

9. Kim D.H. and Oh D.-J. (2021). Phase angle values, a good indicator of nutritional status, are associated with median value of hemoglobin rather than hemoglobin variability in hemodialysis patients. *Ren Fail*, 43(1), 327–334.

10. Bae E., Lee T.W., Bae W., et al. (2022). Impact of phase angle and sarcopenia estimated by bioimpedance analysis on clinical prognosis in patients undergoing hemodialysis. *Medicine (Baltimore)*, 101(25), e29375.

KHẢO SÁT MỘT SỐ VẤN ĐỀ LIÊN QUAN ĐẾN THUỐC Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG VÀNH CẤP TẠI MỘT BỆNH VIỆN CHUYÊN KHOA TIM MẠCH Ở ĐỒNG BẰNG SÔNG CỬU LONG

Trần Trúc Linh¹, Lê Tân Tô Anh¹,
Lý Đăng Khoa², Nguyễn Thắng²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hội chứng vành cấp (HCVC) là biến cố nặng, cấp cứu của bệnh lý động mạch vành, là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong tim mạch và các biến chứng nặng về sau. Tuy nhiên, hiện nay, nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng sự xuất hiện của các vấn đề liên quan đến thuốc (DRP) có thể gây ảnh hưởng đến kết quả điều trị của bệnh nhân. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ một số vấn đề liên quan đến thuốc ở bệnh nhân hội chứng vành cấp tại một Bệnh viện chuyên khoa tim mạch ở Đồng bằng sông Cửu Long năm 2023 – 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, tiến cứu trên bệnh nhân xuất viện được chẩn đoán HCVC, có theo dõi bệnh nhân ở thời điểm: 1 tháng sau xuất viện, thời gian từ tháng 8/2023 đến tháng 01/2024. DRPs được phân loại theo Quyết định 3547/QĐ-BYT, DRP về sự tuân thủ của bệnh nhân được đánh giá dựa vào phỏng vấn bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân, các DRP khác được đánh giá dựa trên đơn thuốc. **Kết quả:** Có 78 bệnh nhân tham gia nghiên cứu (tuổi trung bình của bệnh nhân là 66,6; nam chiếm tỷ lệ gấp đôi nữ (66,7%). Số lượng DRP trung bình trên một đơn thuốc lúc xuất viện là 1,17 và sau 1 tháng là 1,19. Các DRP chủ yếu được ghi nhận bao gồm: Tương tác thuốc (T1.2) chiếm tỷ lệ lần lượt là 42,3% và 29,5%; Liều dùng quá thấp (T2.2) với tỷ lệ từ 28,2% và 26,9%, DRP về tuân thủ điều trị của bệnh nhân ở đợt điều trị tháng thứ 1 là 48,7%. **Kết luận:** Các vấn đề liên quan đến thuốc trong điều trị bệnh nhân HCVC xảy ra tại bệnh viện với tỷ lệ khá cao, có thể làm ảnh hưởng đến kết quả điều trị của bệnh nhân. Các nghiên cứu tiếp theo nên có sự can thiệp phù hợp để giảm thiểu các DRP này. **Từ khóa:** bệnh mạch vành cấp, vấn đề liên quan đến thuốc, DRP.

SUMMARY

A SURVEY ON DRUG RELATED PROBLEMS

¹Bệnh viện Tim mạch TP.Cần Thơ

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thắng

Email: nthang@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2024

Ngày duyệt bài: 24.9.2024

IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME AT A CARDIOVASCULAR HOSPITAL IN THE MEKONG DELTA

Background: Acute coronary syndrome (ACS) is a severe emergency event of coronary artery disease, the leading cause of cardiovascular death and serious complications later. However, many studies have now shown that the occurrence of drug-related problems (DRPs) can affect patient treatment outcomes. **Objective:** Determine the rate of some drug-related problems in patients with acute coronary syndrome at a cardiovascular hospital in the Mekong Delta in 2023 - 2024. **Research subjects and methods:** A cross-sectional and prospective study was conducted on ACS patients, who were followed up at 1 month after discharge, from August 2023 to January 2024. **Results:** There were 78 patients participating in the study. The mean age of patients was 66.6 years old, and men accounted for twice as many as women (66.7%). The average number of DRPs per prescription at discharge was 1.17 and 1 month after was 1.19. The main DRPs at the two timepoints were: Drug interactions (T1.2) accounting for 42.3% and 29.5% patients; Underdosing (T2.2) 28.2% and 26.9%, DRP for patient compliance in the first month of treatment was 48.7%. **Conclusion:** DRPs in the treatment of patients with ACS occur at a relatively high rate in the hospital, which can affect the patient's outcomes. Further research should have appropriate interventions to minimize these DRPs.

Keywords: acute coronary artery disease, drug-related problems, DRP.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng vành cấp là biến cố nặng, cấp cứu của bệnh lý động mạch vành (ĐMV), là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong tim mạch và các biến chứng nặng về sau [1]. Bên cạnh đó, những bệnh nhân sống sót sau hội chứng vành cấp còn phải đối mặt với nguy cơ đáng kể của nhiều biến cố tim mạch như tử vong và tái nhập viện. Đã có nhiều nghiên cứu cho thấy sự xuất hiện của các vấn đề liên quan đến thuốc (DRP) là một trong những nguyên nhân hàng đầu dẫn đến thất bại trong điều trị, trong đó có khoảng 10 – 30%

người bệnh nhập viện nguyên nhân do DRPs và 50 – 80% DRPs có thể phòng tránh được [2]. Ở Việt Nam, tuy chưa có số liệu thống kê đầy đủ nhưng số bệnh nhân hội chứng vành cấp ngày càng tăng lên đáng kể, một trong những nguyên nhân phải kể đến là các vấn đề liên quan đến thuốc đã ảnh hưởng phần nào đến sức khỏe của họ. Để giúp cho việc điều trị đạt hiệu quả tốt hơn, chúng tôi tiến hành nghiên cứu khảo sát một số vấn đề liên quan đến thuốc ở bệnh nhân hội chứng vành cấp với mục tiêu: *Xác định tỷ lệ một số vấn đề liên quan đến thuốc ở bệnh nhân hội chứng vành cấp tại một Bệnh viện Chuyên khoa Tim mạch ở Đồng bằng sông Cửu Long năm 2023 – 2024.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị hội chứng vành cấp nội trú tại bệnh viện và điều trị ngoại trú sau khi xuất viện; Đơn thuốc.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân được điều trị từ ban đầu tại bệnh viện, xuất viện trong khoảng thời gian từ tháng 8/2023 đến tháng 01/2024, và có một trong các mã chẩn đoán khi xuất viện bao gồm: nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên, nhồi máu cơ tim không ST chênh lên, đau thắt ngực không ổn định.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân tự ý xuất viện hoặc xuất viện với chẩn đoán tiên lượng tử vong, bệnh nhân không liên lạc được trong trường hợp nghiên cứu viên đã liên lạc bằng điện thoại ít nhất 3 lần.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả, có theo dõi bệnh nhân ở thời điểm 1 tháng sau khi xuất viện.

Cỡ mẫu: Áp dụng theo công thức ước lượng một tỷ lệ:

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \cdot \frac{p(1-p)}{d^2}}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu nghiên cứu, α : xác suất sai lầm loại 1, chọn $\alpha = 5\% \rightarrow$ Hệ số tin cậy là 95% $\rightarrow Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

p là tỷ lệ các biến cố tim mạch chính ở bệnh nhân HCVC, theo nghiên cứu của tác giả Thang Nguyen thì tỷ lệ này chiếm 3,9% [3], d: là mức sai số cho phép, chọn $d = 0,045$

Từ công thức trên, tính được cỡ mẫu nghiên cứu là $71 + 10\% = 78$ mẫu.

Nội dung nghiên cứu:

- Đặc điểm bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu: thu thập các thông tin về tuổi, giới, bệnh chính, số bệnh mắc kèm.

- Tỷ lệ một số vấn đề liên quan đến thuốc ở bệnh nhân HCVC: Tính số DRP từng đợt điều trị và DRP trung bình.

Cơ sở xác định các loại DRP trong đơn thuốc:

- DRP về chọn lựa thuốc, liều dùng, điều trị chưa đủ: phân tích từng đơn thuốc và xác định DRP dựa trên các nguồn tài liệu tham khảo. Bất kỳ sự không phù hợp nào đều được ghi nhận là DRP, ưu tiên hàng đầu là các tài liệu chuyên môn được Bộ Y tế ban hành: Tờ hướng dẫn sử dụng thuốc của nhà sản xuất, Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hội chứng vành cấp, ban hành theo Quyết định số 2187/QĐ - BYT của Bộ Y tế, Dược thư Quốc gia Việt Nam 2022; cơ sở dữ liệu Drugs.com tra cứu về bệnh, thông tin thuốc và các tương tác thuốc.

- DRP về sự tuân thủ của bệnh nhân: gọi điện phỏng vấn bệnh nhân hoặc người thân của họ sau khi xuất viện.

Xử lý số liệu: Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân, nhập liệu bằng phần mềm Excel 2016 và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân. Qua khảo sát tình hình và kết quả điều trị ở 78 bệnh nhân, chúng tôi ghi nhận kết quả như sau:

Bảng 1. Đặc điểm của bệnh nhân và đơn thuốc (n=78)

	Đặc điểm	Số lượng (n=78)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	≥ 65 tuổi	45	57,7
	< 65 tuổi	33	42,3
	Trung bình	66,6 ± 11,8	
Giới	Nữ	26	33,3
	Nam	52	66,7
Bệnh chính	Nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên	12	15,4
	Nhồi máu cơ tim không ST chênh lên	51	65,4
	Đau thắt ngực không ổn định	15	19,2
Bệnh mắc kèm	< 3 bệnh mắc kèm	3	3,8
	≥ 3 bệnh mắc kèm	75	96,2

Nhận xét: Bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu có độ tuổi tương đối cao, tuổi trung bình là $66,6 \pm 11,8$ và đa số là nam giới (66,7%), bệnh chính chủ yếu là nhồi máu cơ tim không ST chênh lên (65,4%), đa số bệnh nhân có từ 3 bệnh mắc kèm trở lên (96,2%).

3.2. Một số vấn đề liên quan đến thuốc ở bệnh nhân HCVC

Bảng 2. Số DRP trung bình trên đợt

điều trị

Đợt điều trị	n	Số DRP	Trung bình
Xuất viện	78	91	1,17
Tháng thứ nhất	78	93	1,19

Nhận xét: Số lượng DRP ở đợt điều trị tái khám sau 1 tháng là 93 DRP cao hơn so với đợt xuất viện.

Bảng 3. Tỷ lệ từng loại DRP

	Mã DRP	Đặc điểm	Xuất viện n (%)	Tháng thứ nhất n (%)
T1. Lựa chọn thuốc	T1.2	Tương tác thuốc	33 (42,3)	23 (29,5)
	T1.4	Có chống chỉ định	1 (1,3)	-
		Tổng	34 (43,6)	23 (29,5)
T2. Liều dùng	T2.2	Liều dùng quá thấp	22 (28,2)	21 (26,9)
	T2.5	Thời điểm dùng chưa phù hợp	21 (26,9)	10 (12,8)
	T2.6	Hướng dẫn liều chưa phù hợp, chưa rõ ràng	5 (6,4)	-
		Tổng	48 (61,5)	31 (39,7)
T3. Tuân thủ điều trị	T3.1	Dùng thuốc không đủ liều như được kê đơn	-	4 (5,1)
	T3.3	Dùng thuốc không đều như được kê đơn	-	17 (21,8)
	T3.4	Cố ý lạm dụng thuốc	-	1 (1,3)
	T3.99	Tái khám không theo hướng dẫn của bác sĩ	-	16 (20,5)
		Tổng	0 (0)	38 (48,7)
T4. Điều trị chưa đủ	T4.1	Có bệnh lý chưa được điều trị đủ	9 (11,5)	1 (1,3)
		Tổng	9 (11,5)	1 (1,1)

Nhận xét: Tỷ lệ DRP ở các đợt điều trị không giống nhau, trong đó DRP về tương tác thuốc (T1.2) chiếm tỷ lệ cao nhất với tỷ lệ ở đợt điều trị khi xuất viện và 1 tháng sau xuất viện lần lượt là 42,3% và 29,5%. Tiếp theo là DRP về liều dùng quá thấp (T2.2) với tỷ lệ ở đợt xuất viện là 28,2% và sau xuất viện 1 tháng là 29,5% và ở đợt điều trị bệnh nhân xuất viện chúng tôi chưa đánh giá DRP về sự tuân thủ.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh nhân. Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung bình khá cao là 66,6 tuổi, tỷ lệ này khá tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Hữu Duy là 66,3 tuổi [4] và cao hơn nghiên cứu của Trương Trần Anh Thư là 63,4 tuổi [5]. Trong đó, nhóm nghiên cứu ghi nhận độ tuổi dưới 60 tuổi cũng chiếm tỷ lệ khá cao, cho thấy càng ngày bệnh lý HCVC càng có xu hướng trẻ hóa do các yếu tố nguy cơ như sử dụng chất kích thích, chế độ ăn và bệnh lý tim mạch chuyển hóa đồng mắc.

Về giới tính bệnh nhân nam trong nghiên cứu chiếm tỷ lệ 66,7%, cao gấp 2 lần so với bệnh nhân nữ; tỷ lệ này khá tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Hữu Duy với nam giới chiếm 66,9%, hay nghiên cứu của Oliver có tỷ lệ nam giới chiếm 68,05% [6] vì đa số nam giới thường có nhiều yếu tố nguy cơ hơn nữ giới như hút thuốc, uống nhiều rượu bia nên có tỷ lệ mắc hội chứng mạch vành cấp cao hơn so với nữ.

Bệnh nhân được chẩn đoán bị NMCT không ST chênh lên chiếm tỷ lệ cao nhất 65,4% kết quả này tương tự kết quả của Oliver có tỷ lệ

bệnh nhân chẩn đoán bị NMCT không ST chênh lên (51,8%) cao hơn so với ST chênh lên và đau thắt ngực không ổn định [6]. Các bệnh nhân khi mắc HCVC thường có tuổi cao nên mắc nhiều bệnh mãn tính trước đó, chính vì thế hầu hết bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi đều có từ 3 bệnh mắc kèm trở lên (96,2%).

4.2. Tỷ lệ một số vấn đề liên quan đến thuốc ở bệnh nhân HCVC. Số DRP trung bình trên 1 đơn thuốc của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi từ 1,17 – 1,19, kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Oliver có số DRP trung bình là 1,6 [6] và cao hơn so với nghiên cứu của Trương Trần Anh Thư có số DRP trung bình là 0,93 [5]. Sự khác biệt này có thể giải thích do mỗi nghiên cứu lựa chọn số nhóm DRP đánh giá khác nhau nên số DRP phát hiện ở các nghiên cứu cũng khác nhau, nghiên cứu của tôi đánh giá 4 nhóm DRP về lựa chọn thuốc, liều dùng, tuân thủ điều trị, các vấn đề về điều trị chưa đủ, còn nghiên cứu của Trương Trần Anh Thư chỉ đánh giá 2 nhóm DRP là lựa chọn thuốc và liều dùng nên số DRP phát hiện thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của Oliver thì đánh giá tất cả các DRP theo phân loại của hiệp hội chăm sóc dược Châu Âu phiên bản 8.0.1 gồm có 8 nhóm nên số lượng DRP trung bình ở nghiên cứu này cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi.

Tỷ lệ DRP ở các đợt điều trị không giống nhau, trong đó DRP về tương tác thuốc chiếm tỷ lệ cao nhất với tỷ lệ lần lượt ở các đợt điều trị xuất viện (42,3%), tháng thứ 1 (29,5%). Kết

quả này cao hơn so với nghiên cứu của Trương Trần Anh Thư có tỷ lệ tương tác nghiêm trọng là 19,3% [5]. Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tương tác mức độ trung bình, nghiêm trọng và chống chỉ định còn nghiên cứu của Trương Trần Anh Thư chỉ ghi nhận tương tác từ mức độ nghiêm trọng trở lên. Các tương tác trong nghiên cứu của chúng tôi không có tương tác chống chỉ định theo Quyết định 5948/QĐ-BYT, tương tác chủ yếu gặp phải trong nghiên cứu của chúng tôi là tương tác của Clopidogrel và Lansoprazol chiếm tỷ lệ 58,6% và cặp tương tác này đa số bác sĩ đều biết tuy nhiên trong nhóm ức chế bơm proton thì Lansoprazol là một lựa chọn tốt hơn so với Esomeprazol hay Omeprazol do mức độ tương tác của Lansoprazol với Clopidogrel (mức độ trung bình) thì thấp hơn so với Esomeprazol hay Omeprazol (mức độ nghiêm trọng) nên hầu hết các bác sĩ đều lựa chọn Lansoprazol để dự phòng xuất huyết tiêu hóa ở những bệnh nhân phải sử dụng Clopidogrel trong thời gian dài. Cặp tương tác chiếm tỷ lệ cao tiếp theo là Kali clorua và Spironolacton với nhóm thuốc ức chế thụ thể (Losartan, Telmisartan, Irbesartan) đây là cặp tương tác thường gặp phải do các bệnh nhân mắc hội chứng mạch vành cấp cũng thường mắc phải các bệnh mắc kèm khác như suy tim, tăng huyết áp...

Các DRP về liều dùng cũng chiếm tỷ lệ khá cao với tỷ lệ lần lượt lúc xuất viện (61,5%), tháng thứ 1 (39,7%). Ở đợt điều trị xuất viện có tỷ lệ DRP về liều dùng cao hơn so với tháng thứ 1, điều này có thể giải thích do ở đợt tái khám sau xuất viện 1 tháng các bệnh nhân có DRP về liều dùng có thể gặp một số phản ứng có hại do các DRP về liều dùng này nên được các bác sĩ sử dụng thận trọng hơn và tư vấn kỹ hơn về liều dùng nên tỷ lệ DRP về liều dùng ở đợt điều trị 1 tháng sau xuất viện giảm xuống. Trong các DRP về liều dùng thì loại DRP thường gặp phải là liều dùng quá thấp, ở các đợt điều trị tỷ lệ DRP này dao động trong khoảng từ 26,9 - 28,2%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trương Trần Anh Thư có tỷ lệ DRP về liều dùng thấp là 22,1% [5]. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm thuốc có liều dùng thấp hơn so với khuyến cáo là statin, kết quả này khác so với nghiên cứu của Trương Trần Anh Thư nhóm thuốc có DRP về liều dùng thấp là ức chế beta. Sự khác biệt này có thể do theo khuyến cáo hiện nay thì ở những bệnh nhân này phải được sử dụng liệu pháp Statin tích cực cường độ cao ở những bệnh nhân không có chống chỉ định [1], tuy nhiên một số bác sĩ còn ngại sử dụng do lo lắng về tác

dụng phụ của statin đối với bệnh nhân nên sử dụng statin liều thấp hơn so với khuyến cáo.

Ở đợt điều trị xuất viện chúng tôi chưa thể đánh giá sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân, chúng tôi chỉ đánh giá được sau 1 tháng điều trị với tỷ lệ DRP về tuân thủ điều trị ở tháng thứ 1 là 48,7%. Trong đó DRP về dùng thuốc không đều như được kê đơn chiếm tỷ lệ cao nhất với tỷ lệ là 21,8%, điều này có thể giải thích do bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu đa số là lớn tuổi (trung bình 66,6 tuổi) và mắc nhiều bệnh nên sử dụng thuốc trong ngày nhiều nên bệnh nhân thường hay quên hoặc sử dụng không đầy đủ như đơn thuốc đã được kê.

Nhóm DRP có tỷ lệ thấp nhất trong các DRP trong nghiên cứu của chúng tôi là DRP trong vấn đề điều trị chưa đủ, trong đó chúng tôi phát hiện chủ yếu là loại DRP có bệnh lý chưa được điều trị đủ với tỷ lệ lần lượt là 11,5% khi xuất viện và 1,3% sau điều trị 1 tháng. Đối với những bệnh nhân mắc hội chứng mạch vành cấp phải được điều trị với một số loại thuốc để dự phòng cũng như làm giảm tỷ lệ xuất hiện các biến cố xảy ra ở những bệnh nhân này. Nên DRP có bệnh lý chưa được điều trị đủ rất nguy hiểm và có thể làm gia tăng sự xuất hiện các biến cố tử vong hay nhập viện ở những bệnh nhân này.

V. KẾT LUẬN

DRP ở bệnh nhân mắc hội chứng mạch vành cấp xảy ra khá phổ biến do những bệnh nhân này thường có tuổi cao và mắc nhiều bệnh mắc kèm nên bệnh nhân phải sử dụng nhiều loại thuốc. Trong đó DRP thường gặp phải là các DRP về lựa chọn thuốc và liều dùng. Để giảm DRP ở những bệnh nhân này chúng tôi đề nghị cần có sự hợp tác giữa bác sĩ và dược sĩ lâm sàng để giúp phát hiện sớm DRP và góp phần làm giảm sự xuất hiện các biến cố trên những bệnh nhân này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế**, "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hội chứng mạch vành cấp ban hành kèm theo Quyết định số 2187/QĐ-BYT," 2019.
2. **K. M. Nicola Brennan**, "A systematic review of educational interventions to change behaviour of prescribers in hospital settings, with a particular emphasis on new prescribers," *British Journal of Clinical Pharmacology*, vol. 75, no. 2, pp. 359 - 372, 2013.
3. **Thang Nguyen. et al**, "Association between in-hospital guideline adherence and postdischarge major adverse outcomes of patients with acute coronary syndrome in Vietnam: a prospective cohort study," *BMJ*, vol. 7, no. 10, 2017.
4. **H. H. T. N. T. L. H. V. Q. N. Nguyễn Hữu Duy**, "Đánh giá thực trạng kê đơn trên bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp quản lý ngoại trú tại Bệnh

- viện tim Hà Nội," Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và lồng ngực Việt Nam, vol. 43, pp. 224 - 231, 2023.
5. **Truong TTA et al.** Drug-related problems in prescribing for coronary artery diseases in Vietnam: Cross-sectional study. *Tropical Medicine & International Health*. 2019;24(11):1335-1340.
6. **S. K. S. Oliver Joel Gona,** "Frequency and nature of drug-related problems in patients with acute coronary syndrome: role of clinical pharmacist in coronary care practice," *Journal of Pharmacy Practice and Research*, vol. 51, no. 1, pp. 36 - 42, 2020.

TỶ LỆ THIẾU CƠ (SARCOPENIA) VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI CAO TUỔI ĐẾN KHÁM TẠI PHÒNG KHÁM LÃO KHOA BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Võ Phúc Bảo Ngọc¹, Phan Nguyễn Bảo Trân¹, Lê Thị Kim Chi², Nguyễn Phú Vinh²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát tỷ lệ thiếu cơ và các yếu tố liên quan (tuổi, giới, BMI, tình trạng đa thuốc, tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh thận mạn và tình trạng suy yếu) ở người cao tuổi (NCT) đến khám tại phòng khám lão khoa Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 177 người bệnh cao tuổi đến khám tại phòng khám lão khoa bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. **Kết quả:** Trong 177 người bệnh cao tuổi có 70,6% là nữ giới cao hơn so với nam giới với 29,4% với tuổi trung bình là 69,88±6,48; Tỷ lệ thiếu cơ ở người bệnh cao tuổi là 38,4%; Nguy cơ thiếu cơ cao nhất ở nhóm người ≥80 tuổi, thừa cân, có tăng huyết áp, có bệnh thận mạn và có suy yếu. **Kết luận:** Cần tiến hành khám sàng lọc để chẩn đoán thiếu cơ sớm và thường quy cho các người bệnh cao tuổi đến khám tại phòng khám, đặc biệt là các đối tượng có yếu tố nguy cơ như tuổi cao, thừa cân, béo phì, tăng huyết áp, bệnh thận mạn, suy yếu.

Từ khóa: Thiếu cơ, Sarcopenia, người cao tuổi, Thành phố Hồ Chí Minh.

SUMMARY

PREVALENCE OF SARCOPENIA AND RELATED FACTORS IN ELDERLY PATIENTS ATTENDING THE GERIATRIC CLINIC AT THE UNIVERSITY MEDICAL CENTER HO CHI MINH CITY

Abstract: This study aims to investigate the prevalence of sarcopenia and associated factors such as age, gender, BMI, polypharmacy, hypertension, diabetes mellitus, chronic kidney disease, and frailty in elderly patients attending the geriatric clinic at the University Medical Center Ho Chi Minh City. **Objectives and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 177 elderly

patients attending the geriatric clinic at the University Medical Center Ho Chi Minh City. **Results:** Of the 177 elderly patients, 70.6% were female, and 29.4% were male, with an average age of 69.88 ± 6.48 years. The prevalence of sarcopenia in elderly patients was 38.4%. The highest risk of sarcopenia was observed in patients aged ≥80 years, those who were overweight, had hypertension, chronic kidney disease, and frailty. **Conclusion:** It is necessary to conduct regular screening for early diagnosis of sarcopenia in elderly patients attending the clinic, especially those with risk factors such as advanced age, overweight/obesity, hypertension, chronic kidney disease, and frailty.

Keywords: Sarcopenia, elderly, Ho Chi Minh City.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dân số thế giới đang dần già đi, hầu như mọi quốc gia trên thế giới đều có sự tăng trưởng về số lượng và tỷ lệ NCT trong dân số. Số lượng NCT trên thế giới trong những năm gần đây đã tăng nhanh chưa từng thấy trong lịch sử. Dân số già sẽ đi đôi với việc chi tiêu nhiều hơn cho chăm sóc sức khỏe, hưu trí, trợ cấp, an sinh xã hội, yêu cầu đối với các dịch vụ cộng đồng và trợ giúp xã hội cho NCT ngày càng tăng, đồng thời cũng gia tăng nhu cầu hiểu biết về các vấn đề liên quan đến lão hóa và sức khỏe ở người cao tuổi. Thiếu cơ cũng là một trong những vấn đề đáng quan tâm đó.

Thiếu cơ (sarcopenia) đã được chấp nhận như là một hội chứng lão khoa mới và những kiến thức liên quan đến thiếu cơ đang phát triển nhanh chóng trên toàn thế giới. Hơn 20 năm nghiên cứu kể từ khi Rosenberg và cộng sự lần đầu đưa ra thuật ngữ này, nguyên nhân, sinh lý bệnh, yếu tố nguy cơ và hậu quả dần trở nên rõ ràng hơn¹. Trên thực tế lâm sàng, thiếu cơ thường được chẩn đoán muộn bởi nó được coi như một phần của quá trình lão hóa bình thường. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của Bianchi (2015) trên 538 NCT tại cộng đồng cho biết tỷ lệ thiếu cơ là 10,2% với 60% trong nhóm có thiếu

¹Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn

²Đại học Văn Hiến

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phú Vinh

Email: npvinh.bllsvdt@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024

Ngày duyệt bài: 24.9.2024