

2 nhóm còn lại, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Như vậy, việc kiểm soát được cơn động kinh sẽ giúp cho CLCS của người bệnh được nâng cao hơn. Nghiên cứu của Baker[6] cho thấy, tần suất động kinh là khía cạnh lâm sàng quan trọng nhất dự đoán được rối loạn chức năng tâm thần - xã hội và cảm xúc ở người bệnh động kinh. Người bệnh với cơn động kinh không kiểm soát được sẽ luôn trong tình trạng lo lắng có thể xảy ra động kinh bất cứ lúc nào, điều này ảnh hưởng nặng nề đến các chức năng xã hội của BN, giới hạn về việc làm, không dám tự điều khiển xe cộ, chán nản và ngưng ngưng,... tất cả các yếu tố này góp phần tạo nên giá trị thấp của CLS.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 50% bệnh nhân sử dụng phác đồ đơn trị liệu, 38,3% sử dụng từ 2 thuốc chống động kinh trở lên và 11,7% bệnh nhân không sử dụng thuốc điều trị. Trung bình tổng điểm QOLIE – 31 ở nhóm đơn trị liệu cũng là cao nhất (62,95 điểm), cao hơn so với nhóm đa trị liệu và nhóm không điều trị lần lượt là 12,77 và 13,07 điểm. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 99%. Có khá nhiều nghiên cứu thấy rằng bệnh nhân dùng một loại thuốc chống động kinh có CLCS tốt hơn những bệnh nhân dùng nhiều loại. Lý do là việc kê nhiều loại thuốc kháng động kinh sẽ đi kèm với việc đem đến nhiều tác dụng phụ bất lợi hơn và như vậy sẽ ảnh hưởng xấu tới CLCS [6]. Hơn nữa, cũng có thể những người được điều trị bằng liệu pháp đa trị liệu thường là những trường hợp khó chữa hơn, hay tồi tệ hơn là mắc động kinh kháng trị. Vì vậy, CLCS kém hơn của họ có thể chính là kết quả của các cơn co giật

thường xuyên hơn [7].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 60 bệnh nhân động kinh điều trị nội trú tại Trung tâm Thần kinh, bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10 năm 2022 đến tháng 4 năm 2023, chúng tôi kết luận: Trong nghiên cứu này, trung bình tổng điểm QOLIE – 31 của các đối tượng nghiên cứu là $56,53 \pm 13,60$ điểm. Các yếu tố tuổi, trình độ học vấn, tình trạng công việc, tần suất cơn động kinh và phác đồ điều trị có ảnh hưởng rõ rệt tới CLCS người bệnh động kinh. Các yếu tố tình trạng hôn nhân, khu vực sống, loại cơn động kinh không ảnh hưởng rõ ràng tới CLCS người bệnh động kinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Quang Cường (2009), Chẩn đoán động kinh. Nhà xuất bản Y học.
2. Nguyễn Văn Hương (2012), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng rối loạn nhận thức và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân động kinh là người trưởng thành. Luận án Tiến sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Christensen J., et al.(2005), Gender differences in epilepsy. *Epilepsia*. 46(6): p. 956-60.
4. Nguyễn Thị Hồng Phấn (2020), Chất lượng cuộc sống và các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân động kinh. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Shetty P.H., et al. (2011), Quality of life in patients with epilepsy in India. *J Neurosci Rural Pract*. 2(1): p. 33-8.
6. Baker G.A., et al. (2005), Quality of life of people with epilepsy in Iran, the Gulf, and Near East. *Epilepsia*. 46(1): p. 132-40.
7. Ashjazadeh N., et al. (2014), Comparison of the health-related quality of life between epileptic patients with partial and generalized seizure. *Iran J Neurol*. 13(2): p. 94-100.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GIẢM ĐAU SAU MỔ CHO BỆNH NHÂN NỘI SOI CẮT THẬN GHÉP TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Lê Nguyên Vũ^{1,2}, Trần Hà Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả giảm đau cho bệnh nhân sau phẫu thuật hiến thận ở người hiến thận tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. **Phương pháp nghiên cứu:**

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Nguyên Vũ

Email: nguyenvu.urologie@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 22.11.2023

cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 166 người hiến thận sau phẫu thuật nội soi qua phúc mạc được sử dụng phương pháp giảm đau theo phác đồ chung bao gồm giảm đau đường tĩnh mạch bệnh nhân (BN) tự điều khiển kết hợp tê thẩm tại chỗ bằng anaropin 2% tiêm dưới da. Hiệu quả giảm đau được đánh giá thông qua thang VAS, khi rút ống nội khí quản, khi chuyển về khoa phòng, thời gian tái lập lưu thông ruột, các biến số hậu phẫu. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 166 bệnh nhân có 86 nam 80 nữ, thời gian phẫu thuật phải/trái: $115,1 \pm 22,75$ phút/ $120,33 \pm 22,57$ phút, 4 trocar đối với thận phải 3 trocar với thận trái, đường rạch da lấy thận dài khoảng 10cm. Sau 2 giờ rút ống nội khí quản 96,3% BN có điểm VAS < 4, ngày đầu

tiên sau mổ khi bệnh nhân ở khoa phòng tỷ lệ đau nhẹ (VAS 3-4 điểm) chiếm tỉ lệ cao 93,37%. Nhưng vẫn còn 11 trường hợp chiếm 6,63% đau mức độ vừa (VAS 5-6 điểm). Các ngày sau hầu như không đau. Tỉ lệ gặp các tác dụng không mong muốn thấp. **Kết luận:** Kết quả giảm đau sau mổ bằng phương pháp tê thẩm vết mổ, kết hợp với phương pháp người bệnh tự kiểm soát (PCA) có hiệu quả giảm đau tốt, thời gian phục hồi trung tiện sớm hơn và đem lại sự hài lòng của người bệnh. **Từ khóa:** Anaropin, giảm đau BN tự điều khiển PCA, cắt thận ghép

SUMMARY

RESULTS OF POSTOPERATIVE PAIN MANAGEMENT FOR PATIENTS UNDERGOING LAPAROSCOPIC LIVING DONOR NEPHRECTOMY AT VIET DUC HOSPITAL

Objective: Evaluation of Postoperative Pain Management for Living Kidney Donors at Viet Duc Friendship Hospital. **Patients and Method:** This cross-sectional study involved 166 living kidney donors who underwent laparoscopic surgery with phu mac. Pain management followed a standardized protocol, combining patient-controlled intravenous analgesia (PCA) with local infiltration anesthesia using 2% lidocaine subcutaneous injection. Pain relief effectiveness was assessed using the VAS scale at different time points: upon removal of the endotracheal tube, upon transfer to the ward, time to bowel movement restoration, and postoperative variables. **Results:** The study included 86 males and 80 females. The average surgical times for right and left kidneys were 115.1±22.75 minutes and 120.33±22.57 minutes, respectively. Right kidney retrieval required 4 trocars, while left kidney retrieval required 3 trocars. The incision length for kidney retrieval was approximately 10 cm. After 2 hours, 96.3% of patients reported VAS scores below 4. On the first day after surgery, 93.37% of patients in the ward experienced mild pain (VAS 3-4), with only 6.63% reporting moderate pain (VAS 5-6). Pain levels were minimal in the following days, and the incidence of unwanted side effects was low. **Conclusion:** Postoperative pain management through local infiltration anesthesia combined with PCA demonstrated effective pain relief, faster mid-term recovery, and high patient satisfaction levels for living kidney donors. **Keywords:** anaropin, patient-controlled analgesia (PCA), donor nephrectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật vào ổ bụng thường là phẫu thuật lớn, gây tổn thương nhiều mô, tổ chức. Chính vì vậy phẫu thuật vào ổ bụng có thể gây đau từ mức độ vừa tới mức độ nhiều. Phẫu thuật vào ổ bụng có 2 nguồn gây đau chính là đau từ thành bụng do đường mổ vào ổ bụng và đau có nguồn gốc từ các tạng phẫu thuật. Phẫu thuật nội soi lấy thận để ghép khi so sánh với các phẫu thuật lấy thận mổ mở truyền thống đã làm giảm được cả 2 yếu tố chính trong cơ chế đau sau mổ. Mục

đích là để người hiến thận yên tâm khi phẫu thuật không còn chịu đau và tăng chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân hiến, bên cạnh vẫn đảm bảo yêu cầu của phẫu thuật tính an toàn cho bệnh nhân, tính toàn vẹn về giải phẫu của thận được lấy ra. Tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, chúng tôi sử dụng các biện pháp giảm đau sau mổ theo cơ chế và đạt được hiệu quả nhất định. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả giảm đau cho bệnh nhân sau phẫu thuật hiến thận ở người hiến thận tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Các bệnh nhân hiến thận cho thận được phẫu thuật nội soi lấy thận ghép. Bệnh nhân đã được thông qua hội đồng chuyên môn, được phẫu thuật tại bệnh viện Việt Đức trong thời gian nghiên cứu. Bệnh nhân được giải thích đầy đủ và đồng ý hợp tác nghiên cứu. Có hồ sơ bệnh án đầy đủ.

2.2. Tiêu chuẩn loại trừ: các BN hiến thận được giảm đau ngoài màng cứng đơn thuần, giảm đau bằng các phương pháp khác,

2.3. Phương pháp nghiên cứu: mô tả

2.3.1. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 6/2021 - 6/2022 tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

2.3.2. Cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện

2.3.3. Quy trình nghiên cứu: Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi lấy thận ghép.

- Sau khi đóng da vết mổ lấy thận, đóng lỗ trocar BN được tê thẩm vết mổ, lỗ trocar bằng Anaropin.

- Giảm đau tĩnh mạch PCA: Bệnh nhân được kết nối với một máy bơm tiêm có chứa thuốc giảm đau, bơm tiêm đó được nối bởi dây dẫn đến tĩnh mạch ở cánh tay bệnh nhân. Máy giảm đau PCA có một nút cầm tay để khi bệnh nhân nhấn vào nút đó máy bơm sẽ tiêm một lượng thuốc giảm đau nhất định vào cơ thể. Bác sĩ hoặc điều dưỡng sẽ giúp bệnh nhân quyết định xem PCA có phù hợp với bệnh nhân hay không BN được lắp giảm đau PCA khi đã được rút ống NKQ và tỉnh táo hoàn toàn tại phòng hồi tỉnh.

2.3.4. Các biến số theo dõi: đặc điểm của nhóm bệnh, độ tuổi bên phẫu thuật, các trocar, đánh giá người bệnh tại phòng hồi tỉnh và tại khoa phòng: Đánh giá độ đau theo thang điểm VAS, đánh giá một số tác dụng không mong muốn của phương pháp giảm đau PCA như: nôn và buồn nôn, ức chế hô hấp, mất ngủ... đánh giá sự hài lòng của người tại giờ giảm đau 3 ngày đầu và ngày ra viện. Xử lý số liệu và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0

• Đánh giá mức độ đau sau mổ. Chúng tôi đánh giá bằng thang điểm VAS với 5 mức độ. Mô tả bằng lời nói. Mức độ đau:

Không đau	Không đau
Đau nhẹ	Chịu được, chỉ cần dùng thuốc giảm đau dạng uống
Đau vừa	Khó chịu, cần dùng thuốc giảm đau dạng tiêm không gây nghiện
Đau nhiều	Rất khó chịu, cần dùng thuốc giảm đau dạng gây nghiện
Đau rất nhiều	Không chịu nổi, dù đã dùng thuốc giảm đau dạng tiêm loại gây nghiện

Thang điểm đánh giá mức độ đau được chúng tôi gắn vào bệnh án và ghi vào chăm sóc hằng ngày.



Rạch da lấy thận



Giảm đau tại vị trí lấy thận



Giảm đau tại lỗ trocar

Hình 1: Tiến hành giảm đau bằng tê thâm

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Chỉ số	BN Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân	
	N=166	%
Giới	Nam	86 51,8%
	Nữ	80 48,2%
Bên thận hiển	Trái	61 36,7%
	Phải	105 63,3%
Tuổi	X ± SD	21,96 ± 2,34
BMI	X ± SD	21,96 ± 2,34
Thời gian phẫu thuật (phút)	Bên phải	115,1±22,75
	Bên trái	120,33±22,57

Bảng 2. Số trocar và vị trí lấy thận

Vị trí lấy thận	3 trocar		4 trocar		Tổng số
	n	%	n	%	
Thận P	0	0%	105	100%	105
Thận T	60	98.34%	1	1.66%	61
Tổng số	60		106		166

Bảng 3. Chất lượng giảm đau tại các thời điểm nghiên cứu

Thời gian		Chất lượng giảm đau			
		Tốt (VAS < 4)		Không tốt (VAS >= 4)	
		N	%	N	%
Giờ (H)	H0	119	71,6%	47	28,4
	H1	160	96,3%	6	3,6%
	H2	160	96,3%	6	3,6%
	H4H6	160	96,3%	6	3,6%

Nhận xét: Sau 2 giờ rút ống nội khí quản 96,3% BN có điểm VAS < 4

Bảng 4. Mức độ đau sau mổ tại phòng bệnh

Mức độ đau	Ngày 1	Ngày 2	Ngày 3	Ngày 4
Đau nhẹ	155 (93,37%)	156 (93,97%)	15 (9%)	0
Đau vừa phải	11 (6,63%)	3 (1,8%)	3 (1,8%)	0
Đau nhiều	0	0	0	0

Nhận xét: Ngày đầu tiên tỷ lệ đau nhẹ (VAS 3-4 điểm) chiếm tỉ lệ cao 93,37%. Nhưng vẫn còn 11 trường hợp chiếm 6,63% đau mức độ vừa (VAS 5-6 điểm). Các ngày sau hầu như không đau, Không có BN đau nhiều hoặc đau khủng khiếp.

Bảng 5. Tác dụng không mong muốn

Tác dụng không mong muốn	N=166	
	n	%
Buồn nôn/ Nôn	23/166	23%
Ngứa	15/166	23%
Viêm TM chảy PCA	15/166	18.6%

Nhận xét: Tỉ lệ gặp các tác dụng không mong muốn: thấp

Bảng 6. Các biến số về theo dõi hậu phẫu

Thời gian (ngày)	Ngắn nhất	Dài nhất	Trung bình
Dùng thuốc giảm đau đường tĩnh mạch	3	3	3
Có trung tiện	1	4	1,75±0,66
Rút sonde tiểu	1	4	1,91±0,50
Rút dẫn lưu ổ thận	1	5	3,52±0,92
Thời gian nằm viện	7	21	7,22±1,96

Nhận xét: Tất cả các BN đều dùng giảm đau đường tĩnh mạch rút sau 3

ngày. Thời gian nằm viện còn dài trung bình 7,89 ± 1,96 ngày (7-9 ngày).

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật nội soi lấy thận để ghép khi so sánh với các phẫu thuật lấy thận mổ mở truyền thống đã làm giảm được cả 2 yếu tố chính trong cơ chế đau sau mổ^{1,2}. Thứ nhất, phương pháp nội soi sử dụng các dụng cụ nội soi, trong phẫu trường hẹp, không cần bóc tách quá nhiều các tổ chức liên quan đến thận, giảm thiểu được tình trạng tổn thương các dây thần kinh thụ cảm đau tại đám rối tạng. Giảm thiểu cơ chế gây đau do tạng. Thứ hai, đường mổ lấy thận nhỏ khoảng 8cm dưới nếp lằn bẹn so với đường mổ sườn lưng dài 20-30cm trong trường hợp lấy thận mổ mở. Đường mổ này vừa đảm bảo về mặt giảm đau theo cơ chế đau nguồn gốc từ thành bụng khi giảm thiểu chiều dài đường mổ, đưa vị trí mổ xuống dưới nếp lằn bẹn, ít phải đi qua những khối cơ lớn vị trí trên rốn. Khác với phẫu thuật qua ổ bụng, với cách tiếp cận sau phúc mạc, đường rạch ra để lấy thận thường dài khoảng > 10cm và cắt cơ khối cơ thắt lưng chậu nên BN sau mổ thường rất đau. Thêm nữa, việc chăm sóc vết mổ không thuận lợi, hạn chế xoay trở, ít ngồi dậy sớm đi lại do đau nên thời gian có gaz thường dài³. Do đó giảm đau tại bệnh viện Việt Đức chúng tôi phối hợp đa mô thức cả phương pháp ức chế thần kinh trung ương lẫn ức chế các thụ thể cảm giác đau tại chỗ (vết mổ, lỗ trocar, lỗ dẫn lưu) bằng phong bế Anaropin 2% dưới da. Anaropin thuộc nhóm thuốc gây tê, gây mê, có thành phần chính là hoạt chất Ropivacain HCl 5mg/ml (dưới dạng Ropivacain HCl monohydrate). Cách thức thực hiện: Tiêm Anaropin 2% vào lớp dưới da quanh vết mổ lấy thận và các lỗ trocar. Tác dụng của anaropin 2% lên tới 8 giờ sau mổ, có tác dụng làm giảm đau tại chỗ vị trí vết mổ và các vùng xung quanh. Kết quả của chúng tôi sau 2 giờ rút ống nội khí quản 96,3% BN có điểm VAS < 4, ngày đầu tiên sau mổ khi bệnh nhân ở khoa phòng tỷ lệ đau nhẹ (VAS 3-4 điểm) chiếm tỉ lệ cao 93,37%. Nhưng vẫn còn 11 trường hợp chiếm 6,63% đau mức độ vừa (VAS 5-6 điểm). Các ngày sau hầu như không đau. Tỷ lệ gặp các tác dụng không mong muốn thấp. Theo Nguyễn Trần Hoàng sử dụng anaropin giảm đau qua nghiên cứu 60 bệnh nhân phẫu thuật sỏi đường mật, có hiệu quả giảm đau sau mổ: kéo dài thời gian yêu cầu thuốc giảm đau đầu tiên (3,60±2,45 giờ so với 0,66±0,31 giờ), giảm lượng morphin tiêu thụ 12h và 24h đầu sau mổ; giảm ý nghĩa điểm VAS lúc nghỉ và

vận động trong 18h đầu sau mổ, không gặp biến chứng nào⁴. Theo Nguyễn Thị Phượng⁵, tại thời điểm sau rút nội khí quản (NKQ), số người TNHT có điểm đau VAS < 4 (VAS = 2 hoặc 3) là 45 (80,36%) và VAS ≥ 4 (VAS = 4 hoặc 5) là 11(19,64%); tại các thời điểm sau mổ từ H0 - H24: 100% người TNHT có VAS < 4; điểm đau VAS cao nhất tại thời điểm H0 và H1; không có sự khác biệt về điểm đau VAS giữa nhóm PTNS trong và ngoài phúc mạc. Nghiên cứu của Abu Elyazed⁶ tiến hành gây tê ESP hai bên trước mổ bằng 20mL bupivacaine 0.25% cho bệnh nhân phẫu thuật thoát vị thành bụng vùng thượng vị cũng thấy điểm VAS tại thời điểm 2 giờ sau mổ nhóm gây tê ESP thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng, và duy trì đến 12h sau mổ. Thời điểm 18 giờ và 24h giờ, điểm đau giữa 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của Savran-Karadeniz M³ đánh giá hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật của 40 BN cắt thận nội soi qua phúc mạc và sau phúc mạc. BN được truyền liên tục hỗn hợp dung dịch 0,1% bupivacain và 1 µg/mL fentanyl tốc độ 5 mL/h qua đường ngoài màng cứng. Kết quả ghi nhận điểm số VAS khi nằm yên sau mổ 30 phút, 2 giờ, 6giờ, 12 giờ, 18 giờ và 24 giờ không khác biệt giữa hai nhóm. Cả hai nhóm, điểm VAS cao nhất được ghi nhận vào thời điểm 0 và 1 giờ sau khi phẫu thuật, sau đó mức độ đau giảm dần và có cảm giác dễ chịu hơn từ giờ thứ 18 ở cả hai nhóm. Theo Vũ Thị Hằng⁷, về hiệu quả giảm đau có tới 16.7% bệnh nhân không hài lòng, mức hài lòng chung cả đợt giảm đau có tới 12.9% người bệnh không hài lòng. Có thể nói do khi sử dụng phương pháp PCA, người bệnh có thể chủ động kiểm soát được mức độ đau của mình. Các BN được giảm đau tốt nên vận động sớm và thời gian rút dẫn lưu sớm mặc dù trong qui trình mổ có dùng heparin lúc cắt động mạch và tĩnh mạch thận (bảng 6). Giảm đau sau phẫu thuật là thành phần thiết yếu của chương trình chăm sóc phục hồi sớm sau phẫu thuật ERAS (Enhanced Recovery After Surgery). Việc ít đau, vận động sớm đi lại trong khoảng thời gian 2-3 ngày sau phẫu thuật giúp tránh tắc ruột, hệ tiêu hóa hồi phục, giảm nguy cơ nhiễm trùng sau mổ

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy kết quả chăm sóc giảm đau sau mổ bằng phương pháp tê thẩm vết mổ, kết hợp với phương pháp người bệnh tự kiểm soát (PCA) có hiệu quả giảm đau tốt, thời gian phục hồi trung tiện sớm hơn và đem lại sự hài lòng của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hữu Tú (2014). Dự phòng và chống đau. Gây mê hồi sức. NXB y học.
2. Lentine K.L., Kasiske B.L., Levey A.S., et al. (2017). KDIGO Clinical Practice Guideline on the Evaluation and Care of Living Kidney Donors. Transplantation, 101, 1–109
3. Savran-Karadeniz M, Kisa I, Salviz EA, et al. Can surgical approach affect postoperative analgesic requirements following laparoscopic nephrectomy: Transperitoneal versus retroperitoneal? A prospective clinical study. Arch Esp Urol. 2017; 70(6): 603-611
4. Nguyễn Trần Hoàng (2022) Đánh giá hiệu quả của gây tê mặt phẳng cơ dựng sống hai bên bằng hỗn hợp Anaropin và Dexamethasone cho giảm đau trong và sau phẫu thuật sỏi đường mật. Luận văn Thạc sĩ, đại học Y Hà Nội.
5. Nguyễn, T. P., Phạm, V. Đông, & Võ, V. H. (2023). HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU ĐẠ MÔ THỨC SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI TRONG VÀ SAU PHỤC MAC LẦY THÂN GHÉP Ở NGƯỜI HIẾN SỐNG. Tạp Chí Y Dược học quân sự, 48(6), 87-97. <https://doi.org/10.56535/jmpm.v48i6.384>
6. Abu Elyazed MM, Mostafa SF, Abdelghany MS, Eid GM. Ultrasound-Guided Erector Spinae Plane Block in Patients Undergoing Open Epigastric Hernia Repair: A Prospective Randomized Controlled Study. Anesth Analg. 2019; 129(1): 235-240. doi:10.1213/ ANE.0000000000004071
7. Vũ Thị Hằng (2021) Sự hài lòng của người bệnh khi được sử dụng phương pháp giảm đau ngoài màng cứng sau phẫu thuật sỏi đường mật. Tạp chí Điều Dưỡng Việt Nam, 8 – 15

THỰC TRẠNG SUY GIẢM CHỨC NĂNG THỂ CHẤT Ở NGƯỜI BỆNH CAO TUỔI CÓ SUY DINH DƯỠNG TẠI BỆNH VIỆN LÃO KHOA TRUNG ƯƠNG

Bùi Thị Hương¹, Nguyễn Xuân Thanh^{1,2}, Nguyễn Ngọc Tâm^{1,2},
Trần Viết Lực^{1,2}, Nguyễn Trung Anh^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chức năng thể chất ở người cao tuổi có suy dinh dưỡng tại bệnh viện Lão khoa Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 184 bệnh nhân ≥ 60 tuổi đến khám và điều trị ngoại trú tại bệnh viện Lão khoa Trung ương. Người bệnh được phỏng vấn theo bộ câu hỏi thống nhất và đo cơ lực tay (HGS). **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $78,1 \pm 8,2$, tỉ lệ nữ chiếm 67,4%, nam chiếm 32,6%. Tỉ lệ bệnh nhân suy dinh dưỡng chẩn đoán theo tiêu chuẩn GLIM có giảm khối lượng cơ đo bằng phương pháp BIA, BMI lần lượt là: 92,9%, 64,5%. Tỉ lệ bệnh nhân có suy giảm cơ lực tay là 79,9%. Có mối liên quan giữa giảm BMI và giảm cơ lực tay. **Kết luận:** Tỉ lệ suy giảm chức năng thể chất đánh giá bằng sức mạnh cơ tay ở bệnh nhân cao tuổi có suy dinh dưỡng khá cao. Cần sàng lọc thường quy tình trạng suy giảm chức năng thể chất trên người cao tuổi có suy dinh dưỡng

Từ khóa: chức năng thể chất; suy dinh dưỡng; người cao tuổi

SUMMARY

DECLINE IN PHYSICAL FUNCTION AMONG OLDER MALNOURISHED PATIENTS AT NATIONAL GERIATRIC HOSPITAL

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Lão khoa Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Hương

Email: buithi.huong20497.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 9.11.2023

Ngày duyệt bài: 20.11.2023

Objective: To assess physical function in elderly malnourished patients who come for outpatient examination and treatment at National Geriatric Hospital. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study on 184 patients ≥ 60 years old who came for outpatient examination and treatment at National Geriatric Hospital. Patients were interviewed according to a unified set of questions, physical function assessed by and Handgrip Strength (HGS). **Results:** The average age of the study subjects was $78,1 \pm 8,2$, the proportion of female accounted for 67,4%, male accounted for 32,6%. The proportion of malnourished patients diagnosed according to GLIM criteria with reduced muscle mass measured by BIA and BMI methods were: 92,9%, 64,5%, respectively. The percentage of patients with hand muscle weakness was 79,9%. There was an association between reduced BMI and decreased arm strength. **Conclusion:** The rate of decline in physical function HGS is quite high. Routine screening for decline in physical function in malnourished elderly is required.

Keywords: Physical function; Malnutrition; Elderly.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chức năng thể chất là khả năng vận động, sức mạnh cơ hoặc khả năng thực hiện các hoạt động hàng ngày. Tình trạng suy giảm chức năng thể chất xảy ra thường xuyên ở người cao tuổi. Ước tính có khoảng 20% - 30% người lớn sống trong cộng đồng trên 70 tuổi có khuyết tật về khả năng vận động trong các hoạt động sống hàng ngày. Tuổi cao, giới nữ, các bệnh lý mạn tính làm gia tăng tỉ lệ suy giảm chức năng thể chất ở người cao tuổi [1].

Suy dinh dưỡng dẫn đến giảm khối lượng cơ,