

burden mHSPC so với điều trị ADT đơn thuần. Kết quả thử nghiệm STAMPEDE trên nhánh bệnh nhân SOC cho thấy, tỉ lệ sống sau 5 năm ở nhóm bệnh nhân low burden cao hơn đáng kể so với nhóm bệnh nhân high burden (55% và 28%). Khi so sánh OS giữa hai nhóm bệnh high burden (ADT + AAP và SOC), kết quả cho thấy AAP giúp giảm 46% tỉ lệ tử vong so với nhóm bệnh nhân SOC. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, OS trung vị của nhóm bệnh nhân low burden cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân high burden (55,2 tháng so với 26,8 tháng, p logrank = 0,02). Từ kết quả của các thử nghiệm pha III và kết quả trong nghiên cứu này, chúng tôi thấy rằng nhóm bệnh nhân high burden có tiên lượng xấu hơn so với nhóm bệnh nhân low burden và AAP giúp cải thiện OS đối với bệnh nhân high burden.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 65 bệnh nhân mPCa điều trị tuần tự với liệu pháp ADT và ADT kết hợp AAP. Kết quả cho thấy, OS trung vị là 44,5 tháng (95%CI: 37,5-51,5), tỉ lệ bệnh nhân còn sống sau 5 năm là 20%. Tuổi (≥ 70), thể trạng (PS ≥ 2), điểm Gleason (≥ 8), chẩn đoán ban đầu (de novo) là những yếu tố có giá trị tiên lượng độc lập với OS (p < 0,05).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cancer today.** <<http://gco.iarc.fr/today/home>>, accessed: 05/08/2023.
2. **Cancer of the Prostate - Cancer Stat Facts.** SEER, <<https://seer.cancer.gov/statfacts/html/prost.html>>, accessed: 05/08/2023.
3. **Ryan C.J., Smith M.R., De Bono J.S. và cộng sự.** (2013). Abiraterone in Metastatic Prostate Cancer without Previous Chemotherapy. *N Engl J Med*, 368(2), 138–148.
4. **James N.D., Clarke N.W., Cook A. và cộng sự.** (2022). Abiraterone acetate plus prednisolone for metastatic patients starting hormone therapy: 5-year follow-up results from the STAMPEDE randomised trial (NCT00268476). *Int J Cancer*, 151(3), 422–434.
5. **Humphreys M.R., Fernandes K.A., và Sridhar S.S.** (2013). Impact of Age at Diagnosis on Outcomes in Men with Castrate-Resistant Prostate Cancer (CRPC). *J Cancer*, 4(4), 304–314.
6. **Sweeney C.J., Chen Y.-H., Carducci M. và cộng sự.** (2015). Chemohormonal Therapy in Metastatic Hormone-Sensitive Prostate Cancer. *N Engl J Med*, 373(8), 737–746.
7. **Koura M., Shiota M., Ueda S. và cộng sự.** (2021). Prognostic impact of prior local therapy in castration-resistant prostate cancer. *Jpn J Clin Oncol*, 51(7), 1142–1148.
8. **Abiraterone plus prednisone added to androgen deprivation therapy and docetaxel in de novo metastatic castration-sensitive prostate cancer (PEACE-1):** a multicentre, open-label, randomised, phase 3 study with a 2 x 2 factorial design - *The Lancet*.

ĐÁNH GIÁ HỘI CHỨNG DỄ BỊ TỔN THƯƠNG THEO THANG ĐIỂM SEGA Ở NGƯỜI BỆNH CAO TUỔI BỊ ĐỘT QUY NHỒI MÁU NÃO CẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẮC GIANG

Lương Thị Thanh¹, Trần Viết Lực^{2,3}, Phạm Thắng^{3,4}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng của hội chứng dễ bị tổn thương (HCDBTT) và một số yếu tố liên quan ở người bệnh cao tuổi bị đột quy nhồi máu não cấp. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 197 bệnh nhân ≥ 60 tuổi được chẩn đoán đột quy nhồi máu não cấp, nhập viện trong vòng 72 giờ từ khi khởi phát triệu chứng, điều trị tại

bệnh viện Đa khoa Bắc Giang. Tình trạng HCDBTT được đánh giá bằng thang điểm SEGA. **Kết quả:** Đối tượng nghiên cứu có tuổi trung bình là $77,9 \pm 9,0$, nữ giới chiếm 53,6% và chủ yếu tới từ nông thôn (74,6%). Dựa theo thang điểm SEGA, tỉ lệ bệnh nhân có HCDBTT là 86,3% (28,9% có HCDBTT nhẹ và 57,4% có HCDBTT nặng). Chưa phát hiện mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa HCDBTT với phương pháp điều trị. Giới nữ, tuổi cao, BMI thấp, nhiều bệnh lý nền, mức độ đột quy nặng hơn (điểm NIHSS cao hơn) và thời gian nằm viện dài hơn liên quan có ý nghĩa với tình trạng HCDBTT nặng hơn. **Kết luận:** Tỉ lệ HCDBTT ở bệnh nhân cao tuổi bị đột quy nhồi máu não cấp tại bệnh viện đa khoa Bắc Giang là tương đối cao. HCDBTT liên quan tới tuổi, giới, BMI, bệnh đồng mắc, mức độ đột quy và thời gian nằm viện dài. Tầm soát sớm và có những biện pháp điều trị/chăm sóc kịp thời với những bệnh nhân mắc HCDBTT là cần thiết.

Từ khóa: đột quy nhồi máu não cấp, hội chứng dễ bị tổn thương, SEGA

¹Bệnh viện Đa khoa Bắc Giang

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Lão khoa Trung ương

⁴Hội Lão Khoa Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Lương Thị Thanh

Email: luongthanh100680@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.9.2023

Ngày duyệt bài: 5.10.2023

SUMMARY**ASSESS THE FRAILTY SYNDROME USING THE SEGA SCALE IN ELDERLY PATIENTS WITH ACUTE ISCHEMIC STROKE AT BAC GIANG GENERAL HOSPITAL**

Objective: Assess the prevalence of frailty syndrome (FS) and related factors in elderly patients with acute ischemic stroke. **Subject and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 197 patients aged ≥ 60 diagnosed with acute ischemic stroke, admitted within 72 hours from symptom onset, and treated at Bac Giang General Hospital. The status of FS was assessed using the SEGA scale. **Results:** The participants had a mean age of 77.9 ± 9.0 , with females accounting for 53.6% and predominantly from rural areas (74.6%). According to the SEGA scale, the prevalence of FS in patients was 86.3% (28.9% with mild FS and 57.4% with severe FS). No statistically significant correlation was found between FS and the treatment method. Female sex, older age, lower BMI, more comorbidities, higher stroke severity (higher NIHSS scores), and longer hospital stays were significantly associated with a higher prevalence of severe FS. **Conclusion:** The prevalence of FS in elderly patients with acute ischemic stroke at Bac Giang General Hospital is relatively high. FS is associated with age, gender, BMI, comorbidities, stroke severity, and longer hospital stays. Early screening and timely implementation of treatment/care for patients with FS are necessary.

Keywords: acute ischemic stroke, frailty syndrome, SEGA.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ là nguyên nhân hàng đầu gây ra tàn tật, khuyết tật, phụ thuộc và tử vong trên toàn cầu. Ước tính rằng 7,41 triệu ca đột quỵ mới xảy ra hàng năm, nghĩa là cứ sau 4,3 giây lại có một ca, và con số này vẫn ngày càng tăng thêm.¹ Sau đột quỵ, hơn 60% bệnh nhân trải qua một số dạng yếu liệt, một nửa trong số đó thuộc mức liệt nặng, dẫn tới hậu quả là những tác động nặng nề đối với xã hội.²

Hội chứng dễ bị tổn thương (Frailty syndrome - HCDBTT) được định nghĩa là một hội chứng suy giảm sinh lý liên quan đến lão hóa, đặc trưng bởi tình trạng dễ bị tổn thương trước các biến cố sức khỏe bất lợi, tỷ lệ mắc HCDBTT dao động từ 3,9% - 51,4% giữa các nước trên thế giới.³ Sự hiểu biết và đánh giá HCDBTT có tầm quan trọng đặc biệt trong việc chăm sóc người cao tuổi. Ở người lớn tuổi có bệnh lý cấp tính (hội chứng vành cấp, đột quỵ...), HCDBTT liên quan chặt chẽ đến tiên lượng xấu hơn.³ Hơn nữa, tỉ lệ mắc HCDBTT sau đột quỵ não cấp không hề thấp và dao động từ 28 - 54% tùy nghiên cứu.³ Tại Việt Nam hiện nay vẫn chưa có các nghiên cứu cụ thể nhằm đánh giá tình trạng

HCDBTT ở đối tượng bệnh nhân cao tuổi mắc đột quỵ nhồi máu não cấp. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu nhằm đánh giá thực trạng của hội chứng dễ bị tổn thương và một số yếu tố liên quan ở đối tượng người bệnh cao tuổi bị đột quỵ nhồi máu não cấp điều trị tại bệnh viện Đa khoa Bắc Giang sử dụng thang điểm SEGA (Short Emergency Geriatric Assessment).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**Đối tượng nghiên cứu**

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu. Bệnh nhân ≥ 60 tuổi, được chẩn đoán xác định đột quỵ nhồi máu não cấp dựa trên phim CLVT hoặc MRI sọ não, sử dụng tiêu chuẩn của WHO, nhập viện trong vòng 72 giờ từ khi khởi phát triệu chứng.⁴

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân nghiên cứu

- Bệnh nhân có đột quỵ chảy máu não kèm theo.
- Bệnh nhân nhồi máu não do u hoặc chấn thương.
- Bệnh nhân mắc các bệnh lý cấp tính đe dọa tính mạng tại thời điểm tham gia nghiên cứu như: suy hô hấp, nhồi máu cơ tim cấp, suy tim nặng, điểm NIHSS > 21 (đột quỵ nặng)...
- Bệnh nhân không thể khai thác đủ thông tin phục vụ chẩn đoán HCDBTT, mất theo dõi.
- Bệnh nhân hoặc người đại diện không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Thời gian và địa điểm tiến hành nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành tại bệnh viện Đa khoa Bắc Giang từ tháng 7 năm 2022 đến hết tháng 4 năm 2023.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu và chọn mẫu

Lấy mẫu thuận tiện: lấy tất cả các bệnh nhân tại bệnh viện Đa khoa Bắc Giang thỏa mãn yêu cầu trong thời gian nghiên cứu. Tổng cộng có 197 bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

Quy trình nghiên cứu. Bệnh nhân nhập viện đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được phỏng vấn, thu thập số liệu phục vụ cho nghiên cứu. Chúng tôi đánh giá HCDBTT dựa vào thang điểm SEGA gồm 9 yếu tố nguy cơ (tuổi, điều kiện nơi ở, thuốc sử dụng, khí sắc, tự đánh giá về sức khỏe so người cùng tuổi, ngã trong 6 tháng qua, dinh dưỡng, Bệnh đồng mắc, khả năng thực hiện các hoạt động thường ngày, khả năng di chuyển, khả năng tự chủ đại tiểu tiện, khả năng tự dùng bữa, khả năng nhận thức), mỗi yếu tố nguy cơ

được cho từ 0-2 điểm dựa trên mức độ nặng. Tổng điểm cuối cùng được dùng để phân loại tình trạng mắc HCDBTT (SEGA 0-8 điểm: không có HCDBTT; SEGA 9-11 điểm: HCDBTT nhẹ; SEGA ≥12 điểm: HCDBTT nặng), mức độ đột quỵ (dựa vào thang điểm NIHSS - The National Institutes of Health Stroke Scale) và các yếu tố lâm sàng liên quan (tuổi, giới, BMI, khu vực sống, tiền sử bệnh lý liên quan, phương pháp điều trị, số ngày nằm viện).

Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu sau thu thập được xử lý bằng phần mềm STATA 16.0 MP.

- Các biến định lượng được mô tả dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn, so sánh sự khác biệt về biến định lượng giữa 2 nhóm sử dụng kiểm định t-test hoặc Wilcoxon ranksum test, từ 3 nhóm trở lên sử dụng kiểm định ANOVA.

- Các biến định tính được mô tả dưới dạng tần số và tỉ lệ %, so sánh sự khác biệt về biến định tính giữa các nhóm sử dụng kiểm định Chi bình phương hoặc Fisher's exact test.

- Giá trị p được coi là có ý nghĩa thống kê khi p<0,05.

Đạo đức nghiên cứu

- Đề tài được sự đồng ý của Hội đồng y đức, Hội đồng khoa học Bệnh viện Đa khoa Bắc Giang cho phép triển khai nghiên cứu và sử dụng số liệu của bệnh viện phục vụ cho nghiên cứu.

- Tất cả các đối tượng nghiên cứu được giải thích cụ thể về mục đích nghiên cứu và đồng ý tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

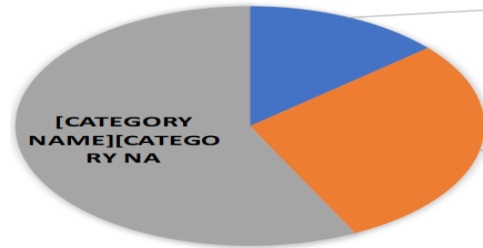
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng cộng đã có 197 bệnh nhân tham gia nghiên cứu của chúng tôi. Toàn bộ đối tượng nghiên cứu có tuổi trung bình là 77,9±9,0; trong đó có 91 (46,2%) là nam giới và 106 (53,6%) là nữ giới (Bảng 1). Chủ yếu các bệnh nhân tới từ khu vực nông thôn (74,6%).

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu (n=197)

Đặc điểm		X / n	SD / %
Tuổi		77,9	9,0
Giới	Nam	91	46,2
	Nữ	106	53,8
Khu vực	Thành thị	49	25,4
	Nông thôn	144	74,6

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân có HCDBTT (phân loại theo thang điểm SEGA) chiếm tỉ lệ cao với 86,3% (Biểu đồ 1). Cụ thể, có 57 (28,9%) bệnh nhân có điểm SEGA từ 9-11 (HCDBTT nhẹ) và 113 (57,4%) BN có điểm SEGA từ 12 trở lên (HCDBTT nặng).



Biểu đồ 1. Phân loại HCDBTT theo thang điểm SEGA (n=197)

Phân tích chi tiết các yếu tố trong thang điểm SEGA (Bảng 2) cho thấy đa số bệnh nhân ≥ 75 tuổi (64,0%), ở nhà với người giúp đỡ (71,6%), đang sử dụng 4-5 loại thuốc (67,5%), cảm thấy sức khỏe kém hơn người cùng tuổi (68,5%), có chán ăn hoặc sút cân (61,4%) và gặp khó khăn khi di chuyển (83,3%).

Bảng 2. Đặc điểm của các yếu tố trong HCDBTT theo thang điểm SEGA (n=197)

Yếu tố đánh giá		n	%
Tuổi	75 ≤ Tuổi ≤ 84	80	40,6
	≥ 85 Tuổi	46	23,4
Điều kiện nơi ở	Ở nhà với người giúp việc	141	71,6
	Ở nhà với điều dưỡng hỗ trợ	37	18,8
Thuốc đang sử dụng	4 đến 5 loại thuốc	133	67,5
	>=6 loại thuốc	35	17,8
Khí sắc	Thỉnh thoảng lo âu và buồn	160	81,2
	Trầm cảm	14	7,1
Tự đánh giá về sức khỏe so với người cùng tuổi	Sức khỏe tương đương nhau	54	27,4
	Sức khỏe kém hơn	135	68,5
Ngã trong 6 tháng qua	Ngã nhưng không nghiêm trọng	77	39,1
	Ngã nhiều và phức tạp	11	5,6
Dinh dưỡng	Chán ăn trong 15 ngày vừa qua hoặc bị sụt cân (≥3 kg/ 3 tháng)	121	61,4
	Suy dinh dưỡng	7	3,6
Bệnh đồng mắc	Từ 1 đến 3 bệnh	104	52,8
	Nhiều hơn 3 bệnh	85	43,2
Khả năng thực hiện các hoạt động thường ngày (chuẩn bị bữa ăn, điện thoại, uống thuốc, đi lại)	Cần giúp đỡ một phần	62	31,5
	Không có khả năng	126	64,0
Khả năng di chuyển (đứng, đi bộ)	Cần hỗ trợ	90	45,7
	Không có khả năng	74	37,6
Khả năng tự	Thường xuyên mất tự	34	17,3

chủ đại tiêu tiền	chủ		
	Không tự chủ vĩnh viễn	4	2,0
Khả năng tự dùng bữa	Cần hỗ trợ một phần	133	67,5
	Cần hỗ trợ hoàn toàn	33	16,8
Khả năng nhận thức	Suy giảm nhẹ	67	34,0
	Suy giảm nặng	5	2,5

Nhìn chung, tuổi trung bình cao hơn và BMI thấp hơn liên quan tới mức độ mắc HCDBTT nặng hơn (Bảng 3), và sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Mặc khác, giới tính cũng có mối liên quan với HCDBTT trong nghiên cứu này ($p < 0,05$). Cụ thể, tỉ lệ nữ giới cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) ở các BN bị HCDBTT nhẹ và nặng (57,9% và 57,5%) so với những BN không bị HCDBTT (29,6%). Ngoài ra, các bệnh nhân mắc HCDBTT cũng có có điểm đa bệnh lý

Charlson mức cao (≥ 2) chiếm tỉ lệ cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không mắc HCDBTT, cao nhất là nhóm HCDBTT nặng (12,4% BN). Hơn nữa, chúng tôi nhận thấy rằng nhóm có HCDBTT nặng và nhẹ có điểm NIHSS trung bình cao hơn đáng kể so với nhóm không bị HCDBTT (5,3 \pm 3,2 và 4,1 \pm 2,8 so với 3,9 \pm 2,5; $p < 0,05$). Tuy vậy, không khác biệt có ý nghĩa giữa các nhóm dựa theo mức độ HCDBTT về khu vực cư trú, tiền sử bệnh lý tăng huyết áp/ rối loạn mỡ máu/ suy thận mạn và phương pháp điều trị nội khoa đơn thuần hay có tiêu sợi huyết ($p > 0,05$). Thời gian nằm viện trung bình của các bệnh nhân là 7,8 \pm 2,7 (ngày), trong đó nhóm mắc HCDBTT nặng có thời gian nằm viện trung bình dài nhất (8,4 \pm 2,8, $p < 0,05$).

Bảng 3. Mối liên quan giữa HCDBTT và một số yếu tố lâm sàng (n=197)

Đặc điểm		Chung (n=197)	Không có HCDBTT (n=27)	HCDBTT nhẹ (n=57)	HCDBTT nặng (n=113)	p
		X \pm SD/n (%)	X \pm SD/n (%)	X \pm SD/n (%)	X \pm SD/n (%)	
Tuổi		77,9 \pm 9,0	70,7 \pm 5,8	74,8 \pm 7,1	81,1 \pm 9,0	<0,001*
Giới	Nam	91 (46,2)	19 (70,4)	24 (42,1)	48 (42,5)	0,025*
	Nữ	106 (53,8)	8 (29,6)	33 (57,9)	65 (57,5)	
Khu vực	Thành thị	49 (25,4)	5 (20,0)	16 (29,1)	28 (24,8)	0,669
	Nông thôn	144 (74,6)	20 (80,0)	39 (70,9)	85 (75,2)	
BMI (kg/m ²)		20,8 \pm 2,3	22,2 \pm 2,4	21,3 \pm 2,1	20,2 \pm 2,2	<0,001*
Tăng huyết áp		185 (93,9)	26 (96,3)	49 (86,0)	110 (97,4)	0,013*
Đái tháo đường (đã có biến chứng)		29 (14,7)	4 (14,8)	2 (3,5)	23 (20,4)	0,007*
Suy thận mạn		4 (2,0)	0 (0)	1 (1,8)	3 (2,7)	1,000
Rối loạn lipid máu		71 (36,0)	13 (48,2)	14 (24,6)	44 (38,9)	0,068
Điểm đa bệnh lý Charlson ≥ 2		15 (7,6)	0 (0)	1 (1,8)	14 (12,4)	0,013*
Điểm NIHSS		4,8 \pm 3,0	3,9 \pm 2,5	4,1 \pm 2,8	5,3 \pm 3,2	0,017*
Điều trị	Nội khoa đơn thuần	180 (91,4)	22 (81,5)	52 (91,2)	106 (93,8)	0,122
	Tiêu sợi huyết	17 (8,6)	5 (18,5)	5 (8,7)	7 (6,2)	
Thời gian nằm viện (ngày)		7,8 \pm 2,7	7,4 \pm 2,9	6,8 \pm 2,1	8,4 \pm 2,8	0,001*

X: trung bình; SD: độ lệch chuẩn; BMI: chỉ số khối cơ thể; *: $p < 0,05$

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ HCDBTT (86,3%) được phát hiện bằng bộ công cụ SAGE trên những bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não cấp là tương đối cao (28,9% có HCDBTT nhẹ và 57,4% có HCDBTT nặng). Kết quả này cao hơn so với một số nghiên cứu trước đây trên thế giới như: 54,04% trong nghiên cứu tại Anh của tác giả Evans, 71,6% trong nghiên cứu tại Na Uy của tác giả Wæhler, hay 64,9% trong nghiên cứu tại Trung Quốc của tác giả Zhang.^{3,5,6} Sự khác biệt này có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi tập trung vào các bệnh nhân cao tuổi (≥ 60 tuổi) và do đó tuổi trung bình của các bệnh nhân của chúng tôi (77,9 \pm 9,0) là cao hơn so với những nghiên cứu khác, trong khi tuổi càng cao

thì nguy cơ mắc HCDBTT càng tăng.^{7,8} Ngoài yếu tố tuổi cao, những yếu tố đáng chú ý khác như sự khác biệt về công cụ đánh giá HCDBTT được sử dụng, mức độ nặng của đột quỵ, và thời điểm tiến hành đánh giá cũng có thể là nguyên nhân gây ra sự không đồng nhất về tỉ lệ mắc HCDBTT được báo cáo giữa các nghiên cứu. Mặc khác, trên các bệnh nhân tham gia nghiên cứu, tình trạng mắc HCDBTT đã cho thấy có mối liên quan chặt chẽ với một số yếu tố như tuổi cao, nữ giới, BMI thấp, nhiều bệnh đồng mắc, và mức độ đột quỵ nặng hơn (điểm NIHSS cao). Kết quả này khá tương đồng với báo cáo từ một số nghiên cứu trước đây.^{7,8}

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân mắc HCDBTT nặng có thời gian nằm viện dài hơn

đáng kể ($p < 0,05$) cho thấy kết quả điều trị kém hơn (hồi phục chậm hơn) ở những bệnh nhân này. Những cơ chế đằng sau tác động của HCDBTT lên sự hồi phục của bệnh nhân đột quỵ não vẫn chưa được biết rõ hoàn toàn. Một số nguyên nhân đã được đề xuất để giải thích cho ảnh hưởng xấu của HCDBTT lên kết cục thần kinh của BN đột quỵ não. Đầu tiên, HCDBTT là một hội chứng thể hiện sự suy giảm khả năng hoạt động cùng với sự thiếu hụt của đa cơ quan, và đã được chứng minh là làm tăng nguy cơ kết cục xấu bởi một nhóm các quần thể nghiên cứu lớn ở các điều kiện khác nhau.⁹ Với những bệnh nhân cao tuổi, tình trạng đột quỵ cấp là một yếu tố gây stress rất lớn, làm trầm trọng thêm tác động tiêu cực vốn có của HCDBTT đối với bệnh nhân.⁷ Thứ hai, đối với những bệnh nhân già yếu, do khả năng dự trữ sinh lý bị suy giảm, bệnh nhân đột quỵ với HCDBTT và thể trạng kém có thể không đủ sức chịu đựng các thủ thuật y tế xâm lấn như phẫu thuật, thở máy và dùng thuốc trong giai đoạn bệnh cấp tính, dẫn đến điều trị không hiệu quả và khả năng hồi phục kém hơn. Thứ ba, ở giai đoạn mạn tính và phục hồi chức năng, bệnh nhân đột quỵ thường bị tàn phế và khó nuốt, dẫn đến tình trạng không vận động trong thời gian dài và nguy cơ suy dinh dưỡng và do đó làm trầm trọng thêm tình trạng suy nhược. Ngoài ra, HCDBTT cũng có thể tác động lên khả năng đáp ứng điều trị đối với can thiệp tâm lý sau đột quỵ.¹⁰ Những BN không mắc HCDBTT tỏ ra đáp ứng tốt hơn với các can thiệp đó, thể hiện bằng sự cải thiện đáng kể trong các hoạt động của cuộc sống hàng ngày. Trong khi đó, không có sự cải thiện đáng kể nào (và thậm chí có xu hướng xảy ra kết quả xấu hơn) được quan sát thấy ở nhóm mắc HCDBTT.¹⁰ Như vậy, bệnh nhân đột quỵ có thể phát triển một vòng xoắn bệnh lý của HCDBTT cùng tồn tại với tình trạng giảm vận động và suy dinh dưỡng và cuối cùng góp phần gây ra những hậu quả bất lợi như tử vong và tàn tật. Do sự liên quan phức tạp giữa HCDBTT và kết cục của đột quỵ não cấp, cần phải tiến hành thêm nhiều nghiên cứu hơn trong tương lai liên quan đến cơ chế bệnh sinh của vấn đề này.

Những kết quả thu được từ nghiên cứu này gợi ý rằng các bác sĩ lâm sàng có thể tiên lượng nguy cơ và xác định những bệnh nhân đột quỵ cần được chăm sóc lâm sàng đặc biệt dựa trên công cụ đánh giá HCDBTT. Ngoài ra, sàng lọc sớm HCDBTT có thể giúp các bác sĩ có đầy đủ thông tin để cân nhắc lợi ích và rủi ro trong quá trình đưa ra các quyết định điều trị. Hơn nữa, đối

với những bệnh nhân sống sót sau giai đoạn đột quỵ cấp, việc tầm soát HCDBTT có thể giúp bác sĩ lâm sàng và người nhà đưa ra chương trình phục hồi chức năng và chế độ dinh dưỡng phù hợp. Một thử nghiệm lâm sàng gần đây cho thấy rằng sự kết hợp giữa tập phục hồi chức năng và can thiệp dinh dưỡng bằng cách nâng cao axit amin chuỗi nhánh trong khẩu phần có thể giúp cải thiện cơ lực chân và thang điểm cân bằng Berg ở những bệnh nhân sau đột quỵ.⁶

Những hạn chế của nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi tồn tại một số hạn chế chính như: cỡ mẫu nhỏ, đơn trung tâm, và quần thể nghiên cứu có tính chọn lọc cao (bệnh nhân cao tuổi, mức độ đột quỵ nhẹ - vừa và chủ yếu được điều trị nội khoa đơn thuần). Những điều trên sẽ làm giảm khả năng khái quát hóa của kết quả nghiên cứu. Do đó, những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn và đối tượng nghiên cứu đa dạng nên được tiến hành trong tương lai để xác nhận kết quả tìm được từ nghiên cứu này.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ bệnh nhân có HCDBTT sau đột quỵ nhồi máu não cấp tại bệnh viện đa khoa Bắc Giang là tương đối cao. Tình trạng mắc HCDBTT liên quan tới các yếu tố như tuổi cao, nữ giới, BMI thấp, nhiều bệnh đồng mắc, và mức độ đột quỵ nặng hơn (điểm NIHSS cao) đồng thời gây kéo dài thời gian nằm viện. Tầm soát sớm và có những biện pháp điều trị/chăm sóc kịp thời với những bệnh nhân mắc HCDBTT là cần thiết để cải thiện kết cục lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Katan M, Luft A.** Global Burden of Stroke. *Semin Neurol.* Apr 2018;38(2):208-211. doi:10.1055/s-0038-1649503
2. **Hassan EB, Phu S, Warburton E, Humaith N, Wijeratne T.** Frailty in Stroke—A Narrated Review. *Life.* 2021;11(9):891.
3. **Evans NR, Wall J, To B, Wallis SJ, Romero-Ortuno R, Warburton EA.** Clinical frailty independently predicts early mortality after ischaemic stroke. *Age Ageing.* Jul 1 2020;49(4):588-591. doi:10.1093/ageing/afaa004
4. **Hsieh C-Y, Chen C-H, Li C-Y, Lai M-L.** Validating the diagnosis of acute ischemic stroke in a National Health Insurance claims database. *Journal of the Formosan Medical Association.* 2015/03/01/ 2015;114(3):254-259. doi:https://doi.org/10.1016/j.jfma.2013.09.009
5. **Wæhler IS, Saltvedt I, Lydersen S, et al.** Association between in-hospital frailty and health-related quality of life after stroke: the Nor-COAST study. *BMC Neurol.* Mar 4 2021;21(1):100. doi:10.1186/s12883-021-02128-5
6. **Zhang Q, Gao X, Huang J, Xie Q, Zhang Y.**

- Association of pre-stroke frailty and health-related factors with post-stroke functional independence among community-dwelling Chinese older adults. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* Jun 2023;32(6):107130. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2023.107130
7. **Zhang XM, Jiao J, Xu T, Wu XJ.** The association between frailty of older stroke patients during hospitalization and one-year all-cause mortality: A multicenter survey in China. *Int J Nurs Sci.* Apr 2022;9(2):162-168. doi:10.1016/j.ijnss.2022.02.001
 8. **O’Caoimh R, Sezgin D, O’Donovan MR, et al.** Prevalence of frailty in 62 countries across the world: a systematic review and meta-analysis of population-level studies. *Age and Ageing.* 2020; 50(1):96-104. doi:10.1093/ageing/afaa219
 9. **Zhang X, Dou Q, Zhang W, et al.** Frailty as a Predictor of All-Cause Mortality Among Older Nursing Home Residents: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc.* Jun 2019;20(6):657-663.e4. doi:10.1016/j.jamda.2018.11.018
 10. **Ertel KA, Glymour MM, Glass TA, Berkman LF.** Frailty modifies effectiveness of psychosocial intervention in recovery from stroke. *Clin Rehabil.* Jun 2007; 21(6):511-22. doi:10.1177/0269215507078312

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC VỀ QUẢN LÝ CHẤT THẢI RẮN Y TẾ TẠI MỘT SỐ TRẠM Y TẾ XÃ THUỘC HUYỆN SÓC SƠN, THÀNH PHỐ HÀ NỘI NĂM 2022 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Nguyễn Thành Trung¹, Vũ Ngọc Hà¹, Lê Hoàng¹
Phạm Quang Hải², Hoàng Lưu Sa², Mạc Đăng Tuấn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kiến thức về quản lý chất thải rắn y tế và xác định một số yếu tố liên quan của các cán bộ y tế tại các trạm y tế xã thuộc Trung tâm Y tế huyện Sóc Sơn, thành phố Hà Nội năm 2022. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên đối tượng là tất cả các cán bộ y tế hiện đang làm việc tại 12 trạm y tế xã, phường thuộc huyện Sóc Sơn, thành phố Hà Nội. **Kết quả:** Có 88,2% cán bộ y tế đã được tập huấn ít nhất 1 lần về quản lý chất thải rắn y tế; 84,3% đã từng nghe về Quyết định 43/2007/QĐ-BYT hoặc Quyết định 58/2015/QĐ-BYT về các quy định quản lý chất thải rắn y tế. Tỷ lệ cán bộ y tế đạt kiến thức chung chiếm 75,5%. Trong đó xét riêng từng khâu trong quy trình, kiến thức về thu gom đạt tỷ lệ gần như tuyệt đối (95,1%), theo sau là kiến thức về phân loại (92,2%), kiến thức cơ bản (66,7%), kiến thức xử lý tiêu hủy (58,8%), kiến thức về vận chuyển, lưu giữ đạt tỷ lệ thấp nhất (31,4%). Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến kiến thức chung về quản lý chất thải rắn y tế của cán bộ y tế bao gồm tập huấn, chuyên môn nghiệp vụ và giới tính. Kết quả phân tích đa biến chỉ ra yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê là giới tính và chức danh chuyên môn, cụ thể nhóm cán bộ y tế nữ có kiến thức đúng bằng 0,09 lần so với nhóm nam ($p < 0,05$) và nhóm điều dưỡng, kỹ thuật viên, cử nhân YTCC và hộ sinh có kiến thức đúng bằng 4,88 lần so với nhóm bác sĩ, dược sĩ, y sĩ ($p < 0,05$). **Kết luận:** Một tỷ lệ lớn cán bộ y tế tại các trạm y tế xã có hiểu biết

chung về quản lý chất thải rắn y tế, song kiến thức về vận chuyển, lưu giữ vẫn còn đạt tỷ lệ thấp, cần tăng cường công tác tập huấn.

Từ khóa: Quản lý chất thải rắn y tế, trạm y tế xã.

SUMMARY

EVALUATION OF KNOWLEDGE OF MEDICAL SOLID WASTE MANAGEMENT AT SOME MEDICAL STATIONS OF SOC SON DISTRICT HEALTH CENTER OF HA NOI CITY IN 2022

Objective: To describe the knowledge of medical solid waste management and identify some related factors of health workers at health stations of Soc Son District Health Center, Hanoi in 2022. **Subjects and methodology:** A cross-sectional descriptive study on the subject of all medical staff/workers working at 12 medical stations of Soc Son district health center. **Results:** 88.2% of health workers have been trained at least once on medical solid waste management; 84.3% have heard about Decision 43/2007/QĐ-BYT or Decision 58/2015/QĐ-BYT on regulations of medical solid waste management. The percentage of health workers with general knowledge accounted for 75.5%. In which, considering each stage in the process separately, knowledge about collection is almost absolute (95.1%), followed by knowledge about classification (92.2%), basic knowledge (66.7%), knowledge of handling and destruction (58.8%), knowledge of transportation and storage reached the lowest rate (31.4%). Significant factors related to the general knowledge of medical staff on solid waste management include training, professional expertise and gender. The results of multivariate analysis showed that the statistically significant related factors were gender and professional title, specifically, the group of female health workers had the correct knowledge 0.09 times that of the male group ($p < 0.05$) and the group of nurses, technicians, bachelors of public health and midwives had the correct

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

²Trung tâm Y tế huyện Sóc Sơn, thành phố Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Trung

Email: thanhtrungnguyen.smp@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.9.2023

Ngày duyệt bài: 5.10.2023