

HỘI CHỨNG DỄ BỊ TỔN THƯƠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH CAO TUỔI NHỒI MÁU NÃO CẤP TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Lê Quang Toàn¹, Trần Việt Lực^{2,3},
Nguyễn Xuân Thanh^{2,3}, Phạm Thắng²

TOM TẮT

Mục tiêu: đánh giá hội chứng dễ bị tổn thương và một số yếu tố liên quan ở người bệnh cao tuổi mắc đột quỵ nhồi máu não cấp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 120 bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên bị đột quỵ nhồi máu não cấp, với thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đến khi nhập viện trong vòng 24 giờ, điều trị tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An. **Kết quả:** tuổi trung bình 72,37 tuổi, giới nam chiếm 56,7%. Tỷ lệ bệnh nhân có hội chứng dễ bị tổn thương là 32,5%. Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa hội chứng dễ bị tổn thương với tuổi, giới. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa hội chứng dễ bị tổn thương và chỉ số khối cơ thể, tình trạng hôn nhân. **Kết luận:** Hội chứng dễ bị tổn thương là một hội chứng khá thường gặp ở người cao tuổi mắc bệnh đột quỵ nhồi máu não cấp, đặc biệt là những người có tình trạng ly hôn/ góa và chỉ số khối cơ thể <18,5. Do đó, cần sàng lọc thường quy hội chứng dễ bị tổn thương trên nhóm đối tượng trên. **Từ khóa:** hội chứng dễ bị tổn thương, mối liên quan, nhồi máu não cấp

SUMMARY

FRAILTY SYNDROME AND SOME RELATED FACTORS AMONG OLDER PATIENTS WITH ACUTE ISCHEMIC STROKE AT NGHE AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL

Objectives: to assess the prevalence of frailty syndrome and some related factors among older patients with acute ischemic stroke. **Subject and method:** The study included 120 participants aged 60 years or older with acute ischemic stroke who were hospitalized within 24 hours of symptom onset and treated at Nghe An General Friendship Hospital. **Results:** The mean age of the patients was 72.37 years, 56.6% were male. The prevalence of frailty syndrome was 32.5%. There was no statistically significant relationship between frailty syndrome and age and gender. There was a statistically significant association between frailty syndrome and body mass index, marital status. **Conclusion:** Frailty syndrome is

a common syndrome in older patients with acute ischemic stroke, especially those with divorce/widow status and body mass index <18.5. Therefore, it is necessary to routinely screen for the frailty syndrome in this group. **Keywords:** frailty syndrome, association, acute ischemic stroke

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ nhồi máu não cấp là một bệnh cấp cứu nội khoa và cũng là nguyên nhân gây tàn phế, tử vong lớn nhất ở người trưởng thành tại các nước phát triển. Cùng với sự phát triển của khoa học, ngày càng có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán, tiên lượng và điều trị bệnh lý đột quỵ. Tuy nhiên, theo các hướng dẫn điều trị thì việc cá thể hoá trong chẩn đoán, điều trị, nghĩa là mỗi bệnh nhân sẽ được đánh giá, đo lường, phân tầng nguy cơ một cách cụ thể và chính xác, qua đó sẽ lựa chọn phương pháp điều trị tối ưu nhất, đặc biệt là người cao tuổi và bệnh đột quỵ não chủ yếu xảy ở người cao tuổi (hơn 80% xảy ra ở người trên 65 tuổi), mức độ hồi phục và các biến cố chịu ảnh hưởng rất lớn bởi tuổi tác [1,2].

Theo một số nghiên cứu, người cao tuổi mắc đột quỵ não có hội chứng dễ bị tổn thương chiếm tỷ lệ cao (31,3%) và tình trạng này ảnh hưởng nghiêm trọng đến tỷ lệ tử vong, mức độ cải thiện hồi phục trong thời gian 24 giờ sau nhập viện; thời điểm 3 tháng và 12 tháng (25% so với 5,7%; 34,4% so với 7,1%) [3,4]. Do đó, nhu cầu cần thiết là cần có một công cụ giúp người thầy thuốc đánh giá và phân tầng được nguy cơ dựa trên những đặc điểm riêng biệt liên quan đến tình trạng dễ bị tổn thương của nhóm người cao tuổi này. Một trong những công cụ giúp cho người thầy thuốc giải quyết được đòi hỏi đó chính là các thang điểm đánh giá mức độ dễ bị tổn thương ở người cao tuổi như: thang điểm đánh giá hội chứng dễ bị tổn thương trên lâm sàng của Canada (Clinical Frail Scale- CFS), thang điểm dễ bị tổn thương (Frail Scale -FS). Để tìm hiểu và đánh giá tác động của HCDBTT với bệnh đột quỵ nhồi máu não cấp, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Hội chứng dễ bị tổn thương và một số yếu tố liên quan ở người bệnh cao tuổi nhồi máu não cấp tại bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An".

¹Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An

²Bệnh viện Lão Khoa Trung Ương

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Quang Toàn

Email: drlequangtoan@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.5.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.6.2023

Ngày duyệt bài: 10.7.2023

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân tuổi từ 60 trở lên, được chẩn đoán nhồi máu não cấp điều trị tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An từ tháng 10/2022 đến tháng 02/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán đột quỵ nhồi máu não cấp theo AHA/ASA 2019.
- Lâm sàng đột ngột xuất hiện các dấu hiệu thần kinh khu trú và các dấu hiệu này tồn tại trên 01 giờ.
- Thời gian triệu chứng xuất hiện đến khi nhập viện không quá 24 giờ.
- Chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ sọ não loại trừ xuất huyết não.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân đồng mắc các bệnh nội khoa cấp tính như: nhồi máu cơ tim đồng thời, viêm phổi nặng, hôn mê do ĐTĐ, tình trạng nhiễm khuẩn nặng khác..
- Bệnh nhân và người nhà không đồng ý tham gia.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu quan sát, mô tả cắt ngang.

Thu thập thông tin: Thời điểm tiến hành phỏng vấn là trong vòng 24h sau nhập viện. Bệnh nhân được khám và đánh giá theo một mẫu bệnh án thống nhất: yếu tố tiền sử bệnh, các yếu tố nguy cơ, hoàn cảnh gia đình- xã hội học, triệu chứng khởi phát, thời gian khởi phát.

Xét nghiệm cận lâm sàng được làm ngay khi nhập viện: chụp cắt vi tính hoặc cộng hưởng từ sọ não, điện tim, xét nghiệm công thức máu, đông máu, sinh hóa máu.

Điều trị: tất cả bệnh nhân đều được điều trị theo quy trình thống nhất; điều trị tiêu huyết khối đường tĩnh mạch nếu bệnh nhân đến sớm trong vòng 4,5 giờ nếu không có chống chỉ định, điều trị lấy huyết khối đường động mạch bằng dụng cụ cơ học nếu có bằng chứng tắc động mạch lớn trong vòng 6 giờ, nếu không có chống chỉ định, điều trị nội khoa kháng tập tiểu cầu và hoặc chống đông, statin và các yếu tố nguy cơ khác, phục hồi chức năng sớm, dự phòng cấp 2

Biến số nghiên cứu: Bệnh nhân được đánh giá HCDBTT theo thang điểm Frailty Scale. Đánh giá: 0 điểm: không có HCDBTT, 1-2 điểm: tiền HCDBTT, 3-5 điểm: HCDBTT [5].

Các yếu tố liên quan: tuổi, giới (nam, nữ), chỉ số khối cơ thể (BMI), tình trạng hôn nhân

Đạo đức nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân và người nhà được giải thích cặn kẽ, rõ ràng và

đồng ý tham gia nghiên cứu, nghiên cứu không làm trì hoãn quá trình điều trị tái tưới máu và các cấp cứu nội khoa khác nếu có.

Phân tích và xử lý số liệu: Quản lý số liệu theo phần mềm SPSS 20, đánh giá tỷ lệ phần trăm, trung bình, sử dụng test χ^2 để so sánh sự khác nhau về tỷ lệ giữa các yếu tố nguy cơ, test T- student để kiểm định sự khác biệt giữa các giá trị trung bình.

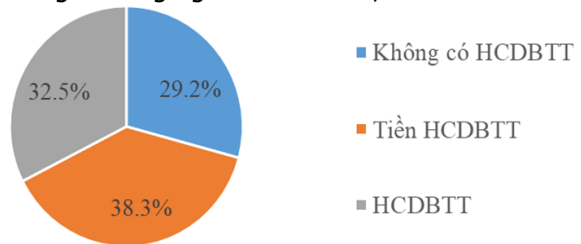
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số có 120 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu với đặc điểm chung được mô tả trong bảng 1

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

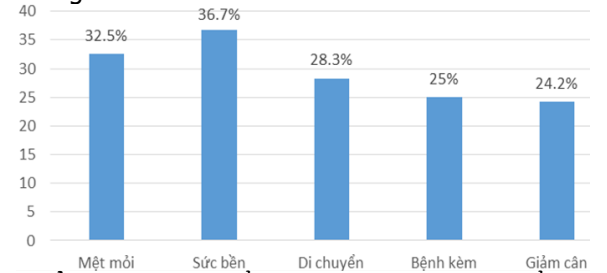
		N	%
Giới tính	Nam	68	56,7
	Nữ	52	43,3
Nhóm tuổi	60 - 80	99	82,5
	> 80	21	17,5
Tuổi trung bình TB±SD		72,37 ± 9,16	
		Nhỏ nhất: 60; Lớn nhất: 106	

Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 72,37 ± 9,16, tuổi cao nhất là 106 và tuổi thấp nhất là 60, nhóm bệnh nhân trên 80 tuổi chiếm 17,5%. Nam giới gặp nhiều hơn nữ giới, tỷ lệ nam giới trong nghiên cứu là 56,7%.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ HCDBTT

Bệnh nhân có HCDBTT chiếm 32.5%, tiền HCDBTT chiếm nhiều nhất với 38,3%, 29,2% không có HCDBTT



Biểu đồ 2. Đặc điểm CDBTT theo thang điểm FS

Bệnh nhân có HCDBTT với mức giảm sức bền là chiếm tỷ lệ cao nhất (36,7%), tiếp theo là tình trạng mệt mỏi và mức di chuyển giảm với lần lượt là: 32,5%, 28,3%.

Bảng 2. Một số yếu tố liên quan với HCDBTT

Mức độ		Có HCDBTT N (%)	Không HCDBTT N (%)	p
Tiêu chí				
Tuổi	≤ 80	25 (25,3%)	74 (74,7%)	<0,001
	> 80	14 (66,7%)	7 (33,3%)	
Giới	Nam	18 (26,5%)	50 (73,5%)	0,107
	Nữ	21 (40,4%)	31 (59,6%)	
BMI	< 18,5	13 (65%)	7 (35%)	<0,001
	18,5 - 22,9	24 (25%)	72 (75%)	
	23 - 24,9	2 (50%)	2 (50%)	
Hôn nhân	Đã kết hôn	27 (27%)	73 (73%)	0,008
	Chưa kết hôn	1 (50%)	1 (50%)	
	Ly hôn/goá	11 (61,1%)	7 (38,9%)	

Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa HCDBTT với tuổi, giới. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa HCDBTT và BMI, tình trạng hôn nhân. Trong đó BMI <18,5 và ly hôn/ goá có tỷ lệ HCDBTT cao hơn so với những người có BMI ≥ 18,5 và đã kết hôn

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu tuổi trung bình là 72,37 ± 9.16 tuổi, nam giới chiếm 56,7%. So với nghiên cứu của Martin Taylor-Rowan tuổi trung bình của chúng tôi cao hơn (69 tuổi) và tuy nhiên về giới thì nghiên cứu của chúng tôi là tương đương (nam: 54%) [4].

Tỷ lệ bệnh nhân có HCDBTT trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi gặp 32,5%, tiền HCDBTT là 38,3% và không bị HCDBTT là 29,2%; cũng giống như kết quả nghiên cứu của Nicolas R Evans và cộng sự [6] thì nhóm bệnh nhân tiền HCDBTT là cao nhất với 49% và tiếp theo là nhóm bệnh nhân bị HCDBTT là 22% và nhóm không bị HCDBTT là 20%. Tuy nhiên về dưới nhóm thì vẫn có sự khác biệt có lẽ do chúng tôi nghiên cứu với cỡ mẫu nhỏ hơn và đối tượng nghiên cứu cũng khác nhau như bệnh nhồi máu não cấp với bệnh lý mạch máu não nói chung. So sánh với kết quả nghiên cứu (12,4% bị HCDBTT, 55,1% tiền HCDBTT và 32,5% khỏe mạnh) của tác giả Masashi và cộng sự [7] kết quả của chúng tôi có khác hơn, có thể nguyên nhân là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi khác so với của tác giả trên (Tuổi 60 so với 65; thời gian khởi phát triệu chứng đến khi nhập viện 24 giờ so với 48 giờ). Đặc điểm HCDBTT trong nghiên cứu của chúng tôi có kết quả như sau: giảm sức bền chiếm tỷ lệ cao nhất với 36,7%, tiếp theo tình trạng mệt mỏi 32,5%, khả năng di chuyển, bệnh lý kèm theo và mức giảm cân lần lượt

28,3%, 25,0%, 24,2%, giữa các nhóm này sự khác nhau không nhiều.

Tỷ lệ bệnh nhân bị HCDBTT ở nhóm người ly hôn/ goá là cao nhất với 61%, tiếp theo nhóm chưa kết hôn 50% và nhóm đã kết hôn chỉ chiếm 27%, điều này cho thấy tình trạng hôn nhân ở người cao tuổi là một yếu tố ảnh hưởng quan trọng đến HCDBTT. Liên quan với chỉ số khối của cơ thể, nhóm bệnh nhân thừa cân hoặc gầy có tỷ lệ bị HCDBTT cao hơn (65%, 50%) so với nhóm bệnh nhân có chỉ số bình thường (25%). Một phân tích tổng quan cũng cho thấy những người lớn tuổi có BMI ≥35,0 kg/m² có tỷ lệ HCDBTT cao hơn. Các cơ chế chính có khả năng liên quan giữa béo phì và kết quả bất lợi là những thay đổi trao đổi chất và tải trọng cơ học. Tăng tế bào mỡ, đặc biệt là mỡ trong ổ bụng, gây ra hội chứng chuyển hóa bao gồm kháng insulin, đái tháo đường tít 2, tăng huyết áp và rối loạn lipid máu. Hơn nữa, các tế bào mỡ có liên quan đến tình trạng viêm, stress oxy hóa và rối loạn điều hòa miễn dịch là những yếu tố bệnh lý của bệnh tim mạch, suy giảm nhận thức, đột quỵ và ung thư. Ngoài ra, tăng trọng lượng cơ thể gây thoái hóa cơ xương, chẳng hạn như thoái hóa khớp gối, đau thắt lưng. Những người thừa cân và béo phì cũng tăng nguy cơ trầm cảm.

V. KẾT LUẬN

HCDBTT là một hội chứng khá thường gặp ở người cao tuổi mắc bệnh đột quỵ nhồi máu não cấp, đặc biệt là những người có tình trạng ly hôn/ goá và chỉ số khối cơ thể <18,5. Do đó, cần sàng lọc thường quy hội chứng để bị tổn thương trên nhóm đối tượng trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Ruo-Li Chen, Joyce S. Balami, Margaret M. Esiri, Liang-Kung Chen and Alastair M.Buchan.** "Ischemic stroke in the elderly:an overview of evidence". Chen, R.-L.et al. Nat. Rev. Neurol. 6, 256–265 (2010); published online 6 April 2010; doi:10.1038/nrneurol.2010.36.
- Adams, H.P., Jr., et al.,** Classification of subtype of acute ischemic stroke. Definitions for use in a multicenter clinical trial. TOAST. Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment. Stroke, 1993. 24(1): p. 35-41.
- Vu HTT, Nguyen TX, Nguyen TN, et al.** Prevalence of frailty and its associated factors in older hospitalized patient in Vietnam. BMC Geriatr, 2017; 17 (1): 216. doi:10.1186/s12877 - 017 - 0609- y.
- Martin Taylor-Rowan, Gillian Cuthbertson, Ruth Keir, et al.** "The prevalence of frailty among acute stroke patients, and evaluation of method of assessment". Clinical Rehabilitation, 2019, pp 1- 9.

5. **Anh, D. T. N., Nguyen, T. T. T., Nguyen, T. C., & Nguyen, T. V.** (2022). The validity of the FRAIL Scale in frailty screening among Vietnamese older people. *Asian Medicine and Healthcare*, 13(2), 87-92. <https://doi.org/10.33879/amh.132.2021.07060>
6. **Nicholas R Evans, Oliver M Todd, Jatinder S Minhas, et al.** "Frailty and cerebrovascular disease: Concepts and clinical implications for stroke medicine". *International Journal of Stroke*, 0(0) 1-9 2021 World Stroke Organization Article reuse guidelines: doi 10.1177/17474930211034311 journals.sagepub.com/home/wso.
7. **Masashi Kanai, et al** "Pre-Stroke Frailty and Stroke Severity in Elderly Patients with Acute Stroke" *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. Volume 29, Issue 12, December 2020, 105346.

PHÂN TÍCH CHI PHÍ VÀ CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN CHI PHÍ TRỰC TIẾP ĐIỀU TRỊ BỆNH VIÊM PHỔI TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG NĂM 2020

Trương Đình Phong¹, Đỗ Thị Bích Diệp¹, Nguyễn Hà Giang², Trần Thanh Tú³

TÓM TẮT

Nghiên cứu tiến hành trên 400 hồ sơ bệnh án viêm phổi ở trẻ em tại Bệnh viện trẻ em Hải Phòng năm 2020. Kết quả nghiên cứu cho thấy chi phí trung bình cho một đợt điều trị viêm phổi là 6.884.753 VNĐ (5.667.245-8.472.468). Trong đó, chi phí giường bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp theo đó là chi phí thuốc và xét nghiệm. Kháng sinh là nhóm thuốc có chi phí cao nhất với tỷ lệ 69,2% trong tổng chi phí thuốc. Bệnh mắc kèm, phác đồ điều trị và số ngày nằm viện có ảnh hưởng đến chi phí điều trị của bệnh nhân. Trong đó, số ngày điều trị là yếu tố có ảnh hưởng mạnh nhất, khi số ngày điều trị tăng thêm 1 ngày, chi phí điều trị của bệnh nhân tăng thêm 849.609 VNĐ.

SUMMARY

ANALYZING COST AND FACTORS INFLUENCING THE DIRECT TREATMENT COSTS OF PNEUMONIA AT HAI PHONG CHILDREN HOSPITAL IN 2020

In 2020, a research was done on 400 medical records of children with pneumonia at Hai Phong Children's Hospital. The average cost of a course of pneumonia treatment, according to research, is 6,884,753 VNĐ (5,667,245 - 8,472,468). The cost of hospital beds accounts for the majority of this, followed by the cost of medications and testing. Antibiotics are the most expensive medication class, accounting for 69.2 percent of overall prescription expenses. The patient's treatment expenses are influenced by comorbidities, treatment regimen, and the number of days spent in the hospital. In which, the number of treatment days is the most important

factor, increasing the number of treatment days by one day increases the patient's treatment expenditures by 849,609 VNĐ.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hầu hết trẻ em khi điều trị viêm phổi đều phải nhập viện với nhiều loại chi phí khác nhau như: chi phí thuốc, chi phí giường bệnh, chi phí xét nghiệm, chẩn đoán. Chi phí điều trị viêm phổi ở trẻ em đang là gánh nặng kinh tế với các gia đình. Bên cạnh đó, khi bệnh nhân bắt đầu nhập viện điều trị nội trú và chưa có kết quả kháng sinh đồ, hầu hết bệnh nhân được điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm. Hiện nay, tỷ lệ đề kháng kháng sinh của vi khuẩn nói chung và vi khuẩn gây viêm phổi nói riêng ngày càng gia tăng. Một số vi khuẩn gây viêm phổi như *Streptococcus pneumoniae* đã kháng lại hoàn toàn oxacillin, *Staphylococcus spp* chỉ còn nhạy cảm với vancomycin [1]. Tình trạng này dẫn đến việc tăng chi phí điều trị cho bệnh nhân viêm phổi do phải kết hợp phác đồ nhiều loại thuốc kháng sinh cũng như kéo dài thời gian của một đợt điều trị.

Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng là bệnh viện hàng đầu tại thành phố Hải Phòng điều trị các bệnh cho trẻ em. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi thực hiện đề tài này với các mục tiêu sau:

- Phân tích chi phí trực tiếp trong điều trị bệnh viêm phổi tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2020.
- Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến chi phí trực tiếp trong điều trị viêm phổi ở trẻ em tại Bệnh viện trong thời gian trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Chi phí trực tiếp điều trị viêm phổi ở trẻ em tại Bệnh viện trẻ em Hải Phòng từ ngày 01/01/2020 đến ngày 31/12/2020.

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng

³Bệnh viện Thanh Nhân Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trương Đình Phong

Email: tdphong@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.5.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.6.2023

Ngày duyệt bài: 6.7.2023