ≥ 60 tuổi được chẩn đoán suy tim phân suất tống máu giảm theo tiêu chuẩn của ESC 2021.

2.7. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, không thể hoàn thành bảng câu hỏi.

2.8. Phương pháp thu thập số liệu: Bệnh nhân sẽ thu thập thông tin bằng phiếu thu thập số liệu đã được chuẩn bị trước, đo chiều cao và cân nặng hiện tại.

2.9. Định nghĩa biến

Suy yếu theo thang điểm FRAIL: là biến thứ tự gồm 3 giá trị: Suy yếu, Tiên suy yếu, Không suy yếu.

o Suy yếu nếu ≥ 3 tiêu chí: mệt mỏi, sức bền, đi lại, bệnh tật và sụt cân

o Tiên suy yếu: 1-2 tiêu chí.

o Không suy yếu: 0 tiêu chí nào.

Suy tim phân suất tống máu thất trái giảm được chẩn đoán khi bệnh nhân có suy tim và có kết quả siêu âm tim EF $< 40\%$ dựa trên thông tin kết quả cận lâm sàng, đo bằng phương pháp Simpson, kết quả do bác sĩ chuyên khoa tim mạch. Đặc điểm siêu âm tim, các nhóm thuốc điều trị suy tim, xét nghiệm máu.

Các biến số nền: tuổi, giới, chiều cao, cân nặng, BMI, bệnh đồng mắc, số lượng thuốc đang sử dụng (dựa theo hệ thống hồ sơ bệnh án giấy và bệnh án điện tử).

2.10. Xử lý số liệu. Dữ liệu được phân tích bằng Stata 14. Các biến số định tính được trình bày theo tần số (n) và tỉ lệ %. Các biến số định lượng được trình bày theo trung bình và độ lệch chuẩn (nếu có phân phối chuẩn) hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị (nếu có phân phối không chuẩn). Phép kiểm chi bình phương hoặc Fisher chính xác so sánh hai tỉ lệ, phép kiểm t so sánh hai số trung bình. Hồi quy logistic khảo sát một

số các yếu tố liên quan đến suy yếu. Khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.11. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ quan sát, không can thiệp vào quá trình điều

trị. Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y được TP. Hồ Chí Minh số 611/HĐĐĐ ngày 15 tháng 06 năm 2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm của dân số nghiên cứu (n = 240)

	Chung N = 240	Suy yếu N = 89	Không suy yếu N = 151	p
Tuổi (năm)	73,6 ± 8,9	79,0 ± 8,3	70,5 ± 7,6	<0,001**
Nhóm tuổi, n (%)				<0,001*
60-74	137 (57,1)	30 (33,7)	107 (70,9)	
≥75	103 (42,9)	59 (66,3)	44 (29,1)	
Giới, n (%)				0,021*
Nữ	101 (57,9)	46 (51,7)	55 (36,4)	
Nam	139 (42,1)	43 (48,3)	96 (63,6)	
Tình trạng hôn nhân, n (%)				<0,001*
Độc thân, góa, ly thân (%)	62 (25,8)	37 (41,6)	25 (16,6)	
Sống cùng vợ/chồng (%)	178 (74,2)	52 (58,4)	126 (83,4)	
Trình độ học vấn, n (%)				<0,001 [†]
Dưới THCS	194 (80,8)	79 (88,7)	115 (76,2)	
THPT	41 (17,1)	6 (6,7)	35 (23,2)	
Đại học	5 (2,1)	4 (4,5)	1 (0,7)	
Còn làm việc, n (%)	6 (2,5)	1 (1,1)	5 (3,3)	0,294*
Chiều cao (cm)	157,1 ± 7,8	154,5 ± 7,5	158,6 ± 7,7	<0,001**
Cân nặng (kg)	51,7 ± 8,9	48,9 ± 7,8	53,4 ± 9,1	<0,001**
BMI (kg/m ²)	20,8 ± 2,4	20,4 ± 2,3	21,1 ± 2,5	0,029**
Gầy	27 (11,3)	15 (16,9)	12 (7,9)	
Bình thường	175 (72,9)	64 (71,9)	111 (73,5)	
Thừa cân, béo phì	38 (15,8)	10 (11,2)	28 (18,6)	
Phụ thuộc ADL, n (%)	50 (20,8)	49 (55,1)	1 (0,7)	<0,001*
Phụ thuộc IADL, n (%)	131 (54,6)	78 (87,6)	53 (35,1)	<0,001*
Bệnh đồng mắc, n (%)				
Tăng huyết áp	239 (99,6)	88 (98,9)	151 (100)	0,192
Rối loạn lipid máu	238 (99,2)	88 (98,9)	150 (99,3)	0,704
Đái tháo đường típ 2	146 (60,3)	55 (61,8)	91 (60,3)	0,814
Tiền sử nhồi máu cơ tim	88 (36,7)	29 (32,6)	59 (39,1)	0,314
Bệnh mạch vành mạn	213 (88,8)	82 (86,8)	131 (92,1)	0,203
Tiền sử nhồi máu não	23 (9,6)	12 (13,5)	11 (7,3)	0,115
Rung nhĩ	47 (19,6)	21 (23,6)	26 (17,2)	0,229
Bệnh thận mạn	76 (31,7)	42 (47,2)	34 (22,5)	<0,001*

*Chi bình phương, [†]Fisher chính xác, **phép kiểm t; BMI = body mass index.

Chúng tôi thu thập được 240 bệnh nhân cao tuổi suy tim phân suất tống máu thất trái giảm đến khám ngoại trú. Trong đó, 89 (37,1%) bệnh nhân có tình trạng suy yếu theo thang điểm FRAIL, 136 (56,7%) bệnh nhân có tình trạng tiền suy yếu và 15 (6,25%) bệnh nhân không suy yếu. Hai nhóm không suy yếu và tiền suy yếu được kết hợp lại thành nhóm không suy yếu (N

= 151) để so sánh với nhóm suy yếu. Bảng 1 cho thấy tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 73,6 ± 8,9; nhóm suy yếu có tuổi trung bình cao hơn nhóm không suy yếu ($p < 0,001$). Nhóm suy yếu cũng có tiền căn bệnh thận mạn, phụ thuộc ADL, phụ thuộc IADL, tình trạng hôn nhân độc thân, góa, ly thân nhiều hơn nhóm không suy yếu có ý nghĩa thống kê.

Bảng 2. Đặc điểm bệnh lý suy tim (n = 240)

Đặc điểm bệnh lý suy tim, n (%)	Chung N = 240	Suy yếu N = 89	Không suy yếu N = 151	p
Phân độ NYHA				<0,001*
I	0	0	0	
II	180 (75)	49 (55,1)	131 (86,8)	

III	60 (25)	40 (44,9)	20 (13,3)	
IV	0	0	0	
Siêu âm tim				
EF	32 ± 6,3	32 ± 6,3	32 ± 6,4	0,927**
Độ dày vách liên thất thì tâm trương	9,0 ± 2,3	9,2 ± 2,8	8,9 ± 2,1	0,387**
Đường kính thất trái cuối thì tâm trương	57,1 ± 8,8	56,1 ± 9,3	57,7 ± 8,4	0,155**
Dẫn thất trái	150 (62,5)	52 (58,4)	98 (64,9)	0,317*
Đường kính thành sau thất trái cuối thì tâm trương	9,0 ± 2,0	9,0 ± 2,0	9,0 ± 1,9	0,824**
Dày đồng tâm thất trái	24 (10,0)	9 (10,1)	15 (9,9)	0,964*
Đường kính nhĩ trái	37,0 ± 7,5	37,5 ± 7,8	36,8 ± 7,3	0,467**
Dẫn nhĩ trái	89 (37,1)	37 (41,6)	52 (34,4)	0,269*
Hở van 2 lá trung bình nặng	97 (40,4)	42 (47,2)	55 (36,4)	0,101*
Áp lực động mạch phổi thì tâm thu	29,4 ± 11,8	30,9 ± 12,6	28,5 ± 11,3	0,126**
Xét nghiệm máu				
Hemoglobin	12,6 ± 1,7	12,1 ± 1,6	13,0 ± 1,7	<0,001**
Natri	138,4 ± 3,2	138,4 ± 3,3	138,4 ± 3,2	0,907**
NT-proBNP	4757,9 ± 7052,4	6408,7 ± 8242,6	3784,9 ± 6067,8	0,005**
Thuốc điều trị				
ARNI	69 (28,8)	26 (29,2)	43 (28,5)	0,903*
ACEi/ARBs	157 (65,4)	56 (62,9)	101 (66,9)	0,533*
Chẹn beta	168 (70,0)	55 (61,8)	113 (74,8)	0,033*
MRA	206 (85,8)	69 (77,5)	137 (90,7)	0,005*
SGLT2i	208 (86,7)	74 (83,2)	134 (88,7)	0,218*
Furosemide	100 (41,7)	39 (43,8)	61 (40,4)	0,603*
Digoxin	28 (11,7)	9 (10,2)	19 (12,6)	0,585*
Statin	236 (98,3)	88 (98,9)	148 (98,0)	0,614*
Chống đông máu	52 (21,7)	20 (22,5)	32 (21,2)	0,816*
Chống kết tập tiểu cầu	184 (76,7)	64 (71,9)	120 (79,5)	0,181*

*Chi bình phương, †Fisher chính xác, **phép kiểm t

NT-pro BNP = N-terminal pro B-type natriuretic peptide; NYHA = New York Heart Association; ARNI = angiotensin receptor/neprilysin inhibitor; ACEi = angiotensin converting enzyme inhibitor; ARBs = angiotensin II receptor blockers; BB = Beta blockers; SGLT2i = sodium-glucose cotransporter 2 inhibitors; MRA = mineralocorticoid receptor antagonist.

Bảng 2 cho thấy phân độ NYHA II của nhóm không suy yếu cao hơn nhóm suy yếu, phân độ NYHA III của nhóm suy yếu cao hơn nhóm không suy yếu, khác biệt có ý nghĩa thống kê. Các chỉ số siêu âm tim không khác biệt giữa nhóm suy yếu và không suy yếu. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về chỉ số hemoglobin và NT-proBNP, tỷ lệ sử dụng thuốc chẹn beta, MRA giữa hai nhóm suy yếu và không suy yếu.

Bảng 3. Các yếu tố liên quan đến suy yếu ở bệnh nhân cao tuổi suy tim phân suất tống máu thất trái giảm (n = 240)

Biến số	Hội qui đơn biến		Hội qui đa biến	
	OR thô (KTC 95%)	P	OR hiệu chỉnh (KTC 95%)	P
Tuổi ≥75	4,78 (2,72 – 8,39)	<0,001	4,69 (2,38 – 9,21)	<0,001
Giới nữ	1,86 (1,09 – 3,18)	0,021		
Hôn nhân (sống cùng vợ/chồng)	0,28 (0,15 – 0,51)	<0,001		
Học vấn (trên THPT)	0,64 (0,34 – 1,19)	0,155		
Nhóm BMI				
Bình thường	1			
Gầy	2,35 (1,04 – 5,28)	0,039		
Thừa cân, béo phì	0,74 (0,33 – 1,65)	0,464		
Tiền sử nhồi máu não	1,98 (0,84 – 4,71)	0,120		
Bệnh thận mạn	3,08 (1,75 – 5,41)	<0,001	2,55 (1,31 – 4,96)	0,006
NYHA II	0,19 (0,09 – 0,35)	<0,001	0,19 (0,09 – 0,40)	<0,001
NYHA III	5,35 (2,85 – 10,03)	<0,001	5,26 (2,48 – 11,2)	<0,001

OR (odds ratio): tỉ số chênh; KTC 95%: khoảng tin cậy 95%

Các biến được lựa chọn để phân tích hồi quy đơn biến được dựa trên có $p < 0,2$ trong các bảng 1 và 2. Các biến có $p < 0,2$ trong hồi quy đơn biến được đưa vào hồi quy đa biến. Chỉ có các biến có $p < 0,05$ trong hồi quy đa biến được hiển thị.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận trong 240 người bệnh cao tuổi suy tim phân suất tống máu thất trái giảm điều trị ngoại trú có 89 (37,1%) bệnh nhân có tình trạng suy yếu theo thang điểm FRAIL, 136 (56,7%) bệnh nhân có tình trạng tiền suy yếu và 15 (6,25%) bệnh nhân không suy yếu. Tuổi cao, bệnh thận mạn và phân độ NYHA III có liên quan đến tình trạng suy yếu.

4.1. Tình trạng suy yếu của người bệnh cao tuổi suy tim phân suất tống máu thất trái giảm điều trị ngoại trú. Trong nghiên cứu này, tình trạng suy yếu được đánh giá bằng thang điểm FRAIL, một thang điểm gồm năm thành tố thông qua phỏng vấn trực tiếp đánh giá dựa trên tình trạng suy giảm hoạt động thể chất⁵. Khoảng một phần ba dân số nghiên cứu của chúng tôi có suy yếu và hơn một nửa là ở trạng thái tiền suy yếu. Nghiên cứu của tác giả Youn-Jung Son năm 2021 báo cáo tỷ lệ suy yếu trên bệnh nhân cao tuổi suy tim mạn tính bất kể phân suất tống máu là 28,3% theo thang điểm FRAIL. Nghiên cứu của chúng tôi có điểm chung là cùng sử dụng thang điểm FRAIL để đánh giá và nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ suy yếu cao hơn. Có thể lý giải tỷ lệ suy yếu trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn do đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân cao tuổi suy tim phân suất tống máu thất trái giảm. Nghiên cứu của tác giả Sheila M McNallan báo cáo năm 2013 trên bệnh nhân suy tim ghi nhận tỷ lệ suy yếu là 74%⁶. Theo một phân tích tổng hợp khác của tác giả Quin E Denfeld năm 2017, tỷ lệ suy yếu ở bệnh nhân suy tim là 42,9%⁴. Tác giả Ngô Đăng Trình thực hiện nghiên cứu trên 313 bệnh nhân có độ tuổi từ 60 trở lên, nhập viện vì suy tim cấp điều trị nội trú từ tháng 12 năm 2018 đến tháng 5 năm 2019. Tác giả ghi nhận tỷ lệ suy yếu đo bằng thang suy yếu lâm sàng trước nhập viện 2 tuần là 50% và tại thời điểm khi xuất viện là 66%⁷. So sánh nghiên cứu của chúng tôi với các báo cáo này, tỷ lệ suy yếu trong mẫu của chúng tôi thấp hơn. Tỷ lệ suy yếu trên bệnh nhân suy tim giữa các nghiên cứu là khác nhau do nhiều yếu tố như thang điểm đánh giá và dân số

nghiên cứu khác nhau, khác biệt về phân bố về giới tính, bệnh lý đi kèm, điều kiện kinh tế xã hội, điều kiện chăm sóc y tế của địa phương nghiên cứu. Kết quả của chúng tôi thể hiện rằng tỷ lệ suy yếu là đáng chú ý ở những bệnh nhân cao tuổi suy tim phân suất tống máu thất trái giảm sống điều trị ngoại trú, những người tương đối ổn định và còn nguyên vẹn về mặt nhận thức, từ đó có những đánh giá và can thiệp sớm để giảm tác động bất lợi của tình trạng suy yếu ở những nhóm bệnh nhân này.

4.2. Các yếu tố liên quan suy yếu trên người bệnh cao tuổi suy tim phân suất tống máu thất trái giảm điều trị ngoại trú.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận ở người bệnh cao tuổi suy tim phân suất tống máu thất trái giảm điều trị ngoại trú có mối liên quan giữa suy yếu và các yếu tố như tuổi ≥ 75 (OR = 4,69 KTC 95% 2,38 – 9,21; $p < 0,001$), bệnh thận mạn (OR = 2,55 KTC 95% 1,31 – 4,96; $p = 0,006$), phân độ NYHA III (OR = 5,26 KTC 95% 2,48 – 11,2; $p < 0,001$). Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Youn-Jung Son năm 2021 thực hiện trên 407 bệnh nhân suy tim từ 60 tuổi trở lên tại các phòng khám ngoại trú tim mạch ở Hàn Quốc cũng ghi nhận các yếu tố liên quan đến suy yếu như tuổi cao (OR = 1,081 KTC 95% 1,009 – 1,158; $p = 0,026$), phân độ NYHA (OR = 3,517 KTC 95% 1,743 – 7,097; $p < 0,001$). Tình trạng suy yếu và suy tim có những điểm chung trong tiến trình sinh lý bệnh nên có nhiều yếu tố nguy cơ và triệu chứng gần tương tự nhau, như giảm khả năng độc lập về các hoạt động chức năng và tăng nguy cơ té ngã, nhập viện và tử vong sớm⁸.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số điểm hạn chế. Đầu tiên, đây là nghiên cứu cắt ngang nên chúng tôi chỉ kết luận được mối liên quan không xác định mỗi quan hệ nhân quả giữa các biến nghiên cứu. Thứ hai, những người tham gia nghiên cứu của chúng tôi đến từ các phòng khám tim mạch ở 2 bệnh viện ở thành thị. Do đó, khả năng khái quát hóa cho toàn bộ dân số của chúng tôi bị hạn chế. Cần có những nghiên cứu dài hạn hơn với mẫu lớn hơn về bệnh nhân cao tuổi mắc suy tim điều trị ngoại trú được chọn từ các đơn vị và khu vực khác nhau. Thứ ba, sử dụng thang điểm đánh giá suy yếu FRAIL là một thang điểm đánh giá đơn giản, nhanh chóng, nhưng mang tính chủ quan do dựa trên câu hỏi bệnh nhân tự trả lời.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận người bệnh cao tuổi suy tim phân suất tống máu thất

trái giảm điều trị ngoại trú có tỷ lệ suy yếu là 37,1%. Tuổi ≥ 75 , bệnh thận mạn, phân độ NYHA III là các yếu tố có liên quan đến suy yếu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tsao CW, Aday AW, Almarzooq ZI, et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2023 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*. 2023;147(8):e93-e621.
2. Tromp J, Ferreira JP, Janwanishstaporn S, et al. Heart failure around the world. *Eur J Heart Fail*. 2019;21(10):1187-1196.
3. Barbosa da Silva A, Queiroz de Souza I, da Silva IK, Borges Lopes Tavares da Silva M, Oliveira Dos Santos AC. Factors Associated with Frailty Syndrome in Older Adults. *J Nutr Health Aging*. 2020;24(2):218-222.
4. Denfeld QE, Winters-Stone K, Mudd JO, Gelow JM, Kurdi S, Lee CS. The prevalence of frailty in heart failure: A systematic review and meta-analysis. *Int J Cardiol*. 2017;236:283-289.
5. Morley JE, Malmstrom TK, Miller DK. A simple frailty questionnaire (FRAIL) predicts outcomes in middle aged African Americans. *J Nutr Health Aging*. 2012;16(7):601-608.
6. McNallan SM, Singh M, Chamberlain AM, et al. Frailty and healthcare utilization among patients with heart failure in the community. *JACC Heart Fail*. 2013;1(2):135-141.
7. Ngô Đăng Trinh. Đánh Giá Suy Yếu ở Bệnh Nhân Cao Tuổi Nhập Viện vì Suy Tim Cấp. Luận văn Chuyên Khoa cấp II. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2019.
8. Uchmanowicz I, Nessler J, Gobbens R, et al. Coexisting Frailty With Heart Failure. *Front Physiol*. 2019;10:791.

CHẾ ĐỘ NUÔI DƯỠNG TRƯỚC PHẪU THUẬT CỦA NGƯỜI BỆNH UNG THƯ ĐƯỜNG TIÊU HÓA TẠI BỆNH VIỆN K NĂM 2021

Hoàng Việt Bách¹, Nguyễn Thị Dung¹, Nguyễn Thị Hồng Tiến¹,
Hoàng Thị Phương¹, Nguyễn Thị Liên¹, Nguyễn Thị Đính¹,
Phạm Văn Bình¹, Lê Thị Hương^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: "Đánh giá chế độ nuôi dưỡng của người bệnh ung thư đường tiêu hóa trước phẫu thuật tại Bệnh viện K năm 2021".
Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 171 người bệnh ung thư đường tiêu hóa trước phẫu thuật tại Bệnh viện K từ tháng 2 năm 2021 đến tháng 2 năm 2022.
Kết quả: Chế độ nuôi dưỡng trung bình 1 ngày trước phẫu thuật người bệnh là $1171,4 \pm 552,2$ kcal/ngày, protein là $51,3 \pm 25,0$ g. Tỷ lệ người bệnh không cung cấp đủ năng lượng, đủ lượng protein theo nhu cầu khuyến nghị lần lượt là 83%, 52,6%. Tỷ lệ người bệnh đảm bảo tính cân đối về các yếu tố sinh năng lượng, cân đối giữa các chất khoáng chính đạt 0,6%. Tỷ lệ người bệnh trước phẫu thuật đạt nhu cầu khuyến nghị về vitamin tan trong dầu (vitamin A, D, E, K) ở mức độ thấp (cao nhất là vitamin K với 13,9%). Tỷ lệ đạt nhu cầu khuyến nghị về một số vitamin tan trong nước cũng ở mức thấp (cao nhất là vitamin C với 36,1%). Tỷ lệ đạt nhu cầu khuyến nghị về chất khoáng (Canxi, Phospho, Sắt, Kẽm) cũng thấp tương tự (cao nhất là Phospho với 33,9%).
Kết luận: Người bệnh ung thư đường tiêu hóa trước phẫu thuật có tình trạng nuôi dưỡng thiếu hụt cả về năng lượng, nhu cầu protein, vi chất ở mức độ cao. Bên cạnh đó, chế độ nuôi dưỡng đảm bảo tính cân đối giữa các yếu tố sinh

năng lượng cũng đạt tỷ lệ thấp.

Từ khóa: dinh dưỡng, ung thư đường tiêu hóa, vi chất, phẫu thuật

SUMMARY

THE DIETARY INTAKE OF PERIOPERATIVE GASTROINTESTINAL CANCER PATIENTS AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL IN 2021

Objective: "Assess the dietary intake of gastrointestinal cancer patients before surgery at K Hospital in 2021".
Methods: A cross-sectional study was conducted on 171 gastrointestinal cancer patients before surgery at K Hospital from February 2021 to February 2022.
Results: The energy intake of 1 day before surgery for patients was 1171.4 ± 552.2 kcal/day with protein was 51.3 ± 25.0 g. The proportions of patients who do not provide enough energy and enough protein according to recommended needs were 83% and 52.6%, respectively. The percentage of patients ensuring balance in energy-generating factors and balance between main minerals was 0.6%. The proportions of patients meeting the recommended need for fat-soluble vitamins (vitamins A, D, E, K) is low (the highest is vitamin K with 13.9%). The figure of some water-soluble vitamins is also low (the highest is vitamin C with 36.1%) and among minerals (Calcium, Phosphorus, Iron, Zinc) is similarly low (highest is Phosphorus with 33.9%).
Conclusion: Patients with gastrointestinal cancer before surgery have a high level of nutritional deficiency in all of energy, protein and micronutrient needs. In addition, the feeding regime that ensures balance between energy-generating factors also achieves a very low rate.

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Việt Bách

Email: hoangvietbach90@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 9.8.2024

Ngày duyệt bài: 29.8.2024