

không gây mê ($p < 0,05$). Trong mô hình hồi qui Logistic đa biến mẹ gây mê toàn thân là một trong những yếu tố độc lập liên quan đến mức độ ngạt ($p < 0,05$). Các thuốc sử dụng gây mê cho mẹ có thể nhanh chóng khuếch tán qua nhau thai và tác động đến con gây tình trạng ức chế hô hấp của trẻ ngay sau sinh dẫn đến không thể khởi phát được nhịp thở đầu tiên khi sinh và gây ngạt sơ sinh [5].

Kết quả bảng 3 cho thấy mối liên quan giữa tuổi thai, cân nặng và tình trạng dinh dưỡng của trẻ lúc sinh với mức độ ngạt không có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Theo như một số nghiên cứu trẻ sinh non, cân nặng < 2500 gam, trẻ quá cân so với tuổi thai là một trong những yếu tố nguy cơ của ngạt sơ sinh [1], [7]. Theo nghiên cứu của Tashew cho thấy trẻ sinh non có nguy cơ sinh ngạt cao hơn trẻ đủ tháng ($OR=2,205$ (1,022–4,758) [7].

Từ những kết quả trên cho thấy, có rất nhiều yếu tố từ mẹ, thai kỳ, quá trình sinh và từ thai tăng nguy cơ gây ngạt nặng của trẻ sơ sinh. Do đó, cần theo dõi, quản lý tiền sản tốt, và công tác hồi sức sơ sinh phải luôn sẵn sàng và được chú trọng ngay tại phòng sinh trong tất cả các cuộc sinh đặc biệt trường hợp mẹ và trẻ có yếu tố nguy cơ như mẹ tiền sản giật, nhau bong non, nước ối có phân su, sa dây rốn, ngôi bất thường để hạn chế tình trạng ngạt cũng như ngạt nặng cho trẻ sơ sinh.

V. KẾT LUẬN

- Trong mô hình hồi qui Logistic đơn biến cho thấy mẹ tiền sản giật, mẹ gây mê, nhau bong non, sa dây rốn, ngôi bất thường và nước ối có phân su tăng nguy cơ ngạt nặng ($p < 0,05$).

- Trong mô hình hồi qui Logistic đa biến cho

thấy mẹ tiền sản giật, mẹ gây mê toàn thân, trường hợp nhau bong non, trường hợp ngôi thai bất thường là những yếu tố độc lập ảnh hưởng đến mức độ ngạt của trẻ sơ sinh ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hassan, S.B., et al.**, Risk Factors Associated with Birth Asphyxia: A Case Control Study. Annals of King Edward Medical University, 2021. 27(4): p. 508-514.
2. **Gebregziabher, G.T., F.B. Hadgu, and H.T. Abebe**, Prevalence and associated factors of perinatal asphyxia in neonates admitted to ayder comprehensive specialized hospital, Northern Ethiopia: a cross-sectional study. International Journal of Pediatrics, 2020.
3. **Võ Thị Tú Lam**, Nghiên cứu mô hình bệnh tật và tử vong ở trẻ sơ sinh tại trung tâm Nhi bệnh viện Trung ương Huế, Luận văn thạc sỹ khoa học Y - Dược, Trường Đại học Y khoa Huế - Đại học Huế, Huế, 2020.
4. **World Health Organization**. South East Asia Region, South East Asia Regional Neonatal-Perinatal Database. 2010: SEAR-NPD, 2007 - 2008.
5. **Bộ Y Tế** (2015), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Sản Phụ khoa, Quyết định số 315/QĐ-BYT ngày 29/01/2015, Hà Nội, tr. 29-34, 39-42, 43-46, 54-55, 227-233.
6. **Naeye, R.L.**, Underlying disorders responsible for the neonatal deaths associated with low Apgar scores. Neonatology, 1979. 35(3-4): p. 150-155.
7. **Tasew, H., et al.**, Risk factors of birth asphyxia among newborns in public hospitals of Central Zone, Tigray, Ethiopia 2018. 2018. 11: p. 1-7.
8. **Awad, A.H., D.Y. Mansour, and S.M. Habib**, Maternal and Fetal Outcome of Placenta Previa Patients Attending Ain-Shams University Maternity Hospital: Prospective Study. Evidence Based Women's Health Journal, 2021. 11(4): p. 295-300.
9. **Ilah, B.G., et al.**, Prevalence and risk factors for perinatal asphyxia as seen at a specialist hospital in Gusau, Nigeria. Sub-Saharan African Journal of Medicine, 2015. 2(2): p. 64.

ĐÁNH GIÁ TỶ LỆ, CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN VÀ NGUY CƠ CỦA TỔN THƯƠNG TỶ ĐỀ Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI NỘI VIỆN

Nguyễn Thanh Huân¹, Nguyễn Thị Đào¹, Trần Minh Giao²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đánh giá tỷ lệ, các yếu tố liên quan và nguy cơ của tổn thương tỷ đề (TTTĐ) ở bệnh nhân

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhân Dân Gia Định, Tp. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Huân

Email: huannnguyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 3.10.2023

Ngày duyệt bài: 30.10.2023

cao tuổi nội viện. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả thực hiện trên 410 bệnh nhân ≥ 60 tuổi điều trị tại Khoa Lão, Bệnh viện Nhân Dân Gia Định từ 12/2022 đến 04/2023. Đối tượng nghiên cứu được ghi nhận tình trạng TTTĐ hiện mắc tại thời điểm nhập viện và TTTĐ mới mắc trong thời gian nằm viện. Các bệnh nhân không có TTTĐ tại thời điểm nhập viện được đánh giá nguy cơ TTTĐ bằng thang điểm Braden. Hồi quy logistic được dùng để tìm các yếu tố liên quan đến TTTĐ tại thời điểm nhập viện. **Kết quả:** Tỷ lệ hiện mắc TTTĐ tại thời điểm nhập viện là 6,3% (26/410

bệnh nhân). Tỷ lệ mới mắc TTTĐ trong thời gian nằm viện là 3,4% (13/384 bệnh nhân). Hồi quy logistic đa biến ghi nhận bất động trước nhập viện là yếu tố liên quan đến TTTĐ tại thời điểm nhập viện (OR hiệu chỉnh: 51,9; khoảng tin cậy 95%: 9,67-279,1; $P < 0,001$). Tổng điểm Braden trung bình ở 384 bệnh nhân không có TTTĐ tại thời điểm nhập viện là $18,5 \pm 3,3$. Tỷ lệ TTTĐ mới mắc trong thời gian nằm viện tăng dần theo các mức nguy cơ của thang điểm Braden. **Kết luận:** Nghiên cứu này ghi nhận bệnh nhân cao tuổi nội viện có tỷ lệ TTTĐ hiện mắc và mới mắc lần lượt là 6,3% và 3,4%. Tình trạng bất động trước nhập viện có liên quan đến TTTĐ ở người cao tuổi. **Từ khóa:** tổn thương tỳ đè, bệnh nhân cao tuổi nội viện, thang điểm Braden.

SUMMARY

ASSESSMENT OF RATES, ASSOCIATED FACTORS, AND RISK OF PRESSURE INJURY AMONG OLDER INPATIENTS

Objectives: To assess the rates, associated factors, and risk of pressure injury among older inpatients. **Methods:** This cross-sectional study was conducted on 410 older inpatients at the Department of Geriatrics, Gia Dinh People's Hospital, from December 2022 to April 2023. Participants were evaluated prevalent pressure injury at admission and incident pressure injury during staying in the hospital. Those without pressure injury at admission were evaluated risk of onset pressure injury based on the Braden scale. Multivariate logistic regression analysis was used to assess factors associated with pressure injury at admission. **Results:** The prevalence of pressure injury at admission was 6.3% (26/410 patients). The incidence of pressure injury during staying in the hospital was 3.4% (13/384 patients). Multivariate model indicated that pre-admission immobility was a factor associated with pressure injury at admission (adjusted OR: 51.9, 95% confidence interval: 9.67-279.1, $P < 0.001$). The mean total Braden score among 384 patients without pressure injury at admission was 18.5 ± 3.3 . There was an increasing trend in the incidence of pressure injury in levels of the Braden scale. **Conclusion:** The study revealed the older inpatients had respectively the prevalent and incident pressure injuries were 6.3% and 3.4%. Pre-admission immobility was associated with pressure injury in older adults.

Keywords: pressure injury, older inpatients, Braden scale

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chăm sóc người cao tuổi (NCT) đối mặt nhiều vấn đề sức khỏe liên quan tuổi già. Trong đó, tổn thương tỳ đè (TTTĐ) là một vấn đề phổ biến, đặt biệt ở đối tượng nội viện và thường gây hậu quả nặng nề cho NCT. Lão hóa da, suy yếu, suy giảm nhận thức, bất động và các bệnh đồng mắc làm tăng khả năng bị TTTĐ. Việc đánh giá tình trạng TTTĐ hiện mắc tại thời điểm nhập viện và đánh giá nguy cơ TTTĐ xuất hiện trong thời gian nằm viện là cần thiết trong chăm sóc

sức khỏe toàn diện ở NCT nội viện. Tại Việt Nam, nghiên cứu tại Bệnh viện Lão Khoa Trung Ương ghi nhận tỷ lệ TTTĐ hiện mắc tại thời điểm nhập viện là 11,6%¹. Tuy nhiên, nghiên cứu này chưa cung cấp đầy đủ các đặc điểm lão khoa và tỷ lệ mới mắc TTTĐ trong thời gian nằm viện. Do đó, việc có thêm các dữ liệu liên quan đến TTTĐ ở các bệnh nhân cao tuổi nội viện là cần thiết.

Mục tiêu:

1. *Đánh giá tỷ lệ và các yếu tố liên quan của tổn thương tỳ đè hiện mắc tại thời điểm nhập viện ở bệnh nhân cao tuổi nội viện.*

2. *Đánh giá tỷ lệ mới mắc tổn thương tỳ đè trong thời gian nằm viện trong các mức nguy cơ của thang điểm Braden ở bệnh nhân cao tuổi nội viện.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang mô tả

2.2. Thời gian nghiên cứu: từ 01/12/2022 đến 30/04/2023

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân cao tuổi (≥ 60 tuổi) điều trị nội trú tại khoa Lão, Bệnh viện Nhân Dân Gia Định, TP. Hồ Chí Minh

2.4. Cỡ mẫu: áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỉ lệ

$$N = Z^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ (sai số loại I, $\alpha = 0,05$). $d = 0,05$. Chọn $p = 0,5$ vì hiện tại chưa có nghiên cứu về TTTĐ trên NCT điều trị nội trú tại khoa Lão ở TP. Hồ Chí Minh và để $p(1-p)$ có giá trị lớn nhất. Vậy cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu là 385.

2.5. Kỹ thuật chọn mẫu: chọn mẫu liên tục

2.6. Tiêu chuẩn nhận vào: Bệnh nhân cao tuổi (≥ 60 tuổi) điều trị nội trú tại khoa Lão, Bệnh viện Nhân Dân Gia Định, TP. Hồ Chí Minh đồng ý tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân có khả năng giao tiếp hoặc người chăm sóc nắm rõ tình trạng bệnh.

2.7. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân loét do nguyên nhân khác, không phải TTTĐ (ví dụ: loét do bong, loét do ung thư). Bệnh nhân hoặc người chăm sóc từ chối tham gia nghiên cứu.

2.8. Định nghĩa biến số

Đánh giá TTTĐ: TTTĐ là hiện tượng vùng da hoặc mô dưới da tổn thương bởi áp lực, lực kéo, ma sát và hoặc kết hợp. TTTĐ được phân độ theo NPIAP 2009²: Độ 1: Đỏ da không biến mất khi ấn, không phá vỡ cấu trúc da. Độ 2: Trợt nông da bề mặt, nốt phỏng nước, không có hoại tử. Độ 3: Tổn thương hoàn toàn các lớp da, có thể thấy mỡ dưới da. Độ 4: Hoại tử toàn bộ lớp da, có thể thấy cơ, gân, xương.

Loại TTTĐ bao gồm TTTĐ hiện mắc được

xác định tại thời gian nhập viện và TTTĐ mới mắc trong thời gian nằm viện. TTTĐ hiện mắc phản ánh TTTĐ bệnh nhân có trước khi nhập viện.

Đánh giá nguy cơ TTTĐ: Thang điểm Braden gồm 6 thành tố: nhận biết cảm giác, độ ẩm, hoạt động, vận động, dinh dưỡng, ma sát và trượt. Tất cả các yếu tố được cho điểm từ 1–4, ngoại trừ ma sát và trượt được cho điểm từ 1–3 (tổng cộng là 6–23 điểm). Kết quả: ≤ 9 điểm: nhóm nguy cơ rất cao, 10–12 điểm: nhóm có nguy cơ cao, 13–14 điểm: nhóm có nguy cơ trung bình, 15–18 điểm: nhóm có nguy cơ thấp và ≥ 19 điểm: không có nguy cơ³.

Các đặc điểm lão khoa: Hoạt động chức năng: gồm chức năng cơ bản (activities of daily living, ADL) và nâng cao (instrumental ADL). Phụ thuộc hoạt động chức năng ADL khi bệnh nhân có giảm ít nhất một trong 6 chức năng: mặc quần áo, ăn uống, di chuyển từ giường ra ghế, đi vệ sinh, vệ sinh cá nhân và tiêu tiểu tự chủ. Phụ thuộc hoạt động chức năng IADL khi bệnh nhân có giảm ít nhất một trong 8 chức năng: đi mua sắm, giữ nhà, quản lý tài chính cá nhân, nấu ăn,

sử dụng phương tiện đi lại, sử dụng điện thoại, quản lý thuốc uống và giặt quần áo. Suy yếu: theo thang đo suy yếu lâm sàng Canada rút gọn với 1–4 điểm là không suy yếu và 5–9 điểm là có suy yếu.

Các biến số khác: tuổi, giới, chiều cao, cân nặng, bệnh đồng mắc, đặc điểm dịch tễ học (dựa theo hệ thống hồ sơ điện tử và phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân).

2.9. Xử lý số liệu. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 25. Các biến số định tính được mô tả bằng tần số (n) và tỉ lệ %. Các biến số định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình \pm độ lệch chuẩn (ĐLC). Dùng phép chi-bình phương để so sánh sự khác biệt giữa các biến định tính. Dùng phép kiểm t-student để so sánh các biến định lượng. Hồi quy logistic đa biến với mô hình đa biến bao gồm các yếu tố có $p < 0,2$ trong mô hình đơn biến. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.10. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đạo đức của Đại học Y Dược TP HCM, số 963/HĐĐĐ-ĐHYD.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu này thu nhận được 410 bệnh nhân cao tuổi nội viện đồng ý tham gia nghiên cứu.

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ và nhân trắc học của dân số nghiên cứu (n = 410)

Đặc điểm	Tổng (n=410)	Có TTTĐ hiện mắc (n=26)	Không có TTTĐ hiện mắc (n=384)	P
Tuổi, năm	77,2 \pm 8,8	79,2 \pm 7,9	77,1 \pm 8,8	0,242
Nhóm tuổi, n (%)				
60 – 69	95 (23,2)	2 (7,7)	93 (24,2)	0,144
70 – 79	134 (32,7)	11 (42,3)	123 (32,0)	
≥ 80	181 (44,1)	13 (50,0)	168 (43,8)	
Giới tính, n (%)				
Nam giới	151 (36,8)	7 (26,9)	144 (37,5)	0,291
Nữ giới	259 (63,2)	19 (73,1)	241 (62,8)	
Hoàn cảnh sống, n (%)				
Sống cùng người thân	393 (95,9)	25 (96,2)	368 (95,8)	0,937
Sống một mình	17 (4,1)	1 (3,8)	16 (4,2)	
Tình trạng hôn nhân, n (%)				
Còn vợ/chồng	191 (46,6)	9 (34,6)	182 (47,4)	0,390
Ly dị/góa	199 (48,5)	16 (61,5)	183 (47,7)	
Độc thân	20 (4,9)	1 (3,8)	19 (4,9)	
Trình độ học vấn, n (%)				
Dưới THPT	273 (66,6)	17 (65,4)	256 (66,7)	0,366
Tốt nghiệp THPT	90 (22,0)	4 (15,4)	86 (22,4)	
Sau THPT	47 (11,4)	5 (19,2)	42 (10,9)	
Phụ thuộc thu nhập, n (%)	270 (64,1)	20 (76,9)	243 (63,3)	0,160
BMI, kg/m²	20,9 \pm 3,9	18,5 \pm 3,0	21,1 \pm 3,8	0,001
Nhóm BMI, n (%)				
Thiếu cân	100 (24,4)	13 (50,0)	87 (22,7)	0,03
Bình thường	188 (45,9)	10 (38,5)	178 (46,4)	
Thừa cân	64 (15,6)	1 (3,8)	63 (16,4)	
Béo phì	58 (14,1)	2 (7,7)	56 (14,6)	

Nhận xét: Bệnh nhân cao tuổi có TTTĐ có tỷ lệ thiếu cân nhiều hơn có ý nghĩa thống kê so với bệnh nhân cao tuổi không có TTTĐ lúc nhập viện.

Bảng 2. Đặc điểm lão khoa và bệnh đồng mắc của dân số nghiên cứu (n = 410)

Đặc điểm	Tổng (n=410)	Có TTTĐ hiện mắc (n=26)	Không có TTTĐ hiện mắc (n=384)	P
Đặc điểm lão khoa, n (%)				
Đa bệnh	350 (85,4)	25 (96,2)	325 (84,6)	0,108
Đa thuốc	190 (46,3)	8 (30,8)	182 (47,4)	0,100
Phụ thuộc ADL	180 (43,9)	26 (100)	144 (40,1)	0,000
Phụ thuộc IADL	315 (76,8)	26 (100)	274 (75,7)	0,004
Suy yếu	313 (76,3)	26 (100)	287 (74,7)	0,003
Tiền sử bệnh nội khoa, n (%)				
Tăng huyết áp	336 (82,0)	20 (76,9)	316 (82,3)	0,491
Thoái hóa khớp	52 (12,7)	2 (7,7)	50 (13,0)	0,429
Thiếu máu mạn	28 (6,8)	3 (11,5)	25 (6,5)	0,325
Đái tháo đường	142 (34,6)	8 (30,8)	134 (34,9)	0,669
Tiền sử đột quy	77 (18,8)	12 (46,2)	65 (16,9)	0,000
Bệnh phổi tắc nghẽn mạn	29 (7,1)	1 (3,8)	28 (7,3)	0,507
Bệnh động mạch ngoại biên	11 (2,7)	2 (7,7)	9 (2,3)	0,102
Suy van tĩnh mạch chi dưới	26 (6,3)	3 (11,5)	23 (6,0)	0,261
Bệnh tim thiếu máu cục bộ	115 (28,0)	3 (11,5)	112 (29,2)	0,053
Ung thư	32 (7,8)	3 (11,5)	29 (7,6)	0,463
Bệnh thận mạn	43 (10,5)	2 (7,7)	41 (10,7)	0,631
Tiền sử nhiễm COVID-19	17 (4,1)	2 (7,7)	15 (3,9)	0,349

Nhận xét: Tỷ lệ phụ thuộc ADL, IADL, suy yếu, tiền sử đột quy trên nhóm bệnh nhân cao tuổi có TTTĐ nhiều hơn có ý nghĩa thống kê so với bệnh nhân cao tuổi không có TTTĐ lúc nhập viện.

Bảng 3. Các yếu tố liên quan đến TTTĐ hiện mắc tại thời điểm nhập viện

Biến số	Hồi qui đơn biến		Hồi qui đa biến	
	OR thô (95% CI)	P	OR hiệu chỉnh (95% CI)	P
Nhóm tuổi 60 – 69	1			
70 – 79	4,16 (0,09-19,2)	0,068		
≥ 80	3,60 (0,06-18,8)	0,097		
Giới tính nữ	1,63 (0,67-3,97)	0,283		
Sống một mình	1,09 (0,14-8,53)	0,937		
Học vấn				
Sau THPT	1			
Dưới THPT	1,79 (0,63-5,12)	0,275		
Tốt nghiệp THPT	0,70 (0,23-2,14)	0,532		
Nhóm BMI				
Bình thường	1			
Gầy	2,66 (1,12-6,31)	0,026		
Thừa cân	0,28 (0,04-2,25)	0,233		
Béo phì	0,63 (0,14-2,99)	0,566		
Hút thuốc lá	4,36 (0,58-32,8)	0,153		
Đa bệnh	4,54 (0,60-34,1)	0,142		
Đa thuốc	2,07 (0,86-4,77)	0,106		
Bất động trước nhập viện	62,2 (14,3-270)	<0,001	51,9 (9,67-279,1)	<0,001
Tăng huyết áp	0,72 (0,28-1,85)	0,493		
Thoái hóa khớp	0,56 (0,13-2,43)	0,436		
Thiếu máu mạn	1,87 (0,53-6,67)	0,333		
Đái tháo đường	0,83 (0,35-1,96)	0,669		
Tiền sử đột quy	4,21 (1,86-9,51)	0,001		
Bệnh phổi tắc nghẽn mạn	0,51 (0,07-3,89)	0,515		
Bệnh ĐM ngoại biên	3,47 (0,71-16,9)	0,124		

Suy van TM chi dưới	2,95 (0,57-7,33)	0,271	
Bệnh tim thiếu máu cục bộ	3,16 (0,93-10,7)	0,065	
Ung thư	1,60 (0,45-5,64)	0,467	
Bệnh thận mạn	1,43 (0,33-6,29)	0,632	
Tiền sử nhiễm COVID-19	2,05 (0,44-9,49)	0,358	

Lưu ý: Các biến có $p < 0,2$ trong hồi quy đơn biến được đưa vào hồi quy đa biến. Chỉ các biến có $p < 0,05$ trong hồi quy đa biến được hiển thị. THPT: trung học phổ thông, ĐM: động mạch, TM: tĩnh mạch.

Nhận xét: Bất động trước nhập viện là yếu tố có liên quan đến TTTĐ ở người cao tuổi.

Bảng 4. Đặc điểm TTTĐ hiện mắc tại thời điểm nhập viện và mới mắc trong thời gian nằm viện

Đặc điểm	TTTĐ hiện mắc tại thời điểm nhập viện (n=26)	TTTĐ mới mắc trong thời gian nằm viện (n=13)
Vị trí, n (%)		
Vùng xương cụt	24 (92,3)	11 (84,6)
Vùng xương chậu	1 (3,8)	0 (0,0)
Mắt cá chân ngoài	1 (3,8)	0 (0,0)
Gót chân	1 (3,8)	1 (7,7)
Xương hông	2 (7,7)	1 (7,7)
Số vết loét, n (%)		
Một vết loét	16 (61,5)	9 (69,2)
Nhiều vết loét	10 (38,5)	4 (30,8)
Phân độ của TTTĐ, n (%)		
Độ 1	2 (7,7)	5 (38,5)
Độ 2	6 (23,1)	7 (53,8)
Độ 3	4 (15,4)	1 (7,7)
Độ 4	12 (46,3)	0

Nhận xét: Bất kể TTTĐ hiện mắc hay mới mắc trong nội viện, vị trí vùng xương cụt chiếm tỷ lệ TTTĐ cao nhất. Phần lớn bệnh nhân có một vết loét. Trong khi TTTĐ hiện mắc chiếm phần lớn là độ 4 thì TTTĐ mới mắc chiếm phần lớn là độ 2.

Bảng 5. Tỷ lệ TTTĐ mới mắc trong thời gian nằm viện trong các mức nguy cơ của thang điểm Braden ở 384 bệnh nhân chưa có TTTĐ lúc nhập viện

Thang điểm Braden (n = 384)	n (%)
Tổng điểm Braden trung bình: 18,5 ± 3,3	
Nhóm không có nguy cơ: ≥ 17 điểm (n = 209)	0 (0,0)
Nhóm nguy cơ thấp: 15 – 16 điểm (n = 109)	1 (0,9)

Nguy cơ trung bình: 13 – 14 điểm (n = 36)	5 (13,9)
Nhóm nguy cơ cao: 10 – 12 điểm (n = 26)	5 (19,2)
Nhóm nguy cơ rất cao: ≤ 9 điểm (n = 4)	2 (50,0)

Nhận xét: Trong 384 bệnh nhân không có TTTĐ lúc nhập viện, chỉ có 4 bệnh nhân (1,04%) và 26 bệnh nhân (6,77%) trong nhóm nguy cơ rất cao và nguy cơ cao của TTTĐ theo thang điểm Braden. Tỷ lệ TTTĐ mới mắc trong thời gian nằm viện tăng dần theo các mức nguy cơ của thang điểm Braden.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này thu thập được 410 bệnh nhân ≥ 60 tuổi điều trị tại Khoa Lão, Bệnh viện Nhân Dân Gia Định Thành Phố Hồ Chí Minh. Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ hiện mắc TTTĐ tại thời điểm nhập viện là 6,3% (26/410 bệnh nhân) và tỷ lệ mới mắc TTTĐ trong thời gian nằm viện là 3,4% (13/384 bệnh nhân). Bất động trước nhập viện là yếu tố liên quan đến TTTĐ tại thời điểm nhập viện. Tỷ lệ TTTĐ mới mắc trong thời gian nằm viện tăng dần theo các mức nguy cơ của thang điểm Braden. Dựa trên các kết quả này, chúng tôi có 3 điểm bàn luận cho nghiên cứu.

4.1. Tỷ lệ và yếu tố liên quan đến TTTĐ hiện mắc tại thời điểm nhập viện. Tỷ lệ TTTĐ hiện mắc tại thời điểm nhập viện trong nghiên cứu của chúng tôi là 6,3%. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Dương Thị Thu Hương trên NCT điều trị tại BV Lão Khoa Trung Ương (11,6%)¹. Điều này có thể do công tác dự phòng và chăm sóc TTTĐ đã được quan tâm nhiều hơn. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận nhóm có TTTĐ hiện mắc có tỷ lệ thiếu cân nhiều hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có TTTĐ lúc nhập viện. Thiếu cân làm giảm khả năng miễn dịch, tăng nguy cơ xuất hiện TTTĐ cũng như làm chậm quá trình lành vết thương. Nghiên cứu cũng ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa ở nhóm bệnh nhân TTTĐ có tiền sử đột quỵ so với nhóm không đột quỵ. Đột quỵ thường là kết quả của bệnh mạch máu não do xơ vữa động mạch. Tưới máu kém có thể góp phần gây ra TTTĐ sau đột quỵ⁴. Ngoài ra, tỷ lệ bệnh nhân cao tuổi có TTTĐ có phụ thuộc ADL, IADL và suy yếu cao hơn so với nhóm không có TTTĐ. Suy yếu có thể

gây giảm khả năng đáp ứng với stress, khả năng chức năng tối đa giảm dưới ngưỡng đòi hỏi cho tình trạng stress cấp tính. NCT có phụ thuộc ADL thường kèm theo tình trạng bất động, tiêu tiểu không tự chủ làm tăng áp lực tỳ đè, tăng ma sát cũng như tình trạng da ẩm ướt tạo điều kiện xuất hiện TTTĐ.

Tình trạng bất động liên quan có ý nghĩa với mức TTTĐ ở NCT. Trong quá trình bệnh nhân nằm bất động, áp lực thường xuyên lên vị trí tỳ đè này trong thời gian dài và kết hợp với tình trạng da bị ẩm ướt, trầy xước hình thành nên các vết loét. Bất động không phải là nguyên nhân chính gây TTTĐ nhưng khi có thêm các yếu tố khác, nó có thể khởi phát TTTĐ. Một nghiên cứu ghi nhận giới hạn vận động làm tăng nguy cơ TTTĐ⁵. Vì vậy, việc xoay trở người bệnh là một trong những biện pháp phòng ngừa TTTĐ.

4.2. Đặc điểm TTTĐ hiện mắc tại thời điểm nhập viện và mới mắc trong thời gian nằm viện. Trong nghiên cứu của chúng tôi với các bệnh nhân tại khoa Lão, vị trí phổ biến của TTTĐ là vùng xương cụt. Vị trí này dễ xảy ra TTTĐ vì có phần xương sụn, thường xuyên bị đè ép và chịu lực ma sát khi xoay trở, thay đổi tư thế. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả Trương Thanh Phong với các bệnh nhân tại khoa Hồi sức tích cực và chống độc⁶.

Mức độ TTTĐ hiện mắc lúc nhập viện có tổn thương độ 4 chiếm tỷ lệ cao nhất. Trong khi đó, TTTĐ mới mắc trong thời gian nằm viện có độ 1 và độ 2 chiếm đa số. Điều này có thể giải thích trong thời gian nằm viện, thời gian xuất hiện TTTĐ ngắn hơn và được chăm sóc tốt vết thương tốt hơn nên TTTĐ mới mắc có mức độ nhẹ hơn. Tại thời điểm nghiên cứu, ý thức chăm sóc phòng tránh tổn thương tỳ đè đã được nâng cao. Đa số bệnh nhân đều có người chăm sóc, được tắm hoặc lau da. Điều này cho thấy vai trò quan trọng của việc chăm sóc dự phòng tổn thương tỳ đè và sự phối hợp giữa nhân viên y tế, bệnh nhân và người chăm sóc.

4.3. Tỷ lệ TTTĐ mới mắc trong thời gian nằm viện trong các mức nguy cơ của thang điểm Braden. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận điểm số trung bình Braden là $18,5 \pm 3,3$, cao hơn so với hai nghiên cứu của Dương Thị Thu Hương ($16,50 \pm 4,16$ điểm) trên bệnh nhân cao tuổi điều trị nội trú và nghiên cứu của Sedigheh ($13,4 \pm 3,5$ điểm) tại khoa Hồi sức tích cực ngoại khoa^{1,7}. Sự khác biệt kết quả được giải thích do nghiên cứu của các tác giả trên tiến hành tại các khoa lâm sàng bệnh nặng. Điều này càng khẳng định, với bất kì các đối tượng nhập

viện nào cũng có nguy cơ TTTĐ. Do đó, trong quá trình tiếp cận và chăm sóc người bệnh, nhân viên y tế cần đánh giá nguy cơ TTTĐ cũng như có cái biện pháp dự phòng thích hợp đối với từng nhóm nguy cơ TTTĐ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 13 bệnh nhân xuất hiện TTTĐ mới mắc trong thời gian nằm viện. Tỷ lệ xuất hiện TTTĐ tăng dần theo phân nhóm nguy cơ của thang điểm Braden. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Trần Hồng Huệ cho thấy nhóm có nguy cơ rất cao dẫn đến loét chiếm 42,1%, nhóm có nguy cơ cao dẫn đến loét chiếm 11,2%, nhóm nguy cơ trung bình dẫn đến loét chiếm 3,8%⁸. Các kết quả này ủng hộ giá trị của thang điểm Braden trong việc dự đoán khả năng xuất hiện TTTĐ.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ tổn thương tỳ đè hiện mắc là 6,3%, tỷ lệ tổn thương tỳ đè mới mắc trong thời gian nằm viện là 3,4%. Đa số tổn thương tỳ đè xuất hiện ở vùng cụt, có 1 tổn thương. Mức độ tổn thương tỳ đè ở nhóm hiện mắc cao hơn so với nhóm tổn thương tỳ đè mới mắc. Bất động có liên quan với TTTĐ lúc nhập viện. Khả năng mắc tổn thương tỳ đè tăng dần từ nhóm không có nguy cơ đến nhóm nguy cơ rất cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dương Thị Thu Hương, Đỗ Thị Khánh Hỷ** (2022). Thực trạng loét áp lực ở người bệnh cao tuổi điều trị nội trú tại Bệnh viện Lão khoa trung ương. Tạp chí Y học cộng đồng; 63(3):71-77.
2. **Jan Kottner, Janet Cuddigan, Keryn Carville, et al** (2019). Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: The protocol for the second update of the international Clinical Practice Guideline 2019. Journal of Tissue Viability; 28(2):51-58.
3. **Braden BJ, Bergstrom N** (1994). Predictive validity of the Braden Scale for pressure sore risk in a nursing home population. Research in Nursing & Health; 17(6):459-470.
4. **Sackley C, Brittle N, Patel S** (2008). The Prevalence of Joint Contractures, Pressure Sores, Painful Shoulder, Other Pain, Falls, and Depression in the Year After a Severely Disabling Stroke. Stroke; 39(12):3329-3334.
5. **Suellen D, Iraktania V, Adriana L, et al.** (2017). Pressure Ulcers in Institutionalized Elderly People: Association of Sociodemographic and Clinical Characteristics and Risk Factors. Open Journal of Nursing; 7:111-122.
6. **Trương Thanh Phong, Dương Thị Hoà** (2021). Thực trạng loét áp lực và một số yếu tố liên quan đến người bệnh hôn mê tại khoa Hồi sức tích cực và chống độc Bệnh viện đa khoa Trung Ương Cần Thơ. Tạp chí y học Việt Nam, 503(1):94-100.
7. **Sedigheh I, Hossein R, Sakineh S** (2012).

Relationship between Braden Scale Score and Pressure Ulcer Development in Patients Admitted in Trauma Intensive Care Unit. *International Wound Journal*; 9(3):248-252.

8. **Trần Hồng Huệ, Nguyễn Thị Lan Minh** (2017). Khảo sát loét tỷ đè ở bệnh nhân tại các phòng bệnh nặng trong Bệnh viện Nguyễn Tri Phương năm 2016. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*; 21(3):112-116.

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA NGƯỜI BỆNH MẮC SỎI ĐƯỜNG TIẾT NIỆU TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Thùy Linh^{1,2}, Phạm Thị Tuyết Chinh¹, Tạ Thanh Nga¹, Phạm Thu Hoài², Đỗ Nam Khánh²

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang nhằm đánh giá tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của 150 người bệnh mắc sỏi đường tiết niệu tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội cho kết quả: tỷ lệ thừa cân ở nam cao hơn nữ với 24,76% thừa cân ở nam, 22,22% ở nữ và 18,1% béo phì ở nam, 13,33% béo phì ở nữ. Tỷ lệ béo phì tập trung ở nhóm tuổi > 60, chiếm tỷ lệ cao 63,16%. BMI trung bình của đối tượng nghiên cứu là 22,4 ± 2,6. Phần lớn đối tượng mắc sỏi tiết niệu tái phát có chỉ số BMI cao. Tỷ lệ người có sỏi tiết niệu tái phát bị thừa cân béo phì chiếm 92,3%. Chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng dinh dưỡng với tuổi, giới, nghề nghiệp, tình trạng bệnh lý, tiền sử mắc sỏi, vị trí mắc sỏi.

Từ khóa: Tình trạng dinh dưỡng, sỏi tiết niệu, bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

SUMMARY

NUTRITIONAL STATUS AND SOME RELATED FACTORS OF PATIENTS HAVING URINARY TRACT STONES AT THE DEPARTMENT OF UROLOGY, HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

A cross-sectional descriptive study to evaluate the nutritional status and some related factors of 150 patients with urinary tract stones at Hanoi Medical University Hospital showed that the percentage of overweight of male was higher than female with 24.76% compare 22.22%; the rate of obesity of male was 18.1% and 13.11% at women. The obesity is the highest of older adult with 63.16%. The mean of BMI was 22.4 ± 2.6. The majority of subjects with recurrent urinary stones had a high BMI. The proportion of patients with recurrent urinary stones who were overweight and obese accounted for 92.3%. There was no statistically significant relationship

between nutritional status and age, gender, occupation, medical condition, history of stones, and location of urinary stones

Keywords: nutritional status, urinary tract stones, Hanoi Medical University Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi niệu đứng thứ 3 trong những bệnh hay gặp nhất của đường tiết niệu chỉ sau nhiễm trùng và bệnh lý liên quan đến tiền liệt tuyến, với tỷ lệ hiện mắc ước tính từ 1% đến 13% ở các vùng khác nhau trên toàn cầu, đặc biệt ở các nước phát triển và đang phát triển¹. Tỷ lệ mắc sỏi tăng hàng năm, theo thống kê năm 2022 ước tính là 14% ở Anh và 10,1% ở Hoa Kỳ². Tại Việt Nam, sỏi tiết niệu chiếm 45- 50% các bệnh tiết niệu ở Việt Nam trong đó sỏi thận chiếm 70 - 75%, sỏi niệu quản chiếm 33%. Tỷ lệ nam (60%) cao hơn nữ (40%), lứa tuổi thường gặp từ 30- 60 tuổi là 75- 80%³. Các bằng chứng gần đây cũng cho thấy tỷ lệ mắc bệnh sỏi niệu đang gia tăng trên toàn cầu do đa yếu tố, bao gồm: tuổi tác, giới tính, địa lý, khí hậu, chủng tộc, chế độ ăn uống, thừa cân, béo phì, bệnh lý kèm theo, các yếu tố di truyền và sự thay đổi về điều kiện xã hội. Nhằm tìm hiểu về tình trạng dinh dưỡng của người bệnh mắc sỏi tiết niệu, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với 2 mục tiêu:

1. *Mô tả tình trạng dinh dưỡng của người bệnh mắc sỏi đường tiết niệu tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2022-2023*

2. *Mô tả một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của người bệnh mắc sỏi đường tiết niệu tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2022-2023*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Là người trưởng thành từ 20 tuổi trở lên được chẩn đoán mắc sỏi tiết niệu

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Viện Đào tạo Y học Dự phòng và Y tế Công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thùy Linh

Email: linhngthuy@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 2.10.2023

Ngày duyệt bài: 26.10.2023