

- "Mối liên quan giữa mức độ tăng triglyceride máu với mức độ nặng và biến cố hoại tử của viêm tụy cấp", Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh, Tập 23 (số 1), tr. 103 - 109.
5. **Trần Thanh Phong (2019).** "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng và đánh giá kết quả điều trị viêm tụy cấp do tăng Triglycerid tại Bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2018-2019", Luận văn tốt nghiệp chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
 6. **Afari M. E., Shafqat H., Shafi M., et al (2015).** "Hypertriglyceridemia-Induced Pancreatitis: A Decade of Experience in a Community-Based Teaching Hospital", R I Med J (2013), volume 98 (issue 12), pp. 40-3.
 7. **Coskun A (2015).** "Treatment of hypertriglyceridemia – induced acute pancreatitis with insulin", Prz Gastroenterol 2015. 10(1), pp. 18-22.
 8. **Sezgin O (2017).** "Evaluation of hypertriglyceridemia – induced acute pancreatitis: A single tertiary care unit experience from Turkey", The Turkey Journal of Gastroenterol 2019. 30(3), pp. 271-277.
 9. **Zhang X. L., Li F., Zhen Y. M., et al (2015).** "Clinical Study of 224 Patients with Hypertriglyceridemia Pancreatitis", Chin Med J (Engl), volume 128 (issue 15), pp. 2045-9.

THỰC TRẠNG HỘI CHỨNG DỄ BỊ TỔN THƯƠNG Ở NGƯỜI BỆNH SUY TIM CAO TUỔI TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Nguyễn Hữu Tân¹, Trần Viết Lực^{2,3}, Nguyễn Ngọc Tâm^{2,3},
Phạm Hồng Phương¹, Phạm Thắng²

TÓM TẮT⁷¹

Mục tiêu: Mô tả thực trạng hội chứng dễ bị tổn thương ở người bệnh cao tuổi bị suy tim điều trị nội trú và một số yếu tố liên quan. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang có phân tích. **Kết quả nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên 306 người bệnh tuổi từ 60 trở lên điều trị nội trú tại khoa Cấp cứu và Trung tâm tim mạch, Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An, từ tháng 04 năm 2022 - tháng 2 năm 2023. Chẩn đoán suy tim theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị suy tim cấp và mạn tính, của Bộ Y tế năm 2020. Xác định tình trạng hội chứng dễ bị tổn thương theo thang điểm Edmonton cải tiến-REFS. Kết quả cho thấy, HCDBTT là vấn đề sức khỏe thường gặp ở người bệnh cao tuổi bị suy tim chiếm 58,8%. **Kết luận:** Tuổi, chỉ số BMI, phân suất tống máu thất trái, suy tim giai đoạn và phân độ NYHA là những yếu tố có liên quan có ý nghĩa thống kê đến tỷ lệ mắc HCDBTT ở người bệnh suy tim cao tuổi tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An.

Từ khóa: Hội chứng dễ bị tổn thương, Suy tim, Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An.

SUMMARY

SITUATION OF FRAILTY SYNDROME INPATIENTS WITH HEART FAILURE IN NGHE AN FRIENDSHIP GENERAL HOSPITAL AND SOME RELATED FACTORS

¹Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An

²Bệnh viện Lão Khoa Trung Ương

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Tân

Email: drnguyenhuutan1984@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.5.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.6.2023

Ngày duyệt bài: 12.7.2023

Objective: To describe the situation of frailty syndrome inpatients with heart failure in Nghe An Friendship General Hospital and some related factors. **Methods:** Cross-sectional descriptive study analysis. **Results:** Out of the 306 patients aged 60 years and older who were inpatients at the Emergency Department and Cardiology Center, Nghe An Friendship General Hospital, from April to December 2022. Diagnosis of heart failure according to the Guidelines for Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure, of the Ministry of Health 2020. Determine the status of vulnerable syndrome according to the modified Edmonton scale- REFS. The results showed that the vulnerable syndrome is a common health problem in elderly patients with heart failure accounting for 58.8%. **Conclusion:** Age, BMI, EF, stage of heart failure, and NYHA were statistically significantly related to the prevalence of Frailty Syndrome in elderly heart failure patients at the Nghe An Friendship General Hospital.

Keywords: Frailty, Heart failure, Frailty, Nghe An Friendship General Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo dự đoán của Hiệp hội tim mạch châu Âu (ESC 2021), do sự bùng nổ dân số, già hóa và tỷ lệ bệnh đồng mắc ngày càng cao, dự kiến lượng người bệnh nhập viện vì suy tim có thể tăng đáng kể, lên tới 50% trong 25 năm tới¹.

Người bệnh suy tim, đặc biệt là những người cao tuổi, thường được đặc trưng bởi tình trạng "dễ bị tổn thương" là hậu quả của các bệnh đồng mắc và suy giảm chức năng. Nghiên cứu Cardiovascular Health cho thấy gần một nửa số người bệnh suy tim là người mắc hội chứng dễ bị tổn thương và nghiên cứu cũng chỉ ra có mối liên quan hệ giữa tình trạng "dễ bị tổn thương" với bệnh

lý đi kèm và/hoặc làm trầm trọng thêm lẫn nhau².

Người cao tuổi mắc hội chứng dễ bị tổn thương và suy tim có nguy cơ gia tăng về các biến cố lâm sàng xấu: tỷ lệ tử vong cao hơn, tàn tật, té ngã, tái nhập viện và suy giảm nhận thức². Mặc dù đã có những tiến bộ quan trọng trong điều trị nhằm mục đích cải thiện tình trạng lâm sàng, cải thiện chất lượng cuộc sống, ngăn ngừa nhập viện và giảm tỉ lệ tử vong nhưng tiên lượng của người bệnh suy tim trên đối tượng người cao tuổi vẫn còn xấu bởi bản thân người cao tuổi đã là đối tượng có nguy cơ cao mắc hội chứng dễ bị tổn thương.

Tại Việt Nam, đến nay đã có một số kết quả nghiên cứu về tình trạng mắc hội chứng dễ bị tổn thương ở người bệnh mạn tính: thận mạn, đái tháo đường,... nhưng chưa có nghiên cứu xác định tỷ lệ mắc hội chứng dễ bị tổn thương cũng như các yếu tố liên quan ở người cao tuổi bị suy tim. Do đó, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu mô tả thực trạng hội chứng dễ bị tổn thương ở người bệnh suy tim cao tuổi điều trị nội trú và một số yếu tố liên quan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh tuổi từ 60 trở lên điều trị nội trú tại khoa Cấp cứu và Trung tâm tim mạch, Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An, từ tháng 04 năm 2022 - tháng 2 năm 2023, được chẩn đoán suy tim theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị suy tim cấp và mạn tính, ban hành kèm theo Quyết định số 1857/QĐ-BYT ngày 05/07/2022) của Bộ Y tế³.

Tiêu chuẩn loại trừ. Sa sút trí tuệ, đang mắc các bệnh nội khoa cấp tính khác (đột quỵ não cấp, suy hô hấp, sốc nhiễm khuẩn, chảy máu tiêu hóa, ...) tại thời điểm vào viện. Không trả lời phỏng vấn được, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Cỡ mẫu được tính theo công thức:

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

Trong đó: n: cỡ mẫu nghiên cứu

α : mức ý nghĩa thống kê, với $\alpha = 0,05$ thì hệ số $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$

$p = 0,36^4$; d = sai số cho phép = 0,06.

Cỡ mẫu tối thiểu là 246 người bệnh.

Cỡ mẫu thực tế là 306 người bệnh.

Tiêu chuẩn đánh giá

Hội chứng dễ bị tổn thương

- Xác định tình trạng mắc hội chứng dễ bị tổn thương theo thang điểm Edmonton cải tiến-REFS. Đánh giá theo các tiêu chí: Nhận thức, Tình trạng tổng quát, Sự độc lập về chức năng, Sự hỗ trợ về mặt xã hội, Vấn đề dùng thuốc, Dinh dưỡng, Tâm trạng, Vấn đề tiểu tiện, Hoạt động thể lực.

- Tổng điểm 18 điểm,

+ Hội chứng dễ bị tổn thương: 8 – 18 điểm

+ Tiền Hội chứng dễ bị tổn thương: 6 – 8 điểm

+ Không bị Hội chứng dễ bị tổn thương: 0 – 5 điểm

Phân loại suy tim

- Giai đoạn trong sự tiến triển của suy tim

+ Giai đoạn C: Bao gồm triệu chứng của các bệnh hoặc có liên quan tới các bệnh gây tổn thương cấu trúc tim, kèm theo các triệu chứng của suy tim (tim đập nhanh, khó thở, mệt mỏi, ho nhiều về đêm, giảm khả năng gắng sức...)

+ Giai đoạn D: Suy tim kháng trị, cần phải sử dụng các phương pháp điều trị đặc biệt như: Sử dụng máy trợ tim, ghép tim...

- Chỉ số NYHA

Phân độ suy tim theo chức năng của Hội Tim mạch New York dựa vào triệu chứng cơ năng và khả năng gắng sức.

+ Suy tim độ I: Vận động thể lực thông thường không gây mệt, khó thở, hồi hộp.

+ Suy tim độ II: Vận động thể lực thông thường dẫn đến mệt, khó thở, hồi hộp, đau ngực.

+ Suy tim độ III: Vận động nhẹ sẽ có triệu chứng cơ năng.

+ Suy tim độ IV: Triệu chứng cơ năng của suy tim xuất hiện ngay cả khi nghỉ ngơi.

- Các yếu tố liên quan gồm: tuổi, giới tính, BMI, lý do vào viện, tiền sử bệnh, bệnh đồng mắc, phân suất tống máu thất trái, tần số tim, huyết áp, giai đoạn suy tim, NYHA lúc nhập viện, nguyên nhân suy tim, các can thiệp thủ thuật, thuốc sử dụng,...

Xử lý số liệu. Số liệu thu thập được xử lý bằng chương trình phần mềm SPSS 22.0. Các biến số định lượng trình bày và phân tích sự khác biệt trung bình, trình bày chỉ số trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn. Các biến định tính trình bày theo tỷ lệ %, kiểm định χ^2 . Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung của người bệnh suy tim cao tuổi

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của người bệnh

Biến số		Tần số	Tỷ lệ %
Tuổi TB 76 ± 9 (60 - 100)	60-69	88	28,8
	70-79	110	35,9
	≥ 80	108	35,3
Giới	Nam	135	44,1
	Nữ	171	55,9
BMI	Thiếu cân (<18,5)	71	23,2
	Bình thường (18,5-24,9)	218	71,2
	Thừa cân, béo phì (≥ 25)	17	5,6

Trong tổng số 306 người bệnh, nhóm từ 70-79 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 35,9%, nhóm 60-69 tuổi ít nhất, chiếm 28,8%. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 76 ± 9 tuổi, trong đó tuổi thấp nhất là 60 tuổi và cao nhất là 100 tuổi.

Có 171 người bệnh nữ chiếm 55,9%, cao hơn so với 135 người bệnh nam chiếm 44,1%). Tỷ lệ nữ/nam = 1,27.

Chỉ số BMI, nhóm người bệnh có BMI bình thường (18,5-24,9) chiếm tỷ lệ cao nhất 71,2%, nhóm BMI thừa cân, béo phì (≥ 25) chiếm tỷ lệ thấp nhất 5,6%.

Bảng 2. Phân loại suy tim

Biến số		Tần số	Tỷ lệ %
Suy tim	Giai đoạn C	177	57,8

Bảng 3. Tỷ lệ mắc hội chứng dễ bị tổn thương ở người bệnh cao tuổi bị suy tim

Biến số		HCDBTT	Tiền HCDBTT	Không HCDBTT	p
Tuổi TB 76 ± 9 (60 - 100)	60 - 69	41 (46,65%)	16 (18,2%)	31 (35,2%)	0,008
	70 - 79	65 (59,1%)	21 (19,1%)	24 (21,8%)	
	≥ 80	74 (68,45%)	19 (17,6%)	15 (13,9%)	
BMI	Thiếu cân (<18,5)	180 (76,4%)	56 (18,3%)	70 (22,9%)	0,03
	Bình thường (18,5-24,9)	118 (54,1%)	45 (20,6%)	55 (25,2%)	
	Thừa cân, béo phì (≥ 25)	9 (52,9%)	3 (17,6%)	5 (29,4%)	
Giới	Nam	72 (53,5%)	31 (23%)	32 (23,7%)	0,12
	Nữ	108 (63,2%)	25 (14,6%)	38 (22,2%)	

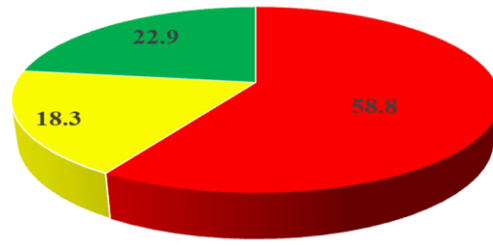
Tỷ lệ người bệnh mắc HCDBTT tăng dần theo tuổi. Nhóm người bệnh từ 80 tuổi trở lên mắc HCDBTT cao nhất trong các nhóm tuổi chiếm 68,45%, sự khác biệt rõ rệt về mức độ của HCDBTT giữa các nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê (với $p = 0,008$).

Nhóm người bệnh thiếu cân có xu hướng xuất hiện HCDBTT cao nhất chiếm 76,4%, cao

	Giai đoạn D	132	43,1
NYHA lúc nhập viện	NYHA III	254	83,0
	NYHA IV	52	17,0

Số người bệnh suy tim giai đoạn C chiếm tỷ lệ 57,8%, nhiều hơn số người bệnh suy tim giai đoạn D (43,1%). NYHA lúc nhập viện của người bệnh phần lớn là NYHA III (83%).

Tỷ lệ mắc hội chứng dễ bị tổn thương ở người bệnh cao tuổi bị suy tim



Biểu đồ 1. Tỷ lệ mắc HCDBTT ở người bệnh cao tuổi bị suy tim

Tỷ lệ mắc HCDBTT ở người bệnh cao tuổi bị suy tim là 58,8%; có 56 người bệnh có tiền HCDBTT chiếm 18,3% và 70 người bệnh không có HCDBTT chiếm 22,9%.

Một số yếu tố liên quan mắc HCDBTT ở người bệnh cao tuổi bị suy tim

hơn so với nhóm có BMI bình thường hoặc quá cân, béo phì. Sự khác biệt rõ rệt có ý nghĩa thống kê (với $p = 0,03$).

Nhóm người bệnh nữ có HCDBTT (63,2%) nhiều hơn so với nhóm người bệnh nam (53,5%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 4. Mối liên quan giữa tình trạng suy tim và tình trạng mắc hội chứng dễ bị tổn thương ở người bệnh cao tuổi bị suy tim

Biến số		HCDBTT	Tiền HCDBTT	Không HCDBTT	p
Phân suất tổng máu thất trái	EF < 40%	23 (74,2%)	5 (16,1%)	3 (9,7%)	0,04
	EF40 - 49%	22 (62,9%)	5 (14,3%)	8 (22,9%)	
	EF $\geq 50\%$	135 (56,2%)	46 (19,2%)	59 (24,6%)	
Suy tim giai đoạn	Giai đoạn C	136 (54%)	49 (19,4%)	67 (26,6%)	0,000
	Giai đoạn D	44 (81,5%)	7 (13,0%)	3 (5,6%)	

Phân độ NYHA	NYHA III	136 (53,5%)	51 (20,1%)	67 (26,4%)	0,000
	NYHA IV	44 (84,6%)	5 (9,6%)	3 (5,8%)	

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ mắc HCDBTT với phân suất tổng máu thất trái, suy tim giai đoạn và phân độ NYHA. Người bệnh có phân suất tổng máu thấp có tỷ lệ mắc HCDBTT (74,2%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có phân suất tổng máu 40-49% hoặc lớn 50%, với EF 40-49 là 62,9%, EF > 50 là 56,2%. Người bệnh suy tim giai đoạn D có tỷ lệ mắc HCDBTT 81,5% cao hơn so với người bệnh suy tim giai đoạn C (54%). Người bệnh suy tim NYHA IV có tỷ lệ mắc HCDBTT 84,6% cao hơn so với người bệnh suy tim NYHA III (53,5%).

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ mắc HCDBTT ở người cao tuổi bị suy tim là 58,8%. Có 56 người bệnh tiền HCDBTT chiếm 18,3% và 70 người bệnh không có HCDBTT 22,9%. Tỷ lệ mắc HCDBTT ở người bệnh suy tim khác nhau theo các quốc gia trên thế giới. Trên thế giới, ước tính tỷ lệ mắc HCDBTT ở người bệnh cao tuổi suy tim là 44,5%⁵. Kết quả cho thấy người bệnh cao tuổi suy tim tại Việt Nam bị mắc HCDBTT cao hơn rất nhiều so với người cao tuổi mắc suy tim trên toàn cầu. HCDBTT thể hiện ở sự hồi phục chậm và không hoàn toàn, và người bệnh có nguy cơ tử vong cao hơn khi mắc thêm các bệnh cấp tính. Do vậy, bác sĩ cần chú ý tầm soát để phát hiện tình trạng mắc HCDBTT góp phần ngăn ngừa các biến cố cho người bệnh.

Tỷ lệ người bệnh có HCDBTT tăng dần theo tuổi. Nhóm người bệnh từ 80 tuổi trở lên có HCDBTT cao nhất chiếm 68,45%, tiếp theo là nhóm từ 70 - 79 tuổi chiếm 59,1% và nhóm 60 - 69 tuổi chiếm 46,65%. Ngược lại, tỷ lệ người bệnh tiền HCDBTT giảm theo tuổi. Có lẽ một phần lớn số người bệnh trong nhóm này đã chuyển sang nhóm bị HCDBTT. Nhóm không bị HCDBTT thì tỷ lệ nghịch so với nhóm tuổi. Có liên quan mật thiết giữa mức độ của HCDBTT với sự gia tăng của tuổi (với $p < 0,008$). Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng các kết quả nghiên cứu ở trong và ngoài nước là tỷ lệ mắc HCDBTT tăng lên theo tuổi. Kết quả nghiên cứu của Reis (2014) ⁶cũng chỉ ra rằng tỷ lệ mắc HCDBTT tăng theo tuổi ở nhóm người bệnh cao tuổi.

Trong tổng số 306 đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có 171 người bệnh nữ chiếm 55,9%, cao hơn so với 135 người bệnh nam chiếm 44,1%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ mắc HCDBTT giữa 2 nhóm người bệnh nam và nữ ($p > 0,05$). Kết quả trên tương đồng

với người bệnh một số nghiên cứu trên thế giới cũng như tại Việt Nam. Nghiên cứu của Chang tại Đài Loan ⁷ và nghiên cứu của Nguyễn Xuân Thanh (2015)⁸ đều không có sự khác biệt về tỷ lệ mắc bệnh suy tim theo yếu tố giới.

BMI trung bình của người bệnh cao tuổi suy tim là 21.04 ± 2.57 , tỷ lệ người bệnh có BMI bình thường cao nhất (71,2%), tiếp đến là nhóm thiếu cân (23,2%), nhóm quá cân và béo phì chiếm tỷ lệ thấp nhất (5,6%), trong đó nhóm thiếu cân có tỷ lệ mắc HCDBTT cao nhất (76,4%) và sự khác biệt rõ rệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,03$. Việc duy trì hoặc chuyển về BMI bình thường có thể can thiệp được bằng chế độ dinh dưỡng. Do đó bác sĩ cần tư vấn chế độ dinh dưỡng phù hợp cho người bệnh để duy trì BMI đạt chuẩn. BMI trung bình của người bệnh cao tuổi bị suy tim ở Việt Nam có xu hướng thấp hơn trên thế giới. Theo nghiên cứu toàn cầu năm 2017⁹, chỉ số khối cơ thể của người bệnh cao tuổi bị suy tim ở Trung Đông cao nhất với BMI = 30, tiếp đến là Nam Mỹ với BMI = 29. Có thể do sự khác biệt về thói ăn uống, sinh hoạt cũng như yếu tố di truyền và môi trường sống khác nhau.

Tỷ lệ người bệnh mắc HCDBTT tăng dần khi phân suất tổng máu thất trái giảm dần. Nhóm người bệnh có EF < 40% có tỷ lệ mắc HCDBTT cao nhất, tiếp theo là nhóm EF 40-49% (62,9%) và nhóm EF ≥ 50% (56,2%). Ngược lại, tỷ lệ không mắc HCDBTT tăng theo sự tăng của phân suất tổng máu thất trái. Tuy nhiên, ở nghiên cứu của Hamada Tomoyuki¹⁰, tình trạng mắc HCDBTT của nhóm suy tim phân suất tổng máu bảo tồn cao hơn nhóm suy tim phân suất tổng máu giảm. Có thể lý giải bởi đối tượng nghiên cứu của họ là nhóm người bệnh rất lớn tuổi (với tuổi trung bình là 81 tuổi), đã được kiểm tra và khám tầm soát về vấn đề tim mạch thường xuyên, sử dụng thuốc và can thiệp từ lúc mới phát hiện suy tim, nên tỷ lệ người cao tuổi có EF bảo tồn cao. Trong khi đó tại Việt Nam, do hạn chế về nhận thức và người dân ít khi đi khám sàng lọc sức khỏe nên tỷ lệ EF giảm cao nhất trong các nhóm.

Giai đoạn suy tim có ảnh hưởng đến mức độ của HCDBTT. Người bệnh suy tim giai đoạn D có tỷ lệ mắc HCDBTT 81,5% cao hơn so với người bệnh suy tim giai đoạn C (54%) ($p < 0.000$). Một nghiên cứu khác trên 145 người bệnh suy tim giai đoạn C được thực hiện tại Mỹ đã báo cáo rằng tỷ lệ người bệnh này được nhập viện là khoảng 45%, và giai đoạn D là khoảng 55%¹¹.

Tuy nhiên, hiện tại chúng tôi nhận thấy chưa có báo cáo nào chỉ ra được mối liên quan giữa các giai đoạn của suy tim và mức độ của HCDBTT trên người bệnh.

Phân độ NYHA ở người bệnh cao tuổi bị suy tim có ảnh hưởng trực tiếp đến tình trạng dễ bị tổn thương ($p < 0.000$). Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy người bệnh suy tim NYHA IV có tỷ lệ mắc HCDBTT 84,6% cao hơn so với người bệnh suy tim NYHA III (53,5%), tỷ lệ người bệnh NYHA IV mắc HCDBTT hoặc không mắc thấp hơn người bệnh NYHA III. Trên thế giới hiện tại mới chỉ có những nghiên cứu về mối liên quan giữa NYHA III/IV và HCDBTT chứ chưa tách riêng về hai phân độ này.

V. KẾT LUẬN

HCDBTT là vấn đề sức khỏe thường gặp ở người bệnh cao tuổi bị suy tim chiếm 58,8%. Tuổi, chỉ số BMI, phân suất tống máu thất trái, suy tim giai đoạn và phân độ NYHA là những yếu tố có liên quan có ý nghĩa thống kê đến tỷ lệ mắc HCDBTT ở người bệnh suy tim cao tuổi tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Theresa A McDonagh MM, Marianna Adamo, Roy S Gardner, Andreas Baumbach, Ovidiu Chioncel,.** European Heart Journal. 21 September 2021;42(36):3599–3726.
2. **Newman A, Gottdiener JS, McBurnie MA, Hirsch CH, Kop WJ, Tracy R, Walston JD,**

and Fried LP. Associations of subclinical cardiovascular disease with frailty J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001;56:M158-M166.

3. **Bộ Y tế.** Quyết định số 1857/QĐ-BYT. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị suy tim cấp và mạn. 2022: 5-23
4. **Hà Quốc Hùng.** Đặc điểm hội chứng dễ bị tổn thương (Frailty syndrome) trên người cao tuổi có bệnh thận mạn điều trị tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương. Trường đại học Y Hà Nội; 2019.
5. **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. International journal of cardiology. 2017;236:283-289.
6. **Reis Júnior WM, Carneiro JAO, Coqueiro RdS, Santos KT, Fernandes MH.** Pre-frailty and frailty of elderly residents in a municipality with a low Human Development Index. Revista latino-americana de enfermagem. 2014;22:654-661.
7. **Chang C-I, Chan D-C, Kuo K-N, Hsiung CA, Chen C-Y.** Prevalence and correlates of geriatric frailty in a northern Taiwan community. Journal of the Formosan Medical Association. 2011; 110 (4):247-257.
8. **Nguyễn Xuân Thanh.** Hội chứng dễ bị tổn thương (Frailty Syndrome) và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân cao tuổi điều trị tại Bệnh viện Lão Khoa Trung Ương: Luận văn thạc sỹ y học chuyên ngành Nội khoa. Trường đại học Y Hà Nội; 2015.
9. **Dokainish H, Teo K, Zhu J, et al.** Global mortality variations in patients with heart failure: results from the International Congestive Heart Failure (INTER-CHF) prospective cohort study. The Lancet Global Health. 2017;5(7):e665-e672.
10. **Hamada T, Kubo T, Kawai K, et al.** Clinical characteristics and frailty status in heart failure with preserved vs. reduced ejection fraction. ESC Heart Failure. 2022;9(3):1853-1863.

KHẢO SÁT CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ SẸO HEP THANH - KHÍ QUẢN TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG TP. HỒ CHÍ MINH

Trần Hoàng Anh¹, Trần Tuấn Anh²,
Phùng Quang Duy², Nguyễn Thị Ngọc Dung³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát các phương pháp điều trị sẹo hep thanh – khí quản tại bệnh viện Tai mũi họng Thành phố Hồ Chí Minh. **Phương pháp:** Hồi cứu và tiến cứu mô tả cắt ngang hàng loạt ca. **Đối tượng nghiên cứu:** 29 trường hợp sẹo hep thanh – khí quản điều trị tại Bệnh viện Tai mũi họng Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 01/2020 đến tháng 8/2022.

Kết quả: Qua nghiên cứu 29 đối tượng, chúng tôi rút ra được các kết luận sau: Các phương pháp phẫu thuật hiện nay tại Bệnh viện Tai mũi họng Thành phố Hồ Chí Minh: Phương pháp cắt mô hạt viêm, cắt màng được chỉ định phẫu thuật nhiều nhất (chiếm 46,8%), tiếp đến là nong bằng ống nội khí quản (40,4%) và tiêm Steroid tại chỗ (10,6%), ít gặp phương pháp phẫu thuật ghép sụn (chỉ có 1 trường hợp chiếm 2,1%). Trong nhóm sử dụng hai phương pháp thì chỉ định kết hợp cắt mô hạt viêm, cắt màng và nong bằng ống NKQ hay gặp hơn so với phương pháp tiêm Steroid tại chỗ và nong bằng ống nội khí quản (38% so với 10,3%). **Kết luận:** Phương pháp cắt mô hạt viêm, cắt màng được chỉ định phẫu thuật nhiều nhất, tiếp đến là nong bằng ống nội khí quản và tiêm Steroid tại chỗ, ít gặp phương pháp phẫu thuật ghép sụn.

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương

²Bệnh viện Quốc tế Becamex

³Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hoàng Anh

Email: bsanh.ent@ecovnn.com

Ngày nhận bài: 9.5.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.6.2023

Ngày duyệt bài: 11.7.2023