

- musculomucosal flap for oral reconstruction. Br J Oral Maxillofac Surg. Feb 1999;37(1):25-28. doi:10.1054/bjom.1998.0301.
7. **Furukawa M, Mathes DW, Anzai Y.** Evaluation of the facial artery on computed tomographic angiography using 64-slice multidetector computed tomography: implications for facial reconstruction in plastic surgery. Plast Reconstr Surg. Mar 2013;131(3):526-535. doi:10.1097/PRS.0b013e31827c6f18.
 8. **Koziej M, Trybus M, Holda M, et al.** Anatomical Map of the Facial Artery for Facial Reconstruction and Aesthetic Procedures. Aesthet Surg J. Oct 15 2019;39(11):1151-1162. doi:10.1093/asj/sjz028.
 9. **Pisli U, Anderhuber F, Neugebauer S.** The Facial Artery-The Main Blood Vessel for the Anterior Face? Dermatol Surg. Feb 2016;42(2):203-208. doi:10.1097/dss.0000000000000599
 10. **Lohn JW, Penn JW, Norton J, Butler PE.** The course and variation of the facial artery and vein: implications for facial transplantation and facial surgery. Ann Plast Surg. Aug 2011;67(2):184-188. doi:10.1097/SAP.0b013e31822484ae.

MỘT SỐ HỘI CHỨNG LÃO KHOA VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG Ở NGƯỜI BỆNH CAO TUỔI CÓ SUY GIẢM NHẬN THỨC NHẸ

Trần Viết Lục^{1,2}, Nguyễn Ngọc Tâm^{1,2}, Nguyễn Thị Thu Hương^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá một số hội chứng lão khoa thường gặp và mối liên quan với tình trạng dinh dưỡng ở người bệnh cao tuổi có suy giảm nhận thức nhẹ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 68 người bệnh ≥ 60 tuổi được chẩn đoán suy giảm nhận thức nhẹ khám và điều trị tại Bệnh viện Lão Khoa Trung ương từ tháng 06-11/2021. **Kết quả:** Tỷ lệ người bệnh có suy dinh dưỡng và nguy cơ suy dinh dưỡng lần lượt là 16,2% và 57,4%. Tỷ lệ người bệnh có sử dụng nhiều thuốc là 57,4%. Tỷ lệ phụ thuộc của các hoạt động chức năng theo IADL là 91,2% và theo chỉ số Barthel là 66,1%. Tỷ lệ người bệnh có trầm cảm, rối loạn giấc ngủ, nguy cơ ngã cao lần lượt là 79,4%; 88,2% và 76,5%. Tiểu không tự chủ chiếm tỷ lệ thấp nhất 14,7%. Phân tích hồi quy đa biến cho thấy thoái hóa khớp (OR=0,174) và trầm cảm (OR=6,771) có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng suy dinh dưỡng/nguy cơ suy dinh dưỡng. **Kết luận:** tỷ lệ các hội chứng lão khoa rất cao trong đó trầm cảm có mối liên quan với tình trạng suy dinh dưỡng/nguy cơ suy dinh dưỡng ở đối tượng nghiên cứu. **Từ khóa:** suy giảm nhận thức nhẹ, hội chứng lão khoa, người cao tuổi, dinh dưỡng

SUMMARY

SOME GERIATRIC SYNDROMES AND THE RELATIONSHIP WITH NUTRITIONAL STATUS IN ELDERLY PATIENTS WITH MILD COGNITIVE IMPAIRMENT

Objectives: to assess some common geriatric syndromes and their relationship with nutritional status in elderly patients with mild cognitive impairment. **Subjects and methods:** Cross-sectional

descriptive study on 68 patients ≥ 60 years old diagnosed with mild cognitive impairment examined and treated at the National Geriatric Hospital from June to November 2021. **Results:** The proportion of patients with malnutrition and the risk of malnutrition were 16.2% and 57.4%, respectively. The proportion of polypharmacy was 57.4%. The dependency rate of functional activities according to IADL was 91.2% and according to the Barthel index was 66.1%. The proportion of patients with depression, sleep disorders, and high risk of falling were 79.4%; 88.2%, and 76.5%. Urinary incontinence accounted for the lowest rate of 14.7%. Multivariable regression analysis showed that osteoarthritis (OR=0.174) and depression (OR=6.771) had a statistically significant association with malnutrition/risk of malnutrition. **Conclusion:** The rate of geriatric syndromes was very high, in which depression was associated with malnutrition/risk of malnutrition in the study population.

Keywords: mild cognitive impairment, geriatric syndrome, elderly, nutrition

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy giảm nhận thức nhẹ là một hội chứng được định nghĩa là sự suy giảm nhận thức tăng theo tuổi nhưng chưa ảnh hưởng đáng kể đến các hoạt động trong cuộc sống hàng ngày. Trên thế giới, tỷ lệ suy giảm nhận thức nhẹ ở người từ 65 tuổi trở lên chiếm 3-19%[1] và thậm chí còn cao hơn ở các nghiên cứu khác từ 10 đến 20% [2]. Ước tính số người mắc suy giảm nhận thức năm 2013 là 44 triệu người, sẽ tăng lên 76 triệu vào năm 2030 và 135 triệu vào năm 2050. Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc suy giảm nhận thức nhẹ ở Huế là 13,2%[3]. Suy giảm nhận thức nhẹ ở người bệnh cao tuổi gây ra nhiều hậu quả như: suy giảm sức khỏe thể chất, sức khỏe tâm thần, các vấn đề về dinh dưỡng, tăng nguy cơ nhập viện và tử vong, tăng sự phụ thuộc và gánh nặng cho hệ thống chăm sóc sức khỏe.

Suy dinh dưỡng là tình trạng thường gặp ở

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Lão khoa Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Viết Lục

Email: tranvietluc@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 26.12.2023

Ngày duyệt bài: 24.01.2024

người cao tuổi. Thêm vào đó, người cao tuổi mắc suy giảm nhận thức nhẹ có tỉ lệ suy dinh dưỡng cao hơn đáng kể so với những người có nhận thức bình thường [4]. Suy dinh dưỡng ở người cao tuổi có thể dẫn đến tình trạng sức khỏe kém và giảm chất lượng cuộc sống nếu không được can thiệp.

Già hóa dân số làm thay đổi mô hình bệnh tật và là thách thức lớn cho toàn xã hội. Sự xuất hiện của các hội chứng lão khoa kết hợp với đa bệnh lý dẫn đến suy giảm chức năng ở người cao tuổi đặc biệt ở người bệnh có suy giảm nhận thức. Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá các hội chứng lão khoa và mối liên quan với tình trạng dinh dưỡng ở người bệnh cao tuổi có suy giảm nhận thức nhẹ. Vì vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài này với mục tiêu đánh giá một số hội chứng lão khoa thường gặp và mối liên quan với tình trạng dinh dưỡng ở người bệnh cao tuổi có suy giảm nhận thức nhẹ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh cao tuổi được chẩn đoán suy giảm nhận thức nhẹ khám và điều trị tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương từ tháng 06 đến tháng 11 năm 2021.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** người bệnh ≥ 60 tuổi được chẩn đoán xác định suy giảm nhận thức nhẹ bởi bác sĩ chuyên khoa thần kinh theo tiêu chuẩn của DSM-5 và có người chăm sóc sống cùng hoặc chăm sóc ít nhất 4 giờ/ngày.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** người bệnh đang mắc các bệnh cấp tính, tình trạng nặng hoặc bệnh ác tính, bệnh tâm thần phân liệt hoặc rối loạn lưỡng cực, lạm dụng rượu hoặc chất kích thích...; người bệnh không có khả năng hoàn thành các câu hỏi nghiên cứu hoặc từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, cắt ngang.

- Phương pháp chọn mẫu toàn bộ

Các biến số nghiên cứu:

- Thông tin chung về đối tượng: tuổi, giới, chỉ số khối cơ thể (Body Mass Index – BMI).

- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng: sử dụng bảng đánh giá tầm soát dinh dưỡng tối thiểu dành cho người cao tuổi (Mini Nutritional Assessment - MNA-SF). Điểm tối đa này là 14 điểm; 12-14 điểm: tình trạng dinh dưỡng bình thường; 8-11 điểm: nguy cơ suy dinh dưỡng; ≤ 7 điểm là suy dinh dưỡng.

Các hội chứng lão khoa:

- Hoạt động chức năng hàng ngày (Chỉ số

Barthel): tổng điểm Barthel < 100 là người bệnh có phụ thuộc. Hoạt động chức năng hàng ngày có sử dụng phương tiện, dụng cụ (Instrumental Activities Daily Living - IADL): tổng điểm IADL < 8 là người bệnh có phụ thuộc trong hoạt động chức năng hàng ngày.

- Sử dụng nhiều thuốc: khi người bệnh sử dụng đồng thời ≥ 5 loại thuốc trong 1 tháng gần đây.

- Trầm cảm: đánh giá bằng bộ câu hỏi PHQ-9 (Patient Health Questionnaire – 9). Người bệnh có triệu chứng trầm cảm khi tổng điểm PHQ-9 ≥ 5 .

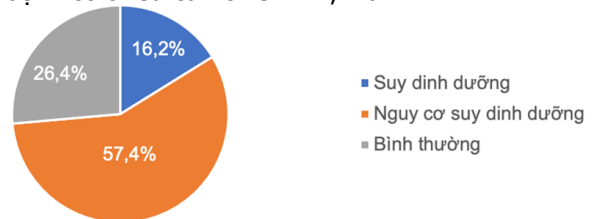
- Rối loạn giấc ngủ: đánh giá bằng bộ câu hỏi PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index). Người bệnh có rối loạn giấc ngủ khi tổng điểm PSQI ≥ 5 .

- Đánh giá nguy cơ ngã: bằng test đứng lên và đi (Timed Up and Go test). Đánh giá tổng thời gian người bệnh đứng lên, đi thẳng một quãng đường 3 mét, sau đó quay lại và ngồi hoàn toàn xuống ghế. Tổng thời gian ≥ 12 giây: nguy cơ ngã cao.

2.3. Xử lý số liệu: số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê y học SPSS 22.0, các thuật toán được sử dụng: tính tỷ lệ phần trăm (%), tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn. Phân tích hồi quy logistic đa biến đánh giá một số yếu tố liên quan với tình trạng dinh dưỡng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung. Trong tổng số 68 người bệnh suy giảm nhận thức nhẹ đủ điều kiện tham gia nghiên cứu, tuổi trung bình là $77,5 \pm 8,0$, nhóm tuổi 60-69, 70-79 và ≥ 80 tuổi chiếm tỉ lệ 17,6%; 41,2% và 41,2%. Tỉ lệ nữ giới chiếm đa số (80,9%). Hầu hết những người tham gia đều sống cùng gia đình (92,6%). BMI trung bình là $21,2 \pm 3,4$ kg/m² trong đó tỉ lệ người bệnh có thiếu cân chiếm 22,1%.



Biểu đồ 1. Tình trạng dinh dưỡng ở người bệnh cao tuổi suy giảm nhận thức nhẹ (n=68)

Người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng chiếm tỷ lệ cao nhất với 57,4%. Tỷ lệ suy dinh dưỡng là 16,2% và 26,4% người bệnh có tình trạng dinh dưỡng bình thường.

3.2. Một số hội chứng lão khoa ở người bệnh cao tuổi suy giảm nhận thức nhẹ

Bảng 1. Một số hội chứng lão khoa thường gặp (n=68)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Sử dụng nhiều thuốc		39	57,4
Trầm cảm		54	79,4
Rối loạn giấc ngủ		60	88,2
Nguy cơ ngã cao		52	76,5
Tiểu không tự chủ		10	14,7
IADL	Phụ thuộc	62	91,2
	Độc lập	6	8,8
Chỉ số Barthel	Phụ thuộc mức độ nặng - hoàn toàn	12	17,6
	Phụ thuộc mức độ nhẹ - trung bình	33	48,5
	Độc lập	23	33,9
		X±SD	
Chỉ số Barthel trung bình		81,1±24,0	

Tỉ lệ người bệnh có sử dụng nhiều thuốc chiếm tỉ lệ cao là 57,4%. Tỉ lệ phụ thuộc của các hoạt động chức năng trên hai thang đo là khác nhau. Trên thang đo IADL, tỉ lệ phụ thuộc là 91,2% và theo chỉ số Barthel là 66,1%. Theo thang điểm PHQ-9, tỉ lệ người bệnh có trầm cảm chiếm 79,4%. Đối tượng nghiên cứu có rối loạn giấc ngủ và nguy cơ ngã cao lần lượt là 88,2% và 76,5%. Trong khi đó, tình trạng tiểu không tự chủ chiếm tỉ lệ thấp 14,7%.

3.3. Mỗi liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng và một số hội chứng lão khoa

Bảng 2. Mỗi liên quan giữa hội chứng lão khoa và tình trạng dinh dưỡng

Đặc điểm	SDD/nguy cơ SDD (n=50)		Bình thường (n=18)		p	
	n	%	n	%		
Sử dụng nhiều thuốc	Có	28	56,0	11	61,1	0,707
	Không	22	44,0	7	38,9	
Trầm cảm	Có	43	86,0	11	61,1	0,025
	Không	7	14,0	7	38,9	
Rối loạn giấc ngủ	Có	43	86,0	17	94,4	0,340
	Không	7	14,0	1	5,6	
Nguy cơ ngã cao	Có	38	76,0	14	77,8	0,879
	Không	12	24,0	4	22,2	
Tiểu không tự chủ	Có	9	18,0	1	5,6	0,201
	Không	41	82,0	17	94,4	
IADL	Phụ thuộc	45	90,0	17	94,4	0,569
	Độc lập	5	10,0	1	5,6	
Chỉ số Barthel	Phụ thuộc mức độ nặng - hoàn toàn	12	24,0	0	0	< 0,05

Phụ thuộc mức độ nhẹ - trung bình	21	42,0	12	66,7	
Độc lập	17	34,0	6	33,3	
	X ± SD		X ± SD		p
Chỉ số Barthel	77,7±27,8	90,6±10,3			0,007

Mỗi liên quan giữa trầm cảm, chỉ số Barthel và tình trạng dinh dưỡng có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Tỉ lệ suy dinh dưỡng và nguy cơ suy dinh dưỡng ở người bệnh cao tuổi suy giảm nhận thức nhẹ có trầm cảm cao hơn đáng kể so với nhóm không bị trầm cảm. Chỉ số Barthel trung bình ở nhóm suy dinh dưỡng/nguy cơ suy dinh dưỡng thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có tình trạng dinh dưỡng bình thường.

Bảng 3. Phân tích hồi quy đa biến một số yếu tố liên quan với tình trạng dinh dưỡng

	SDD/ Nguy cơ SDD		
	Tỉ suất chênh	Khoảng tin cậy 95%	
Tuổi ≥ 75	0,447	0,084	2,390
Suy tim	0,273	0,028	2,656
Đột quy	3,576	0,271	47,14
Thoái hóa khớp	0,174	0,039	0,780
Phụ thuộc (Chỉ số Barthel)	0,696	0,155	3,125
Trầm cảm	6,771	1,487	30,83
Tiểu không tự chủ	6,265	0,502	78,26

Phân tích hồi quy đa biến cho thấy thoái hóa khớp (OR=0,174) và trầm cảm (OR=6,771) có mỗi liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng suy dinh dưỡng/nguy cơ suy dinh dưỡng ở đối tượng nghiên cứu.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 68 người bệnh cao tuổi suy giảm nhận thức nhẹ cho thấy các hội chứng lão khoa chiếm tỉ lệ khá cao như rối loạn giấc ngủ, trầm cảm, nguy cơ ngã cao, sử dụng nhiều thuốc, phụ thuộc hoạt động chức năng. Trong đó, trầm cảm có mỗi liên quan với tình trạng suy dinh dưỡng/nguy cơ suy dinh dưỡng.

Trong nghiên cứu, phần lớn người bệnh sử dụng từ 5 loại thuốc trở lên (57,4%). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Heuberger ghi nhận 51,1% người tham gia sử dụng 5 loại thuốc trở lên [5]. Sự tương đồng này có thể giải thích rằng người cao tuổi có nhiều bệnh đi kèm dẫn đến sử dụng nhiều loại thuốc.

Hầu hết các đối tượng đều gặp khó khăn trong việc thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày và cần được hỗ trợ ở các mức độ khác nhau. Tỉ lệ người tham gia phụ thuộc hoàn toàn-nặng, phụ thuộc mức độ nhẹ-trung bình lần lượt là 17,6%, 48,5%. Tỉ lệ người bệnh tự chủ

trong sinh hoạt hàng ngày của đối tượng nghiên cứu là 33,8%. Trong số người tham gia, có một tỷ lệ đáng kể người bệnh phụ thuộc trong hoạt động chức năng hàng ngày có sử dụng phương tiện/dụng cụ (91,2%). Kết quả của chúng tôi cao hơn nhiều so với kết quả được báo cáo bởi M. Shawky Khater và cộng sự trong nghiên cứu ở Cairo, Ai Cập [4] cho thấy tỷ lệ người bệnh cần hỗ trợ trong IADL là 30,1%. Sự khác biệt này là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là người cao tuổi có suy giảm nhận thức nhẹ đến khám tại bệnh viện với nhiều bệnh mắc kèm.

Kết quả nghiên cứu cho thấy có tới 88,2% người tham gia gặp vấn đề về giấc ngủ. Kết quả này cao hơn trong nghiên cứu trước đây tại Huế, Việt Nam (2017) cho thấy tỷ lệ rối loạn giấc ngủ trong nghiên cứu của họ là 71,8% (điểm PSQI \geq 6) [3]. Sự khác biệt có thể là do cách phân loại của thang điểm sử dụng của hai nghiên cứu là khác nhau.

Kết quả nghiên cứu cho thấy 79,4% người bệnh bị trầm cảm. Kết quả này cao hơn nghiên cứu ở Cairo, Ai Cập, trong đó tỷ lệ người tham gia bị trầm cảm là 48,3% [4]. Một nghiên cứu khác chỉ ra rằng tỷ lệ trầm cảm ở người bệnh suy giảm nhận thức rất cao, được báo cáo là 22,3–63,3% [6]. Nhưng kết quả này cũng thấp hơn kỷ lục của chúng tôi. Giải thích cho sự khác biệt này có thể là do các công cụ được sử dụng để đánh giá trầm cảm là khác nhau giữa các nghiên cứu.

Có tới 76,5% người tham gia được phát hiện có nguy cơ ngã cao trong nghiên cứu của chúng tôi. Tỷ lệ này rất cao so với kết quả nghiên cứu dựa vào cộng đồng tại Zaragoza (Tây Ban Nha) của Pellicer-García với khoảng một phần ba (31,9%) người tham gia có nguy cơ ngã [7]. Vì vậy, điều này có thể được giải thích là do nghiên cứu này được thực hiện ở người cao tuổi ở cộng đồng trong khi đối tượng của chúng tôi đến khám tại bệnh viện với đa bệnh lý. Hơn nữa, các tiêu chí đánh giá nguy cơ ngã cũng khác nhau. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ người bệnh có tiểu không tự chủ là 14,7%. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Pellicer-García [7] cho thấy tỷ lệ người tham gia có tiểu không tự chủ là 41,8%.

Trầm cảm có liên quan đến tình trạng dinh dưỡng. Trong mô hình hồi quy đa biến, trầm cảm là yếu tố nguy cơ đối với tình trạng suy dinh dưỡng/nguy cơ suy dinh dưỡng với OR=6.771. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây Saka và cộng sự (2010) đã ghi nhận rằng người cao tuổi có trầm cảm khám ngoại trú có tình trạng dinh dưỡng kém hơn (MNA) [8]. Công

cụ sàng lọc tương tự đã được áp dụng trong một nghiên cứu cắt ngang ở miền nam Brazil và kết quả chỉ ra rằng tình trạng thiếu hụt dinh dưỡng ở người cao tuổi có liên quan độc lập với trầm cảm [9]. Ngược lại, một nghiên cứu ở Malaysia chỉ ra rằng không tìm thấy mối tương quan giữa tình trạng dinh dưỡng với các triệu chứng trầm cảm [10]. Những phát hiện không nhất quán có thể là do tình trạng đa bệnh lý, khó khăn về tâm lý xã hội và suy giảm nhận thức ảnh hưởng đến các thông số dinh dưỡng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên người bệnh cao tuổi suy giảm nhận thức nhẹ cho thấy: tỉ lệ các hội chứng lão khoa rất cao trong đó trầm cảm có mối liên quan với tình trạng suy dinh dưỡng/nguy cơ suy dinh dưỡng ở đối tượng nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gauthier S, Reisberg B, Zaudig M, et al.** Mild cognitive impairment. *The Lancet*. 2006; 367(9518): 1262-1270. doi: 10.1016/ S0140-6736(06) 68542-5
2. **Behrman S, Valkanova V, Allan CL.** Diagnosing and managing mild cognitive impairment. *The Practitioner*. 2017;261(1804):17-20.
3. **Le Dinh D, Thuong NH.** Cognitive impairment and sleeping disorder among the elderly at communities in Hue City, Vietnam. Published online July 2, 2017.
4. **Khater MS, Abouelezz NF.** Nutritional status in older adults with mild cognitive impairment living in elderly homes in Cairo, Egypt. *J Nutr Health Aging*. 2011;15(2):104-108. doi:10.1007/s12603-011-0021-9
5. **Heuberger R, Caudell K.** Polypharmacy and Nutritional Status in Older Adults. *Drugs Aging*. 2011;28: 315-323. doi: 10.2165/ 11587670-000000000-00000
6. **Ismail Z, Elbayoumi H, Fischer CE, et al.** Prevalence of Depression in Patients With Mild Cognitive Impairment: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(1):58-67.
7. **Pellicer-García B, Antón-Solanas I, Ramón-Arbués E, García-Moyano L, Gea-Caballero V, Juárez-Vela R.** Risk of Falling and Associated Factors in Older Adults with a Previous History of Falls. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(11):4085. doi:10.3390/ijerph17114085
8. **Saka B, Kaya O, Ozturk GB, Erten N, Karan MA.** Malnutrition in the elderly and its relationship with other geriatric syndromes. *Clin Nutr*. 2010; 29(6): 745-748. doi: 10.1016/i.clnu. 2010.04.006
9. **Sherman FT.** Functional assessment. Easy-to-use screening tools speed initial office work-up. *Geriatrics*. 2001;56(8):36-43.
10. **Lee LK, Shahar S, Chin AV.** Predicting Comorbidities, Nutritional Status, and Neuropsychological Performance of Depressed and Nondepressed Geriatric Communities: A Comparative Study. *Int J Gerontol*. 2012;6(4): 278-284. doi:10.1016/j.ijge.2012.01.032