

# THỰC TRẠNG HỘI CHỨNG DỄ BỊ TỔN THƯƠNG Ở NGƯỜI BỆNH CAO TUỔI MẮC SUY TIM MẠN TÍNH

Lê Bích Thuận<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thu Hương<sup>1,2</sup>, Vũ Thị Thanh Huyền<sup>1,2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng hội chứng dễ bị tổn thương và một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi mắc suy tim mạn tính. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 168 người cao tuổi được chẩn đoán suy tim mạn tính đến khám và điều trị tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương. Hội chứng dễ bị tổn thương được đánh giá bằng thang điểm REFS. **Kết quả:** tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $77,6 \pm 8,9$ . Nữ chiếm 63,7%. 97% người cao tuổi sống cùng gia đình. 89,3% người cao tuổi trong nghiên cứu mắc suy tim dưới 5 năm. 59,5% đối tượng có suy tim trái, 40,5% suy tim toàn bộ. Tỷ lệ hội chứng dễ bị tổn thương ở người bệnh cao tuổi có suy tim mạn tính là 46,4%, 26,8% người bệnh có tiền hội chứng dễ bị tổn thương. Tuổi cao có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với hội chứng dễ bị tổn thương. **Kết luận:** Tỷ lệ mắc hội chứng dễ bị tổn thương ở người cao tuổi bị suy tim khá cao (46,4%) và có mối liên quan với tuổi cao. Cần sàng lọc sớm hội chứng dễ bị tổn thương để có thể có các biện pháp dự phòng để giảm nguy cơ xuất hiện các biến cố bất lợi ở nhóm đối tượng trên. **Từ khóa:** người cao tuổi, suy tim, hội chứng dễ bị tổn thương.

## SUMMARY

### FRAILTY SYNDROME IN OLDER PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE

**Objective:** To characterize the prevalence of frailty syndrome and some associated factors among older patients with chronic heart failure. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 168 older patients diagnosed with chronic heart failure who presented for examination and treatment at the National Geriatric Hospital. **Results:** The mean age of participants was  $77.6 \pm 8.9$  years, with females accounting for 63.7% of the cohort. The majority (97%) lived with their families. Among the participants, 89.3% had been diagnosed with heart failure for less than five years. Left-sided heart failure was observed in 59.5% of cases, while 40.5% had global heart failure. The rate of frailty and pre-frail in older patients with chronic heart failure was 46.4% and 26.8%, respectively. Advanced age had a statistically significant association with frailty syndrome. **Conclusion:** The prevalence of frailty syndrome in the older patients with heart failure is quite high (46.4%) and is associated with advanced age. Early screening for frailty syndrome is needed to

take preventive measures to reduce the risk of adverse events in this population. **Keywords:** older adults, heart failure, frailty syndrome

## 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 suy giảm chức năng nhiều hệ cơ quan, khiến người bệnh dễ bị ảnh hưởng bởi các yếu tố thể chất, xã hội và môi trường. HCDBTT liên quan đến nhiều hậu quả bất lợi như: ngã, suy giảm nhận thức, khuyết tật, sống phụ thuộc, tăng tỷ lệ tử vong và thời gian nằm viện. Tuy nhiên, đây cũng là dấu hiệu tiên lượng quan trọng giúp phát hiện sớm và can thiệp kịp thời để ngăn chặn bệnh tiến triển nặng hơn [1]. Tỷ lệ HCDBTT ở người cao tuổi dao động từ 20–75% trên thế giới [2],[3], và 35,4–50% tại Việt Nam [4],[5]. Nhiều công cụ đã được sử dụng để đánh giá HCDBTT, phổ biến nhất là thang điểm của Fried. Ngoài ra còn có các thang điểm khác như: Edmonton cải tiến (REFS), thang điểm lâm sàng Canada (CFS) và thang điểm FRAIL [1].

Suy tim mạn là một bệnh lý phổ biến, có tỷ lệ ngày càng tăng, kéo theo gánh nặng về tử vong và chi phí điều trị [6]. Bệnh làm giảm chất lượng cuộc sống, ảnh hưởng đến tâm lý và thể chất người bệnh [7]. Theo NHANES, tỷ lệ suy tim mạn tăng rõ theo tuổi, từ 4,8–6,6% ở nhóm 60–79 tuổi đến 10,6–13,5% ở  $\geq 80$  tuổi [8]. Người bệnh suy tim nặng thường phải nhập viện nhiều lần, điều trị tốn kém và tiên lượng kém, đặc biệt ở người cao tuổi do thường kèm theo nhiều bệnh đồng mắc và HCDBTT.

Một nghiên cứu tổng quan cho thấy, tỷ lệ HCDBTT ở người cao tuổi mắc suy tim mạn là 44,5% [9]. Sự kết hợp giữa suy tim và HCDBTT tạo thành vòng xoắn bệnh lý, làm tăng nguy cơ biến chứng và tử vong [7]. Do đó, việc tầm soát HCDBTT ở nhóm người bệnh này là cần thiết để can thiệp kịp thời, hạn chế các biến cố bất lợi. Tại Việt Nam, hiện còn ít nghiên cứu về HCDBTT ở người cao tuổi mắc suy tim mạn vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đánh giá tỉ lệ HCDBTT và một số yếu tố liên quan ở người bệnh cao tuổi mắc suy tim mạn tính tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Người bệnh cao tuổi mắc suy tim mạn tính đến khám và điều

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Lão khoa Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Bích Thuận

Email: lebichthuanpt@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.9.2025

Ngày duyệt bài: 30.10.2025

trị tại bệnh viện Lão khoa Trung ương

#### **Tiêu chuẩn lựa chọn:**

❖Người bệnh được chẩn đoán suy tim mạn tính dựa theo phân loại suy tim phân số tổng máu giảm, giảm nhẹ, bảo tồn của Hội Tim mạch Châu Âu 2016 [10]

Suy tim phân suất tổng máu (EF) giảm:

- Triệu chứng ± dấu hiệu (dấu hiệu có thể không có trong giai đoạn sớm của suy tim hoặc ở những người bệnh đã điều trị lợi tiểu)

- EF ≤ 40%

Suy tim EF giảm nhẹ:

- Triệu chứng ± dấu hiệu (dấu hiệu có thể không có trong giai đoạn sớm của suy tim hoặc ở những người bệnh đã điều trị lợi tiểu)

- EF: 41-49%

- Peptide lợi niệu Na tăng (BNP > 35 pg/ml, NT-proBNP > 125 pg/ml)

- Có ít nhất 1 trong các tiêu chuẩn thêm vào sau:

+ Dày thất trái và/hoặc lớn nhĩ trái

+ Rối loạn chức năng tâm trương

Suy tim EF bảo tồn:

- Triệu chứng ± dấu hiệu (dấu hiệu có thể không có trong giai đoạn sớm của suy tim hoặc ở những người bệnh đã điều trị lợi tiểu)

- EF ≥ 50%

- Peptide lợi niệu Na tăng (BNP > 35 pg/ml, NT-proBNP > 125 pg/ml)

- Có ít nhất 1 trong các tiêu chuẩn thêm vào sau:

+ Dày thất trái và/hoặc lớn nhĩ trái

+ Rối loạn chức năng tâm trương

❖Người bệnh có đầy đủ khả năng hiểu và giao tiếp

❖Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu

**Tiêu chuẩn loại trừ:** - Người bệnh có các bệnh mắc kèm như: sa sút trí tuệ nặng, di chứng tai biến mạch máu não có liệt chi, đang mắc các bệnh nội khoa cấp tính khác (đột quỵ não cấp, suy hô hấp, nhồi máu cơ tim cấp,...).

**2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện từ 8/2024 đến 8/2025 tại bệnh viện Lão khoa Trung ương.

**2.3. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

**2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu**

**Cỡ mẫu:**

- Cỡ mẫu: Theo công thức ước tính một tỷ lệ trong quần thể:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \times \frac{p(1-p)}{\Delta^2}$$

Trong đó: - n: là cỡ mẫu nghiên cứu

- p = 0,445 (tỷ lệ HCDBTT trên đối tượng người cao tuổi có suy tim mạn tính theo một nghiên cứu tổng quan hệ thống của Quin ED và

cộng sự [7].

- α: là sai số loại I, ước tính trong nghiên cứu = 0,05 với độ tin cậy là 95%.

- Khi đó hệ số tin cậy  $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ .

- Δ: là độ chính xác mong muốn giữa mẫu và quần thể. Ước tính Δ = 0,08.

- Thay vào công thức, ta tính được cỡ mẫu tối thiểu 149 người bệnh

Thực tế, chúng tôi nghiên cứu trên 168 người bệnh cao tuổi có suy tim mạn tính.

**Phương pháp chọn mẫu:** Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

**2.5. Biến số trong nghiên cứu.** Các biến số về đặc điểm của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, tình trạng hôn nhân, tình trạng chung sống.

Các biến số về suy tim: thời gian mắc, phân loại suy tim, thuốc điều trị suy tim đang sử dụng.

Các biến số về HCDBTT: HCDBTT, các tiêu chí thành phần HCDBTT

Nghiên cứu này sử dụng Thang điểm Edmonton cải tiến (REFS) để đánh giá HCDBTT. Đánh giá tổng điểm REFS: 0 – 5 điểm: không HCDBTT, 6-7 điểm: tiền HCDBTT, ≥ 8 điểm: HCDBTT [4].

**2.6. Xử lý số liệu:** Các số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê y học SPSS 16.0. Sử dụng các thuật toán: tính tỷ lệ phần trăm, tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, sử dụng test so sánh  $\chi^2$  cho hai hay nhiều tỷ lệ, các so sánh có ý nghĩa thống kê với p < 0,05

**2.7. Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc của nghiên cứu y sinh học. Tất cả đối tượng tham gia đều được cung cấp thông tin đầy đủ về mục tiêu, quy trình nghiên cứu và quyền lợi cá nhân trước khi đồng ý tham gia. Dữ liệu thu thập được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

### **III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=168)**

| Đặc điểm                   | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|----------------------------|--------------|-----------|
| <b>Giới tính</b>           |              |           |
| Nam                        | 61           | 36,3      |
| Nữ                         | 107          | 63,7      |
| <b>Tuổi (77,6±8,9)</b>     |              |           |
| 60-69                      | 31           | 18,5      |
| 70-79                      | 62           | 36,9      |
| ≥80                        | 75           | 44,6      |
| <b>Tình trạng hôn nhân</b> |              |           |
| Đã kết hôn                 | 127          | 75,6      |
| Chưa kết hôn               | 1            | 0,6       |

|                              |     |      |
|------------------------------|-----|------|
| Ly hôn/Góa                   | 40  | 23,8 |
| <b>Hiện đang sống với ai</b> |     |      |
| Gia đình                     | 163 | 97,0 |
| Người chăm sóc (24/24)       | 2   | 1,2  |
| Người chăm sóc theo giờ      | 1   | 0,6  |
| Sống một mình                | 2   | 1,2  |

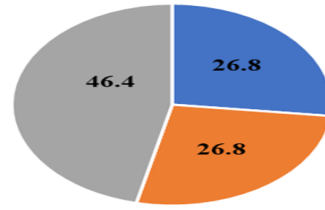
Trong 168 đối tượng nghiên cứu thì nữ chiếm nhiều hơn nam (nữ chiếm 63,7%). Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là 77,6; có 18,5% đối tượng từ 60-69 tuổi, 36,9% đối tượng từ 70-79 tuổi và 44,6% từ 80 tuổi trở lên. 75,6% đối tượng trong nghiên cứu đã kết hôn. Hầu hết (97%) người cao tuổi sống cùng với gia đình.

**Bảng 3.2. Đặc điểm suy tim mạn tính của đối tượng nghiên cứu (n=168)**

| Đặc điểm                                              | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|-------------------------------------------------------|--------------|-----------|
| <b>Thời gian mắc suy tim</b>                          |              |           |
| 0-5 năm                                               | 150          | 89,3      |
| 6-10 năm                                              | 16           | 9,5       |
| >10 năm                                               | 2            | 1,2       |
| <b>Phân loại suy tim</b>                              |              |           |
| Suy tim trái                                          | 100          | 59,5      |
| Suy tim toàn bộ                                       | 68           | 40,5      |
| <b>Phân loại suy tim theo phân suất tổng máu (EF)</b> |              |           |
| ≤40%                                                  | 7            | 4,2       |
| 41%-49%                                               | 9            | 5,4       |
| ≥50%                                                  | 152          | 90,4      |
| <b>Thuốc điều trị suy tim</b>                         |              |           |
| Ức chế thụ thể AT1                                    | 111          | 68,9      |
| Ức chế men chuyển                                     | 37           | 23,0      |
| Chẹn beta giao cảm                                    | 70           | 43,5      |
| Chẹn kênh calci                                       | 36           | 22,4      |
| Đối kháng thụ thể mineralcorticoid                    | 18           | 11,2      |
| Lợi tiểu                                              | 43           | 26,7      |
| SGLT2                                                 | 25           | 15,5      |
| Glucosid trợ tim                                      | 3            | 1,9       |
| Chẹn kênh IF                                          | 3            | 1,9       |
| Khác                                                  | 2            | 1,2       |

Có 89,3% người cao tuổi trong nghiên cứu mắc suy tim dưới 5 năm, 9,5% mắc suy tim từ 6-10 năm và có 1,2% mắc suy tim trong vòng >10 năm. Hơn một nửa số người bệnh trong nghiên cứu (59,5%) mắc suy tim trái, 40,5% mắc suy tim toàn bộ. Về đặc điểm dùng thuốc điều trị suy tim của những người cao tuổi trong nghiên cứu thì thấy rằng có 68,9% người bệnh dùng thuốc ức chế thụ thể AT1, 43,5% dùng thuốc chẹn beta giao cảm, 26,7% dùng thuốc lợi tiểu, 23% dùng thuốc ức chế men chuyển, 22,4% dùng thuốc chẹn kênh calci.

### 3.2. Tỷ lệ hội chứng dễ bị tổn thương ở người cao tuổi mắc suy tim



**Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ người cao tuổi bị suy tim có HCDBTT theo tiêu chí REFS (n=168)**

Trong 168 người cao tuổi mắc suy tim của nghiên cứu thì có 46,4% có hội chứng dễ bị tổn thương, và 26,8% người cao tuổi có đặc điểm của tiền hội chứng dễ bị tổn thương.

**Bảng 3.3: Tỷ lệ các tiêu chí thành phần trong xác định HCDBTT theo tiêu chuẩn REFS (n=168)**

| Đặc điểm                                    | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|---------------------------------------------|--------------|-----------|
| <b>Nhận thức (bài kiểm tra về đồng hồ)</b>  |              |           |
| Không có lỗi                                | 45           | 26,8      |
| Lỗi nhỏ                                     | 64           | 38,1      |
| Lỗi khác                                    | 59           | 35,1      |
| <b>Số lần nhập viện trong 1 năm vừa qua</b> |              |           |
| Không lần nào                               | 91           | 54,2      |
| 1-2 lần                                     | 66           | 39,3      |
| >2 lần                                      | 11           | 6,5       |
| <b>Tự nhận xét về sức khỏe hiện tại</b>     |              |           |
| Rất tốt/tốt                                 | 9            | 5,4       |
| Trung bình                                  | 126          | 75,0      |
| Xấu                                         | 33           | 19,6      |
| <b>Số hoạt động hàng ngày cần giúp đỡ</b>   |              |           |
| 0-1                                         | 52           | 31,0      |
| 2-4                                         | 66           | 39,3      |
| 5-8                                         | 50           | 29,8      |
| <b>Sự sẵn sàng hỗ trợ từ xung quanh</b>     |              |           |
| Luôn luôn                                   | 121          | 72,0      |
| Thỉnh thoảng                                | 47           | 28,0      |
| <b>Dùng 5 loại thuốc trở lên mỗi ngày</b>   |              |           |
| Không                                       | 46           | 27,4      |
| Có                                          | 122          | 72,6      |
| <b>Quên uống thuốc</b>                      |              |           |
| Không                                       | 47           | 28,0      |
| Có                                          | 121          | 72,0      |
| <b>Cảm thấy sụt cân</b>                     |              |           |
| Không                                       | 151          | 89,9      |
| Có                                          | 17           | 10,1      |
| <b>Cảm thấy buồn hoặc trầm cảm</b>          |              |           |
| Không                                       | 158          | 94,0      |
| Có                                          | 10           | 6,0       |
| <b>Tiểu không tự chủ</b>                    |              |           |
| Không                                       | 122          | 72,6      |
| Có                                          | 46           | 27,4      |
| <b>Làm được một số việc đơn giản</b>        |              |           |
| Có                                          | 39           | 23,2      |

|                                              |     |      |
|----------------------------------------------|-----|------|
| Không                                        | 129 | 76,8 |
| <b>Lên xuống cầu thang không cần giúp đỡ</b> |     |      |
| Có                                           | 74  | 44,0 |
| Không                                        | 94  | 56,0 |
| <b>Đi bộ 1km không cần giúp đỡ</b>           |     |      |
| Có                                           | 98  | 58,3 |
| Không                                        | 70  | 41,7 |

Kết quả nghiên cứu cho thấy 26,8% số người bệnh trong nghiên cứu không mắc lỗi trong bài vẽ đồng hồ. Gần 50% số người bệnh trong nghiên cứu phải nhập viện trong vòng 1 năm trở lại đây. Toàn bộ số người bệnh trong nghiên cứu cần được sự trợ giúp của người xung quanh trong các hoạt động hàng ngày. 76,8% không thể làm được một số việc đơn giản.

**Bảng 3.4. Một số yếu tố liên quan đến HCDBTT**

|                       | Mắc HCDBTT<br>n (%) | Không HCDBTT<br>n (%) | P          |
|-----------------------|---------------------|-----------------------|------------|
| Giới                  |                     |                       |            |
| Nam                   | 33 (42,3)           | 28 (31,1)             | 0,150      |
| Nữ                    | 45 (57,7)           | 62 (68,9)             |            |
| Tuổi                  |                     |                       |            |
| 60-69                 | 2 (2,6)             | 29 (32,6)             | <<br>0,001 |
| 70-79                 | 20 (25,6)           | 41 (46,1)             |            |
| >80                   | 56 (71,8)           | 19 (21,3)             |            |
| Thời gian mắc suy tim |                     |                       |            |
| 0-5 năm               | 71 (92,2)           | 78 (86,7)             | 0,455      |
| 6-10 năm              | 5 (6,5)             | 11 (12,2)             |            |
| 11-15 năm             | 1 (1,3)             | 1 (1,1)               |            |

Kết quả cho thấy không có mối liên quan giữa giới, thời gian mắc suy tim và HCDBTT ( $p > 0,05$ ). Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng những người càng cao tuổi thì càng dễ mắc HCDBTT hơn ( $p > 0,05$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy độ tuổi trung bình của nhóm đối tượng là  $77,6 \pm 8,9$ , phần lớn người bệnh nằm trong nhóm  $\geq 70$  tuổi, trong đó tỷ lệ trên 80 tuổi chiếm 44,6%. Đây là nhóm tuổi dễ bị tổn thương nhất do sự suy giảm chức năng nhiều hệ cơ quan, giảm dự trữ sinh lý, đồng thời thường đi kèm nhiều bệnh lý nền. Tỷ lệ nữ giới chiếm ưu thế (63,7%), phù hợp với các nghiên cứu trước đây khi cho rằng nữ giới có nguy cơ HCDBTT cao hơn do có tuổi thọ cao hơn, tỷ lệ loãng xương và yếu cơ nhiều hơn, cũng như sự suy giảm nội tiết tố sau mãn kinh làm tăng tính dễ tổn thương [3].

Về đặc điểm lâm sàng của người bệnh suy tim, phần lớn người bệnh được chẩn đoán suy tim trong vòng dưới 5 năm (89,3%), trong đó suy tim trái chiếm ưu thế (59,5%) so với suy tim toàn bộ (40,5%). Đây là phù hợp với diễn tiến

lâm sàng của suy tim ở người cao tuổi, khi suy tim trái thường là giai đoạn đầu trước khi tiến triển thành suy tim toàn bộ. Mặc dù thời gian mắc bệnh tương đối ngắn, tuy nhiên người bệnh vẫn có tỷ lệ mắc HCDBTT cao, cho thấy ảnh hưởng tiêu cực của suy tim đến thể trạng toàn thân ngay cả khi bệnh còn ở giai đoạn sớm. Các nghiên cứu cho thấy suy tim làm giảm cung lượng tim, dẫn đến giảm tưới máu cơ quan, làm tăng phản ứng viêm hệ thống và gây suy yếu toàn thân – vốn là những yếu tố sinh lý bệnh nền của hội chứng dễ bị tổn thương [6], [9].

Tỷ lệ HCDBTT trong nhóm người cao tuổi bị suy tim của nghiên cứu này đạt 46,4% (theo thang REFS), cao hơn nhiều so với tỷ lệ HCDBTT trong dân số chung người cao tuổi (dao động 20–30% theo nhiều nghiên cứu quốc tế) [11]. Kết quả này gần tương đương với nghiên cứu tổng quan của Quin et al. (2020) khi báo cáo tỷ lệ 44,5% ở người cao tuổi mắc suy tim mạn [6]. Ngoài ra, 26,8% số người bệnh trong nghiên cứu có tiền hội chứng dễ bị tổn thương (pre-frail), tức là đang ở giai đoạn có thể đảo ngược nếu can thiệp sớm. Điều này cho thấy việc tầm soát và đánh giá HCDBTT là hết sức cần thiết trong lâm sàng, đặc biệt ở nhóm người bệnh cao tuổi mắc bệnh mạn tính như suy tim.

Xét về các tiêu chí cụ thể trong REFS, tỷ lệ người bệnh có suy giảm trí nhớ (bài kiểm tra về đồng hồ lỗi) chiếm gần 73,2%, tỷ lệ có  $\geq 2$  hoạt động sống hàng ngày cần hỗ trợ chiếm hơn 69%, và có đến 72,6% sử dụng  $\geq 5$  thuốc mỗi ngày. Những yếu tố này là đặc trưng của nhóm người bệnh đa bệnh lý, phụ thuộc chức năng và có nguy cơ cao tiến triển HCDBTT. Việc dùng nhiều thuốc không những gây ra nguy cơ tương tác thuốc mà còn ảnh hưởng đến khả năng tuân thủ điều trị và làm trầm trọng thêm tình trạng lâm sàng nếu không được kiểm soát chặt chẽ [3], [7].

Quá trình lão hóa được hiểu là sự suy giảm dần và thoái hóa chức năng ở cấp độ tế bào, mô và cơ quan. Hệ quả của quá trình này là sự mất ổn định nội môi, khả năng thích ứng với các tác nhân gây căng thẳng nội sinh và ngoại sinh suy giảm, từ đó làm tăng nguy cơ mắc bệnh và tử vong. Hội chứng dễ bị tổn thương (HCDBTT) chính là một biểu hiện điển hình của lão hóa, đặc trưng bởi sự nhạy cảm trước các yếu tố gây stress và sự suy giảm dự trữ sinh lý, dẫn đến khả năng duy trì cân bằng nội môi bị hạn chế. Người bệnh càng cao tuổi thì càng có khả năng mắc HCDBTT. Trong nghiên cứu của chúng tôi HCDBTT có mối liên quan rõ rệt với tuổi ( $p < 0,001$ ). Tuổi càng tăng thì tỷ lệ xuất hiện

HCDBTT càng tăng. Kết quả này cũng tương ứng với phần lớn các nghiên cứu trên thế giới [12]. Chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa giới, số năm mắc bệnh suy tim với HCDBTT.

Đáng chú ý, đa số người bệnh (97%) sống cùng gia đình – điều này phản ánh đặc trưng văn hóa Việt Nam, khác với các quốc gia phương Tây. Tuy nhiên, tỷ lệ này không đồng nghĩa với việc họ nhận được chăm sóc đầy đủ, bởi theo kết quả, vẫn có tỷ lệ đáng kể người bệnh cần hỗ trợ trong sinh hoạt và có biểu hiện của suy giảm nhận thức, vận động. Do đó, việc sàng lọc HCDBTT không chỉ nhằm phát hiện mà còn giúp hoạch định các biện pháp chăm sóc tổng thể và hỗ trợ xã hội phù hợp hơn.

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ mắc HCDBTT ở người cao tuổi mắc suy tim mạn tính tương đối cao (46,4% theo thang REFS) và có mối liên quan với tuổi cao. Cần sàng lọc sớm HCDBTT để có thể có các biện pháp dự phòng để giảm nguy cơ xuất hiện các biến cố bất lợi ở người cao tuổi có suy tim mạn tính.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al.** Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001;56(3):M146-156. doi:10.1093/gerona/56.3.m146
2. **Singh M, Alexander K, Roger VL, et al.** Frailty and its potential relevance to cardiovascular care. *Mayo Clin Proc.* 2008;83(10):1146-1153. doi:10.4065/83.10.1146
3. **McCusker J, Bellavance F, Cardin S, Trépanier S, Verdon J, Ardman O.** Detection of older people at increased risk of adverse health

outcomes after an emergency visit: the ISAR screening tool. *J Am Geriatr Soc.* 1999;47(10):1229-1237. doi:10.1111/j.1532-5415.1999.tb05204.x

4. **Nguyễn Xuân Thanh.** Hội chứng dễ bị tổn thương (Frailty Syndrome) và các yếu tố liên quan trên người bệnh cao tuổi điều trị tại Bệnh viện Lão Khoa Trung Ương. Trường Đại học Y Hà Nội. Published online 2015.
5. **Nguyen TV, Le D, Tran KD, Bui KX, Nguyen TN.** Frailty in Older Patients with Acute Coronary Syndrome in Vietnam. *Clin Interv Aging.* 2019;14:2213-2222. doi:10.2147/CIA.S234597
6. **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. doi:10.1016/j.ijcard.2017.01.153
7. **Carlson C, Merel SE, Yukawa M.** Geriatric syndromes and geriatric assessment for the generalist. *Med Clin North Am.* 2015;99(2):263-279. doi:10.1016/j.mcna.2014.11.003
8. **Dharmarajan K, Rich MW.** Epidemiology, Pathophysiology, and Prognosis of Heart Failure in Older Adults. *Heart Fail Clin.* 2007;3(4):381-387. doi:10.1016/j.hfc.2007.07.004
9. **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. doi:10.1016/j.ijcard.2017.01.153
10. **Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, et al.** 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European heart journal.* 2016;37(27):2129-2200.

# CHỈ ĐỊNH VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THAY KHỚP GỐI TOÀN PHẦN DẠNG BẢN LỀ TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Mạnh Khánh<sup>1</sup>, Nguyễn Huy Thiệp<sup>1</sup>, Lưu Thị Hương Liên<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét chỉ định và đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp gối dạng bản lề tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bao gồm 05 bệnh nhân được thay khớp gối dạng bản lề tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ năm 2022-2025. Nghiên cứu mô tả. **Kết quả:** Cả 05 trường hợp thay khớp gối dạng bản lề bao gồm 2

trường hợp u tế bào khổng lồ đầu dưới xương đùi, 1 trường hợp lỏng khớp nhân tạo vô khuẩn, 2 trường hợp sau mổ đặt spacer kháng sinh do nhiễm trùng sâu quanh khớp nhân tạo. Cả 5 trường hợp đều đạt kết quả tốt và rất tốt sau mổ theo thang điểm KSS, KFS, bệnh nhân có thể trở về sinh hoạt hằng ngày và chưa ghi nhận biến chứng sau mổ. **Kết luận:** Thay khớp gối dạng bản lề chỉ định đúng mang lại hiệu quả giảm đau và phục hồi chức năng đi lại sớm và tốt cho bệnh nhân. **Từ khóa:** khớp dạng bản lề; khớp gối toàn phần; chỉ định; kết quả.

## SUMMARY

**INDICATIONS AND OUTCOMES OF HINGED TOTAL KNEE ARTHROPLASTY AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL**

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huy Thiệp

Email: nguyenthieppro.ht94@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.9.2025

Ngày duyệt bài: 30.10.2025