

Qua nghiên cứu 120 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp, chúng tôi phát hiện tỉ lệ kiểu gen MM, MT và TT của điểm đa hình AGT M235T lần lượt là 0%; 21,7% và 78,3%; và tỉ lệ alen M và T là 17,8% và 82,2%.

LỜI CẢM ƠN: Trần Công Duy được tài trợ bởi Tập đoàn Vingroup – Công ty CP và hỗ trợ bởi Chương trình học bổng thạc sĩ, tiến sĩ trong nước của Quỹ Đổi mới sáng tạo Vingroup (VINIF), Viện Nghiên cứu Dữ liệu lớn, mã số VINIF.2021.TS.126.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Araujo MA, Goulart IR, Cordeiro eR, et al (2005), "Genotypic interactions of renin-angiotensin system genes in myocardial infarction", *Int J Cardiol*, 103, pp. 2732.
2. Kamitani A, Rakugi H, Higaki J, et al (1995), "Enhanced predictability of myocardial infarction in Japanese by combined genotype analysis", *Hypertension*, 25, pp. 950-953.
3. Lê Phước Trung, Đỗ Hữu Nghị, Trần Đức Hùng (2021), "Nghiên cứu nồng độ NT-proBNP

huyết thanh và mối liên quan với mức độ tổn thương động mạch vành bằng thang điểm SYNTAX II ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp", *Tạp chí Y Học Việt Nam*, 509 (2), tr. 334-338.

4. Mehri S, Mahjoub S, Farhati A, et al (2011), "Angiotensinogen gene polymorphism in acute myocardial infarction patients", *J Renin Angiotensin Aldosterone Syst*, 12, pp. 42-47.
5. Ngô Tuấn Hiệp (2017), So sánh giá trị của các thang điểm nguy cơ trong tiền lượng bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
6. Nguyễn Văn Tuấn, Phạm Hồng Phương (2021), "Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả chụp động mạch vành qua da ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp", *Tạp chí Y Học Việt Nam*, 502 (1), tr. 180-184.
7. Olivieri O, Stranieri C, Girelli D, et al (2001), "Homozygosity for angiotensinogen 235T variant increases the risk of myocardial infarction in patients with multi-vessel coronary artery disease", *J Hypertens*, 19, pp. 879-884.
8. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, et al (2018), "Fourth universal definition of myocardial infarction", *Circulation*, 138, e618-e651.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA NGUY CƠ NGÃ, TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VỚI SÁNG Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Trần Nguyễn Ngọc^{1,2}, Dương Minh Tâm^{1,2}

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu phân tích mối liên quan giữa nguy cơ ngã, tình trạng dinh dưỡng với hội chứng sáng ở người cao tuổi. Bằng phương pháp mô tả cắt ngang ở 163 người bệnh điều trị tại Khoa cấp cứu bệnh viện Lão khoa trung ương, trong đó có 106 người bệnh có sáng. Kết quả nghiên cứu cho thấy sáng gặp nhiều ở nữ hơn nam, tuổi trung bình khoảng $78,3 \pm 10,9$ tuổi. Trong 3 nhóm, phần lớn các người bệnh sống cùng gia đình. Chỉ có một số ít sống một mình. Đặc biệt có 2 trường hợp sống trong nhà dưỡng lão chiếm tỉ lệ 1,9%. Có mối liên quan giữa tình trạng suy dinh dưỡng với sáng. Suy dinh dưỡng có nguy cơ xuất hiện sáng cao gấp 9,17 lần so tình trạng dinh dưỡng bình thường ($p < 0,01$, 95%CI: 3,45 - 24,5). Có mối liên quan giữa nguy cơ ngã sáng và với $p < 0,001$. Khả năng có sáng ở nhóm có nguy cơ ngã trung bình gấp 4,1 lần nhóm nguy cơ ngã thấp và khả năng có sáng ở nhóm có nguy cơ ngã cao gấp 12,2 lần nhóm nguy cơ ngã thấp.

Từ khoá: suy dinh dưỡng; nguy cơ ngã; sáng

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN RISK MECHANISM, NUTRITIONAL STATUS WITH EFFECTS IN THE GERIATRICS

The study was conducted with the objective of analyzing the relationship between the risk of falls, nutritional status and delirium syndrome in the elderly. By cross-sectional descriptive method in 163 patients treated at the Emergency Department of the Central Geriatric Hospital, of which 106 patients had delirium. Research results show that delirium is more common in women than in men, the average age is about 78.3 ± 10.9 years old. In the 3 groups, the majority of patients lived with their families. Only a few live alone. In particular, there are 2 cases living in nursing homes, accounting for 1.9%. There is an association between malnutrition and delirium. Malnutrition had a risk of developing delirium 9.17 times higher than that of normal nutritional status ($p < 0.01$, 95% CI: 3.45 - 24.5). There is a relationship between the risk of delirium and with $p < 0.001$. The likelihood of having delirium in the group with the average fall risk was 4.1 times higher than that of the low risk group, and the likelihood of having delirium in the group with the risk of falling was 12.2 times higher than that of the low risk group.

Keywords: malnutrition; risk of falling; delirium

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng sáng là một hội chứng phổ biến ở

¹Đại học Y Hà Nội

²Viện Sức Khỏe Tâm Thần - Bệnh Viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Trần Nguyễn Ngọc

Email: duongminhtam@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 28.3.2022

Ngày duyệt bài: 11.4.2022

những người cao tuổi ở nhóm người bệnh nội trú. Ước tính có tới 7 – 20% người bệnh cao tuổi có hội chứng sáng được nhập vào khoa cấp cứu.¹ Người bệnh có hội chứng sáng thường có xu hướng nặng lên và nguy cơ tử vong cao. Dan K. Kiely và cộng sự (2009) ghi nhận 3,6% tử vong trong khoảng từ 2 đến 4 tuần, 11,2% từ 4 tuần đến 12 tuần, 12,9% từ 12 tuần đến 26 tuần và 11,6% tử vong trong khoảng từ 26 tuần đến 52 tuần.² Sự xuất hiện và tiến triển của của hội chứng sáng phụ thuộc nhiều vào sự xuất hiện và kết hợp của các yếu tố liên quan. Các yếu tố này có thể thúc đẩy sự xuất hiện của hội chứng sáng và cũng có thể nặng thêm tình trạng sáng. Các yếu tố liên quan có thể thay đổi được như suy nguy cơ ngã, tình trạng suy dinh dưỡng hoặc giảm thị lực, suy giảm thính lực, đặt sonde bàng quang... và các yếu tố liên quan không thể thay đổi được như tuổi, giới, nhiều bệnh lý đi kèm... có nguy cơ làm xuất hiện hội chứng sáng. Nhận định được các yếu tố liên quan sẽ đóng góp một phần không nhỏ trong chiến lược điều trị và dự phòng. Theo Sharon K. Inouye (2014), nếu có chiến lược can thiệp kịp thời và đầy đủ với các yếu tố liên quan có thể thay đổi được sẽ làm giảm đáng kể số lượng, thời gian của các cơn sáng ở người bệnh cao tuổi nhập viện và giúp phòng ngừa sáng.³ Tổng hợp các tài liệu, chúng tôi nhận thấy có nhiều yếu tố liên quan với hội chứng sáng chưa có sự thống nhất trong kết quả nghiên cứu. Với mong muốn tìm hiểu nguy cơ ngã và tình trạng suy dinh dưỡng có liên quan đến hội chứng sáng hay không chúng tôi thực hiện đề tài này. Mục tiêu của đề tài là "*Phân tích mối liên quan giữa nguy cơ ngã, tình trạng dinh dưỡng với hội chứng sáng ở người cao tuổi*"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Thiết kế được sử dụng là nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Thời gian, đối tượng và địa điểm nghiên cứu

2.2.1. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 7/2019 đến tháng 10/2020.

2.2.2. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu lựa chọn đối tượng tham gia là (i) người bệnh ≥ 60 điều trị tại khoa Cấp cứu bệnh viện Lão khoa ≥ 24 h, (ii) có thông tin đầy đủ về hành chính, tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng, các thông số cận lâm sàng. Nghiên cứu loại những người bệnh (i) có đánh giá theo thang điểm an thần Richmond Agitation Sedation Scale – RASS < -3 điểm (ii) nghiện chất hoặc lạm dụng chất; (iii) gia đình đồng ý và người bệnh phối hợp tham

gia nghiên cứu.

2.2.3. Địa điểm nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Cấp cứu bệnh viện Lão khoa Trung ương.

2.3. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

Chọn mẫu ngẫu nhiên theo công thức ước lượng một tỷ lệ trong quần thể:

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

Trong đó: n: là cỡ mẫu nghiên cứu

p = 30% ở những người cao tuổi đến khoa cấp cứu.⁴

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 $\Delta = 0,08$

Theo đó, cỡ mẫu tối thiểu cần cho nghiên cứu là 126 người bệnh. Kết thúc nghiên cứu chúng tôi thu nhận được 163 người bệnh đúng theo tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

2.4. Biến số nghiên cứu. Tuổi, giới, 3 triệu chứng chính, 7 triệu chứng phổ biến, 8 triệu chứng cơ thể của trầm cảm.

Tiêu chuẩn chẩn đoán theo ICD – 10.⁵

A. Có ý thức u ám, có nghĩa là giảm độ tỉnh táo của sự nhận biết về môi trường xung quanh, giảm khả năng tập trung, duy trì hoặc thay đổi chú ý.

B. Rối loạn nhận thức được biểu hiện bằng cả hai triệu chứng sau:

(1). Tổn thương trí nhớ tức thì và trí nhớ gần, với trí nhớ xa không bị ảnh hưởng.

(2). Rối loạn định hướng về thời gian, không gian hoặc người xung quanh.

C. Ít nhất một trong các rối loạn tâm thần vận động sau xuất hiện:

(1). Sự dao động nhanh và không thể đoán trước từ giảm hoạt động sang tăng hoạt động

(2). Tăng thời gian phản ứng

(3). Tăng hoặc giảm dòng ngôn ngữ

(4). Tăng phản ứng giật mình

D. Có rối loạn giấc ngủ hoặc chu kỳ thức – ngủ, biểu hiện bằng ít nhất một trong các triệu chứng sau:

(1). Mất ngủ, trong những trường hợp trầm trọng có thể mất ngủ hoàn toàn, kèm theo sự ngủ gật ban ngày hoặc không, hoặc đảo ngược chu kỳ thức - ngủ

(2). Sự nặng lên của triệu chứng vào ban đêm.

(3). Các giấc mơ hỗn độn và có ác mộng, có thể tiếp diễn dưới dạng ảo giác hoặc ảo tưởng sau khi thức dậy.

E. Các triệu chứng có khởi phát nhanh và biểu hiện dao động trong ngày

F. Có bằng chứng khách quan từ bệnh sử, khám cơ thể và thần kinh hoặc xét nghiệm, của một bệnh não hoặc bệnh hệ thống tiềm ẩn (không phải bệnh liên quan đến chất tác động tâm thần) có thể được thừa nhận là nguyên nhân của các biểu hiện lâm sàng trong các tiêu chuẩn từ A đến D.

Thang điểm an thần Richmond Agitation Sedation Scale – RASS

Nếu BN tỉnh, bứt rứt hay kích động (điểm đánh giá từ 0 đến +4)

Nếu người bệnh không tỉnh, gọi tên người bệnh, yêu cầu mở mắt nhìn người đánh giá:

BN thức, mở mắt và duy trì, ánh mắt có tiếp xúc (điểm -1)

BN mở mắt và có tiếp xúc nhưng không duy trì (điểm -2)

BN có cử động nhưng không mở mắt (điểm -3)

Khi không đáp ứng với âm thanh, kích thích BN bằng cách vỗ vai hay day xương ức:

BN có bất kỳ cử động nào với kích thích (điểm -4)

BN không có bất kỳ cử động nào với kích thích (điểm -5)

Bộ câu hỏi St. Thomas đánh giá nguy cơ ngã ở người cao tuổi điều trị nội trú (STRATIFY). Công cụ này gồm 5 mục: tiền sử bị ngã, cần hỗ trợ đi lại, suy giảm thị lực, rối loạn bài tiết, rối loạn tiền đình. Điểm STRATIFY từ 0 đến 5, ≥ 2 điểm sẽ dự báo nguy cơ ngã cao. Oliver và cộng sự báo cáo độ nhạy và độ đặc hiệu của STRATIFY là 92,4% và 68,3% ở các cơ sở cấp tính và phục hồi chức năng

0 điểm: nguy cơ ngã thấp

1 điểm: nguy cơ ngã trung bình

≥ 2 điểm: nguy cơ ngã cao

Bộ câu hỏi MNA –SF (The mini nutritional assessment). MNA nguyên gốc

được phát triển bởi các bác sĩ Lão khoa thực hành tại Mỹ và Châu Âu. Bộ câu hỏi được phát triển nhằm cung cấp một cách đơn giản và đáng tin cậy để sàng lọc tình trạng dinh dưỡng của những người trên 65 tuổi. Bảng MNA đầy đủ gồm 18 câu hỏi và kết quả sẽ được chia thành: *dinh dưỡng bình thường, nguy cơ suy dinh dưỡng hoặc suy dinh dưỡng*

12- 14 điểm: tình trạng dinh dưỡng bình thường

8-11 điểm: Có nguy cơ bị suy dinh dưỡng

0-7 điểm: Bị suy dinh dưỡng

2.5. Công cụ thu thập số liệu. Bệnh án nghiên cứu (được thiết kế riêng phù hợp với nghiên cứu)

2.6. Phân tích số liệu. Nhập liệu và xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0

So sánh tỉ lệ - Xét mối tương quan giữa 2 biến định tính: Tần số lý thuyết ≥ 5 : áp dụng test Khi bình phương

Tần số lý thuyết < 5 : áp dụng test Fisher's Exact

Đánh giá: $p < 0,05$ là khác biệt có ý nghĩa thống kê, OR có khoảng tin cậy 95% với khoảng giá trị không chứa 1 là có ý nghĩa thống kê

2.7. Đạo đức nghiên cứu. Đối tượng tham gia nghiên cứu được giải thích cặn kẽ, cụ thể về mục đích, nội dung cũng như những lợi ích và nguy cơ có thể xảy ra khi tham gia.

Các đối tượng tham gia nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện và có quyền rút khỏi nghiên cứu.

Mọi thông tin của đối tượng được đảm bảo giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Phân bố theo nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu (N=163)

Tuổi	Sàng (n=106)		Không sàng (n=57)		Chung (n=163)	
	SL	%	SL	%	SL	%
60-69	25	23,6	13	22,8	38	23,3
70-79	28	26,4	20	35,1	48	29,4
80 - 89	36	34,0	19	33,3	55	33,7
≥ 90	17	16,0	5	8,8	22	13,6
Tổng	106	100	57	100	163	100
$\bar{x} \pm SD$ (tuổi)	78,3 \pm 10,9		76,5 \pm 9,2		77,69 \pm 10,33	

Phân bố số lượng BN trong các nhóm tuổi và phân bố ở nam/nữ tương đối đồng đều. Có 163 người bệnh, tuổi trung bình của các người bệnh là 77,69 tuổi. Người ít tuổi nhất là 60 tuổi và nhiều tuổi nhất là 99 tuổi. Tuổi trung bình của nhóm sàng là cao nhất với 78,3 \pm 10,9 tuổi. Chiếm tỉ lệ cao nhất là những người bệnh ở nhóm tuổi 80 – 89 (33,7%).

Bảng 3.2. Đặc điểm giới tính (n=163)

Giới tính	Sàng (n=106)		Không sàng (n=57)		Chung (n=163)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Nam	50	47,2	29	50,9	79	48,5

Nữ	56	52,8	28	49,1	84	51,5
Tổng	106	100	57	100	163	100

Tỉ lệ nữ cao hơn nam trong nhóm chung và nhóm sáng. Ngược lại tỉ lệ nữ thấp hơn nam trong nhóm không sáng (49,1% và 50,9%). Tuy nhiên, tỉ lệ nữ/nam của cả 3 nhóm đều xấp xỉ 1/1.

Bảng 3.3. Đặc điểm hoàn cảnh sống (n=163)

Hoàn cảnh sống	Sáng (n=106)		Không sáng (n=57)		Chung (n=163)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Gia đình (Vợ/chồng/con)	73	68,9	41	71,9	114	69,9
Sống cùng người chăm sóc	24	22,6	10	17,5	34	20,9
Sống một mình	7	6,6	6	10,5	13	8,0
Nhà dưỡng lão	2	1,9	0	0,0	2	1,2
Tổng	106	100	57	100	163	100

Trong 3 nhóm, phần lớn các người bệnh sống cùng gia đình. Chỉ có một số ít sống một mình. Đặc biệt trong nghiên cứu có 2 trường hợp trong nhóm sáng sống trong nhà dưỡng lão chiếm tỉ lệ 1,9%.

Bảng 3.4. Môi liên quan giữa nguy cơ ngã với sáng

Nguy cơ ngã (bộ câu hỏi Stratify)	Sáng (n=106)		Không sáng (n=57)		OR	95%CI	p
	SL	%	SL	%			
0 điểm: nguy cơ ngã thấp	5	21,7	18	78,3	1	-	0,0001
1 điểm: nguy cơ ngã trung bình	16	53,3	14	46,7	4,1	4,2 - 14	
≥ 2 điểm: nguy cơ ngã cao	85	77,3	25	22,7	12,2	4,1 - 36,3	

Có mối liên quan giữa sáng và nguy cơ ngã với $p < 0,001$. Khả năng có sáng ở nhóm có nguy cơ ngã trung bình gấp 4,1 lần nhóm nguy cơ ngã thấp và khả năng có sáng ở nhóm có nguy cơ ngã cao gấp 12,2 lần nhóm nguy cơ ngã thấp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê do khoảng tin cậy 95% của OR không chứa 1.

Bảng 3.5. Môi liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng và sáng

Thang đánh giá tình trạng dinh dưỡng MNA - SF	Sáng (n=106)		Không sáng (n=57)		OR	95% CI	p
	SL	%	SL	%			
12-14 điểm: tình trạng dinh dưỡng bình thường	12	11,3	20	35,1	1	-	0,0001
8-11 điểm: có nguy cơ SDD	38	35,8	27	47,4	2,35	0,98 - 5,59	
0-7 điểm: bị SDD	55	51,9	10	17,5	9,17	3,43 - 24,5	
TB MNA ± SD	2,39 ± 0,73		1,82 ± 0,09				0,0001

Có mối liên quan giữa sáng và tình trạng suy dinh dưỡng với $p < 0,001$. Nhóm có suy dinh dưỡng (với MNA 0-7 điểm) có nguy cơ xuất hiện sáng cao gấp 9,17 lần so với nhóm có tình trạng dinh dưỡng bình thường, có ý nghĩa thống kê do khoảng tin cậy 95% của OR nhận giá trị từ 3,45 đến 24,5 không chứa 1.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả ở bảng 3.1 cho thấy người bệnh trong nhóm nghiên cứu đến khám và điều trị tại bệnh viện Lão khoa Trung ương có độ tuổi cao, trung bình $77,69 \pm 10,33$ tuổi. Người bệnh có tuổi thấp nhất là 60 và cao nhất là 99 tuổi. Nhóm người bệnh sáng có độ tuổi cao nhất, trung bình $78,3 \pm 10,9$ tuổi. Tuổi trung bình thấp nhất trong nghiên cứu là nhóm người bệnh không sáng với tuổi trung bình là $76,5 \pm 9,2$ tuổi. Ít gặp nhất là nhóm tuổi trên 90. Kết quả nghiên cứu này tương đồng với kết quả nghiên cứu của

Christopher R. Carpenter (2011) khi cho biết ở nhóm có sáng tuổi trung bình là 77 ± 8 tuổi, ở nhóm chung tuổi trung bình là 78 ± 8 tuổi.⁶ Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.2 cho thấy nhóm sáng có tỉ lệ nữ giới là 52,8 cao hơn tỉ lệ nam giới 47,2%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi giống với kết quả nghiên cứu của Jin H. Han (2017). Jin H. Han nghiên cứu và cộng sự nghiên cứu trên 228 người bệnh tại khoa cấp cứu nhận thấy nhóm sáng có tỉ lệ nam là 35,2% ít hơn nhiều so với tỉ lệ nữ (64,8%).⁷ Bảng 3.3 cho thấy những người có sáng là những người bệnh sống cùng gia đình với tỉ lệ lần lượt. Tiếp theo là những người bệnh sống cùng người chăm sóc. Ít gặp nhất là những người bệnh sống ở nhà dưỡng lão. Điều đặc biệt là trong nghiên cứu ghi nhận có 2 người bệnh sáng sống ở nhà dưỡng lão. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả của Jane McCusker (2002).⁸ Trên thực tế số người bệnh ở tại viện dưỡng lão ở Việt Nam còn rất ít do hệ

thống y tế công chăm sóc cho người cao tuổi tại Việt Nam còn thiếu sót, vì vậy con số chúng tôi nhận thấy sẽ có sự khác biệt lớn với các nghiên cứu tiến hành tại các quốc gia khác.

Chúng tôi phát hiện thấy có mối liên quan giữa sáng và nguy cơ ngã với $p < 0,001$ (bảng 3.4). Khả năng có sáng ở nhóm có nguy cơ ngã trung bình gấp 4,1 lần nhóm nguy cơ ngã thấp và khả năng có sáng ở nhóm có nguy cơ ngã cao gấp 12,2 lần nhóm nguy cơ ngã thấp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê do khoảng tin cậy 95% của OR không chứa 1. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả của một số tác giả. Laura Corsinovi và cộng sự (2009) đánh giá nguy cơ ngã trên 340 nam giới và 280 nữ giới cao tuổi ở khoa Lão khoa tại bệnh viện Trường Đại học. Tác giả nhận thấy khả năng xuất hiện sáng ở nhóm có nguy cơ ngã cao gấp 3,577 lần (RR = 3,577; 95% CI 1,096-11,672) so với nhóm nguy cơ ngã thấp.⁹ Sau khi so sánh đối chứng giữa sáng với nhóm có ngã và nhóm không ngã, Kelly Doherty và cộng sự (2014) cho biết nhóm người bệnh bị ngã có xu hướng giảm tập trung chú ý, nguy cơ bị sáng cao hơn.¹⁰

Nghiên cứu chúng tôi nhận thấy có mối liên quan giữa sáng và tình trạng suy dinh dưỡng. Nguy cơ xuất hiện sáng ở những người bệnh có suy dinh dưỡng (MNA: 0-7 điểm) cao gấp 9,17 lần so với nhóm có tình trạng dinh dưỡng bình thường, có ý nghĩa thống kê với khoảng tin cậy 95% có giá trị trong khoảng 3,43 – 24,5 (bảng 3.5). Kết quả này cũng tương đồng với kết quả của các nghiên cứu của các tác giả khác. Che-Seng Chu và cộng sự (2016) tiến hành nghiên cứu trên 544 người bệnh từ 60 tuổi trở lên tại một trung tâm y tế ở miền nam Đài Loan. Nghiên cứu cho biết có mối liên quan giữa sáng và tình trạng suy dinh dưỡng. Nguy cơ xuất hiện sáng ở những người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng cao gấp 2,85 lần so với nhóm có tình trạng dinh dưỡng bình thường, có ý nghĩa thống kê với khoảng tin cậy 95% có giá trị trong khoảng 1,19 – 6,87. Paolo Mazzola (2017) cũng tìm thấy mối liên quan giữa sáng và tình trạng suy dinh dưỡng. Sau khi nghiên cứu trên một mẫu 733 người bệnh có độ tuổi từ 70 trở lên, tác giả nhận thấy nguy cơ xuất hiện sáng ở những người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng (MNA: 7 – 11) cao gấp 2,42 lần người bệnh có tình trạng dinh dưỡng bình thường (95% CI: 1,29–4,53). Nguy cơ mắc sáng ở những người bệnh có tình trạng suy dinh dưỡng (MNA: 0 – 7) cao gấp 2,98 lần người bệnh không có tình trạng suy dinh dưỡng (95%CI: 1,43 – 6). Kenneth R Culp và cộng sự

(2008) đã tiến hành nghiên cứu trên 312 người từ nhiều trung tâm chăm sóc dài hạn trong 15 quận ở Iowa, và thực hiện đánh giá dinh dưỡng kết hợp theo dõi dọc trong 28 ngày. Các đối tượng được đánh giá thang công cụ CAM 3 lần/ngày để phát hiện tình trạng sáng. Nghiên cứu đưa ra kết luận rằng những đối tượng có BMI thấp < 22 và có tình trạng giảm lượng mỡ trong cơ thể thì có nguy cơ bị sáng cao hơn nhóm người bệnh có tình trạng dinh dưỡng, cân nặng bình thường. Theo tác giả người cao tuổi càng gầy càng dễ bị sáng. Có thể thấy tình trạng dinh dưỡng là một yếu tố quan trọng, giúp tiên lượng nguy cơ bị sáng và may thay lại là một vấn đề có thể can thiệp được. Chăm sóc tốt về dinh dưỡng ở người cao tuổi sẽ hỗ trợ giảm nguy cơ xuất hiện sáng trong điều trị hay sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Sau khi nghiên cứu 163 người bệnh trong đó có 106 trường hợp sáng chúng tôi nhận thấy sáng gặp nhiều ở nữ hơn nam, tuổi trung bình khoảng $78,3 \pm 10,9$ tuổi. Trong 3 nhóm, phần lớn các người bệnh sống cùng gia đình. Chỉ có một số ít sống một mình. Đặc biệt có 2 trường hợp sống trong nhà dưỡng lão chiếm tỉ lệ 1,9%. Có mối liên quan giữa tình trạng suy dinh dưỡng với sáng. Suy dinh dưỡng có nguy cơ xuất hiện sáng cao gấp 9,17 lần so với tình trạng dinh dưỡng bình thường ($p < 0,01$, 95%CI: 3,45 - 24,5). Có mối liên quan giữa nguy cơ ngã sáng và với $p < 0,001$. Khả năng có sáng ở nhóm có nguy cơ ngã trung bình gấp 4,1 lần nhóm nguy cơ ngã thấp và khả năng có sáng ở nhóm có nguy cơ ngã cao gấp 12,2 lần nhóm nguy cơ ngã thấp.

Khuyến nghị. Những người cao tuổi có suy dinh dưỡng hoặc có nguy cơ ngã dễ xuất hiện sáng. Do đó, bác sĩ đa khoa và các bác sĩ chuyên khoa cần lưu can thiệp sớm và dự phòng sáng.

Lời cảm ơn. Chúng tôi xin chân thành cảm ơn 163 người bệnh điều trị tại Khoa cấp cứu bệnh viện Lão khoa trung ương đã tạo điều kiện cho chúng tôi thực hiện nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kennedy M, Hwang U, Han JH. Delirium in the Emergency Department: Moving From Tool-Based Research to System-Wide Change. *J Am Geriatr Soc.* 2020;68(5):956-958. doi:10.1111/jgs.16437
2. Kiely DK, Marcantonio ER, Inouye SK, et al. Persistent Delirium Predicts Increased Mortality. *J Am Geriatr Soc.* 2009;57(1):55-61. doi:10.1111/j.1532-5415.2008.02092.x
3. Inouye SK, Westendorp RGJ, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *Lancet.* 2014;383 (9920) : 911-922. doi:10.1016/S0140-6736(13)60688-1
4. Moran M. Diagnostic and Statistical Manual of

- Mental Disorders (DSM-5). Psychiatr News. 2016;51(13):1-1. doi:10.1176/appi.pn.2016.7a7
5. **GRNBOOK.pdf, Carpenter CR, Bassett ER, Fischer GM, Shirshakan J, Galvin JE, Morris JC.** Four sensitive screening tools to detect cognitive dysfunction in geriatric emergency department patients: brief Alzheimer's Screen, Short Blessed Test, Ottawa 3DY, and the caregiver-completed AD8. Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med. 2011;18(4):374-384. doi:10.1111/j.1553-2712.2011.01040.x
 6. **Han JH, Vasilevskis EE, Chandrasekhar R, et al.** Delirium in the Emergency Department and Its Extension into Hospitalization (DELINEATE) Study: Effect on 6-month Function and Cognition. J Am Geriatr Soc. 2017; 65(6):1333-1338. doi:10.1111/jgs.14824
 7. **McCusker J, Cole M, Abrahamowicz M, Primeau F, Belzile E.** Delirium Predicts 12-Month Mortality. Arch Intern Med. 2002;162(4):457. doi:10.1001/archinte.162.4.457
 8. **Corsinovi L, Bo M, Riccauda Aimonino N, et al.** Predictors of falls and hospitalization outcomes in elderly patients admitted to an acute geriatric unit. Arch Gerontol Geriatr. 2009;49(1):142-145. doi:10.1016/j.archger.2008.06.004

PHẪU THUẬT PHỤC HỒI THẦN KINH VII NGOẠI BIÊN Ở BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG VÙNG MẶT

Lâm Quang An*, Trần Phan Chung Thủy**, Trần Viết Luân**,
Trần Văn Dương*, Trần Xuân Hiệp***

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tổn thương thần kinh VII sau chấn thương vùng mặt nếu không được điều trị kịp thời sẽ ảnh hưởng đến chức năng, thẩm mỹ xấu, tác động đến tâm lý, sinh hoạt và chất lượng cuộc sống của người bệnh. **Mục tiêu nghiên cứu:** đánh giá kết quả phục hồi tình trạng liệt mặt sau phẫu thuật phục hồi thần kinh VII ngoại biên sau chấn thương vùng mặt. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả loạt ca lâm sàng bệnh nhân bị liệt mặt sau chấn thương vùng mặt được phẫu thuật nối hoặc ghép đoạn thần kinh mặt ngoại biên từ 01/2019 đến 12/2020 tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Thành phố Hồ Chí Minh. **Kết quả:** tất cả 21 trường hợp chấn thương trong vòng 8 tuần được phẫu thuật phục hồi thần kinh VII ngoại biên. 8/21 trường hợp được nối tận - tận thần kinh bị đứt, 9/21 trường hợp được ghép đoạn thần kinh bị đứt bằng thần kinh bị đứt chân ngoài (thần kinh Sural) và 4/21 trường hợp kết hợp nối tận - tận và ghép đoạn thần kinh bị đứt. 06 tháng sau phẫu thuật, tình trạng liệt mặt của bệnh nhân được cải thiện trên 20/21 bệnh nhân. Tuy nhiên có 3/21 trường hợp có xuất hiện tình trạng đồng vận sau phẫu thuật. **Kết luận:** Phẫu thuật nối - ghép đoạn thần kinh cho các trường hợp tổn thương thần kinh VII sau chấn thương sẽ giúp phục hồi dẫn truyền thần kinh và cải thiện tình trạng liệt mặt của bệnh nhân.

Từ khóa: liệt mặt, khâu nối thần kinh, ghép đoạn thần kinh, thần kinh sural

SUMMARY

SURGICAL REPAIR FOR PERIPHERAL

*Bệnh viện Chợ Rẫy

**Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

***Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Quang An

Email: lamanbvcr@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 1.4.2022

Ngày duyệt bài: 14.4.2022

FACIAL NERVE INJURY IN PATIENT WITH FACIAL TRAUMA

Background: Damage to the facial nerve after facial trauma, if not treated in time, will affect function, bad aesthetics, affect psychology, daily life, and quality of life of patients. **Objectives:** To evaluate the outcome of surgical repair of the facial nerve injury in the patients with facial trauma. **Methods:** cases study of patients suffering facial paralysis with facial trauma underwent end to end neurorrhaphy or using nerve graft from January 1, 2019, to December 12, 2020, at the Central Hospital of Odonto-Stomatology Hochiminh City. **Results:** 21 patients with traumatic facial nerve injury were included in our study. All cases underwent peripheral facial nerve repair within 8 weeks after the facial trauma. End to end neurorrhaphy were performed in 8 patients (38%); Sural nerve graft primary were used in 9 patients (42.8%); using the Sural nerve as the nerve graft, combination of end to end anastomosis and nerve grafting were performed in 4 patients (19.2%). Facial nerve function was improved in 20 patients (95%) including complete restoration in 5 patients and partial in 15 patients. There were 3 patients (14,2%) had synectics facial nerve after the surgery. **Conclusions:** End-to-end anastomosis and nerve grafting of the injured nerve VII after trauma will help restore facial nerve conduction and improve the patient's facial paralysis.

Keywords: facial paralysis, end-to-end anastomosis, nerve graft, Sural nerve

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở những nước đang phát triển, chấn thương do tai nạn giao thông, tai nạn lao động và đã thương luôn là mối quan tâm của xã hội. Trong các trường hợp nhập viện do chấn thương, tỉ lệ chấn thương vùng mặt chiếm 16%[1]. Chấn thương mặt có biểu hiện lâm sàng đa dạng gồm có vết thương phần mềm, vết thương mạch máu,