

lực nếu không được điều trị kịp thời; vì vậy cần phải theo dõi sát tình trạng phát triển thị lực của người bệnh.

Việc lựa chọn kỹ thuật và thời điểm phẫu thuật cần dựa vào kích thước và vị trí khuyết mi cũng như có tổn thương giác mạc đi kèm hay không.

Phẫu thuật tái tạo mi sớm giúp phục hồi cấu trúc giải phẫu, bảo vệ bề mặt nhãn cầu và đạt kết quả thẩm mỹ tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Như Hân**, Giáo trình Nhân khoa Tập 2; 2012:110-112.
2. **Lê Đỗ Thuỳ Lan**. Nghiên cứu tạo hình khuyết mi bẩm sinh ở trẻ em. Luận án tiến sĩ. 2005.
3. **Katowitz JA, Katowitz WR, eds.** Pediatric Oculoplastic Surgery. Springer International Publishing; 2018:320-330.
4. **Salmon JF**. Kanski's Clinical Ophthalmology: A Systematic Approach. Tenth edition. Elsevier; 2025:94-95.
5. **Smith HB, Verity DH, Collin JRO**. The incidence, embryology, and oculo-facial abnormalities associated with eyelid colobomas. Eye. 2015;29(4):492-498.
6. **Lu GN, Pelton RW, Humphrey CD, Kriet JD**. Defect of the Eyelids. Facial Plastic Surgery Clinics of North America. 2017;25(3):377-392.
7. **Duke-Elder S**. System of ophthalmology. 1898; 1978: 217-227.
8. **Leatherbarrow B**. Oculoplastic Surgery. 2nd ed. Informa healthcare; 2011:233-279.

KHẢO SÁT SUY YẾU Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI CÓ SUY TIM PHÂN SUẤT TỔNG MÁU GIẢM NHẸ

Nguyễn Thanh Huân^{1,2}, Nguyễn Hoàng Mai Duyên¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Suy tim phân suất tổng máu giảm nhẹ (HFmrEF) ngày càng được ghi nhận ở người cao tuổi và có đặc điểm lâm sàng trung gian giữa các thể suy tim khác. Suy yếu là hội chứng thường gặp ở bệnh nhân suy tim và liên quan đến tiên lượng bất lợi. Tuy nhiên, dữ liệu về suy yếu ở bệnh nhân cao tuổi mắc HFmrEF tại Việt Nam còn hạn chế.

Mục tiêu: Xác định tần suất suy yếu theo tiêu chuẩn Fried và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân cao tuổi mắc HFmrEF.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Từ 07/2025 đến 03/2026, các bệnh nhân ≥ 60 tuổi được quản lý ngoại trú với chẩn đoán HFmrEF tại Bệnh viện Thống Nhất và Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh được tuyển chọn vào nghiên cứu. Suy yếu được đánh giá theo tiêu chuẩn Fried; các yếu tố liên quan được phân tích bằng hồi quy logistic.

Kết quả: Nghiên cứu gồm 100 bệnh nhân, với tuổi trung vị là 71 (65 – 77) và giới nam chiếm 55%. Theo tiêu chuẩn Fried, tỷ lệ không suy yếu, tiền suy yếu và suy yếu lần lượt là 12%, 26% và 62%. Tỷ lệ các tiêu chí thành phần

gồm: giảm sức cơ (79%), hoạt động thể lực thấp (72%), chậm chạp (65%), kiệt sức (51%) và sụt cân không chủ ý (7%). Các yếu tố liên quan đến suy yếu gồm phụ thuộc trong hoạt động sinh hoạt hằng ngày có sử dụng phương tiện (IADL) và hội chứng vành mạn.

Kết luận: Suy yếu phổ biến ở bệnh nhân cao tuổi mắc HFmrEF điều trị ngoại trú. Giảm sức cơ là tiêu chí thành phần gặp nhiều nhất theo tiêu chuẩn Fried. Phụ thuộc IADL và hội chứng vành mạn có liên quan đến tình trạng suy yếu ở nhóm bệnh nhân này.

Từ khóa: Suy yếu; tiêu chuẩn Fried; người cao tuổi; suy tim phân suất tổng máu giảm nhẹ.

SUMMARY

FRAILTY IN OLDER PATIENTS WITH HEART FAILURE WITH MILDLY REDUCED EJECTION FRACTION

Background: Heart failure with mildly reduced ejection fraction (HFmrEF) is increasingly recognized among older adults and exhibits clinical characteristics intermediate between other HF phenotypes. Frailty is common in patients with HF and is associated with adverse outcomes. However, data on frailty among older patients with HFmrEF in Vietnam remain limited.

Objective: To determine the prevalence of frailty according to the Fried criteria and to identify associated factors among older patients with HFmrEF.

Methods: From July 2025 to March 2026, patients aged ≥ 60 years with HFmrEF who were managed in outpatient clinics at Thong Nhat Hospital and the University Medical Center Ho Chi Minh City were screened and enrolled in

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Thống Nhất, Thành phố Hồ Chí Minh

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Huân

Email: huanguyen@ump.edu.vn

Mã bài: N565

Ngày nhận bài: 9/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 8/4/2026

Ngày duyệt bài: 9/5/2026

the study. Frailty was assessed using the Fried criteria. Factors associated with frailty were analyzed using logistic regression.

Results: A total of 100 patients were included with a median age of 71 years (IQR 65 – 77), and 55% were male. According to the Fried criteria, the proportions of robust, pre-frail, and frail patients were 12%, 26%, and 62%, respectively. The prevalence of individual frailty components was as follows: weakness (79%), low physical activity (72%), slowness (65%), exhaustion (51%), and unintentional weight loss (7%). Dependence in instrumental activities of daily living (IADL) and chronic coronary syndrome were associated with frailty.

Conclusion: Frailty is highly prevalent among older outpatients with HFmrEF. Weakness was the most common frailty component according to the Fried criteria. Dependence in IADL and chronic coronary syndrome were associated with frailty in this population.

Keywords: Frailty; Fried criteria; older adults; heart failure with mildly reduced ejection fraction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là một hội chứng lâm sàng phổ biến ở người cao tuổi, có tỷ lệ mắc và tử vong cao. Dựa trên phân suất tống máu thất trái, suy tim được phân thành ba thể chính: suy tim phân suất tống máu giảm (HFrEF), suy tim phân suất tống máu bảo tồn (HFpEF) và suy tim phân suất tống máu giảm nhẹ (HFmrEF). Trong đó, HFmrEF được xem là nhóm trung gian với các đặc điểm sinh lý bệnh, lâm sàng và đáp ứng điều trị giao thoa giữa hai thể còn lại (1).

Suy yếu là một hội chứng lão khoa đặc trưng bởi sự suy giảm dự trữ sinh lý và tăng tính dễ bị tổn thương trước các tác nhân stress sinh lý. Ở bệnh nhân suy tim, suy yếu liên quan đến nguy cơ nhập viện, biến cố tim mạch và tử vong cao hơn (2). Tiêu chuẩn Fried hiện được xem là “tiêu chuẩn vàng” để xác định kiểu hình suy yếu (3). Tuy nhiên, phần lớn các nghiên cứu hiện nay tập trung vào HFrEF hoặc HFpEF, trong khi dữ liệu về suy yếu ở bệnh nhân HFmrEF còn hạn chế, đặc biệt tại Việt Nam. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm xác định tần suất suy yếu theo tiêu chuẩn Fried và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân cao tuổi mắc HFmrEF.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang.

Thời gian nghiên cứu: Từ 7/2025 đến 3/2026.

Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân ≥ 60 tuổi có HFmrEF với phân suất tống máu thất trái 41 – 49% theo tiêu chuẩn của Hội Tim Châu Âu năm 2021 (1), được điều trị tại phòng khám tim mạch tại Bệnh viện Thống Nhất và Bệnh

viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Tiêu chuẩn nhận vào: Bệnh nhân ≥ 60 tuổi có HFmrEF đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Nhồi máu cơ tim trong 3 tháng trước, bệnh van tim nguyên phát trung bình – nặng, bệnh tim bẩm sinh, các bệnh cơ tim di truyền.

2.2. Phương pháp

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng cho một tần suất hiện hành là $n = [Z^2_{(1-\alpha/2)} \times p \times (1 - p)] / d^2$. Trong đó $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ khi $\alpha = 0,05$, $d = 0,1$. Chúng tôi chọn $p = 0,5$ để $p \times (1 - p) = 0,25$ là lớn nhất. Vậy cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu là 97 bệnh nhân.

Kỹ thuật chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

Phương pháp thu thập số liệu: Thu thập các đặc điểm của bệnh nhân dựa trên phỏng vấn trực tiếp kết hợp hồ sơ bệnh án và điền vào bảng thu thập số liệu soạn sẵn.

Định nghĩa biến số

- Các biến dịch tễ: Tuổi tính theo năm tại thời điểm khảo sát. Giới tính gồm nam và nữ. Chỉ số khối cơ thể (BMI) được phân nhóm theo Tổ chức Y Tế thế giới dành cho người trưởng thành châu Á. Tình trạng hôn nhân gồm còn vợ/chồng hoặc ly dị/góa/độc thân. Nơi ở gồm thành thị và nông thôn.

- Suy yếu: Được đánh giá theo tiêu chuẩn Fried với 5 tiêu chí thành phần (3): (1) sụt cân không chủ ý: $> 4,5$ kg hoặc giảm $\geq 5\%$ trọng lượng cơ thể so với năm trước; (2) giảm sức cơ: lực bóp tay thấp hơn ngưỡng chuẩn đã điều chỉnh theo giới và chỉ số khối cơ thể; (3) kiệt sức: tự báo cáo tình trạng kiệt sức, xác định bằng hai câu hỏi trong thang điểm trầm cảm tự báo cáo CES-D; (4) chậm chạp: tốc độ đi bộ thấp hơn ngưỡng chuẩn đã điều chỉnh theo giới và chiều cao, đo trên quãng đường 4,57 m; (5) mức hoạt động thể lực thấp: tổng năng lượng tiêu hao hằng tuần (kilocalo), tính dựa trên bộ câu hỏi về các hoạt động trong tuần qua, thấp hơn ngưỡng chuẩn đã điều chỉnh theo giới. Suy yếu được phân loại thành ba mức: không suy yếu (0 tiêu chí), tiền suy yếu (1 – 2 tiêu chí) và suy yếu (≥ 3 tiêu chí).

- Các biến lão khoa khác: Hoạt động sinh hoạt hằng ngày cơ bản (ADL) được đánh giá bằng thang điểm Katz; phụ thuộc ADL khi điểm Katz < 6 . Hoạt động sinh hoạt hằng ngày có sử dụng phương tiện (IADL) được đánh giá bằng thang điểm Lawton; phụ thuộc IADL khi điểm Lawton < 8 . Tình trạng dinh dưỡng được đánh giá bằng thang điểm MNA-SF; suy dinh dưỡng khi điểm MNA-SF ≤ 7 . Trầm cảm được đánh giá bằng thang điểm GDS-15; có trầm cảm khi điểm GDS-15 ≥ 5 .

- Các biến đặc điểm suy tim: Phân độ NYHA, phân suất tống máu thất trái bằng phương pháp Simpson BP dựa trên kết quả siêu âm tim và các thuốc điều trị suy tim.

Xử lý số liệu

Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 25. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số (n) và tỷ lệ (%). Các biến định lượng được biểu diễn bằng trung vị và khoảng tứ phân vị. So sánh các biến định tính được thực hiện bằng phép kiểm Chi-bình phương hoặc Fisher's exact test khi thích

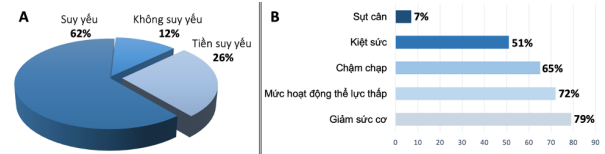
hợp. Để phân tích các yếu tố liên quan đến suy yếu bằng hồi quy logistic, hai nhóm không suy yếu và tiền suy yếu được gộp thành một nhóm tham chiếu. Mức ý nghĩa thống kê được xác định với $p < 0,05$.

Đạo đức nghiên cứu

Dữ liệu trong nghiên cứu này chưa từng được công bố trước đây và là một phần của đề tài đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh phê duyệt (số chấp thuận: số 2365/ĐHYD-HĐĐĐ).

III. KẾT QUẢ

Từ tháng 7/2025 đến tháng 3/2026, nghiên cứu thu nhận 100 bệnh nhân HFmrEF thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu. Hình 1 trình bày tỷ lệ các kiểu hình suy yếu theo tiêu chuẩn Fried và các tiêu chí thành phần. Bảng 1 và Bảng 2 mô tả đặc điểm của bệnh nhân theo ba kiểu hình suy yếu theo tiêu chuẩn Fried. Bảng 3 trình bày các yếu tố liên quan đến suy yếu được xác định bằng phân tích hồi quy logistic.



Hình 1. Tỷ lệ các kiểu hình suy yếu theo tiêu chuẩn Fried (A) và tỷ lệ của từng tiêu chí thành phần (B) suy yếu ở 100 bệnh nhân HFmrEF trong nghiên cứu. Tỷ lệ suy yếu là 62% với giảm sức cơ là tiêu chí có tỷ lệ cao nhất (79%).

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ, nhân trắc học, lão khoa và bệnh đồng mắc

Đặc điểm, n (%)	Tổng (n=100)	Không suy yếu (n=12)	Tiền suy yếu (n=26)	Suy yếu (n=62)	P
Tuổi	71 (65 – 77)	63,5 (60,5 – 65,5)	69,5 (65 – 75)	74 (69 – 83)	<0,001*
Tuổi ≥ 75	35 (35,0)	0 (0)	7 (26,9)	28 (45,2)	0,007**
Giới tính					0,599**
Nam	55 (55,0)	8 (66,7)	15 (57,7)	32 (51,6)	
Nữ	45 (45,0)	4 (33,3)	11 (42,3)	30 (48,4)	
BMI					0,238***
Thiếu cân	11 (11,0)	0 (0)	1 (3,7)	10 (16,1)	
Bình thường	44 (44,0)	5 (41,7)	15 (57,7)	24 (38,7)	
Thừa cân	23 (23,0)	5 (41,7)	5 (19,2)	13 (21,0)	
Béo phì	22 (22,0)	2 (16,6)	5 (19,2)	15 (24,2)	
Đặc điểm lão khoa					
Phụ thuộc ADL	22 (22,0)	0 (0)	2 (7,7)	20 (32,3)	0,006**
Phụ thuộc IADL	75 (75,0)	2 (16,6)	15 (57,7)	58 (93,5)	<0,001**
Trầm cảm	16 (16,0)	0 (0)	2 (7,7)	14 (22,6)	0,083***
Suy dinh dưỡng	22 (22,0)	0 (0)	1 (3,8)	21 (33,9)	0,001**
Bệnh đồng mắc					
Tăng huyết áp	95 (95,0)	11 (91,7)	24 (92,3)	60 (96,8)	0,487***
Rối loạn lipid máu	98 (98,0)	12 (100)	26 (100)	60 (96,8)	1,000***

Đặc điểm, n (%)	Tổng (n=100)	Không suy yếu (n=12)	Tiền suy yếu (n=26)	Suy yếu (n=62)	P
Đái tháo đường	44 (44,0)	5 (41,7)	8 (30,8)	31 (50,0)	0,249**
Hội chứng vành mạn	72 (72,0)	6 (50,0)	17 (65,4)	49 (79,0)	0,083**
Tiền sử đột quỵ	15 (15,0)	1 (8,3)	2 (7,7)	12 (19,4)	0,419***
Rung nhĩ	25 (25,0)	2 (16,6)	7 (26,9)	16 (25,8)	0,772**
Bệnh thận mạn	41 (41,0)	2 (16,6)	9 (34,6)	30 (48,4)	0,092**
Bệnh phổi mạn tính	9 (9,0)	0 (0)	1 (3,7)	8 (12,9)	0,237***

Viết tắt: BMI, body mass index; ADL, activities of daily living; IADL, instrumental activities of daily living.

Tuổi được trình bày bằng trung vị với khoảng tứ phân vị. *Phép kiểm Kruskal-Wallis. **Phép kiểm chi bình phương. ***Phép kiểm Fisher.

Bảng 2. Đặc điểm suy tim

Đặc điểm, n (%)	Tổng (n=100)	Không suy yếu (n=12)	Tiền suy yếu (n=26)	Suy yếu (n=62)	P
Phân độ NYHA					<0,001*
Độ I-II	80 (80,0)	12 (100)	26 (100)	42 (67,7)	
Độ III	20 (20,0)	0 (0)	0 (0)	20 (32,3)	
Dẫn thất trái	36 (36,0)	7 (58,3)	7 (26,9)	22 (35,5)	0,171*
Dày đồng tâm thất trái	18 (18,0)	2 (16,6)	5 (19,2)	11 (17,7)	1,000**
Dẫn nhĩ trái	42 (42,0)	5 (41,7)	9 (34,6)	28 (45,2)	0,658*
Thuốc điều trị					
ACEI/ARB/ARNI	86 (86,0)	11 (91,7)	25 (96,2)	50 (80,6)	0,147**
Chẹn beta	74 (74,0)	11 (91,7)	22 (84,6)	41 (66,1)	0,065*
Ức chế SGLT2	87 (87,0)	11 (91,7)	23 (88,5)	53 (85,5)	1,000**
Đối kháng aldosteron	72 (72,0)	9 (75,0)	19 (73,1)	44 (71,0)	0,951*
Furosemide	36 (36,0)	2 (16,6)	5 (19,2)	29 (46,8)	0,016*

Viết tắt: ACEI, angiotensin converting enzyme inhibitor; ARB, angiotensin receptor blocker; ARNI, angiotensin receptor neprilysin inhibitor; LVEF, left ventricular ejection fraction; NYHA, new york heart association; SGLT2, sodium glucose cotransporter 2. *Phép kiểm chi bình phương. **Phép kiểm Fisher.

Bảng 3. Phân tích đa biến các yếu tố liên quan suy yếu ở bệnh nhân cao tuổi có HFmrEF

Yếu tố	OR hiệu chỉnh (KTC 95%)	P
Tuổi ≥ 75	2,00 (0,60–6,63)	0,256
Nữ giới	1,36 (0,47–3,92)	0,575
Phụ thuộc IADL	19,0 (5,09–71,0)	<0,001
Hội chứng vành mạn	3,36 (1,14–9,92)	0,028
Bệnh thận mạn	1,23 (0,41–3,75)	0,713

Viết tắt: IADL, instrumental activities of daily living. Các biến được đưa vào phương trình đa biến dựa trên các bằng chứng trước đó, tỷ lệ ở nhóm >0% và có P <0,2 khi phân tích đơn biến.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ suy yếu theo tiêu chuẩn Fried là 62% ở bệnh nhân cao tuổi mắc HFmrEF điều trị ngoại trú. Giảm sức cơ là tiêu chí thành phần gặp nhiều nhất theo tiêu chuẩn Fried. Phụ thuộc IADL và hội chứng vành mạn có liên quan đến tăng khả năng suy yếu ở nhóm bệnh nhân này. Dựa trên kết quả này, chúng tôi có hai điểm bàn luận như sau.

1. Tần suất suy yếu ở bệnh nhân cao tuổi có HFmrEF

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ suy yếu theo tiêu chuẩn Fried ở bệnh nhân cao tuổi mắc HFmrEF là 62%, trong khi tỷ lệ tiền suy yếu là 26%. Kết quả này cho thấy suy yếu là tình trạng rất phổ biến ở nhóm bệnh nhân này. Tỷ lệ suy yếu trong nghiên cứu của chúng tôi nằm trong khoảng được báo cáo ở bệnh nhân suy tim nói chung, với nhiều nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ từ khoảng 40% đến 70%, tùy theo đặc điểm dân số nghiên cứu và công cụ đánh giá được sử dụng (4, 5).

Một số yếu tố có thể giải thích tỷ lệ suy yếu cao trong nghiên cứu này. Thứ nhất, quần thể nghiên cứu bao gồm bệnh nhân cao tuổi với tuổi trung vị trên 70, trong khi tuổi cao là yếu tố nguy cơ quan trọng của suy yếu. Thứ hai, bệnh nhân suy tim thường có nhiều bệnh đồng mắc và mức độ hoạt động thể lực giảm kéo dài, góp phần thúc đẩy quá trình suy giảm dự trữ sinh lý và dẫn đến suy yếu. Ngoài ra, trong các tiêu chí thành phần của Fried, giảm sức cơ chiếm tỷ lệ cao nhất, phản ánh tình trạng suy giảm chức năng cơ xương thường gặp ở bệnh nhân suy tim cao tuổi. Những kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc sàng lọc suy yếu trong thực hành lâm sàng nhằm nhận diện sớm các bệnh nhân có nguy cơ cao và tối ưu hóa chiến lược quản lý toàn diện.

2. Các yếu tố liên quan đến suy yếu ở bệnh nhân cao tuổi có HFmrEF

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phụ thuộc IADL và hội chứng vành mạn được xác định là các yếu tố liên quan độc lập với suy yếu ở bệnh nhân cao tuổi mắc HFmrEF. Mỗi liên quan giữa phụ thuộc IADL và suy yếu có thể được giải thích bởi sự suy giảm chức năng thể chất và nhận thức ở người cao tuổi. IADL phản ánh khả năng thực hiện các hoạt động phức tạp trong cuộc sống hằng ngày như sử dụng phương tiện giao thông, quản lý tài chính hoặc sử dụng thuốc. Khi khả năng này suy giảm, bệnh nhân thường có mức độ độc lập thấp hơn, giảm hoạt động thể lực và dễ bị tổn thương hơn trước các stress sinh lý, từ đó làm gia tăng nguy cơ suy yếu (6).

Bên cạnh đó, hội chứng vành mạn cũng có thể góp phần thúc đẩy tình trạng suy yếu thông qua nhiều cơ chế (7). Bệnh mạch vành làm giảm khả năng gắng sức, gây hạn chế hoạt động thể lực và làm giảm khối lượng cũng như sức mạnh cơ xương theo thời gian. Ngoài ra, tình trạng thiếu máu cơ tim mạn tính và viêm hệ thống mức độ thấp ở bệnh nhân bệnh mạch vành có thể thúc đẩy quá trình suy giảm chức năng sinh lý, từ đó làm tăng tính dễ bị tổn thương của cơ thể. Những kết quả này cho thấy việc đánh giá chức năng hoạt động hằng ngày và kiểm soát bệnh mạch vành có thể đóng vai trò quan trọng trong việc nhận diện và quản lý suy yếu ở bệnh nhân cao tuổi mắc HFmrEF (8).

Nghiên cứu này có một số hạn chế. Thứ nhất, mặc dù đã tính toán cỡ mẫu và tiến hành tuyển bệnh trong 9 tháng, số lượng bệnh nhân tham gia vẫn còn tương đối hạn chế. Thứ hai, một số đặc điểm của suy tim, như nguyên nhân và thời gian mắc bệnh, chưa được ghi nhận đầy đủ do đặc tính quan sát của nghiên cứu. Thứ ba, với thiết kế cắt ngang, nghiên cứu không cho phép xác lập mối quan hệ nhân quả giữa suy yếu và các yếu tố liên quan. Do đó, cần có thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thiết kế theo dõi dọc để kiểm chứng các kết quả này cũng như đánh giá tác động của suy yếu ở bệnh nhân cao tuổi mắc HFmrEF.

V. KẾT LUẬN

Suy yếu thường gặp ở bệnh nhân cao tuổi mắc HFmrEF điều trị ngoại trú. Theo tiêu chuẩn Fried, giảm sức cơ là tiêu chí thành phần có tỷ lệ cao nhất. Tình trạng phụ thuộc IADL và hội chứng vành mạn có liên quan đến suy yếu ở nhóm bệnh nhân này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Bohm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J*. 2021; 42(36): 3599–726. doi: 10.1093/eurheartj/ehab368.
2. Talha KM, Pandey A, Fudim M, Butler J, Anker SD, Khan MS. Frailty and heart failure: State-of-the-art review. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2023; 14(5): 1959–72. doi: 10.1002/jcsm.13306.
3. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001; 56(3): M146–56. doi: 10.1093/gerona/56.3.m146.
4. Chen X, Meng X. A systematic review and meta-analysis of frailty in patients with heart failure. *J Eval Clin Pract*. 2025; 31(5): e14192. doi: 10.1111/jep.14192.

5. Lai HY, Huang ST, Anker SD, von Haehling S, Akishita M, Arai H, et al. The burden of frailty in heart failure: Prevalence, impacts on clinical outcomes and the role of heart failure medications. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2024; 15(2): 660–70. doi: 10.1002/jcsm.13412.
6. Kito K, Mori Y, Watanabe D, Onoda H, Fujiyama K, Toda M, et al. Relationship between instrumental activities of daily living decline during hospitalization and one-year mortality in elderly patients with heart failure: A multi-center prospective cohort study. *Arch Gerontol Geriatr*. 2023; 110: 104985. doi: 10.1016/j.archger.2023.104985.
7. Gheorghiade M, Sopko G, De Luca L, Velazquez EJ, Parker JD, Binkley PF, et al. Navigating the crossroads of coronary artery disease and heart failure. *Circulation*. 2006;114(11):1202–13. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.106.623199.
8. Patel PN, Poliner MC, Bossone E, Baliga RR. Coronary Artery Disease and Heart Failure: Medical Management and Future Direction. *Heart Fail Clin*. 2025; 21(2): 241–56. doi: 10.1016/j.hfc.2025.01.003.

HIỆU QUẢ VÀ TÍNH AN TOÀN CỦA ĐIỀU TRỊ TIÊU SỢI HUYẾT ĐƯỜNG TĨNH MẠCH Ở NGƯỜI BỆNH LỚN TUỔI ĐỘT QUY THIẾU MÁU NÃO CẤP

Lê Đức Định Miên¹, Hà Minh Châu¹, Đinh Quốc Bảo², Nguyễn Văn Sĩ^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đột quy thiếu máu não cấp là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn phế trên toàn thế giới. Tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch bằng alteplase hiện là phương pháp điều trị chuẩn trong cửa sổ 4,5 giờ đầu. Tuy nhiên, hiệu quả và tính an toàn của phương pháp này ở người cao tuổi vẫn còn nhiều tranh luận trong thực hành lâm sàng.

Mục tiêu: So sánh hiệu quả và tính an toàn của điều trị tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch giữa hai nhóm người bệnh ≥ 65 tuổi và < 65 tuổi.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện trên 52 người bệnh đột quy thiếu máu não cấp được điều trị alteplase truyền tĩnh mạch tại Bệnh viện Nguyễn Trãi. Người bệnh được chia thành hai nhóm theo tuổi. Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, hiệu quả điều trị và tính an toàn được thu thập và phân tích bằng các phép kiểm thống kê phù hợp.

Kết quả: Nhóm người bệnh ≥ 65 tuổi có điểm NIHSS lúc nhập viện cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm < 65 tuổi (12,5 so với 6,0; $p = 0,003$). Tỷ lệ phục hồi chức năng thần kinh tốt, tương ứng mRS 0–1 sau 3 tháng, thấp hơn ở nhóm ≥ 65 tuổi (46,2% so với 76,9%; $p = 0,023$). Tỷ lệ tử vong cao hơn có ý nghĩa ở nhóm ≥ 65 tuổi (30,8% so với 7,7%; $p = 0,035$). Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa về tỉ lệ xuất huyết nội sọ giữa hai nhóm.

Kết luận: Điều trị tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch vẫn mang lại hiệu quả cải thiện lâm sàng ở cả hai nhóm tuổi. Tuy nhiên, người bệnh ≥ 65 tuổi có tiên lượng kém hơn

với tỷ lệ tử vong cao hơn và khả năng phục hồi chức năng thấp hơn.

Từ khóa: Đột quy thiếu máu não cấp, tiêu sợi huyết, rtPA, người cao tuổi.

SUMMARY

EFFICACY AND SAFETY OF INTRAVENOUS THROMBOLYSIS IN ELDERLY PATIENTS WITH ACUTE ISCHEMIC STROKE

Background: Acute ischemic stroke is a leading cause of mortality and disability worldwide. Intravenous thrombolysis with alteplase is currently the standard treatment within the first 4.5 hours after symptom onset. However, the effectiveness and safety of this therapy in elderly patients remain controversial in clinical practice.

Objectives: To compare the effectiveness and safety of intravenous thrombolytic therapy between patients aged ≥ 65 years and those aged < 65 years.

Methods: A descriptive cross-sectional study was conducted on 52 patients with acute ischemic stroke treated with intravenous alteplase at Nguyen Trai Hospital. Patients were stratified into two groups according to age. Clinical characteristics, laboratory findings, treatment outcomes, and safety outcomes were collected and analyzed using appropriate statistical tests.

Results: Patients aged ≥ 65 years had significantly higher baseline NIHSS scores compared to those aged < 65 years (12.5 vs 6.0; $p = 0.003$). The rate of good functional outcome, defined as mRS 0–1 at 3 months, was lower in the ≥ 65 group (46.2% vs 76.9%; $p = 0.023$). Mortality was significantly higher in patients aged ≥ 65 years (30.8% vs 7.7%; $p = 0.035$). No significant difference was observed in the rate of intracranial hemorrhage between the two groups.

Conclusion: Intravenous thrombolytic therapy provides clinical benefits in both age groups. However, patients aged ≥ 65 years have poorer prognosis, with higher mortality and lower rates of functional recovery.

¹Bệnh viện Nguyễn Trãi

²Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Lê Đức Định Miên

Email: leducdinhmien@gmail.com

Mã bài: N566

Ngày nhận bài: 7/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 6/4/2026

Ngày duyệt bài: 7/5/2026