

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ TCBP ở đối tượng có rối loạn lipid máu (58,7%) cao hơn đối tượng không bị rối loạn lipid máu (30,4%). Nguy cơ TCBP của người bệnh có mắc bệnh rối loạn chuyển hoá lipid trong nghiên cứu này cao gấp 3,2 lần (95%CI: 1,6-6,5) so người bệnh không bị mắc bệnh rối loạn chuyển hoá lipid ($p < 0,005$).

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ ĐTNC có tình trạng TCBP cao 34,1%. Người bệnh có VE cao chiếm 21,5%; chỉ số VE/VM cao là 58,5%. Có mối liên quan giữa người bệnh ĐTĐ có mắc rối loạn chuyển hoá lipid với tình trạng TCBP; liên quan giữa VE và chỉ số VE/VM với tình trạng TCBP ở người bệnh ĐTĐ type II.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Cần thực hiện việc sàng lọc và đánh giá TTDD cho người bệnh mắc ĐTĐ, đặc biệt đối tượng người bệnh cao tuổi với đặc điểm có nhiều bệnh đồng mắc tại các cơ sở y tế nói chung và các trung tâm lão khoa nói riêng. Việc sàng lọc và đánh giá TTDD giúp kịp thời phát hiện và can thiệp sớm cho những người bệnh có nguy cơ SDD và SDD. Trong đánh giá ban đầu tại phòng khám ngoại trú, có thể lựa chọn các chỉ số đơn giản, dễ thu thập như cân nặng, chiều cao, BMI, vòng eo, vòng hông. Ngoài ra, cần tăng cường truyền thông, cung cấp kiến thức đầy đủ, hỗ trợ người bệnh xây dựng và thực hành một chế độ ăn hợp lý.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **IDF Diabetes Atlas 10th edition** (2021) www.idf.org/diabetesatlas.
2. **Kết quả điều tra Thừa cân - béo phì và một số yếu tố liên quan ở người Việt Nam 25-64 tuổi.**
3. **Phạm Thị Thùy Hương.** Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của người bệnh đái tháo đường type 2 được quản lý tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Quảng Nam năm 2016-2017. Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
4. **World Health Organization Western Pacific Region.** The Asia-Pacific perspective: Redefining obesity and its treatment. <http://www.wpro.who.int/nutrition/documents/docs/Redefiningobesity.pdf>.
5. **Lê Thị Hợp và Huỳnh Phương Nam** (2011). Thống nhất về phương pháp đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng nhân trắc học. Tạp chí Dinh Dưỡng Thực Phẩm, tập 7, số 2.
6. **Đông Thị Phương, Hoàng Thị Thúy.** Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Đông Anh, Hà Nội năm 2020. Tạp chí nghiên cứu y học 2021;144 (8):91 - 99.
7. **Trần Thị Thu Hương.** Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Quảng Ninh năm 2020. Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
8. **Tuomi T, Santoro N CS, Cai M, Weng J Groop L.** The many faces of diabetes: a disease with increasing heterogeneity. The Lancet [Accessed December 3rd, 2013]. 2013;
9. **Bệnh viện Nội tiết Trung Ương** (2013). Báo cáo Hội nghị tổng kết hoạt động của Dự án phòng chống đái tháo đường quốc gia năm 2012 và triển khai kế hoạch năm 2013.

ĐẶC ĐIỂM HỘI CHỨNG ĐỂ BỊ TỔN THƯƠNG TRÊN BỆNH NHÂN CAO TUỔI LOÃNG XƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN LÃO KHOA TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Quang Quý^{1,2}, Nguyễn Xuân Thanh^{1,2}, Nguyễn Ngọc Tâm^{1,2}, Hà Quốc Hùng^{1,2}, Trần Việt Lực^{1,2}, Vũ Thị Thanh Huyền^{1,2}

TÓM TẮT

Hội chứng dễ bị tổn thương (HCDBTT) là một hội chứng lão khoa, 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. Phương pháp

nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang trên 210 người bệnh loãng xương trong thời gian từ tháng 8 năm 2021 đến tháng 8 năm 2022 tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 22,86% người bệnh loãng xương có hội chứng dễ bị tổn thương, trong đó đa số là HCDBTT mức độ nhẹ 18,1% và vừa 4,76%, không có HCDBTT mức độ nặng, rất nặng hay ở giai đoạn cuối. Tỷ lệ mắc HCDBTT ở người độc thân/góa/ly dị cao hơn so với những người đã kết hôn lần lượt là 48,48% và 18,08% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với mức tin cậy 95%. Tỷ lệ bệnh nhân loãng xương bị HCDBTT chiếm tỷ lệ không nhỏ, do đó việc đánh giá hội chứng này trên những bệnh nhân loãng xương nên trở thành một quy trình thường quy để có thể phát hiện và đưa ra những biện pháp can

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Lão khoa Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Quý

Email: nguyenquangquy5888@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2022

Ngày duyệt bài: 30.11.2022

thiệt phù hợp nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh cao tuổi.

Từ khóa: hội chứng dễ bị tổn thương, bệnh loãng xương, người cao tuổi

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF FRAILTY SYNDROME IN ELDERLY PATIENTS WITH OSTEOPOROSIS AT NATIONAL GERIATRIC HOSPITAL

Frailty syndrome is a geriatric syndrome that occurs as a result of the accumulation of multiple organ system failure processes in the body, expressing as a state of harm to physical, society and environment health. Methods: a cross-sectional study conducted on 210 osteoporosis patients from August 2021 to August 2022 at the National Geriatric Hospital. Research results showed that 22.86% of osteoporosis patients have frailty syndrome, almost were mild stage (18.1%) and moderate stage (4.76%), without severe, very severe or terminal ill. The prevalence of frailty syndrome in single/widowed/divorced people is 48.48% and 18.08% higher, respectively and the difference is statistically significant with 95% CI. The proportion of osteoporosis patients with Osteoporosis is not small. The evaluation of this syndrome in osteoporosis patients should become a routine procedure to detect and provide appropriate interventions, thereby helping to improve the quality of life of elderly patients. **Keywords:** Frailty syndrome, osteoporosis, elderly

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng dễ bị tổn thương (HCDBTT) là một hội chứng lão khoa, 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 [1]. HCDBTT có thể dẫn đến nhiều hậu quả bất lợi trên người cao tuổi như ngã, suy giảm nhận thức, khuyết tật, sống phụ thuộc, cũng như gia tăng tỷ lệ tử vong, sử dụng quá nhiều thuốc, kéo dài thời gian nằm viện nhưng đồng thời đây cũng là một dấu hiệu tiên lượng quan trọng góp phần ngăn chặn, trì hoãn tình trạng tiến triển nặng hơn [2].

Loãng xương là một bệnh lý về hệ thống xương với đặc điểm là khối lượng xương thấp và sự suy giảm vi kiến trúc của các mô xương. Khi dân số già đi, số ca gãy xương do loãng xương gia tăng đáng kể, gây ra gánh nặng về y tế như tăng tỷ lệ nhập viện, thời gian nằm viện, suy giảm chất lượng cuộc sống, tàn tật và tử vong [3]. Trong năm 2000, ước tính có 9 triệu ca gãy xương mới xảy ra trên toàn cầu và đang thách thức lớn đối với sức khỏe cộng đồng trên toàn thế giới.

Loãng xương và HCDBTT đều là hậu quả của quá trình lão hóa. Trên thế giới đã có những

nghiên cứu chứng minh rằng HCDBTT có liên quan đến sự suy giảm mật độ xương. Theo tác giả Calado và cộng sự (2016) nghiên cứu trên 385 người cao tuổi tại Brazil có 42,9% người mắc HCDBTT bị loãng xương, so với 16,4% người không bị HCDBTT [4]. Việc đánh giá mức độ HCDBTT ở người cao tuổi có thể hỗ trợ việc đánh giá, quản lý và ra quyết định đối với bệnh loãng xương và gãy xương do loãng xương ở cấp độ nghiên cứu lâm sàng và cấp độ chính sách chăm sóc sức khỏe.

Tại Việt Nam hiện chưa có công bố nào về HCDBTT ở người cao tuổi bị loãng xương. Để góp phần tăng cường chăm sóc sức khỏe và nâng cao chất lượng cuộc sống người cao tuổi, đặc biệt người cao tuổi mắc bệnh loãng xương, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu "Xác định tỷ lệ và các yếu tố liên quan tới hội chứng dễ bị tổn thương ở người cao tuổi loãng xương tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Người cao tuổi (≥ 60 tuổi) được chẩn đoán loãng xương đến khám và điều trị tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương từ tháng 8 năm 2021 đến tháng 8 năm 2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân ≥ 60 tuổi.
 - Được chẩn đoán loãng xương theo tiêu chuẩn của WHO năm 2001 dựa trên mật độ xương.
 - Bệnh nhân phải có tình trạng thức tỉnh, có khả năng nghe và trả lời phỏng vấn, có khả năng thực hiện các bài kiểm tra vận động.
 - Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.
- ### Tiêu chuẩn loại trừ
- Các bệnh nhân có tình trạng tinh thần không ổn định.
 - Không có khả năng nghe và trả lời phỏng vấn, không biết viết.
 - Mắc các bệnh nặng cấp cứu (suy hô hấp, nhồi máu cơ tim...).
 - Loãng xương thứ phát (cường vỏ thượng thận, cường cận giáp, cường giáp trạng...).
 - Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang
 Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện
 Thu thập dữ liệu: Tuyển chọn những người bệnh đủ tiêu chuẩn lựa chọn mời vào nghiên cứu, sau đó phỏng vấn theo bộ câu hỏi có sẵn, thu thập kết quả xét nghiệm và các chỉ số từ bệnh án của bệnh nhân và thực hiện các bài kiểm tra vận động.

Biến số nghiên cứu: tuổi (gồm: 60-69 tuổi,

70 đến 79 tuổi, trên 80 tuổi), giới (nam, nữ), tình trạng hôn nhân (chưa kết hôn, góa vợ/chồng hoặc ly dị, kết hôn/đang sống với bạn đời), chỉ số khối cơ thể (thiếu cân, bình thường, thừa cân, béo phì), trình độ học vấn (chưa tốt nghiệp Trung học Phổ thông, đã tốt nghiệp trung học phổ thông, đã tốt nghiệp đại học), thời gian bị loãng xương, tình trạng loãng xương tại các vị trí cột sống thắt lưng và cổ xương đùi.

Chẩn đoán loãng xương: Dùng máy đo hấp thụ tia X kép, tất cả bệnh nhân đều được đo mật độ xương vùng cột sống thắt lưng từ L1-L4 và cổ xương đùi. Chẩn đoán loãng xương theo tiêu chuẩn của WHO 2001 [5].

+ Xương bình thường: T score từ - 1SD trở lên.

+ Thiếu xương (Osteopenia): T score dưới - 1SD đến - 2,5SD.

+ Loãng xương (Osteoporosis): T score dưới - 2,5SD.

+ Loãng xương nặng: T score dưới - 2,5 SD kèm tiền sử/ hiện tại có gãy xương.

Chẩn đoán HCDBTT: Theo thang điểm CFS Clinical Frailty Scale (CFS) [6]

Không có HCDBTT: CFS 1 - 4; Có HCDBTT: CFS 5 - 9

Xử lý số liệu: Số liệu được làm sạch và nhập liệu bằng RedCap và phân tích bằng Stata 14.

Các biến định lượng được thể hiện dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn, các tần suất được trình bày theo tỷ lệ %. Sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua bởi hội đồng khoa học và hội đồng đạo đức tại Bệnh Viện Lão Khoa Trung Ương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (N=210)

		Số lượng	Tỷ lệ
Tuổi	58 - 69	85	40,48
	70 - 79	78	37,14
	≥ 80	47	22,38
	Trung bình	72,63 ± 9,71	
Giới tính	Nam	30	14,29
	Nữ	180	85,71
Trình độ học vấn	< cấp 3	85	40,48
	≥ cấp 3	125	59,52
Tình trạng hôn nhân	Độc thân/góa/ly dị	33	15,71
	Đã kết hôn	177	84,29
Sống với ai	Người thân/người hỗ trợ 24/24	192	91,43
	Sống một	18	8,57

		Số lượng	Tỷ lệ
Nơi sống	Thành thị	112	53,33
	Nông thôn	98	46,67
BMI	Bình thường	106	50,48
	Thiếu cân	18	8,57
	Thừa cân/béo phì	86	40,95

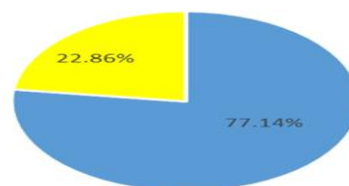
Nghiên cứu thu tuyển được 210 bệnh nhân với độ tuổi trung bình là 72,63 tuổi; chủ yếu là nữ giới với 85,71%; những người có học vấn từ cấp 3 trở lên chiếm đa số với 59,52%. Họ chủ yếu đã kết hôn (84,29%) và đang sống cùng người khác 24/24 (91,43%). Tỷ lệ những người thừa cân béo phì chiếm tỷ lệ khá cao với 40,95% và những người bị thiếu cân chiếm tỷ lệ thấp nhất với 8,57%.

Bảng 2: Đặc điểm loãng xương trên đối tượng nghiên cứu (N=210)

		Số lượng	Tỷ lệ	Tổng
Cổ xương đùi	Trái	22	11,06	199
	Phải	18	22,5	80
Xương cột sống thắt lưng		149	77,60	192
Thời gian trung bình bị loãng xương (Năm)		2,12 ± 2,11		

Tỷ lệ loãng xương chủ yếu ở xương cột sống thắt lưng chiếm 77,60 % (N=192), cao hơn so với loãng xương ở cổ xương đùi trái và phải với tỷ lệ lần lượt là 11,06% (N=199) và 22,5% (N=80). Thời gian trung bình mắc bệnh loãng xương là 2,12 năm (± 2,11).

Tỷ lệ hội chứng dễ bị tổn thương



Biểu đồ 1. Tỷ lệ hội chứng dễ bị tổn thương (N=210)

Có 22,86% (tương ứng với 48/210) đối tượng tham gia nghiên cứu bị HCDBTT, còn lại đa số không có hội chứng này.

Bảng 4: Phân loại hội chứng dễ bị tổn thương trên đối tượng nghiên cứu (N=210)

	Số lượng	Tỷ lệ
Rất khỏe	5	2,38
Khỏe	41	19,52
Khá khỏe	55	26,19
Dễ mắc bệnh	61	29,05

HCDBTT mức độ nhẹ	38	18,1
HCDBTT mức độ trung bình	10	4,76
HCDBTT mức độ nặng	0	0
HCDBTT mức độ rất nặng	0	0
Bệnh giai đoạn cuối	0	0
Tổng số	210	100

Tình trạng HCDBTT mức độ nhẹ chiếm đa số trong những người bị HCDBTT với 18,1% chỉ có 4,76% bị HCDBTT ở mức trung bình; không có ai bị HCDBTT ở giai đoạn suy yếu nặng, rất nặng hay ở giai đoạn cuối.

Bảng 5: Mối liên quan giữa HCDBTT và đặc điểm nhân khẩu học (N=210)

		Không bị HCDBTT		Có HCDBTT		p
		Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ	
Tuổi	58 - 69	69	81,18	16	18,82	0,113
	70 - 79	62	79,49	16	20,51	
	≥ 80	31	65,96	16	34,04	
	Trung bình	72,3 ± 10,14		73,75 ± 8,1		0,13
Giới tính	Nam	23	76,67	7	23,33	0,95
	Nữ	139	77,22	139	22,78	
Trình độ học vấn	< cấp 3	68	80	17	20	0,42
	≥ cấp 3	94	75,2	31	24,8	
Tình trạng hôn nhân	Độc thân/góa/ly dị	17	51,52	16	48,48	< 0,01
	Đã kết hôn	145	81,92	32	18,08	
Sống với ai	Người thân/người hỗ trợ 24/24	13	72,22	5	27,78	0,60
	Sống một mình/người hỗ trợ theo giờ	149	77,6	43	22,4	
Nơi sống	Thành thị	91	81,25	21	18,75	0,13
	Nông thôn	71	72,45	27	27,55	
BMI	Bình thường	83	78,3	23	21,7	0,07
	Thiếu cân	10	55,56	8	44,44	
	Thừa cân/béo phì	69	80,23	17	19,77	

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với mức tin cậy 95% giữa tình trạng hôn nhân với tỷ lệ mắc HCDBTT trong đó những người độc thân/góa/ly dị có tỷ lệ mắc cao hơn những người đã kết hôn với tỷ lệ lần lượt là 48,48% và 18,08%. Các yếu tố về tuổi, giới, trình độ học vấn, sống cùng ai, nơi sống hay chỉ số khối cơ thể không cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa với tỷ lệ mắc HCDBTT.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này chúng tôi xác định tỷ lệ và một yếu tố liên quan tới hội chứng dễ bị tổn thương ở người cao tuổi mắc bệnh loãng xương tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương từ tháng 8 năm 2021 đến tháng 8 năm 2022. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 22,86% những người tham gia nghiên cứu mắc HCDBTT, trong đó chủ yếu là HCDBTT mức độ nhẹ và trung bình với tỷ lệ lần lượt là 18,1% và 4,76%; không có HCDBTT mức độ nặng, rất nặng hay ở giai đoạn cuối. Tỷ lệ mắc HCDBTT ở người độc thân/góa/ly dị cao hơn so với những người đã kết hôn lần lượt là 48,48% và 18,08% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với mức tin cậy 95%. Tỷ lệ mắc HCDBTT ở nữ là 22,78% và nam giới là 23,33%;

những người có học vấn dưới cấp 3 là 20% và từ cấp 3 trở lên là 24,8%; 27,78% những người sống cùng người khác 24/24 và BMI càng thấp tỷ lệ mắc càng cao; tuy nhiên những sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với mức tin cậy 95%. Khi so sánh với kết quả của tác giả Nguyễn Ngọc Hoàn Mỹ thì đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có tình trạng bệnh nhẹ hơn khi cũng sử dụng thang đo CFS như chúng tôi, trong nghiên cứu của tác giả có tới 3,2% đối tượng bị suy yếu nhẹ và trung bình, 33,8% không suy yếu và đặc biệt có tới 13% đối tượng bị suy yếu nặng và rất nặng [7]. Tuy nhiên kết quả này khi so với kết quả nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Thanh Huyền và cộng sự năm 2015 cũng thực hiện tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương cho thấy tỷ lệ mắc HCDBTT ở nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn. Trong nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Thanh Huyền, tỷ lệ HCDBTT của đối tượng tham gia là 31,9% khi sử dụng thang điểm REFS, khi sử dụng thang Fried thì tỷ lệ này là 35,4% [8]. Giải thích cho sự khác biệt này là do nghiên cứu của tác giả đánh giá trên tất cả các mặt bệnh còn nghiên cứu của chúng tôi chỉ đánh giá trên những bệnh nhân bị loãng xương. Mặt khác cũng có thể do các bộ công cụ đánh giá HCDBTT

chúng tôi sử dụng là thang điểm CFS còn nghiên cứu của tác giả lại sử dụng các thang đo khác. So với một số nghiên cứu khác thực hiện tại các bệnh viện khác trên thế giới cũng chỉ ra tỷ lệ mắc HCDBTT ở nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn như trong nghiên cứu của tác giả Clóris Regina Blanski Grden sử dụng thang đo EFS cho thấy có 40,1% người cao tuổi bị HCDBTT, tỷ lệ mắc ở nữ giới là 45,6% cao hơn nam giới là 28,7%; những người độc thân/ly hôn/góa là 41,1%; những người có học vấn thấp là 44%; những người sống một mình là 53,7% [9]. Nhưng tỷ lệ này lại cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Jing Jiao khi đánh giá tại nhiều bệnh viện tại Trung Quốc sử dụng thang đo Frail cho thấy tỷ lệ mắc HCDBTT là 18,02%; tỷ lệ mắc ở nữ giới (20,1%) cao hơn nam giới (16,49%); tỷ lệ mắc cao hơn ở những người không đi học (25,15%), những người có trình độ học vấn trên cấp 3 có tỷ lệ mắc thấp nhất với 14,93% [10]. Nghiên cứu của tác giả Alejandro J. García-Delgado thực hiện tại Mexico sử dụng thang đo Fried cho thấy tỷ lệ này cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi với 35,7%, trong đó nam giới là 39,8% và nữ giới là 24,1%.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 210 người bệnh cao tuổi bị loãng xương cho thấy tỷ lệ mắc HCDBTT là 22,86% đa số là HCDBTT mức độ nhẹ, không có HCDBTT mức độ nặng, rất nặng hay bệnh ở giai đoạn cuối. Tỷ lệ bệnh nhân loãng xương bị HCDBTT chiếm tỷ lệ không nhỏ, do đó việc đánh giá hội chứng này trên những bệnh nhân loãng xương nên trở thành một quy trình thường quy

để có thể phát hiện và đưa ra những biện pháp can thiệp phù hợp nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh cao tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hamerman, D.**, Toward an understanding of frailty. *Annals of internal medicine*, 1999. **130**(11): p. 945-950.
2. **Heuberger, R.A.**, The frailty syndrome: a comprehensive review. *J Nutr Gerontol Geriatr*, 2011. **30**(4): p. 315-68.
3. **Beaupre, L.A., et al.**, Best practices for elderly hip fracture patients. *Journal of general internal medicine*, 2005. **20**(11): p. 1019-1025.
4. **Calado, L.B., et al.**, Frailty syndrome in an independent urban population in Brazil (FIBRA study): a cross-sectional populational study. *Sao Paulo Medical Journal*, 2016. **134**: p. 385-392.
5. **Tuấn, N.V.**, Loãng xương. *Thời sự Y học – Tạp chí Hội Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 2008. **7**(29): p. 11-33.
6. **K, R.**, Clinical Frailty Scale (version 2.0). Dalhousie University www.geriatricmedicineresearch.ca, 2005-2020.
7. **Nguyễn Ngọc Hoàn Mỹ Tiên, Thân Hà Ngọc Thế, and Nguyễn Thị An**, Khảo sát tỷ lệ suy yếu và mối liên quan giữa suy yếu với kết cục lâm sàng ngắn hạn ở người bệnh cao tuổi điều trị nội trú tại Bệnh viện Bà Rịa Y Học TP. Hồ Chí Minh, 2019. **23**(2): p. 9-14.
8. **Vu, H.T.T., et al.**, Prevalence of frailty and its associated factors in older hospitalised patients in Vietnam. *BMC geriatrics*, 2017. **17**(1): p. 1-7.
9. **Blanski Grden, C.R., et al.**, Prevalence and factors associated with the frailty in elderly patients attended to an outpatient care specialty clinic. *Revista Eletronica de Enfermagem*, 2019. **21**.
10. **Jiao, J., et al.**, Prevalence and associated factors for frailty among elder patients in China: a multicentre cross-sectional study. *BMC geriatrics*, 2020. **20**(1): p. 1-10.

THỰC TRẠNG CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH TRƯỚC PHẪU THUẬT CÓ KẾ HOẠCH CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI KHOA NGOẠI TIẾT NIỆU – BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Trần Thị Nguyệt¹, Trần Quốc Hòa¹, Trương Quang Trung¹,
Nguyễn Hữu Dự¹, Nguyễn Thị Thủy¹, Nguyễn Thị Huyền¹,
Nguyễn Thị Ánh Tuyết¹, Chu Văn Tuyên¹, Lê Thị Lan Anh¹

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Nguyệt
Email: trannguyet@hmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 28.9.2022
Ngày phản biện khoa học: 18.11.2022
Ngày duyệt bài: 29.11.2022

Mục tiêu: mô tả thực trạng chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật có kế hoạch của điều dưỡng tại Khoa ngoại Tiết niệu - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 250 người bệnh tuổi ≥ 18 có chỉ định và được chuẩn bị trước phẫu thuật có kế hoạch tại Khoa Ngoại Tiết niệu Bệnh viện Đại học Y Hà Nội bằng thiết kế mô tả cắt ngang. **Kết quả:** 42,8% biểu mẫu cam kết thực hiện phẫu thuật/thủ thuật/gây mê hồi sức đạt theo quy định. 75,6% số người bệnh được thăm hỏi, tìm hiểu tâm lý,