

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mackay J., Eriksen M., và Eriksen M.P. (2002). The tobacco atlas, World Health Organization.
2. Levy D.T., Bales S., Lam N.T. và cộng sự. (2006). The role of public policies in reducing smoking and deaths caused by smoking in Vietnam: results from the Vietnam tobacco policy simulation model. Soc Sci Med, 62(7), 1819–1830.
3. Tang K.C., Rissel C., Bauman A. và cộng sự. (1998). A longitudinal study of smoking in year 7 and 8 students speaking English or a language other than English at home in Sydney, Australia. Tob Control, 7(1), 35–40.
4. Hrubá D. và Zaloudíková I. (2010). Why to smoke? Why not to smoke? Major reasons for children's decisions on whether or not to smoke. Cent Eur J Public Health, 18(4), 202–208.
5. Nguyen T.H., Nguyen T.K., Kim B.G. và cộng sự. (2016). Knowledge and Attitude Towards Tobacco Smoking among 13-15 Year-Old School Children in Viet Nam - Findings from GYTS 2014. Asian Pac J Cancer Prev, 17(sup1), 37–42.
6. Wilkinson A.V., Shete S., Vasudevan V. và cộng sự. (2009). Influence of subjective social status on the relationship between positive outcome expectations and experimentation with cigarettes. J Adolesc Health, 44(4), 342–348.
7. Mullin S., Prasad V., Kaur J. và cộng sự. (2011). Increasing Evidence for the Efficacy of Tobacco Control Mass Media Communication Programming in Low- and Middle-Income Countries. J Health Commun, 16(sup2), 49–58.
8. Health warning messages on tobacco products: a review | Tobacco Control. <<https://tobaccocontrol.bmj.com/content/20/5/327.short>>, accessed: 05/10/2023.

## THỰC TRẠNG HỘI CHỨNG DỄ BỊ TỔN THƯƠNG Ở NGƯỜI BỆNH CAO TUỔI ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BV LÃO KHOA TRUNG ƯƠNG

Bùi Thị Thùy Nhung<sup>1</sup>, Nguyễn Trung Anh<sup>2,3</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng hội chứng dễ bị tổn thương (HCDBTT) ở người bệnh cao tuổi điều trị ngoại trú và một số yếu tố liên quan. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang tại Bệnh viện Lão khoa Trung Ương, từ tháng 08 năm 2022 đến tháng 7 năm 2023 trên 384 bệnh nhân tuổi từ 65 trở lên điều trị ngoại trú. Hội chứng dễ bị tổn thương được xác định bằng bộ công cụ Modified Short Emergency Geriatric Assessment (mSEGA). **Kết quả nghiên cứu:** Tổng số có 384 người bệnh với độ tuổi trung bình là 74,89 ± 7,26 năm. Tỷ lệ bệnh nhân mắc HCDBTT là 19,5%, HCDBTT nặng là 9,9%, không bị HCDBTT là 70,6%. Sự suy giảm nhận thức, sự phụ thuộc hoạt động chức năng hàng ngày ADL, suy dinh dưỡng, sarcopenia có liên quan với hội chứng dễ bị tổn thương (p<0,05). **Kết luận:** Hội chứng dễ bị tổn thương có liên quan đến sự, sự phụ thuộc hoạt động chức năng hàng ngày ADL, suy dinh dưỡng, sarcopenia. **Từ khóa:** Hội chứng dễ bị tổn thương, Người bệnh cao tuổi, Bệnh viện Lão khoa Trung Ương.

## SUMMARY

### CURRENT SITUATION OF FRAILITY SYNDROME IN ELDERLY PATIENTS RECEIVED OUTPATIENT TREATMENT AT

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Lão khoa Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Thùy Nhung

Email: drthuynhung89@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 21.12.2023

## NATIONAL GERIATRIC HOSPITAL

**Objective:** Describe the current situation of Frailty syndrome (HCDBTT) in elderly outpatients and some related factors. **Research subjects and methods:** The study was conducted using a cross-sectional descriptive method at the National Geriatric Hospital, from August 2022 to July 2023 on 384 patients aged 65 and older undergoing surgical treatment stay. Frailty syndromes were identified using the Modified Short Emergency Geriatric Assessment (mSEGA) toolkit. **Research results:** A total of 384 patients with an average age of 74,89 ± 7,26 years. The proportion of patients with Frailty is 19.5%, Very Frailty is 9.9%, Not Frailty is 70.6%. Cognitive decline, ADL daily functional dependence, malnutrition, and sarcopenia were associated with Frailty syndrome (p < 0.05). **Conclusion:** Frailty syndrome is associated with ADL daily functional dependence, malnutrition, and sarcopenia.

**Keywords:** Frailty syndrome, Elderly patients, Central Geriatric Hospital.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng dễ bị tổn thương (HCDBTT - Frailty) là một hội chứng lão khoa, xảy ra do sự tích tụ của quá trình suy giảm chức năng nhiều hệ thống cơ quan trong cơ thể, biểu hiện là trạng thái dễ bị tổn thương với các yếu tố về mặt thể chất, xã hội và môi trường<sup>1</sup>. Vì vậy, việc phát hiện, sàng lọc và can thiệp sớm các bệnh nhân cao tuổi có hội chứng dễ bị tổn thương là biện pháp hữu hiệu nhằm giảm thiểu gánh nặng bệnh tật và chi phí cho xã hội. Trong những năm gần đây có rất nhiều nghiên cứu về HCDBTT trong cộng đồng cũng như trên bệnh nhân lão khoa.

Nhiều thang đo đã xuất hiện với mục đích phát hiện, đo lường mức độ dễ bị tổn thương<sup>2</sup>. Trong đó, bộ công cụ Short Emergency Geriatric Assessment (SEGA) do Schoevaerdt<sup>3</sup> tạo ra đã được chuẩn hóa ngày càng được sử dụng rộng rãi bởi các bác sĩ lão khoa ở các nước nói tiếng Pháp như Pháp, Bỉ<sup>4</sup>. Bộ công cụ này chủ yếu dùng bộ câu hỏi để sàng lọc, đánh giá HCDBTT, không cần sử dụng các thiết bị hỗ trợ khác, thời gian thực hiện nhanh ( $5 \pm 3,5$  phút)<sup>5</sup>, có thể được hoàn thành bởi bất kỳ bác sĩ đa khoa nào được đào tạo về cách sử dụng thang đo này<sup>3</sup>.

Tại Việt Nam đến nay vẫn chưa có một nghiên cứu nào công bố về sử dụng bộ công cụ mSEGA trong chẩn đoán HCCBTT ở người bệnh cao tuổi. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu áp dụng bộ công cụ mSEGA trong mô tả hội chứng dễ bị tổn thương và một số yếu tố liên quan ở người bệnh cao tuổi.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân từ 65 tuổi trở lên đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Lão khoa TW từ tháng 08 năm 2022 đến tháng 7 năm 2023

### Tiêu chuẩn loại trừ

- Không có khả năng nghe và trả lời phỏng vấn, không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Mặc các bệnh nặng cấp tính (suy hô hấp, nhồi máu cơ tim...).

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang.

### Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Công thức tính cỡ mẫu:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot p \cdot (1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu nghiên cứu

$\alpha$ : mức ý nghĩa thống kê, với  $\alpha = 0,05$  thì hệ số  $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

d: sai số mong đợi, chọn  $d = 0,06$

$p = 0.684$  (tỷ lệ HCDBTT là 68,4% theo Nguyễn Trung Anh<sup>6</sup>)

Cỡ mẫu tối thiểu là 230 người bệnh.

Cỡ mẫu thực tế là 384 người bệnh.

**Tiêu chuẩn đánh giá.** Hội chứng dễ bị tổn thương)

- Xác định hội chứng dễ bị tổn thương theo bộ công cụ SEGA đã sửa đổi (mSEGA) được nhóm của tiến sĩ Drama từ Bệnh viện đại học Reims xác thực vào năm 2014. Đánh giá theo các tiêu chí: tuổi, nơi ở, thuốc, khí sắc, nhận thức về sức khỏe so với những người cùng tuổi, ngã trong 6 tháng qua, dinh dưỡng, bệnh liên

quan, khả năng độc lập, di chuyển, khả năng tự chủ đại tiểu tiện, dùng bữa, nhận thức.

- Tổng điểm 26

+ Không bị HCDBTT (Not frailty): 0 - 8 điểm

+ HCDBTT (Frailty): 9 - 11 điểm

+ HCDBTT nặng (Very Frailty): 12- 26 điểm

Các yếu tố liên quan đến hội chứng dễ bị tổn thương:

- Thiếu cân: chỉ số BMI ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) tính bằng tỷ số cân nặng/chiều cao<sup>2</sup> và được phân loại theo WHO:  $< 18.50$  ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ).

- Bảng đánh giá chức năng hoạt động hàng ngày không sử dụng dụng cụ (Activities Daily Living- ADL) bao gồm 6 hoạt động: ăn uống, đi vệ sinh, mặc quần áo, chăm sóc bản thân, đi lại, tắm rửa. Mỗi hoạt động có điểm 0 hoặc 1 điểm.  $< 6$  điểm: suy giảm chức năng hoạt động hàng ngày không dùng dụng cụ.

- Suy dinh dưỡng (Mini Nutritional Assessment short form - MNA-SF) bao gồm: bệnh nhân có chán ăn không, giảm cân, kĩ năng vận động, có bệnh cấp tính hay căng thẳng tâm lý, vấn đề tâm lý thần kinh, chỉ số BMI. Đánh giá: 0 - 7 điểm: suy dinh dưỡng.

- Sarcopenia: sử dụng bộ câu hỏi SARC - F gồm 5 câu hỏi về vấn đề: sức mạnh cơ, hỗ trợ khi đi lại, đứng dậy từ ghế, leo cầu thang, ngã. Đánh giá :  $\geq 4$  điểm: có bệnh sarcopenia.

**2.3. Phân tích số liệu.** Số liệu thu thập được xử lý bằng chương trình phần mềm SPSS 20.0. Các biến số định lượng trình bày và phân tích sự khác biệt trung bình, trình bày chỉ số trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn. Các biến trình bày theo tỷ lệ %, kiểm định  $\chi^2$ . Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

### 2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu đảm bảo vấn đề đạo đức trong nghiên cứu và đã được phê duyệt bởi hội đồng đạo đức Bệnh viện Lão khoa Trung Ương.

- Người bệnh được giải thích rõ ràng mục tiêu và phương pháp nghiên cứu, tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung của người bệnh cao tuổi

**Bảng 1. Đặc điểm chung của người bệnh cao tuổi**

	Biến số	Tần số	Tỷ lệ %
Tuổi TB 74,89 $\pm$ 7,26 (65-100)	65 - 69 tuổi	104	27,1
	70 - 79 tuổi	181	47,1
	$\geq 80$ tuổi	99	25,8
Giới	Nam	96	25
	Nữ	288	75

BMI TB 22,12±3,4	Thiếu cân (< 18,5)	52	13.5
	Bình thường (18,5 – 24,9)	259	67.4
	Thừa cân, béo phì (≥ 25)	72	18.8

BMI, Body Mass Index

**Nhận xét:** Trong tổng số 384 người bệnh, nhóm từ 70 - 79 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 47,1%, nhóm ≥ 80 tuổi ít nhất, chiếm 25,8%. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 74,89 ± 7,26. Tuổi thấp nhất là 65 tuổi và cao nhất là 100 tuổi.

Có 288 người bệnh nữ chiếm 75%, cao hơn so với 96 người bệnh nam chiếm 25%. Tỷ lệ nam/ nữ = 0,33.

Chỉ số BMI, nhóm người bệnh có BMI bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất 67,4%, nhóm thiếu cân chiếm tỷ lệ thấp nhất 13,5%. Chỉ số BMI trung bình là 22,12 ± 3,4.

**Bảng 2: Môi liên quan giữa HCDBTT với các chỉ số nhân khẩu học**

Biến số		Không bị CDBTT	HCDBTT	HCDBTT nặng	p
Tuổi	65 - 69 tuổi	175 (84,1%)	24 (11,5%)	9 (4,3%)	<0,001
	70 – 79 tuổi	80 (62%)	37 (28,7%)	12 (9,3%)	
	≥ 80 tuổi	16 (34%)	14 (29,8%)	17 (36,2%)	
BMI	Thiếu cân (< 18,5)	13 (25%)	17 (32,7%)	52 (42,3%)	< 0,001
	Bình thường (18,5 – 24,9)	195 (75,3%)	49 (18,9%)	15 (5,8%)	
	Thừa cân, béo phì (≥ 25)	62 (86,1%)	9 (12,5%)	1 (1,4%)	
Giới	Nam	67 (69,8%)	18 (18,8%)	11 (11,5%)	0,845
	Nữ	204 (70,8%)	57 (19,8%)	27 (9,4%)	

Tỷ lệ mắc HCDBTT tăng dần theo tuổi. Nhóm người bệnh ≥ 80 tuổi trở lên mắc HCDBTT chiếm 29,8% và HCDBTT nặng chiếm 36,2% cao nhất trong các nhóm. Sự khác biệt rõ rệt về mức độ của HCDBTT giữa các nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê (với p < 0,001).

Nhóm người bệnh thiếu cân có xu hướng xuất hiện HCDBTT và HCDBTT nặng cao nhất chiếm 32,7% và 42,3%, cao hơn so với nhóm có

**Bảng 3: Môi liên quan giữa HCDBTT với các đặc điểm lão khoa**

Biến số		Không bị CDBTT	HCDBTT	HCDBTT nặng	p
ADL	Suy giảm (<6)	5 (8,3%)	28 (46,7%)	27 (45%)	< 0,001
MNA	Suy dinh dưỡng (<7)	8 (15,2%)	37 (48,1%)	29 (36,7%)	< 0,001
SARC - F	Sarcopenia (≥4)	68 (40,5%)	63 (37,5%)	37 (22%)	0,000

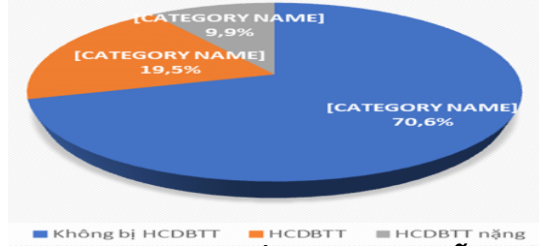
MNA, Mini Nutritional Assessment, ADL: Activities Daily Living

**Nhận xét:** Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ mắc HCDBTT với, hoạt động chức năng hàng ngày không sử dụng dụng cụ ADL, suy dinh dưỡng và tình trạng sarcopenia (với p < 0,05).

**IV. BÀN LUẬN**

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên người bệnh cao tuổi ≥ 65 tuổi khám và điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Lão khoa Trung Ương.

**3.2. Tỷ lệ mắc hội chứng dễ bị tổn thương ở người bệnh cao tuổi**



**Biểu đồ 1: Tỷ lệ mắc hội chứng dễ bị tổn thương ở người bệnh cao tuổi**

**Nhận xét:** Trong quần thể nghiên cứu có 75 người bệnh bị HCDBTT ở người bệnh cao tuổi chiếm tỷ lệ 19,5%; 38 người bệnh bị HCDBTT nặng chiếm 9,9%; có 271 người bệnh không bị HCDBTT chiếm 70,6%.

**3.3. Hội chứng dễ bị tổn thương và một số yếu tố liên quan**

BMI bình thường hoặc thừa cân, béo phì. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với p < 0,001)

Trong nhóm người bệnh mắc HCDBTT người bệnh nữ (chiếm 19,8%) nhiều hơn người bệnh nam (18,8%); trong nhóm người bệnh HCDBTT nặng, người bệnh nữ (chiếm 9,4%) cao hơn nhóm người bệnh nam (chiếm 11,5%); tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

Kết quả ghi nhận:

Tỷ lệ mắc HCDBTT là 19,5% và HCDBTT nặng là 9,9%; tỷ lệ không bị HCDBTT là 70,6%. Tỷ lệ này tương đồng nghiên cứu của N. Oubaya<sup>7</sup> và cộng sự trên 167 người bệnh mắc HCDBTT và HCDBTT nặng là 21% và 9%. Như vậy, hội chứng này là có khả năng phòng ngừa được và có thể hồi phục ở giai đoạn đầu. Do vậy, bác sĩ cần tầm soát các yếu tố liên quan để khắc phục phát triển

thành HCDBTT cho người bệnh.

Tỷ lệ HCDBTT tăng dần theo tuổi. Nhóm người bệnh từ 80 tuổi trở nên chiếm tỷ lệ HCDBTT (29,8%) và HCDBTT nặng (36,2%) cao nhất; tiếp theo là nhóm 70 -79 tuổi có tỉ lệ HCDBTT (28,9%) và HCDBTT nặng (9,3%). Nhóm không bị HCDBTT tỉ lệ nghịch so với nhóm tuổi. Có mối liên hệ mật thiết giữa mức độ HCDBTT với sự gia tăng của tuổi ( $p < 0,05$ ). Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Sonia Hamami (2020)<sup>8</sup> trên 124 người bệnh cũng chỉ ra rằng tỷ lệ mắc HCDBTT ở nhóm người bệnh lớn hơn 85 tuổi (chiếm 63%) cao hơn nhóm tuổi khác.

Trong tổng số 384 đối tượng có 288 người bệnh nữ chiếm 75% cao hơn với 96 người bệnh nam chiếm 25%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm người bệnh nam và nữ ( $p > 0,05$ ). Kết quả trên cũng tương đồng với nghiên cứu của Chang tại Đài Loan nữ chiếm 53,8% và nam chiếm 46,2%<sup>9</sup>. Nghiên cứu của Nguyễn Xuân Thanh (2015) bệnh nhân nữ là 56,8%, nam là 43,2%.<sup>10</sup> Sự khác biệt của các nhà nghiên cứu cũng không có ý nghĩa thống kê.

BMI trung bình của người bệnh cao tuổi là  $22,12 \pm 3,14$ . Tỷ lệ người bệnh có BMI bình thường cao nhất (67,4%), thấp nhất là nhóm thiếu cân (13,5%). Trong đó nhóm thiếu cân có tỷ lệ có HCDBTT (32,7%) và HCDBTT nặng (42,3%) cao nhất. Sự khác biệt rõ rệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). Như vậy việc duy trì hoặc chuyển về BMI bình thường cũng có thể can thiệp bằng chế độ dinh dưỡng. Do đó, bác sĩ cần tư vấn cho người bệnh chế độ dinh dưỡng cho phù hợp.

Xét mối liên quan giữa HCDBTT với suy giảm chức năng theo ADL chúng tôi thấy rằng: Ở những người bệnh có suy giảm chức năng tỷ lệ bị HCDBTT (46%) và HCDBTT nặng (45%) trong khi ở người bệnh không bị HCDBTT là 8,3%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với  $p < 0,001$ ). Năm 2001, một kết quả đa trung tâm ngẫu nhiên được Mc Cusker nghiên cứu trên đối tượng bệnh nhân cấp cứu thấy rằng: quá trình tiếp nhận bệnh nhân và được điều trị sớm, kết hợp chăm sóc tại nhà chu đáo giảm đáng kể tỷ lệ suy giảm chức năng hoạt động hàng ngày cho người cao tuổi sau khi mắc một bệnh cấp tính.

Tình trạng suy dinh dưỡng cũng có mối liên quan mật thiết với HCDBTT. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). Kết quả của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của Eyigor trên cộng đồng người cao tuổi tại Thổ Nhĩ Kỳ cho thấy: sự nghèo nàn về dinh dưỡng gây gia tăng

HCDBTT.

Tỷ lệ mắc sarcopenia cao nhất ở nhóm HCDBTT (chiếm 48,1%), thấp nhất ở nhóm không bị HCDBTT (chiếm 15,2%). Có mối liên hệ giữa HCDBTT với tình trạng Sarcopenia. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.001$ . Nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Tâm (2020) trên 764 người bệnh cũng chỉ ra rằng HCDBTT có mối liên quan với sarcopenia.

## V. KẾT LUẬN

HCDBTT là vấn đề hay gặp ở người bệnh cao tuổi. Tuổi, chỉ số BMI, suy dinh dưỡng, suy giảm chức năng theo ADL, sarcopenia là những yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến tỷ lệ mắc HCDBTT ở người bệnh cao tuổi điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Lão khoa Trung Ương.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fried, L.P., Tangen, C.M., Walston, J.** Corative Cardio vascular Health Study Collaborative Research Group, (2001). Frailty in Older Adults; Evidence For a Phenotype. The Journals of Gerontology; Series A. Biological Sciences and Medical Sciences, 56(3), 146-156.
2. **Heuberger Roschelle A** (2011), "The Frailty Syndrome: A Comprehensive Review", Journal of Nutrition in Gerontology and Geriatrics, 30(4), 315- 368.
3. **Schoevaerdt D, Bietlot S, Malhomme B, Relette C, Gillet JB, Vanpee D, et al.** Identification Précoce Du Profil Gériatrique En Salle d'urgences : Présentation de La Grille SEGA. La Revue de Gériatrie 2004 ; 29 : 169-76.
4. **Martins Condé F, Sornay-Soares C, Mactoux V, Mathieu J, Bohatier J, Yennoune A, et al.** Rôle et Place Du Gériatre En Oncologie Du Sujet Âgé. Ann Med Psych 2007 ; 165 : 216-9.
5. **Screening for frailty in elderly subjects living at home: validation of the Modified Short Emergency Geriatric Assessment (SEGAm) instrument.** - PDF Download Free. docksci.com. Accessed July 18, 2022. [https://docksci.com/screening-for-frailty-in-elderly-subjects-living-at-home-validation-of-the-modif\\_5a8b9d17d64ab2985480e310.html](https://docksci.com/screening-for-frailty-in-elderly-subjects-living-at-home-validation-of-the-modif_5a8b9d17d64ab2985480e310.html)
6. **Anh NT, Thanh NX, Huyền VTT, Thăng P.** Nghiên cứu một số yếu tố liên quan với hội chứng dễ bị tổn thương trên bệnh nhân cao tuổi điều trị tại Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Lão khoa Trung ương. Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy. Published online March 3, 2021. doi:10.52389/ydls.v16i3.751
7. **Oubaya N, Mahmoudi R, Jolly D, et al.** Screening for frailty in elderly subjects living at home: validation of the Modified Short Emergency Geriatric Assessment (SEGAm) instrument. J Nutr Health Aging. 2014;18(8):757-764. doi:10.1007/s12603-014-0541-1
8. **Hammami S, Zarrouk A, Piron C, Almas I, Sakly N, Latteur V.** Prevalence and factors associated with frailty in hospitalized older patients. BMC Geriatr. 2020;20:144.

doi:10.1186/s12877-020-01545-4

9. **Chang CI, Chan DC, Kuo KN** (2011) Prevalence and correlates of geriatric frailty in a northern taiwan community. *Journal of the Formosan Medical Association* 110(4): 247 –257.

10. **Nguyễn Xuân Thanh** (2015) Hội chứng dễ bị tổn thương và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân cao tuổi điều trị tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương. Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ. Trường Đại học Y Hà Nội

## KIỂM SOÁT ĐƯỜNG HUYẾT TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐÌNH

Đinh Quốc Bảo<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Sĩ<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mở đầu:** Đái tháo đường type 2 là yếu tố nguy cơ tim mạch phổ biến tại Việt Nam. Kiểm soát đường huyết là một trong những mục tiêu quan trọng và được chứng minh là giúp phòng ngừa các biến chứng mạch máu nhỏ nhưng lợi ích chưa rõ ràng ở những biến chứng mạch máu lớn. Các thuốc hạ đường huyết có lợi ích trên hệ tim mạch lại mang đến hiệu quả nổi trên. **Mục tiêu:** Nghiên cứu được thực hiện để xác định tỉ lệ kiểm soát đường huyết và thực hành sử dụng thuốc hạ đường huyết có lợi ích trên tim mạch ở người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện tại phòng khám nội tiết và phòng khám nội tim mạch của bệnh viện Nhân dân Gia Định từ tháng 3/2021 đến tháng 3/2022. **Kết quả:** 454 người bệnh đái tháo đường type 2 tham gia nghiên cứu với nguy cơ tim mạch tử cao cho đến rất cao. Tỉ lệ bệnh lý tim mạch do xơ vữa bao gồm hội chứng mạch vành mạn và bệnh động mạch ngoại biên lần lượt là 38,5% và 0,4%. Tỉ lệ suy tim là 2,4% và tỉ lệ bệnh thận mạn là 8,1%. Tỉ lệ kiểm soát đường huyết (HbA1C < 7%) là 54,8%. Thuốc hạ đường huyết được sử dụng nhiều nhất là metformin (76,9%) và sulfonylurea (49,3%). Thuốc ức chế SGLT2 được chỉ định trong 1,1% trường hợp trong khi thuốc đồng vận GLP1 không được sử dụng. **Kết luận:** Người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú ở bệnh viện Nhân dân Gia Định có nguy cơ tim mạch tử cao cho đến rất cao và tỉ lệ bệnh lý tim mạch chiếm tỉ lệ cao. Việc kiểm soát đường huyết còn chưa đạt tối ưu. Việc kê toa các thuốc hạ đường huyết có lợi ích trên tim mạch còn chưa được thực hiện. Vì vậy, cần có lưu ý kiểm soát đường huyết và chọn lựa thuốc hạ đường huyết phù hợp với nhóm tăng nguy cơ này.

**Từ khoá:** Đái tháo đường type 2, kiểm soát đường huyết, bệnh lý tim mạch, ức chế SGLT2, đồng vận GLP1

### SUMMARY

#### GLYCEMIC CONTROL IN OUTPATIENT

<sup>1</sup>Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Sĩ

Email: si.nguyen.ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2023

Ngày duyệt bài: 20.12.2023

### MANAGEMENT OF TYPE 2 DIABETES AT NHAN DAN GIA DINH HOSPITAL: A CROSS-SECTIONAL STUDY

**Introduction:** Type 2 diabetes mellitus is a common risk factor for cardiovascular disease in Vietnam. Glycemic control is a crucial goal and has been demonstrated to prevent microvascular complications, although its benefits in macrovascular complications remain unclear. Hypoglycemic agents have shown cardiovascular benefits. **Objectives:** This study aimed to determine the rate of glycemic control and the utilization of hypoglycemic agents with cardiovascular benefits in outpatient management of patients with type 2 diabetes. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted at the endocrinology and cardiology clinics of Nhan dan Gia Dinh hospital from March 2021 to March 2022. **Results:** A total of 454 type 2 diabetic patients with a high to very high cardiovascular risk participated in the study. The prevalence of coronary artery disease, including stable angina and peripheral artery disease, was 38.5% and 0.4%, respectively. Heart failure prevalence was 2.4% and chronic kidney disease prevalence was 8.1%. The rate of glycemic control (HbA1C < 7%) was 54.8%. The most commonly prescribed hypoglycemic agents were metformin (76.9%) and sulfonylureas (49.3%). GLP-1 receptor agonists were not prescribed and SGLT2 inhibitors were indicated in only 1.1% of cases. **Conclusions:** Glycemic control remains suboptimal and the prescription of hypoglycemic agents with cardiovascular benefits is underutilized in type 2 diabetes. Therefore, there is a need for improved glycemic control and appropriate selection of hypoglycemic agents for this high-risk group.

**Keywords:** Type 2 diabetes mellitus, glycemic control, cardiovascular complications, SGLT2 inhibitors, GLP-1 receptor agonists.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường type 2 là một bệnh lý chuyển hoá thường gặp và cũng là một yếu tố nguy cơ tim mạch quan trọng. Con số người mắc đái tháo đường type 2 dự đoán sẽ tiếp tục gia tăng trong tương lai.<sup>[1]</sup> Đái tháo đường type 2 đi kèm với các biến chứng về mạch máu nhỏ (a) và mạch máu lớn bao gồm các biến chứng tim mạch. Việc kiểm soát đường huyết được chứng