

## 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 Cmc, 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 Nguyệt<sup>1</sup>

### 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

<sup>1</sup>Bệnh 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

progression to frailty.

**Keywords:** Frailty, Older people, Vietnam

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng dễ bị tổn thương (HCDBTT) là một hội chứng lâm sàng thường gặp ở người cao tuổi, xảy ra do sự tích tụ của quá trình suy giảm chức năng nhiều hệ thống cơ quan trong cơ thể, biểu hiện là trạng thái dễ bị tổn thương với các yếu tố về thể chất, xã hội và môi trường<sup>1</sup>. Trên thế giới tỷ lệ mắc hội chứng này có sự khác nhau giữa các chủng tộc, giới tính, quốc gia; dao động từ 4,0% - 59,1% phụ thuộc vào cộng đồng dân số nghiên cứu và tiêu chuẩn đánh giá HCDBTT.

Tỷ lệ HCDBTT theo nghiên cứu tại Việt Nam dao động từ 31,9% đến 35,4%<sup>2</sup>. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Ngọc Mai Phương, nhóm tuổi từ 80 trở lên có nguy cơ suy yếu cao hơn các nhóm tuổi 70-79 và 60-69 với  $p < 0,001$ . Nghiên cứu của Andrade JM (2018) cũng ghi nhận tỷ lệ suy yếu tăng dần theo tuổi, từ 9,0% ở nhóm tuổi từ 50 trở lên, lên 13,5% ở nhóm tuổi 60 tuổi trở lên và cuối cùng là 16,2% ở tuổi 65 trở lên<sup>3</sup>. Những bằng chứng này khẳng định rằng HCDBTT không chỉ là hệ quả tất yếu của tuổi tác, mà còn chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố nguy cơ có thể can thiệp được, như tình trạng hôn nhân, hoạt động thể chất, hay điều kiện sống. Chính vì vậy, việc sàng lọc, phát hiện sớm và can thiệp ở giai đoạn tiền HCDBTT có ý nghĩa quyết định để làm chậm hoặc đảo ngược tiến trình bệnh, giảm thiểu gánh nặng bệnh tật.

Việt Nam đến nay ghi nhận khá khiêm tốn về nghiên cứu hội chứng này trên người cao tuổi. Đặc biệt, nhóm người cao tuổi trong lực lượng công an, vốn có đặc thù nghề nghiệp với áp lực công việc, thời gian công tác dài và mô hình bệnh tật riêng, là đối tượng chưa được nghiên cứu đầy đủ. Do đó, nghiên cứu này được tiến hành nhằm bổ sung bằng chứng về HCDBTT và yếu tố liên quan ở người cao tuổi đến khám tại Bệnh viện 19-8, qua đó hỗ trợ bác sĩ lâm sàng trong việc đánh giá, tiên lượng, lập kế hoạch điều trị và định hướng chăm sóc lâu dài.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân đến khám và điều trị tại khoa Điều trị cao cấp Bệnh viện 19-8 Bộ Công An

### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân phải có tình trạng tinh thần tỉnh táo, có khả năng nghe và trả lời phỏng vấn, có khả năng viết
- Bệnh nhân đồng ý hợp tác nghiên cứu

- Đến khám và điều trị tại Bệnh viện 19-8 Bộ Công An

### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đang mắc các bệnh lý cấp tính.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Các bệnh nhân có tình trạng tinh thần không ổn định, không có khả năng nghe và trả lời phỏng vấn, không biết viết.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

**2.2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.** Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Điều trị cao cấp Bệnh viện 19-8 từ tháng 02 năm 2024 đến tháng 02 năm 2025 (12 tháng)

**2.2.3. Biến số, chỉ số và các tiêu chuẩn đánh giá.** Các chỉ tiêu nghiên cứu được tiến hành thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu thiết kế sẵn. Các biến số trong nghiên cứu bao gồm: (1) Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu: (2) Thông tin về sức khỏe; (3) Chỉ số khối cơ thể (BMI).

Biến số đầu ra của nghiên cứu là tình trạng hội chứng dễ bị tổn thương (HCDBTT), được đánh giá theo tiêu chuẩn Fried sửa đổi, bao gồm 05 tiêu chí: (1) Giảm cân không chủ ý trên 4,5 kg trong năm vừa qua; (2) Giảm cơ lực tay; (3) Sức bền và năng lượng kém; (4) Tốc độ đi bộ chậm; và (5) Mức hoạt động thể lực thấp. Khi đối tượng nghiên cứu có từ ba trong số năm tiêu chí trở lên thì xác định là có HCDBTT, có từ một đến hai tiêu chí là tiền HCDBTT và không có tiêu chí nào là không có HCDBTT.

**2.3. Xử lý số liệu.** Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm Stata 17.0. Các biến định lượng được thể hiện dưới dạng trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn. Các tần suất được trình bày theo tỷ lệ %. Sử dụng mô hình hồi quy đa biến logistic phân tích các yếu tố liên quan đến sự xuất hiện của HCDBTT trên nhóm đối tượng nghiên cứu. Các yếu tố nguy cơ đưa vào phân tích dựa trên các tài liệu y văn đã công bố. khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

**2.4. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu được thông qua bởi hội đồng khoa học và hội đồng đạo đức tại Bệnh viện 19-8. Tất cả các đối tượng nghiên cứu sẽ được giải thích cụ thể về mục đích của nghiên cứu và đồng ý tự nguyện tham gia vào nghiên cứu. Đảm bảo tính bí mật thông tin nghiên cứu. Nghiên cứu nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho người cao tuổi, không nhằm mục đích nào khác.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Thông tin chung của các đối tượng tham gia nghiên cứu**

	Giới tính		Tổng n (%)
	Nam	Nữ	
	n (%)	n (%)	
<b>Tổng</b>	218 (85,16)	38 (14,84)	256 (100,00)
<b>Nơi sống</b>			
Nông thôn	27 (13,30)	4 (11,43)	31 (13,03)
Thành thị	176 (86,70)	31 (88,57)	207 (86,97)
<b>Trình độ học vấn</b>			
Cao đẳng/Trung cấp	7 (5,00)	2 (7,69)	9 (5,42)
Đại học	121 (86,43)	24 (92,31)	145 (87,35)
Sau Đại học	12 (8,57)	0 (0,00)	12 (7,23)
<b>Nghề nghiệp hiện tại</b>			
Công an nghỉ hưu	136 (98,55)	25 (100,00)	161 (98,77)
Công an đang công tác	2 (1,45)	0 (0,00)	2 (1,23)
<b>Tình trạng hôn nhân</b>			
Đã kết hôn	139 (99,29)	24 (96,00)	163 (98,79)
Ly dị/Góa	1 (0,71)	1 (4,00)	2 (1,21)
<b>Người sống cùng</b>			
Gia đình	138 (98,57)	26 (100,00)	164 (98,80)
Một mình	2 (1,43)	0 (0,00)	2 (1,20)
<b>Phân loại BMI</b>			
Thiếu cân (BMI < 18,5)	3 (1,48)	2 (5,56)	5 (2,09)
Bình thường (18,5 ≤ BMI < 25)	144 (70,94)	26 (72,22)	170 (71,13)
Thừa cân (25 ≤ BMI < 30)	54 (26,60)	7 (19,44)	61 (25,52)
Béo phì (BMI ≥ 30)	2 (0,99)	1 (2,78)	3 (1,26)
<b>Hút thuốc lá/thuốc lào</b>			
Không bao giờ	46 (38,02)	17 (85,00)	63 (44,68)
Đã bỏ thuốc	57 (47,11)	3 (15,00)	60 (42,55)
Hiện đang hút	18 (14,88)	0 (0,00)	18 (12,77)
	<b>TB (ĐLC)</b>	<b>TB (ĐLC)</b>	<b>TB (ĐLC)</b>
Tuổi	69,66 (5,74)	68,52 (5,11)	69,50 (5,65)
Cân nặng (kg)	66,20 (8,27)	57,72 (7,19)	64,92 (8,65)
Chiều cao (cm)	166,11 (5,18)	155,19 (18,72)	164,48 (9,44)
Chỉ số BMI	23,96 (2,42)	27,84 (28,30)	24,54 (11,17)

\* TB: Trung bình; ĐLC: Độ lệch chuẩn

**Nhận xét:** Trong tổng số 256 đối tượng tham gia nghiên cứu, nam giới chiếm đa số với tỷ lệ 85,16%. Phần lớn người tham gia sinh sống tại khu vực thành thị (86,97%), có trình độ học vấn là đại học (87,35%), đã kết hôn (98,79%) và sống cùng gia đình (98,80%). Về nghề nghiệp hiện tại, gần như toàn bộ đối tượng là cán bộ

công an đã nghỉ hưu (98,77%), chỉ có 1,23% còn đang công tác. Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 69,50 ± 5,65. Phân loại chỉ số BMI cho thấy 71,13% có BMI trong giới hạn bình thường, 25,52% thừa cân, 2,09% thiếu cân và 1,26% béo phì. Chỉ số BMI trung bình toàn bộ mẫu là 24,54 ± 11,17.

**Bảng 2. Đặc điểm sức khỏe của đối tượng tham gia nghiên cứu**

	Giới tính		Tổng n (%)
	Nam	Nữ	
	n (%)	n (%)	
<b>Phân loại giai đoạn THA</b>			
Tối ưu	31 (17,22)	7 (21,21)	38 (17,84)
Bình thường	43 (23,89)	15 (45,45)	58 (27,23)
Bình thường cao	53 (29,44)	6 (18,18)	59 (27,70)
THA độ 1	15 (8,33)	1 (3,03)	16 (7,51)
THA độ 2	2 (1,11)	1 (3,03)	3 (1,41)
THA độ 3	0 (0,00)	1 (3,03)	1 (0,47)
THA tám thu đơn độc	36 (20,00)	2 (6,06)	38 (17,84)

<b>Số bệnh hiện mắc</b>			
0 bệnh	22 (10,09)	8 (21,05)	30 (11,72)
1 bệnh	36 (16,51)	7 (18,42)	43 (16,80)
2-3 bệnh	62 (28,44)	8 (21,05)	70 (27,34)
> 3 bệnh	98 (44,95)	15 (39,47)	113 (44,14)
<b>Nhu cầu hỗ trợ chăm sóc</b>			
Không	85 (94,44)	16 (94,12)	101 (94,39)
Có	5 (5,56)	1 (5,88)	6 (5,61)
	<b>TB (ĐLC)</b>	<b>TB (ĐLC)</b>	<b>TB (ĐLC)</b>
<b>Chỉ số huyết áp</b>			
Huyết áp tâm thu (mmHg)	128,25 (20,85)	123,58 (15,42)	127,53 (20,15)
Huyết áp tâm trương (mmHg)	79,17 (7,89)	78,36 (16,37)	79,05 (9,65)
<b>Chỉ số đồng bệnh lý Charlson</b>			
	1,84 (1,41)	1,29 (1,49)	1,76 (1,43)

\* TB: Trung bình; ĐLC: Độ lệch chuẩn

**Nhận xét:** Giá trị huyết áp trung bình toàn bộ mẫu là  $127,53 \pm 20,15$  mmHg đối với huyết áp tâm thu và  $79,05 \pm 9,65$  mmHg đối với huyết áp tâm trương. Phân loại huyết áp theo giai đoạn cho thấy tỷ lệ đối tượng có huyết áp tối ưu và bình thường lần lượt là 17,84% và 27,23%, trong khi nhóm bình thường cao chiếm 27,70%. Đáng chú ý, có 17,84% đối tượng mắc tăng huyết áp tâm thu đơn độc. Xét về số lượng bệnh mắc kèm, chỉ có 11,72% đối tượng không có bệnh mạn tính nào, trong khi tỷ lệ có từ 2-3 bệnh là 27,34% và có trên 3 bệnh là 44,14%. Điểm chỉ số Charlson trung bình là  $1,76 \pm 1,43$ . Đa số đối tượng không có nhu cầu hỗ trợ chăm sóc trong sinh hoạt hàng ngày (94,39%), chỉ có 5,61% cho biết cần sự hỗ trợ.

**Bảng 3. Đặc điểm hội chứng dễ bị tổn thương ở đối tượng tham gia nghiên cứu**

Đặc điểm	Tổng n (%)
<b>Giảm cân không chủ ý</b>	
Không	246 (96,09)
Có	10 (3,91)
<b>Tình trạng yếu đuối</b>	
Không	236 (92,19)
Có	20 (7,81)
<b>Sức bền và năng lượng kém</b>	
Không	254 (99,22)
Có	2 (0,78)
<b>Sự chậm chạp</b>	
Không	30 (11,72)
Có	226 (88,28)
<b>Mức hoạt động thể lực thấp</b>	
Không	214 (83,59)
Có	42 (16,41)
<b>Hội chứng dễ bị tổn thương (HCDBTT)</b>	
Không có HCDBTT	17 (6,64)
Tiền HCDBTT	229 (89,45)
Có HCDBTT	10 (3,91)
	<b>TB (ĐLC)</b>
Điểm thang đo Fried	1,17 (0,60)

**Nhận xét:** Khi phân tích các tiêu chí cấu

thành hội chứng dễ bị tổn thương theo thang đo Fried, kết quả cho thấy tỷ lệ giảm cân không chủ ý trong vòng một năm qua khá thấp, chỉ chiếm 3,91% tổng số đối tượng. Yếu đuối về cơ lực được ghi nhận ở 7,81% trường hợp. Tình trạng giảm sức bền và năng lượng ít gặp, với chỉ 0,78% báo cáo có triệu chứng này. Ngược lại, sự chậm chạp là thành phần chiếm tỷ lệ rất cao, với 88,28% đối tượng được xếp vào nhóm có vận tốc đi bộ thấp theo tiêu chuẩn. Mức độ hoạt động thể lực thấp được ghi nhận ở 16,41% số người tham gia. Tổng hợp 5 tiêu chí, đa số đối tượng nằm trong nhóm tiền hội chứng dễ bị tổn thương với 89,45%, chỉ có 3,91% được phân loại là có hội chứng dễ bị tổn thương đầy đủ và 6,64% không có hội chứng này. Điểm số trung bình theo thang đo Fried là  $1,17 \pm 0,60$ .

**Bảng 4. Các yếu tố liên quan đến hội chứng dễ bị tổn thương**

	HCDBTT	
	OR	KTC 95% CI
<b>Nơi sinh sống</b> (Thành thị vs Nông thôn)	0,02***	0,00; 0,33
<b>Trình độ học vấn</b> (Sau ĐH vs CĐ/TC/ĐH)	23,33**	1,16; 467,74
<b>Chỉ số BMI</b>	0,96	0,67; 1,38
<b>Nhóm tuổi</b> (vs < 60 tuổi)		
60-69 tuổi	0,01**	0,00; 0,54
70-79 tuổi	0,01**	0,00; 0,57
> 79 tuổi	0,45	0,00; 77,52
<b>Chỉ số đồng bệnh lý Charlson</b>	1,22	0,75; 1,98
<b>Giai đoạn THA</b> (vs Tối ưu)		
Bình thường	0,28	0,01; 13,03
Bình thường cao	9,14*	0,67; 124,12
THA	2,91	0,18; 47,48

\*\*\*  $p < 0,01$ , \*\*  $p < 0,05$ , \*  $p < 0,1$

**Nhận xét:** Kết quả hồi quy logistic cho thấy một số yếu tố có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với HCDBTT. Cụ thể, đối tượng sinh sống tại thành thị có nguy cơ mắc HCDBTT thấp hơn

đáng kể so với ở nông thôn (OR = 0,02; KTC 95%: 0,00–0,33;  $p < 0,01$ ). Xét theo nhóm tuổi, so với nhóm <60 tuổi, các nhóm 60–69 tuổi và 70–79 tuổi có nguy cơ thấp hơn đáng kể ( $p < 0,05$ ). Tuy nhiên, nhóm trên 79 tuổi không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa. Xét về giai đoạn tăng huyết áp, so với nhóm huyết áp tối ưu, nhóm bình thường cao có xu hướng nguy cơ cao hơn (OR = 9,14; KTC 95%: 0,67–124,12;  $p < 0,1$ ), trong khi nhóm bình thường và tăng huyết áp chung không có ý nghĩa thống kê. Các yếu tố khác như BMI và chỉ số đồng bệnh lý Charlson không cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với HCDBTT.

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này cung cấp bằng chứng về hội chứng dễ bị tổn thương (HCDBTT) ở nhóm bệnh nhân cao tuổi điều trị tại Bệnh viện 19-8. Mẫu nghiên cứu chủ yếu là nam giới, sống ở nông thôn, có trình độ học vấn cao, hôn nhân ổn định và sống cùng gia đình. Về sức khỏe, tỷ lệ tăng huyết áp nặng và béo phì thấp, song tăng huyết áp tâm thu đơn độc chiếm tỷ lệ đáng kể, đặc biệt ở nam giới cao tuổi, phù hợp với y văn về tình trạng xơ cứng thành mạch. Gần một nửa số đối tượng có trên ba bệnh mạn tính, cho thấy gánh nặng đồng mắc, dù chỉ số Charlson trung bình không cao<sup>4</sup>.

Theo thang đo Fried, đa số đối tượng ở giai đoạn tiền HCDBTT (89,45%), dễ bị tổn thương chỉ 3,91%, trong đó chậm chạp chiếm tới 88,28%, cao hơn so với các cấu phần khác của thang đo, củng cố vai trò của tốc độ đi bộ như một chỉ báo nhạy cảm để sàng lọc. Ghi nhận trên các nghiên cứu ở các quốc gia và đối tượng khác nhau, tỷ lệ HCDBTT giao động từ 4% đến 59,1%. Tại Châu Á, tỷ lệ HCDBTT trong cộng đồng người cao tuổi là 14,6% và tăng theo độ tuổi<sup>5</sup>. Một nghiên cứu khác của tác giả Nguyễn Trung Anh và cộng sự cũng trên đối tượng là người cao tuổi điều trị bệnh nội khoa chỉ ra rằng tỷ lệ bệnh nhân có hội chứng dễ bị tổn thương là 68,4%, tiền hội chứng dễ bị tổn thương là 18,8% và không có hội chứng này là 12,8%<sup>6</sup>. So với nghiên cứu trong nước và quốc tế, tỷ lệ dễ bị tổn thương trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn rõ rệt, trong khi tiền dễ bị tổn thương lại rất cao, gợi ý nhóm đối tượng đang ở "cửa ngõ" của HCDBTT, tạo cơ hội can thiệp sớm bằng dinh dưỡng, luyện tập và quản lý bệnh mạn tính.

Phân tích yếu tố liên quan cho thấy nơi sinh sống có tác động rõ rệt: đối tượng sống tại thành thị có nguy cơ HCDBTT thấp hơn đáng kể so với nông thôn. Điều này có thể phản ánh sự

khác biệt về điều kiện chăm sóc sức khỏe, tiếp cận dịch vụ y tế và môi trường sống. Một kết quả bất ngờ là nhóm có trình độ sau đại học lại có nguy cơ cao hơn, mặc dù khoảng tin cậy rất rộng, gợi ý khả năng sai số do cỡ mẫu nhỏ hoặc do đặc thù nghề nghiệp (căng thẳng công việc, ít vận động). Ngoài ra, nhóm tuổi 60–79 lại có nguy cơ thấp hơn so với nhóm <60 tuổi, đây là điểm nghịch lý so với xu hướng chung trong y văn<sup>7</sup>. Nhiều khả năng điều này xuất phát từ số lượng rất ít người dưới 60 trong mẫu, khiến ước lượng thiếu ổn định. Các yếu tố khác như BMI, chỉ số đồng mắc và giai đoạn tăng huyết áp không cho thấy mối liên quan rõ rệt, dù xu hướng tăng nguy cơ ở nhóm "bình thường cao" vẫn được ghi nhận.

Kết quả này mang hàm ý chính sách quan trọng: cần triển khai sàng lọc HCDBTT định kỳ, đặc biệt tại nông thôn; đưa vận tốc đi bộ vào gói khám sức khỏe thường quy cho người cao tuổi; và xây dựng chương trình can thiệp đặc thù cho cán bộ công an sau nghỉ hưu nhằm tăng cường vận động, quản lý stress và gắn kết xã hội. Trong bối cảnh già hóa dân số nhanh, các phát hiện này hỗ trợ hoạch định chiến lược quốc gia về lão hóa khỏe mạnh, trong đó quản lý HCDBTT cần được coi là ưu tiên y tế công cộng.

#### V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 256 bệnh nhân tại Bệnh viện 19-8 cho thấy đa số ở giai đoạn tiền HCDBTT, trong khi tỷ lệ dễ bị tổn thương thấp; sự chậm chạp chiếm ưu thế trong các tiêu chí. Hồi quy đa biến xác định nơi sống, trình độ học vấn sau đại học và nhóm tuổi là các yếu tố liên quan độc lập, còn BMI, chỉ số Charlson và giới tính không có ý nghĩa. Nhóm tăng huyết áp "bình thường cao" có xu hướng nguy cơ cao hơn. Kết quả nhấn mạnh sự cần thiết sàng lọc HCDBTT định kỳ, đặc biệt tại nông thôn và ở nhóm nguy cơ, để can thiệp sớm, ngăn ngừa tiến triển thành frail.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Robert Allison I, Assadzandi S, Adelman M.** Frailty: evaluation and management. *American family physician.* 2021;103(4):219-226.
2. **Vu HTT, Nguyen TX, Nguyen TN, et al.** Prevalence of frailty and its associated factors in older hospitalised patients in Vietnam. *BMC Geriatr.* Sep 15 2017;17(1):216. doi:10.1186/s12877-017-0609-y
3. **Andrade JM, Duarte YAO, Alves LC, et al.** Frailty profile in Brazilian older adults: ELSI-Brazil. *Rev Saude Publica.* Oct 25 2018;52Suppl 2(Suppl 2):175. doi:10.11606/S1518-8787.2018052000616
4. **Woo J, Leung J, Morley JE.** Comparison of frailty indicators based on clinical phenotype and

- the multiple deficit approach in predicting mortality and physical limitation. *J Am Geriatr Soc.* Aug 2012;60(8): 1478-86. doi:10.1111/j.1532-5415.2012.04074.x
5. **To TL, Doan TN, Ho WC, Liao WC.** Prevalence of Frailty among Community-Dwelling Older Adults in Asian Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Healthcare (Basel).* May 12 2022;10(5)doi:10.3390/healthcare10050895
  6. **Anh NT, Xuân ĐT, Sơn T, Huyền VTT.** Tỷ lệ hội chứng dễ bị tổn thương trên bệnh nhân cao tuổi tại khoa cấp cứu Bệnh viện Lão khoa Trung ương. *Tạp chí Nghiên cứu Y học.* 06/09 2021;140(4): 163-170. doi:10.52852/tcncyh.v140i4.145
  7. **Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K.** Frailty in elderly people. *Lancet.* Mar 2 2013;381(9868): 752-62. doi:10.1016/S0140-6736(12)62167-9.

## KHẢO SÁT KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ PHÒNG CHỐNG BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA CÁC BÀ MẸ CÓ CON ĐẾN NHẬP VIỆN TẠI BỆNH VIỆN CHUYÊN KHOA SẢN NHI SỐC TRĂNG

Lý Quốc Trung<sup>1</sup>, Trần Quang Khải<sup>1</sup>, Huỳnh Chí Bình<sup>1</sup>,  
Lâm Thị Ngọc Xuân<sup>1</sup>, Quách Hỷ Vinh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Bệnh sốt xuất huyết nếu không được chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời dễ dẫn đến tử vong. Để phòng bệnh sốt xuất huyết phần lớn phụ thuộc vào sự hiểu biết, kiến thức của người dân về bệnh này và thái độ, thực hành của họ để phòng tránh bệnh. **Mục tiêu:** Khảo sát kiến thức, thái độ phòng chống bệnh sốt xuất huyết và các yếu tố liên quan của các bà mẹ có con nhập viện tại Bệnh viện chuyên khoa Sản Nhi Sóc Trăng. **Đối tượng và phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 320 bà mẹ có con đến nhập viện tại bệnh viện chuyên khoa Sản Nhi Sóc Trăng. **Kết quả:** Kiến thức chung về phòng chống bệnh SXH chiếm 58,4%. Thái độ chung về phòng chống bệnh sốt xuất huyết của các bà mẹ có con nhập viện chiếm 59,7%. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức: nhóm bà mẹ có kinh tế không nghèo, có 1-2 con, học văn cao từ THPT trở lên với  $p < 0,05$ , OR lần lượt là 2,285 (1,23 - 4,246); 2,112 (1,16 - 3,848); 3,209 (1,913 - 5,383). Yếu tố liên quan đến thái độ: nhóm bà mẹ có kinh tế không nghèo, nghề nghiệp không là CC, VC và kiến thức đúng cao hơn nhóm còn lại lần lượt là 3,556 (1,839 - 6,876); 3,717 (1,196 - 11,494) và 5,84 (3,276 - 10,411) với  $p < 0,05$ . **Kết luận:** tỷ lệ kiến thức và thái độ về phòng chống bệnh sốt xuất huyết chỉ ở mức trung bình. Bên cạnh đó, nghiên cứu ghi nhận kinh tế và học vấn của bà mẹ đến hai yếu tố này. Do đó, cần tổ chức các buổi tuyên truyền và giáo dục về bệnh sốt xuất huyết tại cộng đồng, đặc biệt tập trung vào nhóm bà mẹ có kinh tế khó khăn và trình độ học vấn thấp.

**Từ khóa:** kiến thức-thái độ, bệnh sốt xuất huyết, bệnh viện Sản Nhi Sóc Trăng.

### SUMMARY

<sup>1</sup>Bệnh viện chuyên khoa Sản Nhi Sóc Trăng

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Chí Bình

Email: huynhchibinh1976@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2025

Ngày duyệt bài: 14.10.2025

### SURVEY OF KNOWLEDGE, ATTITUDES TOWARD DENGUE FEVER PREVENTION, AND RELATED FACTORS AMONG MOTHERS WITH HOSPITALIZED CHILDREN AT SOC TRANG HOSPITAL FOR WOMEN AND CHILDREN

**Introduction:** Dengue fever, if not diagnosed early and managed promptly, can lead to death. Prevention largely depends on the public's knowledge, attitudes, and practices regarding the disease. **Objective:** To assess the knowledge, attitudes towards dengue prevention, and related factors among mothers whose children were hospitalized at Soc Trang hospital for Women and Children. **Subjects and Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 320 mothers with hospitalized children at Soc Trang hospital for Women and Children. **Results:** General knowledge about dengue prevention was 58.4%, and positive attitudes toward prevention were 59.7%. Factors associated with better knowledge included non-poor economic status, having 1-2 children, higher education level (high school or above) ( $p < 0.05$ , ORs: 2.285; 2.112; 3.209; 3.182, respectively). Factors related to positive attitudes included non-poor economic status, non-civil servant/manual labor occupations, and higher correct knowledge, with ORs of 3.556; 3.717; and 5.84, respectively ( $p < 0.05$ ). **Conclusion:** The levels of knowledge and attitudes toward dengue prevention among mothers were moderate. Economic status and education level significantly influenced these factors. Therefore, community education and awareness campaigns on dengue fever prevention should be organized, especially targeting mothers with low income and education.

**Keywords:** knowledge-attitude, dengue fever, Soc Trang hospital for Women and Children.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt xuất huyết Dengue (SXHD) là bệnh truyền nhiễm gây dịch do vi rút Dengue gây nên. Đặc điểm của SXHD là sốt, xuất huyết và thoát huyết tương, có thể dẫn đến sốc giảm thể tích