

để đưa ra những kết luận có giá trị hơn.

## V. KẾT LUẬN

Tại thời điểm vào viện, các thông số CO, CI, INO, SV, SVI, SVV và FTc chủ yếu giảm. Ngược lại, các thông số SVR và SVRI chủ yếu tăng. Các thông số huyết động cải thiện trong quá trình điều trị.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Asch MJ, Feldman RJ, Walker HL, Foley F, Popp RL, Mason Jr AD, Pruitt Jr BA** (1973) Systemic and pulmonary hemodynamic changes accompanying thermal injury. *Annals of surgery*, 178(2):218.
2. **Smith BE** (2013) The USCOM and Haemodynamics. *Learn Hemodynamics*. Revisi, 5:1-20.
3. **Cattermole GN, Leung PM, Ho GY, Lau PW, Chan CP, Chan SS, Smith BE, Graham CA, Rainer TH** (2017) The normal ranges of cardiovascular parameters measured using the ultrasonic cardiac output monitor. *Physiological reports*, 5(6):e13195.
4. **Zhao D, Huang X** (2021) Critical care of the burn patient: the first 48 hours. *Ethiopian Journal of Health Development*, 35(3): 239-243.
5. **Barton RG, Saffle JR, Morris SE, Mone M, Davis B, Shelby J** (1997) Resuscitation of thermally injured patients with oxygen transport criteria as goals of therapy. *The Journal of burn care & rehabilitation*, 18(1):1-9.
6. **Williams FN, Herndon DN, Suman OE, Lee JO, Norbury WB, Branski LK, Mlacak RP, Jeschke MG** (2011) Changes in cardiac physiology after severe burn injury. *Journal of burn care & research*, 32(2):269-274.
7. **Pham TN, Cancio LC, Gibran NS** (2008) American Burn Association practice guidelines burn shock resuscitation. *Journal of burn care & research*, 29(1):257-266.
8. **Martyn J, Wilson RS, Burke JF** (1986) Right ventricular function and pulmonary hemodynamics during dopamine infusion in burned patients. *Chest*, 89(3):357-360.

# NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM HỘI CHỨNG DỄ BỊ TỔN THƯƠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH GÚT TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Khim Virak<sup>1</sup>, Trần Huyền Trang<sup>1,2</sup>, Nguyễn Văn Hùng<sup>1,2</sup>

## TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm hội chứng dễ bị tổn thương (HCDBTT) và nhận xét một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân gút. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 62 bệnh nhân được chẩn đoán gút theo tiêu chuẩn của EULAR/ACR 2015, điều trị nội trú tại Trung tâm cơ xương khớp bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10 năm 2022 đến tháng 05 năm 2023. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân gút có hội chứng dễ bị tổn thương theo thang điểm CRAF chiếm 82,3%, trong đó hội chứng dễ bị tổn thương ở mức độ nhẹ, vừa, nặng lần lượt là 35,5%, 30,6% và 16,1%. Trong 10 tiêu chí của hội chứng dễ bị tổn thương theo thang điểm CRAF, triệu chứng đau chiếm tỷ lệ cao nhất là 96,8%, hạn chế hoạt động thể chất và triệu chứng mệt mỏi có tỷ lệ tương đương nhau là 53,2%. Tỷ lệ HCDBTT ở bệnh nhân gút có nhóm tuổi từ 40 tuổi trở lên là 87,7% và nhóm bệnh nhân dưới 40 tuổi có tỷ lệ 20%. Tỷ lệ HCDBTT ở bệnh nhân gút ở nhóm tuổi khác nhau, khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,005 < 0,05$ . Nhóm bệnh nhân gút mạn mức độ nặng có tỷ lệ hội chứng dễ bị tổn thương chiếm 100%, trong khi gút mạn ở mức độ nhẹ có tỷ lệ HCDBTT 61,5%. Tỷ lệ hội chứng dễ bị tổn thương ở

bệnh nhân gút mạn mức độ khác nhau, khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,007 < 0,005$ . Nhóm bệnh nhân gút có thời gian mắc bệnh từ 5 đến 10 năm có tỷ lệ hội chứng dễ bị tổn thương chiếm 100%, và nhóm bệnh nhân gút có thời gian mắc bệnh từ 10 năm trở lên có chiếm 81,2%. Tỷ lệ hội chứng dễ bị tổn thương ở bệnh nhân gút có thời gian mắc bệnh khác nhau, khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,025 < 0,05$ . **Kết luận:** Tỷ lệ hội chứng dễ bị tổn thương tương đối cao và có xu hướng tăng dần theo thời gian mắc bệnh và tuổi. Bệnh nhân gút mạn có mức độ bệnh càng nặng thì tỷ lệ gặp hội chứng dễ bị tổn thương càng cao.

**Từ khóa:** Hội chứng dễ bị tổn thương, gút

## SUMMARY

### A CROSS-SECTIONAL STUDY OF CHARACTERISTICS AND FACTORS ASSOCIATED WITH FRAILTY SYNDROME IN GOUT PATIENTS AT BACH MAI HOSPITAL

**Objectives:** This study aimed to describe clinical characteristics of frailty syndrome (FS) and assess factors associated with FS among gout patients. **Methods:** This study was conducted with cross-sectional data from 62 gout patients diagnosed by EULAR/ACR 2015 criteria, who were treated in inpatient settings at the Rheumatology Department of Bach Mai Hospital from October 2022 to May 2023. **Results:** According to CRAF grading, 82,3% of patients had frailty syndrome, with mild, moderate, and severe frail accounting for 35,5%, 30,6%, and 16,1%, respectively. Pain was the most common symptom among 10 major frailty domains in CRAF, affecting 96,8% of patients, followed by physical

<sup>1</sup>Trường Đại Học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Khim Virak

Email: virakkhim@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2023

Ngày duyệt bài: 4.10.2023

limitations and fatigue, both at 53,2%. The prevalence of frailty syndrome among patients who were aged  $\geq 40$  and those who were aged  $< 40$  was 87,7% and 20%, respectively, showing a significant difference ( $P = 0,005 < 0,05$ ) across age groups. All patients with severe chronic gout had frailty syndrome, whereas 61.5% of gout patients with mild severity presented with this syndrome. A significant difference ( $P = 0,007 < 0,05$ ), was found in the prevalence of frailty syndrome among patients with different levels of disease severity. The prevalence of the frailty syndrome in patients increased with the duration of gout: 100% and 81,2% for patients with the duration of 5 to 10 years and  $> 10$  years, respectively, indicating a significant difference ( $P = 0,025 < 0,05$ ) in the prevalence of frailty syndrome across duration groups. **Conclusion:** The prevalence of the frailty syndrome was relatively high in gout patients and tended to increase with age and disease duration. Moreover, patients with more severe gout had a higher risk of developing frailty syndrome.

**Keywords:** Frailty syndrome, gout

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gút là một bệnh lý mãn tính gây ra do sự lắng đọng tinh thể urat monosodium ở phần mềm quanh khớp và trong khớp. Gút có thể để lại các di chứng nghiêm trọng như tình trạng đau đớn dai dẳng, chèn ép dây thần kinh, phá hủy khớp, biến dạng khớp, hạt tophi, thoái hóa khớp, viêm thận kẽ, sỏi thận, tổn thương mắt như viêm màng kết mạc, viêm màng bồ đào nếu không điều trị.<sup>1</sup> Ngoài ra, việc quản lý bệnh gút rất phức tạp do nhiều bệnh lý khác đồng mắc, sử dụng nhiều loại thuốc, những thay đổi chức năng cơ quan sinh lý có liên quan.<sup>2</sup> Vì vậy, gút có thể gây ra tình trạng đau đớn và tàn phế cho người bệnh.<sup>3</sup>

Hội chứng dễ bị tổn thương (Frailty syndrome) là một hội chứng lâm sàng đặc trưng bởi sự suy giảm chức năng dự trữ và chức năng sinh lý của một số hệ thống cơ quan, nó dẫn tới tình trạng tăng khả năng dễ bị tổn thương và có kết quả bất lợi cho sức khỏe. HCDBTT phổ biến ở những nhóm bệnh nhân bị các bệnh lý khớp so với nhóm người khỏe mạnh phần lớn do quá trình viêm mạn tính.<sup>4</sup> Bởi vậy nghiên cứu khám phá mối liên hệ giữa HCDBTT và các bệnh lý khớp là rất cần thiết, phát hiện và nhận định hội chứng dễ bị tổn thương trên bệnh nhân bị bệnh lý về khớp đặc biệt là bệnh gút để giúp đưa ra hướng điều trị và kiểm soát tình trạng bệnh gút tốt hơn từ đó đưa các chiến lược can thiệp hiệu quả hơn. Tại Việt Nam, hiện nay chưa có nghiên cứu nào về hội chứng dễ bị tổn thương trên bệnh nhân gút. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu:

1. *Đánh giá thực trạng hội chứng dễ bị tổn thương ở bệnh nhân gút điều trị tại bệnh viện*

*Bạch Mai.*

2. *Nhận xét một số yếu tố liên quan đến hội chứng dễ bị tổn thương ở nhóm đối tượng trên.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu được thực hiện trên 62 bệnh nhân được chẩn đoán gút theo tiêu chuẩn EULAR/ACR 2015, điều trị nội trú tại Trung tâm Cơ xương khớp bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10 năm 2022 đến tháng 05 năm 2023.

### **Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Bệnh nhân được chẩn đoán gút theo tiêu chuẩn EULAR/ACR 2015.

- Các bệnh nhân phải có tình trạng tinh thần tỉnh táo, có khả năng nghe và trả lời phỏng vấn, có khả năng thực hiện các bài kiểm tra vận động.

- Tự nguyện tham gia nghiên cứu.

### **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Bệnh nhân lú lẫn, mất trí giác không thể hỏi bệnh sử.

- Bệnh nhân có chống chỉ định vận động và hoạt động thể lực (suy hô hấp, nhồi máu cơ tim...)

### **2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**2.2.1. Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

#### **2.2.2. Tiến hành nghiên cứu**

Mỗi đối tượng nghiên cứu đều được hỏi bệnh, thăm khám và khai thác thông tin theo một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

- Khai thác thông tin về tuổi, giới, chiều cao, cân nặng, nghề nghiệp, tiền sử uống rượu, hút thuốc lá, thời gian mắc bệnh.

- Cơ lực tay được đo bằng áp lực kế cầm tay Jamar 5030J1, đơn vị đo tính bằng kg, thực hiện tại trung tâm cơ xương khớp. Đối tượng nghiên cứu ngồi thẳng, vai khép, cẳng tay để thoải mái, khuỷu tay gấp 90 độ so với cẳng tay, bệnh nhân bóp thật mạnh, hết sức vào tay nắm của máy đo. Thực hiện đo cơ lực tay mỗi bên 2 lần và lấy kết quả cao nhất.

- Thang điểm CRAF được dùng để đánh giá hội chứng dễ bị tổn thương. Thang điểm này đã được sử dụng trong các nghiên cứu trên thế giới, trong đó có nghiên cứu của F. Salaffi và cộng sự tại Úc (2020).<sup>5</sup> Các tiêu chuẩn đánh giá bao gồm tình trạng dinh dưỡng, cơ lực, té ngã, bệnh đồng mắc, số lượng thuốc dùng, hạn chế hoạt động xã hội, triệu chứng đau, mệt mỏi, hạn chế hoạt động thể chất và rối loạn trầm cảm. Trong đó, tình trạng dinh dưỡng được đánh giá qua chỉ số BMI, cơ lực được đo bằng áp lực kế cầm tay Jamar. Té ngã, bệnh đồng mắc, số lượng thuốc dùng và hoạt động xã hội được đánh giá thông

qua trả lời câu hỏi. Bốn tiêu chí còn lại bao gồm triệu chứng đau, mệt mỏi, hạn chế hoạt động xã hội, rối loạn trầm cảm, bệnh nhân tự đánh giá mức độ theo thang điểm 10, trong đó rối loạn trầm cảm được kiểm chứng bằng thang điểm PHQ-9. Điểm CRAF được tính bằng tổng số điểm của 10 tiêu chí chia cho 10, phân loại mức độ hội chứng dễ tổn thương như sau CRAF từ 0 đến 0,12: Bệnh nhân không bị HCDBTT, từ >0,12 đến ≤ 0,24: HCDBTT mức độ nhẹ, từ >0,24 đến ≤ 0,36 HCDBTT: mức độ vừa và từ >0,36 HCDBTT: mức độ nặng.

- Xét nghiệm cận lâm sàng: Định lượng Acid uric, CRP-hs, Creatinin máu được thực hiện tại khoa Hóa sinh bệnh viện Bạch Mai với các tham số giá trị đã được công bố trước đó.

- Để đánh giá mức độ hoạt động bệnh của gút mạn theo ACR 2012 được chia làm 3 mức độ như sau:

Gút mạn mức độ nhẹ: có 1 hạt tophi ổn định, mức độ trung bình: có từ 2 đến 4 hạt tophi ổn định, mức độ nặng: từ 4 hạt tophi trở lên hoặc ít nhất 1 hạt tophi bị nhiễm trùng, chảy dịch, nguy cơ nhiễm trùng.

**2.2.3. Phương pháp phân tích thống kê:**

Bằng phần mềm SPSS 20.0 với các thuật toán thống kê thường dùng trong y học.

- Tính tần số, tỷ lệ phần trăm, trung bình, độ lệch chuẩn, Min, Max.

- Kiểm định tính chuẩn bằng test Kolmogorov-Smirnov

- So sánh trung bình của 2 biến bằng kiểm định T-test

- So sánh các tỷ lệ sử dụng kiểm định Fisher's Exact, với  $p < 0,05$  thể hiện sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở khoảng tin cậy 95%.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 1: Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu (n=62)**

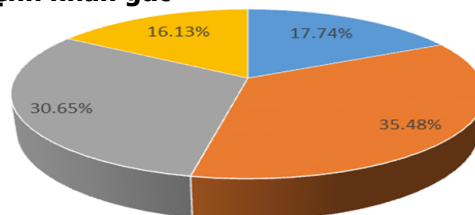
**Bảng 2: Đặc điểm các tiêu chí thành phần của HCDBTT**

Các tiêu chí thành phần		N	Tỷ lệ (%)	Điểm cao nhất	X ±SD
Tình trạng dinh dưỡng (BMI)	Bình thường/thừa cân	46	74,2	1	0,2±0,4
	Béo phì	8	12,9		
	Nhẹ cân	8	12,9		
Cơ lực tay (kg)				50	25,4±13,4
Tê ngã		2	3,2	0,5	0,01±0,9
Bệnh đồng mắc		28	45,2	0,75	0,1±0,1
Đa thuốc		42	67,8	1	0,5±0,4
Hạn chế hoạt động xã hội		25	40,3	1	0,22±0,3
Triệu chứng đau		60	96,8	1	0,44±0,19
Triệu chứng mệt mỏi		33	53,2	0,8	0,19±0,2

Đặc điểm		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Phân nhóm tuổi (năm)	≤ 40	5	8,1
	>40	57	91,5
Tuổi trung bình (năm)	58.65 ± 12.05 (Min: 29, Max: 88)		
Giới (Nam/tổng số)		62/62	100
Phân nhóm thời gian mắc bệnh (năm)	≤ 5	26	41,9
	5-10	20	32,3
	>10	10	25,8
Thời gian mắc bệnh trung bình (năm)	9,27 ± 6,5 (Min: 1, Max: 25)		
Phân loại gút	Cấp	6	9,7
	Mạn	56	90,3
Phân độ nặng của gút mạn	Nhẹ	12	23,2
	Trung bình	19	33,9
	Nặng	24	42,9

**Nhận xét:** Trong tổng số 62 bệnh nhân được chẩn đoán gút theo tiêu chuẩn EULAR/ACR 2015 tỷ lệ nam giới chiếm 100%, tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 58,65 ± 12,05. Bệnh nhân gút mạn chiếm tỷ lệ cao là 90,3%. trong đó bệnh nhân gút ở mức độ nặng có tỷ lệ 42,9%, nhẹ và nặng lần lượt 23,2%, 33,9%.

**3.2. Tỷ lệ hội chứng dễ bị tổn thương ở bệnh nhân gút**



**Biểu đồ 1: Tỷ lệ hội chứng dễ bị tổn thương ở bệnh nhân gút**

**Nhận xét:** Trong 62 bệnh nhân nghiên cứu, có 11 bệnh nhân không có hội chứng dễ bị tổn thương là 17,7%, hội chứng dễ bị tổn thương ở mức độ nhẹ chiếm 35,5%, mức độ vừa chiếm 30,7% và nặng chiếm 16,1%.

Hạn chế hoạt động thể chất	33	53,2	1	0,2±0,2
Rối loạn trầm cảm	12	19,4	0,4	0,05±0,1

**Nhận xét:** Ở nhóm đối tượng nghiên cứu, các tiêu chí thành phần của hội chứng dễ bị tổn thương theo thang điểm CRAF, triệu chứng đau chiếm tỷ lệ cao nhất là 96,8%, hạn chế hoạt động thể chất và triệu chứng mệt mỏi có tỷ lệ tương đương nhau 53,2%, cơ lực trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 25,4±13,4, tỷ lệ

bệnh nhân gút sử dụng thuốc ít nhất 2 loại là 67,8%, có 45,2% bệnh nhân có bệnh đồng mắc và 19,4% bệnh nhân có rối loạn trầm cảm.

**3.3. Liên quan giữa hội chứng dễ bị tổn thương và một số đặc điểm lâm sàng của nhóm đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm chung		Không HCDBTT (%)	HCDBTT nhẹ (%)	HCDBTT vừa (%)	HCDBTT nặng (%)	P
Tuổi	≤40	80	20	0	0	0,005
	>40	12,3	36,8	33,3	17,5	
Thời gian mắc bệnh	≤ 5	30,8	42,3	11,5	15,5	0.025
	5-10	0	30	50	20	
	>10	18,8	31,2	37,5	12,5	
Phân độ gút mạn	Nhẹ	38,5	46,2	15,4	0	0,007
	Trung bình	10,5	36,8	42,1	10,5	
	Nặng	0	33,3	33,3	33,3	

**Nhận xét:** Nhóm bệnh nhân gút từ 40 tuổi trở lên có tỷ lệ mắc hội chứng dễ bị tổn thương cao nhất là 87,7% ,trong đó tỷ lệ bệnh nhân có hội chứng dễ bị tổn thương ở mức độ nhẹ chiếm 36,8%, mức độ vừa và nặng lần lượt 33,3%, 17,5%. Tất cả bệnh nhân gút mạn mức độ nặng đều có hội chứng dễ bị tổn thương với tỷ lệ 100%. Thời gian mắc bệnh từ 5 đến 10 năm có tỷ lệ hội chứng dễ bị tổn thương cao nhất chiếm 100%, trong đó HCDBTT ở mức độ vừa là 50% và ở mức độ nặng 20%. Nhóm bệnh nhân có thời gian mắc bệnh từ 10 năm trở lên có tỷ lệ 81,2%, trong đó HCDBTT mức độ vừa có tỷ lệ cao nhất 37,5%.

Trong 62 bệnh nhân gút, có 11 bệnh nhân không có hội chứng dễ bị tổn thương chiếm 17,7%, hội chứng dễ bị tổn thương ở mức độ nhẹ chiếm 35,5%, mức độ vừa và nặng lần lượt là 30,7%, 16,1%. Theo ghi nhận trên các nghiên cứu ở các quốc gia và các đối tượng khác nhau thì tỷ lệ hội chứng dễ bị tổn thương cũng khác nhau rất nhiều từ 4% đến 59,1%.<sup>8</sup> Tại Đà Loan, nghiên cứu hội chứng dễ bị tổn thương và các yếu tố liên quan của HCDBTT năm 2003 với 2238 trên 65 tuổi tham gia nghiên cứu trong đó 218 bệnh nhân bị gút có 97 bệnh nhân có tiền HCDBTT và 20 bệnh nhân có HCDBTT tương đương với 18,3%.<sup>9</sup> Có sự khác biệt giữa các nghiên cứu là do hội chứng dễ bị tổn thương được đánh giá theo các tiêu chuẩn khác nhau. Chúng tôi sử dụng thang điểm CRAF để chẩn đoán HCDBTT thay vì sử dụng tiêu chuẩn Fried hay CSF. Thang điểm CRAF đánh giá hội chứng dễ bị tổn thương tỉ mỉ hơn, có nhiều khía cạnh hơn, được sử dụng và phù hợp trên đối tượng bệnh nhân cơ xương khớp và không phân biệt độ tuổi, từ đó có thể đánh giá hội chứng dễ bị tổn thương ở giai đoạn sớm hơn với các mức độ khác nhau. Thêm nữa, nhóm đối tượng nghiên cứu có tỷ lệ gút mạn 90,3% thực hiện chủ yếu trên nhóm đối tượng bệnh nhân nội trú làm cho tỷ lệ hội chứng dễ bị tổn thương có thể cao hơn các nghiên cứu khác.

**IV. BÀN LUẬN**

Trong tổng số 62 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, nam giới chiếm tỷ lệ 100%. Có rất nhiều nghiên cứu đã chứng minh tỷ lệ gút xảy ra chủ yếu ở nam giới nhưng gần đây tỷ lệ mắc bệnh ở nữ giới có xu hướng tăng lên. Hiện nay tỷ lệ mắc bệnh nam/nữ là 3-4/1, độ tuổi mắc bệnh chủ yếu là tuổi trung niên đến cao tuổi đối với nam giới và ở giai đoạn sau mãn kinh đối với nữ giới. Bệnh gút thường khởi phát do chế độ ăn quá nhiều đạm và uống nhiều rượu.<sup>6</sup>

Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 58,65 ± 12,5, thấp nhất 29 tuổi, cao nhất 88 tuổi. Nhóm bệnh nhân trên 40 tuổi có tỷ lệ 91,5%. Kết quả này gần tương ứng với nghiên cứu thế giới như nghiên cứu của Valderilio và cộng sự có tuổi trung bình của bệnh nhân bị gút là 56.6 ± 11.4.<sup>7</sup> Thời gian mắc bệnh trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 9,27±6,5, thấp nhất 1 năm và cao nhất 25 năm.

Tỷ lệ hội chứng dễ bị tổn thương tăng dần theo tuổi. Nhóm bệnh nhân từ 40 tuổi trở lên có tỷ lệ mắc hội chứng dễ bị tổn thương cao nhất trong đó số bệnh nhân có hội chứng dễ bị tổn thương ở mức độ nhẹ chiếm 36,8%, tiếp theo hội chứng dễ bị tổn thương ở mức độ vừa

33,3%. Có liên quan mật thiết giữa mức độ của hội chứng dễ bị tổn thương với sự gia tăng của tuổi với  $p < 0,005 < 0,05$ . Tỷ lệ hội chứng dễ bị tổn thương cũng tăng dần theo thời gian mắc bệnh, nhóm bệnh nhân gút có thời gian mắc bệnh từ 5 đến 10 năm có tỷ lệ hội chứng dễ bị tổn thương chiếm 100%, và nhóm bệnh nhân từ 10 năm trở lên có tỷ lệ 81,2%. Có liên quan mật thiết giữa mức độ hội chứng dễ bị tổn thương với thời gian mắc bệnh với  $p < 0,02 < 0,05$ . Nhóm bệnh nhân gút mạn mức độ nặng có tỷ lệ hội chứng dễ bị tổn thương chiếm 100%, trong khi gút mạn ở mức độ nhẹ có tỷ lệ 61,5%. Tỷ lệ hội chứng dễ bị tổn thương ở bệnh nhân gút mạn mức độ khác nhau, khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,007 < 0,005$ .

Nghiên cứu của chúng tôi với thiết kế mô tả cắt ngang, được thực hiện trong thời gian ngắn trên số lượng bệnh nhân nhỏ, vì thế kết quả có thể chưa thực sự khách quan. Trong tương lai cần phát triển nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn trong thời gian dài hơn để đưa ra kết quả khách quan về đặc điểm và các yếu tố liên quan đến hội chứng dễ bị tổn thương trên bệnh nhân loãng xương nguyên phát.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 62 bệnh nhân gút tại trung tâm cơ xương khớp bệnh viện Bạch Mai, cho thấy hội chứng dễ bị tổn thương tương đối cao (82,3%) và có xu hướng tăng dần theo thời gian mắc bệnh và tuổi. Bệnh nhân gút mạn có

phân độ càng nặng thì có hội chứng dễ bị tổn thương càng cao.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Brook RA, Forsythe A, Smeeding JE, Lawrence Edwards N. Chronic gout: epidemiology, disease progression, treatment and disease burden. *Curr Med Res Opin.* 2010; 26(12):2813-2821.
2. Singh H, Torralba KD. Therapeutic challenges in the management of gout in the elderly. *Geriatrics.* 2008;63(7):13-18, 20.
3. Tan C, Teng GG, Chong KJ, et al. Utility of the Morisky Medication Adherence Scale in gout: a prospective study. *Patient Prefer Adherence.* 2016;10:2449-2457.
4. Motta F, Sica A, Selmi C. Frailty in Rheumatic Diseases. *Front Immunol.* 2020;11:576134.
5. Salaffi F, Di Carlo M, Farah S, Carotti M. The Comprehensive Rheumatologic Assessment of Frailty (CRAF): development and validation of a multidimensional frailty screening tool in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol.* 2020;38(3):488-499.
6. Nguyễn Vĩnh Ngọc. Bệnh gút. Nhà xuất bản y học 2010, tr 189-212.
7. Azevedo VF, Buiar PG, Giovanella LH, Severo CR, Carvalho M. Allopurinol, benzbromarone, or a combination in treating patients with gout: analysis of a series of outpatients. *Int J Rheumatol.* 2014;2014:263720.
8. Collard RM, Boter H, Schoevers RA, Oude Voshaar RC. Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60(8):1487-1492.
9. Chen CY, Wu SC, Chen LJ, Lue BH. The prevalence of subjective frailty and factors associated with frailty in Taiwan. *Arch Gerontol Geriatr.* 2010;50 Suppl 1:S43-47.

## KHOẢNG TRỐNG ĐIỀU TRỊ ĐỘNG KINH TẠI TỈNH AN GIANG

Mai Nhật Quang<sup>1</sup>, Nguyễn Duy Tân<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Động kinh là một bệnh lý thần kinh mạn tính cần điều trị lâu dài, việc bệnh nhân tuân thủ điều trị có ý nghĩa rất quan trọng ảnh hưởng đến kết quả điều trị. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định khoảng trống điều trị ở bệnh nhân động kinh tại tỉnh An Giang bằng thang điểm Morisky-8. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang 864 bệnh nhân động kinh trên địa bàn 24 xã, phường của tỉnh An Giang, thời gian nghiên cứu từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 12 năm 2022. **Kết quả nghiên cứu:**

Khoảng trống điều trị ở bệnh nhân động kinh là 39,8%. Các lý do làm cho bệnh nhân tự ngưng thuốc bao gồm: không cần thiết chiếm 53,95%, không thể điều trị chiếm 9,54%, khoảng cách xa đến cơ sở y tế chiếm 4,9%. **Kết luận:** Khoảng trống điều trị đối với bệnh nhân động kinh ở tỉnh An Giang là 39,8%.

**Từ khóa:** khoảng trống điều trị động kinh.

### SUMMARY

#### THE TREATMENT GAP OF EPILEPSY IN AN GIANG PROVINCE

**Background:** Epilepsy is a chronic neurological disease requiring long-term treatment, and adherence to treatment is important to treatment outcomes. The objective of our study was to determine epilepsy treatment gap for the epilepsy in the An Giang province by Morisky scale - 8. **Patients and methods:** Cross-sectional study design including 864 epileptic patients from February 1<sup>st</sup> 2022 to December

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang

Chịu trách nhiệm chính: Mai Nhật Quang

Email: bsquangag@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.9.2023

Ngày duyệt bài: 4.10.2023