

3. Savarese G, Bodegard J, Norhammar A, Sartip V, Thuresson M, Cowie MR, Fonarow GC, Vaduganathan M, Coats AJS. Heart failure drug titration, discontinuation, mortality and heart failure hospitalization risk: a multinational observational study (US, UK and Sweden). *Eur J Heart Fail*. 2021 Sep;23(9):1499-1511. doi: 10.1002/ejhf.2271. Epub 2021 Jun 28. PMID: 34132001.
4. Fröhlich H, Torres L, Täger T, Schellberg D, Corletto A, Kazmi S, Goode K, Grundtvig M, Hole T, Katus HA, Cleland JGF, Atar D, Clark AL, Aqewall S, Frankenstein L. Bisoprolol compared with carvedilol and metoprolol succinate in the treatment of patients with chronic heart failure. *Clin Res Cardiol*. 2017 Sep;106(9):711-721. doi: 10.1007/s00392-017-1115-0. Epub 2017 Apr 22. PMID: 28434020.
5. Paolillo S, Dell'Aversana S, Esposito I, Poccia A, Perrone Filardi P. The use of β -blockers in patients with heart failure and comorbidities: Doubts, certainties and unsolved issues. *Eur J Intern Med*. 2021 Jun;88:9-14. doi: 10.1016/j.ejim.2021.03.035. Epub 2021 Apr 30. PMID: 33941435.
6. Murphv SP, Ibrahim NE, Januzzi JL Jr. Heart Failure With Reduced Ejection Fraction: A Review. *JAMA*. 2020 Aug 4;324(5):488-504. doi: 10.1001/jama.2020.10262. Erratum in: *JAMA*. 2020 Nov 24;324(20): 2107. doi: 10.1001/jama.2020.21736. PMID: 32749493.
7. Patel J, Rassekh N, Fonarow GC, Deedwania P, Sheikh FH, Ahmed A, Lam PH. Guideline-Directed Medical Therapy for the Treatment of Heart Failure with Reduced Ejection Fraction. *Drugs*. 2023 Jun;83(9):747-759. doi: 10.1007/s40265-023-01887-4. Epub 2023 May 31. PMID: 37254024.
8. Greene SJ, Butler J, Albert NM, DeVore AD, Sharma PP, Duffv CI, Hill CL, McCaque K, Mi X, Patterson JH, Spertus JA, Thomas L, Williams FB, Hernandez AF, Fonarow GC. Medical Therapy for Heart Failure With Reduced Ejection Fraction: The CHAMP-HF Registry. *J Am Coll Cardiol*. 2018 Jul 24;72(4):351-366. doi: 10.1016/j.jacc.2018.04.070. PMID: 30025570.
9. Gottlieb SS, Fisher ML, Kieckshus J, Deedwania P, Gullestad L, Vitovec J, Wikstrand J; MERIT-HF Investigators. Tolerability of beta-blocker initiation and titration in the Metoprolol CR/XL Randomized Intervention Trial in Congestive Heart Failure (MERIT-HF). *Circulation*. 2002 Mar 12;105(10): 1182-8. doi: 10.1161/hc1002.105180. PMID: 11889011.
10. Chopra HK. Bisoprolol and heart failure: new frontiers. *Indian Heart J*. 2010 Jan-Feb;62(1):7-12. PMID: 21180027.

TỶ LỆ VÀ ẢNH HƯỞNG CỦA SUY YẾU LÊN CHỨC NĂNG HÔ HẤP TRÊN NHÓM BỆNH NHÂN CAO TUỔI MẮC BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Nguyễn Văn Tân^{1,2}, Mai Duy Khang¹,
Trần Thị Phương Lan², Cao Đình Hưng^{3,4}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Suy yếu là hội chứng phổ biến ở người cao tuổi, có thể ảnh hưởng nghiêm trọng đến chức năng hô hấp, đặc biệt ở bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT). **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ suy yếu và tác động của suy yếu lên bệnh nhân cao tuổi mắc BPTNMT. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang thực hiện trên 223 bệnh nhân ≥ 60 tuổi đang theo dõi ngoại trú tại phòng khám Hô hấp, Bệnh viện Thống Nhất TP. Hồ Chí Minh từ tháng 08/2024 đến tháng 04/2025. Tình trạng suy yếu được đánh giá bằng thang điểm FRAIL. **Kết quả:** Tỷ lệ suy yếu trong dân số nghiên cứu là 51,1%. Điểm số FRAIL có mối

tương quan nghịch mức trung bình với %FEV₁ ($r = -0,58$; $p < 0,01$), cho thấy mức độ suy yếu cao hơn đi kèm với giảm chức năng thông khí phổi. Đa số bệnh nhân ở giai đoạn GOLD 1 và 2 của BPTNMT. **Kết luận:** Suy yếu là tình trạng phổ biến ở bệnh nhân cao tuổi mắc BPTNMT và có ảnh hưởng rõ rệt đến chức năng hô hấp. Việc sàng lọc suy yếu nên được tích hợp vào quy trình chăm sóc thường quy nhằm tối ưu hóa chiến lược điều trị và cải thiện chất lượng sống cho nhóm bệnh nhân này. **Từ khóa:** BPTNMT, người cao tuổi, chức năng hô hấp.

SUMMARY

PREVALENCE AND IMPACT OF FRAILTY ON RESPIRATORY FUNCTION IN ELDERLY OUTPATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AT THONG NHAT HOSPITAL

Background: Frailty is a common syndrome among older adults that can significantly affect respiratory function, particularly in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). **Objective:** To determine the prevalence of frailty and its impact on elderly patients with COPD. **Method:** A

¹Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Thống Nhất

³Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

⁴Đại học Nguyễn Tất Thành

Chịu trách nhiệm chính: Cao Đình Hưng

Email: hungcd@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2025

Ngày duyệt bài: 14.10.2025

cross-sectional study was conducted on 223 patients aged ≥ 60 years who were receiving outpatient follow-up at Thong Nhat Hospital, Ho Chi Minh City, from August 2024 to April 2025. Frailty status was assessed using the FRAIL score. **Result:** The prevalence of frailty in the study population was 51.1%. The FRAIL score showed a moderate negative correlation with predicted %FEV₁ ($r = -0.58$; $p < 0.01$), indicating that higher frailty scores were associated with reduced pulmonary function. Most patients were classified as GOLD stage 1 or 2. **Conclusion:** Frailty is common in elderly patients with COPD and has a significant negative impact on respiratory function. Screening for frailty should be integrated into routine care to optimize treatment strategies and improve quality of life in this patient population.

Keywords: COPD, elderly, respiratory function

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy yếu là một hội chứng lâm sàng đặc trưng bởi sự giảm dự trữ sinh lý và khả năng phục hồi của cơ thể trước các tác nhân gây căng thẳng, thường gặp ở người cao tuổi. Sự hiện diện của suy yếu không chỉ làm tăng nguy cơ tử vong, nhập viện và biến chứng y khoa, mà còn ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng sống của bệnh nhân mắc bệnh mạn tính, đặc biệt là bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT)⁸.

BPTNMT là nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật và tử vong ở người cao tuổi, với các đặc trưng bao gồm hạn chế luồng khí không hồi phục hoàn toàn, tình trạng viêm mạn tính và suy giảm chức năng hô hấp theo thời gian. Trong bối cảnh đó, hội chứng suy yếu được cho là làm trầm trọng thêm tình trạng suy giảm chức năng hô hấp, làm giảm khả năng vận động, tăng nguy cơ đợt cấp, kéo dài thời gian điều trị và làm tăng gánh nặng y tế trên nhóm bệnh nhân này².

Tại Việt Nam, đặc biệt là ở các cơ sở y tế tuyến trung ương như Bệnh viện Thống Nhất – nơi tiếp nhận và điều trị một số lượng lớn bệnh nhân cao tuổi mắc BPTNMT ngoại trú – dữ liệu về tỷ lệ hiện mắc của suy yếu và mối liên hệ giữa tình trạng này với chức năng hô hấp của bệnh nhân vẫn còn hạn chế. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm xác định tỷ lệ suy yếu cũng như đánh giá tác động của nó lên các thông số chức năng hô hấp của nhóm bệnh nhân BPTNMT cao tuổi nhằm cải thiện chiến lược điều trị, sàng lọc nguy cơ và quản lý bệnh nhân toàn diện hơn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Bệnh nhân ≥ 60 tuổi được chẩn đoán BPTNMT đang điều trị ngoại trú tại phòng khám

Hô hấp Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 08/2024 đến tháng 04/2025.

- Bệnh nhân mới được chẩn đoán BPTNMT lần đầu dựa theo tiêu chuẩn GOLD 2023: Xác nhận bằng sự hiện diện của các triệu chứng hô hấp liên quan đến tiền sử phơi nhiễm với khói thuốc lá hoặc khói độc và xét nghiệm chức năng phổi được ghi nhận khi thử nghiệm hồi phục phế quản FEV₁/VC < 70% hoặc FEV₁/FVC < 70%, FEV₁ sau test hồi phục phế quản tăng < 12% và < 200 ml⁴.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân không có khả năng đi lại, phải di chuyển bằng xe lăn, chấn thương, phẫu thuật chi dưới trong vòng 3 tháng trước.

- Bệnh nhân không đồng ý hoặc không hợp tác trong việc cung cấp thông tin cần thiết theo yêu cầu của nghiên cứu.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng 1 tỉ lệ:

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

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

Trong đó: - n: là cỡ mẫu tối thiểu nghiên cứu

- d: là sai số tuyệt đối, chọn $d = 0,07$.

- p: là tỉ lệ suy yếu ở bệnh nhân cao tuổi có BPTNMT. Dựa theo nghiên cứu của giả Jia Luo trên 309 bệnh nhân cao tuổi BPTNMT tại Trung Quốc ghi nhận tỉ lệ suy yếu là $p = 49,8\%$.

Vậy cỡ mẫu tối thiểu là $N \geq 196$.

Biến số nghiên cứu: - Thông tin hành chính, tiền căn thói quen và bệnh lý đồng mắc.

- Về khám lâm sàng, bệnh nhân được tiến hành đo nhân trắc, dấu hiệu sinh tồn, khám lâm sàng và đánh giá suy yếu theo thang điểm FRAIL.

- Ghi nhận kết quả xét nghiệm gần nhất dựa trên bệnh án điện tử hoặc kết quả xét nghiệm bệnh nhân đang có

Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu sẽ được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS.

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu này được tiến hành sau khi được sự chấp thuận và thông qua của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Đại học Dược TP Hồ Chí Minh số 2047/ ĐHYD-HĐĐĐ và Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Bệnh viện Thống Nhất Số 112/2024/CN-BVTN-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu

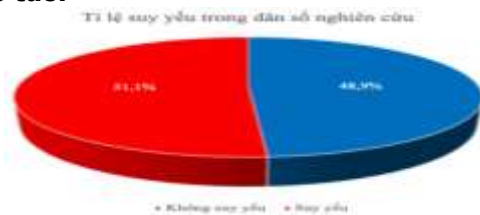
Bảng 1. Đặc điểm của dân số nghiên cứu

Đặc điểm	Bệnh nhân (N=223)
Tuổi	72,2 $\pm$ 8,5
BMI (kg/m ²)	21,8 $\pm$ 2,9
Giới tính nam	198 (88,8)
Dân tộc: Kinh	222 (99,6)

Khác	1 (0,4)
Trình độ học vấn	
Mù chữ	15 (6,7)
Cấp 1	25 (11,2)
Cấp 2	34 (15,2)
Cấp 3	49 (22)
Cao đẳng/Đại học	100 (44,8)
Nghề nghiệp	
Hưu trí	148 (66,4)
Buôn bán	1 (0,4)
Nội trợ	1 (0,4)
Nông	73 (32,7)
Nghề khác	73 (32,7)
Hoàn cảnh sống	
Gia đình/viện dưỡng lão	223 (100)
Một mình	0
Hút thuốc lá	199 (89,2)
Rượu bia	208 (93,3)

Trong tổng số 223 bệnh nhân cao tuổi mắc BPTNMT, độ tuổi trung bình là $72,2 \pm 8,5$ và chỉ số BMI trung bình là $21,8 \pm 2,9$, cho thấy đa số bệnh nhân có thể trạng gầy. Tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế (88,8%). Gần như toàn bộ bệnh nhân là người Kinh (99,6%). Trình độ học vấn đa dạng, trong đó nhóm có trình độ cao đẳng/đại học chiếm tỉ lệ lớn nhất (44,8%). Về nghề nghiệp, phần lớn bệnh nhân đã nghỉ hưu (66,4%) hoặc làm nông (32,7%). Tất cả bệnh nhân đều sống cùng gia đình hoặc tại viện dưỡng lão, không có trường hợp sống một mình. Đáng chú ý, tỷ lệ hút thuốc lá và sử dụng rượu bia ở mức cao, lần lượt là 89,2% và 93,3%, cho thấy đây là nhóm có nhiều yếu tố nguy cơ liên quan đến BPTNMT.

3.2. Tỷ lệ suy yếu trên nhóm bệnh nhân cao tuổi



Hình 1. Tỷ lệ suy yếu trên nhóm bệnh nhân BPTNM đang điều trị ngoại trú

Chúng tôi nhận thấy đa phần bệnh nhân trong nghiên cứu có tình trạng suy yếu (51,1%) và 48,9% bệnh nhân không suy yếu.

Bảng 2. Đặc điểm các tiêu chí đánh giá lão khoa

Đặc điểm	Bệnh nhân (N=223)
Điểm số GDS-15	4 [3-5]
Điểm số CCI	$2,8 \pm 1,8$
Điểm số MNA-SF	13 [12-15]
Điểm số CSHA	4 [4-5]
Điểm số FRAIL	1 [0-3]

TV [KTPV]

Các bệnh nhân cao tuổi mắc BPTNMT trong nghiên cứu của chúng tôi có điểm trung vị GDS-15 là 4 [3-5], cho thấy có dấu hiệu nhẹ đến vừa của triệu chứng trầm cảm. Điểm số CCI trung bình là $2,8 \pm 1,8$, phản ánh gánh nặng bệnh đồng mắc tương đối cao. Về tình trạng dinh dưỡng, điểm MNA-SF trung vị là 13 [12-15], cho thấy phần lớn bệnh nhân ở mức nguy cơ suy dinh dưỡng nhẹ. Đánh giá tình trạng suy yếu qua thang điểm CSHA và FRAIL lần lượt là 4 [4-5] và 1 [0-3], cho thấy nhiều bệnh nhân ở mức suy yếu.

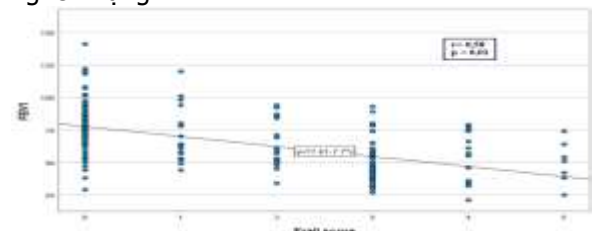
3.3. Tác động của suy yếu tới chức năng hô hấp trên nhóm bệnh nhân cao tuổi mắc BPTN

Bảng 3. Đặc điểm hô hấp ký của dân số nghiên cứu

Đặc điểm	Bệnh nhân (N=223)
%FEV₁ dự đoán	$66,7 \pm 21,1$
Mức độ tắc nghẽn theo GOLD	
- Giai đoạn 1	57 (25,6)
- Giai đoạn 2	115 (51,6)
- Giai đoạn 3	45 (20,2)
- Giai đoạn 4	6 (2,7)
FEV₁/FVC	0,6 [0,5-0,7]

(n, %), (TB $\pm$ ĐLC) và TV [KTPV]

Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có giá trị trung bình %FEV₁ dự đoán là $66,7 \pm 21,1\%$. Phân loại theo tiêu chuẩn GOLD, phần lớn bệnh nhân ở giai đoạn 2 (51,6%) và giai đoạn 1 (25,6%), trong khi chỉ có một tỷ lệ nhỏ ở giai đoạn nặng (giai đoạn 3: 20,2%) và rất nặng (giai đoạn 4: 2,7%). Tỷ số FEV₁/FVC trung vị là 0,6 [0,5-0,7]. Điều này phản ánh rằng đa số bệnh nhân trong nghiên cứu đang ở giai đoạn nhẹ đến trung bình của BPTNMT, tuy nhiên vẫn có một nhóm nhỏ bệnh nhân có mức độ tắc nghẽn nặng.



Hình 1. Tương quan giữa %FEV1 dự đoán và điểm FRAIL

Kết quả phân tích cho thấy điểm FRAIL và giá trị FEV₁ có tương quan nghịch mức trung bình với hệ số tương quan $r = -0,58$ ($p < 0,01$). Đường hồi quy tuyến tính có phương trình $y = 77,61 - 7,7x$, cho thấy mỗi điểm tăng trong thang điểm FRAIL tương ứng với mức giảm trung bình 7,7 đơn vị FEV₁.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nhóm bệnh nhân cao tuổi mắc BPTNMT. Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận tuổi trung bình của bệnh nhân là $72,2 \pm 8,5$, chủ yếu tập trung ở nhóm 60–79 tuổi. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây như nghiên cứu của tác giả Đoàn Vương Diễm Khánh trên 600 bệnh nhân BPTNMT tại Quảng Ninh cho thấy tuổi trung bình là 72, với tỉ lệ các nhóm tuổi 60–69, 70–79 và ≥ 80 lần lượt là 40,8%, 40,0% và 19,2%¹. Những dữ liệu này phản ánh tính chất bệnh lý BPTNMT thường gặp ở người cao tuổi do ảnh hưởng của quá trình lão hóa hệ hô hấp.

Tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế (88,8%), tương tự xu hướng chung trong các nghiên cứu về BPTNMT, có thể liên quan đến tỷ lệ hút thuốc lá và phơi nhiễm nghề nghiệp cao hơn ở nam giới⁷. Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử hút thuốc lá và sử dụng rượu bia ở mức rất cao, lần lượt là 89,2% và 93,3%. Đây đều là những yếu tố nguy cơ đã được chứng minh làm nặng thêm tình trạng BPTNMT và góp phần vào sự tiến triển của hội chứng suy yếu ở người cao tuổi⁶.

4.2. Tỷ lệ suy yếu trên nhóm bệnh nhân cao tuổi mắc BPTNMT. Ở bệnh nhân cao tuổi mắc BPTNMT, suy yếu được xem là một yếu tố nguy cơ mạnh làm gia tăng đáng kể nguy cơ mất chức năng độc lập, tăng tỉ lệ nhập viện, biến chứng và tử vong². Chúng tôi ghi nhận hơn một nửa số bệnh nhân (51,1%) được phân loại là có tình trạng suy yếu. Kết quả này phản ánh một thực trạng đáng lo ngại về mức độ lão suy tiềm ẩn trong nhóm bệnh nhân cao tuổi mắc BPTNMT, đặc biệt khi phần lớn bệnh nhân không nhận thức đầy đủ về nguy cơ này do triệu chứng thường diễn tiến âm thầm và dễ bị bỏ qua trong thực hành lâm sàng thường quy.

Tuy nhiên, tỉ lệ suy yếu có thể thay đổi đáng kể giữa các nghiên cứu. Trong nghiên cứu của tác giả Despo Ierodiakonou dựa trên thang điểm Suy yếu không tàn tật (FIND) ghi nhận tỷ lệ suy yếu lên tới 82%⁵. Còn nghiên cứu của tác giả Lara de Souza Dias trên 153 bệnh nhân tại Brazil sử dụng thang điểm FRAIL ghi nhận tỉ lệ suy yếu là 50,3% và tiền suy yếu là 35,3%³. Sự khác biệt giữa các nghiên cứu có thể xuất phát từ nhiều yếu tố, bao gồm dân số nghiên cứu (bệnh nhân nội trú hay ngoại trú, mức độ nặng của BPTNMT), công cụ đánh giá được sử dụng, và sự khác biệt về hệ thống chăm sóc y tế giữa các quốc gia.

Đồng thời chúng tôi ghi nhận điểm CCI trung bình là $2,8 \pm 1,8$ cho thấy số lượng bệnh lý phổi

hợp tương đối cao. Bên cạnh đó, điểm GDS-15 trung vị là 4 [3–5], cho thấy phần lớn bệnh nhân không có dấu hiệu trầm cảm rõ rệt, trong khi điểm MNA-SF trung vị là 13, gợi ý tình trạng dinh dưỡng phần lớn ở mức bình thường. Tuy nhiên, điểm trung vị thang lão suy CSHA là 4 [4–5] và điểm FRAIL trung vị là 1 [0–3], cho thấy tỉ lệ lão suy và nguy cơ suy yếu đáng kể trong dân số bệnh nhân cao tuổi mắc BPTNMT.

4.3. Tác động của suy yếu tới chức năng hô hấp. Về mức độ tắc nghẽn theo GOLD, chúng tôi ghi nhận giai đoạn 2 chiếm tỉ lệ cao nhất (51,6%), tiếp theo là giai đoạn 1 (25,6%), giai đoạn 3 (20,2%) và giai đoạn 4 (2,7%), tương đồng với mức %FEV₁ dự đoán. Những số liệu này cho thấy phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu có mức độ BPTNMT từ nhẹ đến trung bình. Tuy nhiên khi phân tích tương quan trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy giá trị %FEV₁ dự đoán có mối tương quan âm mức trung bình với điểm số FRAIL ($r = -0,58$; $p < 0,01$), gợi ý rằng khi mức độ suy yếu tăng cao tình trạng tắc nghẽn đường thở trở nên nghiêm trọng hơn.

Về mặt sinh lý bệnh, BPTNMT gây ra tình trạng giới hạn luồng khí mạn tính thông qua các cơ chế viêm đường thở, tái cấu trúc phế nang và phá hủy nhu mô phổi. Hậu quả là giảm giá trị %FEV₁ dự đoán, dẫn đến giảm thông khí phế nang, thiếu oxy mô, ứ CO₂, và stress oxy hóa⁸. Các quá trình này không chỉ ảnh hưởng tại phổi mà còn lan tỏa toàn thân qua hệ thống cytokine viêm, gây ảnh hưởng lên chuyển hóa cơ, thần kinh, miễn dịch và tim mạch – tất cả đều đóng vai trò trong cơ chế hình thành suy yếu. Đồng thời, khi có tình trạng suy hô hấp mạn tính và khó thở dai dẳng, bệnh nhân có xu hướng giảm vận động, làm nặng thêm tình trạng giảm khối cơ và làm nặng thêm tình trạng hạn chế luồng khí.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ suy yếu ở nhóm bệnh nhân cao tuổi mắc BPTNMT là khá cao, chiếm 51,1%. Tình trạng suy yếu có mối tương quan nghịch mức trung bình với chức năng hô hấp, thể hiện qua mối liên quan giữa điểm số FRAIL và %FEV₁ dự đoán ($r = -0,58$; $p < 0,01$). Điều này gợi ý rằng khi mức độ suy yếu tăng cao, chức năng thông khí phổi có xu hướng giảm rõ rệt. Kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc sàng lọc và đánh giá tình trạng suy yếu ở bệnh nhân BPTNMT cao tuổi trong thực hành lâm sàng thường quy. Việc phát hiện sớm và can thiệp toàn diện không chỉ giúp cải thiện chức năng hô hấp mà còn góp phần nâng cao chất lượng sống và hạn chế các biến chứng liên quan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đoàn Vương Diễm Khánh, Nguyễn Văn Thân (2024), "Tình hình mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và các yếu tố liên quan ở người cao tuổi tại huyện Quảng Ninh, tỉnh Quảng Bình". Tạp chí Y học Cộng đồng, 65 (6), pp. 81-87.
2. Brighton L. J., Nolan C. M., Barker R. E., Patel S., Walsh J. A., et al. (2023), "Frailty and Mortality Risk in COPD: A Cohort Study Comparing the Fried Frailty Phenotype and Short Physical Performance Battery". Int J Chron Obstruct Pulmon Dis, 18, pp. 57-67.
3. Dias L. S., Ferreira A. C. G., da Silva Junior J. L. R., Conte M. B., Rabahi M. F. (2020), "Prevalence of Frailty and Evaluation of Associated Variables Among COPD Patients". Int J Chron Obstruct Pulmon Dis, 15, pp. 1349-1356.
4. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), Global Strategy for Prevention, Diagnosis and Management of COPD: 2023 Report. 10/04/2024. <https://goldcopd.org/2023-gold-report-2/>, 2023.
5. Ierodiakonou D., Kampouraki M., Poulonirakis I., Papadokostakis P., Lintovoi E., et al. (2019), "Determinants of frailty in primary care patients with COPD: the Greek UNLOCK study". BMC Pulm Med, 19 (1), pp. 63.
6. Kim E. J., Yoon S. J., Kim Y. E., Go D. S., Jung Y. (2019), "Effects of Aging and Smoking Duration on Cigarette Smoke-Induced COPD Severity". J Korean Med Sci, 34 (Suppl 1), pp. e90.
7. Medina-Mirapeix F., Bernabeu-Mora R., Giménez-Giménez L. M., Escolar-Reina P., Gacto-Sánchez M., et al. (2018), "Physical frailty characteristics have a differential impact on symptoms as measured by the CAT score: an observational study". Health Qual Life Outcomes, 16 (1), pp. 140.
8. Rodrigues S. O., Cunha Cmcd, Soares G. M. V., Silva P. L., Silva A. R., et al. (2021), "Mechanisms, Pathophysiology and Currently Proposed Treatments of Chronic Obstructive Pulmonary Disease". Pharmaceuticals (Basel), 14 (10).

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG HỘI CHỨNG DỄ BỊ TỔN THƯƠNG Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI BỆNH VIỆN 19-8 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Bùi Minh Nguyệt¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng và tỷ lệ hội chứng dễ bị tổn thương ở người cao tuổi đến khám và điều trị tại Bệnh viện 19-8. và một số yếu tố liên quan. **Đối tượng nghiên cứu:** bao gồm 256 người cao tuổi đến khám tại Bệnh viện 19-8 Bộ Công An từ tháng 02/2024 đến tháng 02/2025. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu cắt ngang mô tả, sử dụng thang đo Fried để đánh giá HCDBTT. Các thông tin nhân khẩu học, bệnh đồng mắc, chỉ số BMI, huyết áp và các đặc điểm lâm sàng khác được thu thập. Phân tích hồi quy logistic đa biến được thực hiện để xác định các yếu tố liên quan đến HCDBTT. **Kết quả:** Tỷ lệ tiền HCDBTT chiếm ưu thế (89,45%), trong khi tỷ lệ HCDBTT chỉ 3,91% và không mắc HCDBTT là 6,64%. Trong các thành phần của thang Fried, chậm chạp là biểu hiện phổ biến nhất (88,28%). Phân tích hồi quy đa biến cho thấy nơi sống, trình độ học vấn sau đại học và nhóm tuổi có liên quan độc lập đến HCDBTT. **Kết luận:** HCDBTT ở nhóm đối tượng nghiên cứu chủ yếu ở giai đoạn tiền mắc, với thành phần chậm chạp chiếm tỷ lệ nổi bật. Nơi sống, trình độ học vấn và nhóm tuổi là các yếu tố liên quan có ý nghĩa. Việc sàng lọc định kỳ HCDBTT, đặc biệt tại cộng đồng nông thôn và ở nhóm nguy cơ cao, là cần thiết để phát hiện sớm và triển khai các

biện pháp can thiệp nhằm ngăn ngừa tiến triển sang giai đoạn dễ bị tổn thương. **Từ khóa:** Hội chứng dễ bị tổn thương; Người cao tuổi; Việt Nam

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF FRAGILE SYNDROME IN THE ELDERLY AT HOSPITAL 19-8 AND SOME RELATED FACTORS

Objective: To describe the clinical characteristics and prevalence of frailty among older patients at 19-8 Hospital and associated factors. **Subjects:** A total of 256 older patients who visited the 19-8 Hospital from February 2024 to February 2025. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted using the Fried frailty phenotype to assess frailty status. Demographic data, comorbidities, BMI, blood pressure, and other clinical characteristics were collected. Multivariable logistic regression analysis was performed to identify factors independently associated with frailty. **Results:** The prevalence of pre-frailty was predominant (89.45%), while frailty accounted for only 3.91% and non-frailty for 6.64%. Among the Fried components, slowness was the most common manifestation (88.28%). Multivariable regression analysis indicated that place of residence, postgraduate education, and age group were independently associated with frailty. **Conclusion:** In this study population, frailty was predominantly in the pre-frail stage, with slowness being the most frequent component. Place of residence, educational level, and age group were significantly associated factors. Routine frailty screening, especially in rural communities and among high-risk groups, is necessary for early detection and timely interventions to prevent

¹Bệnh viện 19-8

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Minh Nguyệt

Email: nguyetdr@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.9.2025

Ngày duyệt bài: 15.10.2025