

4. **Atwa MA, Emara AS, Youssef N, Bayoumy NM.** Serum concentration of IL-17, IL-23 and TNF- α among patients with chronic spontaneous urticaria: association with disease activity and autologous serum skin test. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* : JEADV. Apr 2014;28(4):469-74. doi:10.1111/jdv.12124
5. **Grzanka R, Damasiewicz-Bodzek A, Kasperska-Zajac A.** Tumor necrosis factor-alpha and Fas/Fas ligand signaling pathways in chronic spontaneous urticaria. *Allergy Asthma Clin Immunol.* 2019;15:15. doi:10.1186/s13223-019-0332-7
6. **Magerl M, Philipp S, Manasterski M, Friedrich M, Maurer M.** Successful treatment of delayed pressure urticaria with anti-TNF-alpha. *The Journal of allergy and clinical immunology.* Mar 2007;119(3):752-4. doi:10.1016/j.jaci.2006.12.658
7. **Sand FL, Thomsen SF.** TNF-Alpha Inhibitors for Chronic Urticaria: Experience in 20 Patients. *Journal of allergy.* 2013;2013:130905. doi: 10.1155/2013/130905
8. **Wilson LH, Eliason MJ, Leiferman KM, Hull CM, Powell DL.** Treatment of refractory chronic urticaria with tumor necrosis factor- α inhibitors. *Journal of the American Academy of Dermatology.* Jun 2011; 64(6):1221-2. doi:10.1016/j.jaad.2009.10.043
9. **Sharma P, Sharma PK, Chitkara A, Rani S.** To Evaluate the Role and Relevance of Cytokines IL-17, IL-18, IL-23 and TNF- α and Their Correlation with Disease Severity in Chronic Urticaria. *Indian dermatology online journal.* Jul-Aug 2020;11(4):594-597. doi:10.4103/idoj.IDOJ_396_19
10. **Lee KH, Kim JY, Kang DS, Choi YJ, Lee WJ, Ro JY.** Increased expression of endothelial cell adhesion molecules due to mediator release from human foreskin mast cells stimulated by autoantibodies in chronic urticaria sera. *The Journal of investigative dermatology.* Apr 2002;118(4):658-63. doi:10.1046/j.1523-1747.2002.01733.x
11. **Altrichter S, Peter HJ, Pisarevskaja D, Metz M, Martus P, Maurer M.** IgE mediated autoallergy against thyroid peroxidase-a novel pathomechanism of chronic spontaneous urticaria? *PLoS One.* Apr 12 2011;6(4):e14794. doi:10.1371/journal.pone.0014794
12. **Rasool R, Ashiq I, Shera IA, Yousef Q, Shah ZA.** Study of serum interleukin (IL) 18 and IL-6 levels in relation with the clinical disease severity in chronic idiopathic urticaria patients of Kashmir (North India). *Asia Pac Allergy.* Oct 2014; 4(4):206-11. doi:10.5415/apallergy.2014.4.4.206

NGHIÊN CỨU TÌNH TRẠNG SUY YẾU Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI NGOẠI TRÚ ĐÃ CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH QUA DA

Nguyễn Thanh Huân^{1,2}, Đỗ Thanh Hương²,
Nguyễn Quang Huy¹, Nguyễn Văn Bé Hai²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Suy yếu là một vấn đề toàn cầu liên quan đến sự già hoá dân số. Suy yếu liên quan đến một số bệnh tim mạch, bao gồm bệnh tim thiếu máu cục bộ (BTMCB) và đặc biệt ở nhóm bệnh nhân đã can thiệp động mạch vành qua da (CTĐMVQD). Mặc dù cơ chế sinh lý bệnh của đồng hiện diện BTMCB và suy yếu đã được làm sáng tỏ trong thập kỷ qua, còn ít dữ liệu về gánh nặng dịch tễ của suy yếu ở người cao tuổi đã CTĐMVQD. **Mục tiêu:** Nghiên cứu tỷ lệ hiện mắc và các yếu tố liên quan suy yếu ở các bệnh nhân cao tuổi đã CTĐMVQD. **Phương pháp nghiên cứu:** Từ 05/2023 đến 08/2023, tại phòng khám Nội Tim mạch, Bệnh viện Thống Nhất, Thành phố Hồ Chí Minh, nghiên cứu cắt ngang này thu nhập các bệnh nhân cao tuổi đã CTĐMVQD. Suy yếu được đánh giá bằng thang điểm suy yếu Fried. Các yếu tố liên quan đến suy yếu được xác định dựa vào hồi quy logistics. **Kết**

quả: Trong 343 bệnh nhân tuổi ≥ 60 được đưa vào nghiên cứu, có 88 bệnh nhân (25,7%) suy yếu. Yếu tố liên quan đến suy yếu là tuổi ≥ 75 (OR 2,81; Khoảng tin cậy [KTC] 95% 1,63–4,83; $P < 0,001$) và suy tim (OR 2,61; KTC 95% 1,40–4,86; $P = 0,003$). **Kết luận:** Ở các bệnh nhân cao tuổi đã CTĐMVQD, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ hiện mắc của suy yếu là 25,7%. Tuổi ≥ 75 và suy tim là các yếu tố liên quan đến suy yếu. **Từ khoá:** Bệnh nhân cao tuổi, suy yếu, can thiệp động mạch vành qua da, thang điểm Fried

SUMMARY

THE STUDY OF FRAILTY IN OLDER OUTPATIENTS TREATED WITH PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION

Background: Frailty is a global health issue due to an aging population. Frailty has relationship with specific cardiovascular diseases, including ischemic heart disease (IHD), especially in patients treated with percutaneous coronary intervention (PCI). Although the pathophysiologic mechanisms of co-occurrence of IHD and frailty have been clarified over the past decade, little is known about the epidemiological burden of frailty in older adults treated with PCI. **Objective:** To investigate the prevalence and associated factors of frailty in older patients treated with PCI. **Methods:** From May 2023 to August 2023

¹Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Thống Nhất, Thành Phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Huân

Email: cardiohuan@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.12.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.01.2024

Ngày duyệt bài: 2.2.2024

at Cardiology clinics in Thong Nhat hospital, Ho Chi Minh City, this cross-sectional study included older patients treated with PCI. Frailty was assessed using Fried frailty scale. Factors associated with frailty were assessed using logistic regression. **Results:** Of 343 patients aged ≥ 60 years included in this study, 88 patients (25.7%) had frailty. Factors associated with frailty were age ≥ 75 years (odds ratio [OR] 2.81, 95% confidence interval [CI] 1.63–4.83, $P < 0.001$) and heart failure (OR 2.61, 95% CI 1.40–4.86, $P = 0.003$). **Conclusion:** In older patients treated with PCI, our study found that the prevalence of frailty was 25.7%. Age ≥ 75 years and heart failure were factors associated with frailty. **Key words:** Older patients; frailty; percutaneous coronary intervention, Fried scale

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tim thiếu máu cục bộ (BTTMCB) mạn tính là một bệnh lý liên quan đến sự ổn định tương đối của mảng xơ vữa động mạch vành (ĐMV), khi không có sự nứt vỡ đột ngột hoặc sau giai đoạn cấp hoặc sau khi đã được can thiệp/phẫu thuật. Việc chẩn đoán và điều trị thích hợp BTTMCB giúp cải thiện biến cố tim mạch cho bệnh nhân³. Một số bệnh nhân cao tuổi có BTTMCB được điều trị bằng phương pháp can thiệp động mạch vành qua da (CTĐMVQD) với đặt giá đỡ (stent) ĐMV. Ở người cao tuổi, suy yếu là một hội chứng lão khoa thường gặp, đặc trưng bởi tính dễ tổn thương và giảm khả năng phục hồi hằng định nội môi sau các biến cố bất lợi. Hai vấn đề sức khỏe này, BTTMCB và suy yếu, có thể hiện diện đồng thời trên người cao tuổi với một số con đường sinh bệnh học chung tác động lẫn nhau. Trên thế giới, một nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ suy yếu ở bệnh nhân cao tuổi có BTTMCB là 30,3%⁵. Điều trị BTTMCB ở người cao tuổi gặp nhiều khó khăn nếu người cao tuổi có kèm với suy yếu và suy yếu cũng ảnh hưởng đến quyết định lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp cho bệnh nhân cao tuổi có bệnh ĐMV³. Do đó, việc xác định suy yếu ở người cao tuổi có BTTMCB, đặt biệt ở nhóm đã CTĐMVQD là rất cần thiết và được khuyến cáo quốc tế đề nghị cần thực hiện nhằm đưa ra chiến lược điều trị, mục tiêu điều trị và quản lý cụ thể³.

Trong các công cụ đánh giá suy yếu thì thang điểm Fried được xem là tiêu chuẩn vàng, là công cụ được sử dụng trong nghiên cứu dịch tễ học và tiên lượng được kết cục lâm sàng. Tại Việt Nam, tỷ lệ suy yếu theo Fried ở các bệnh nhân cao tuổi ngoại trú là 28%⁶. Tuy nhiên, cho đến nay, dữ liệu thống kê về suy yếu theo Fried ở nhóm bệnh nhân cao tuổi ngoại trú đã được CTĐMVQD tại Việt Nam là chưa có. Do đó, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu này với các mục tiêu sau: **Mục tiêu:**

- *Nghiên cứu tỷ lệ hiện mắc và các yếu tố liên quan suy yếu ở các bệnh nhân cao tuổi đã CTĐMVQD*

- *Xác định các yếu tố liên quan đến suy yếu ở các bệnh nhân này*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp cắt ngang mô tả

2.2. Thời gian nghiên cứu: Thời gian nghiên cứu từ tháng 05/2023 đến hết tháng 08/2023

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Những bệnh nhân ≥ 60 tuổi đã CTĐMVQD tại Phòng khám Tim mạch, Bệnh viện Thống Nhất, Thành phố Hồ Chí Minh.

2.4. Cỡ mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức ước tính tỷ lệ của nghiên cứu cắt ngang

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

Với $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ (sai số loại I, $\alpha = 0,05$), $d = 0,05$. Chọn $p = 0,3$ dựa trên nghiên cứu trước đó về tỷ lệ suy yếu ở bệnh nhân cao tuổi có BTTMCB⁵. Do đó, cỡ mẫu tối thiểu cần cho nghiên cứu của chúng tôi là 322 bệnh nhân.

2.5. Kỹ thuật chọn mẫu: Chọn mẫu liên tục thuận tiện. Các bệnh nhân đều cần ký vào phiếu đồng thuận tham gia. Nếu bệnh nhân thỏa tiêu chí đưa vào và không có tiêu chí loại ra sẽ được đưa vào nghiên cứu.

2.6. Tiêu chuẩn chọn mẫu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân ≥ 60 tuổi đã CTĐMVQD. Bệnh nhân và hoặc thân nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có hội chứng vành cấp. Không có khả năng đi lại, phải di chuyển bằng xe lăn. Tiền sử phẫu thuật hoặc chấn thương tay trong vòng 3 tháng trước. Tiền sử phẫu thuật đục thủy tinh thể hoặc võng mạc trong vòng 6 tuần trước. Suy giảm nhận thức, sa sút trí tuệ mức độ nặng.

2.7. Phương pháp thu thập số liệu: Bệnh nhân được thu thập thông tin bằng phiếu thu thập số liệu đã được chuẩn bị trước, ghi nhận các số liệu về nhân khẩu học, bệnh lý đồng mắc và các biến số liên quan về can thiệp mạch vành qua da và suy yếu.

2.8. Định nghĩa biến số

Tuổi: là biến định lượng, tính từ năm sinh của bệnh nhân cho đến ngày bệnh nhân nhập viện.

Giới: là biến định tính gồm 2 giá trị là nam hoặc nữ.

Tiền sử bệnh nội khoa: là biến định tính. Đánh giá dựa vào hồ sơ khám bệnh của bệnh nhân.

BMI (chỉ số khối cơ thể): là biến phân loại. Theo định nghĩa của WHO dành cho người châu Á: thiếu cân khi BMI < 18,5 kg/m², bình thường khi BMI 18,5-22,9 kg/m², thừa cân khi BMI 23-24,9 kg/m², béo phì khi BMI >25 kg/m².

Hút thuốc lá: là biến định tính. Có hút thuốc lá khi người bệnh hiện còn hút thuốc lá hoặc đã ngưng hút thuốc lá ít hơn 5 năm.

Bệnh đồng mắc: dựa trên toa thuốc bệnh nhân. Năm bệnh tim mạch – chuyển hóa đồng mắc có tỷ lệ cao nhất được trình bày trong nghiên cứu này.

Suy yếu: Thang điểm đánh giá suy yếu theo Fried gồm 5 tiêu chí. Suy yếu khi có bất thường từ ≥ 3 tiêu chí, tiền suy yếu khi bất thường 1-2 tiêu chí, không suy yếu khi không có bất thường tiêu chí nào.²

Can thiệp mạch vành qua da: Dựa trên hồ sơ khám bệnh của bệnh nhân với kết quả chụp ĐMV xâm lấn và đã có CTĐMVQD bằng phương pháp đặt stent ĐMV. Bệnh nhân được chia làm 2 nhóm: Nhóm 1: Bệnh nhân được CTĐMVQD trong vòng 1 năm. Nhóm 2: Bệnh nhân được CTĐMVQD trên 1 năm.

2.9 Xử lý số liệu. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến số định tính được mô tả bằng tần số (n) và tỷ lệ %. Các biến số định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn (ĐLC). Phép kiểm định chi-bình phương và Fisher exact để so sánh các biến định tính. Phép kiểm t-student để so sánh các biến định lượng. Hồi quy logistics được dùng để xác định một số các yếu tố liên quan đến suy yếu. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi P < 0,05.

2.10 Đạo đức nghiên cứu. Thông tin của bệnh nhân được bảo mật và lưu trữ cẩn thận. Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Đại học Quốc Tế Hồng Kông (số 19/PCT-HĐĐĐ ngày 05/03/2023).

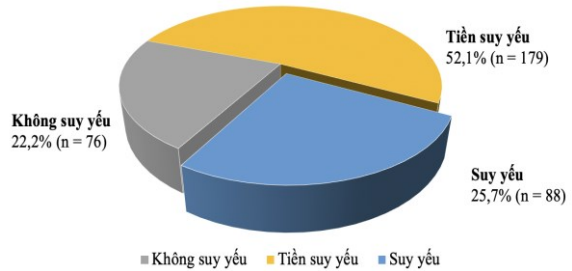
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 05/2023 đến 08/2023, chúng tôi thu thập được 343 bệnh nhân cao tuổi đã CTĐMVQD.

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ học của các bệnh nhân theo sự hiện diện của suy yếu (n = 343)

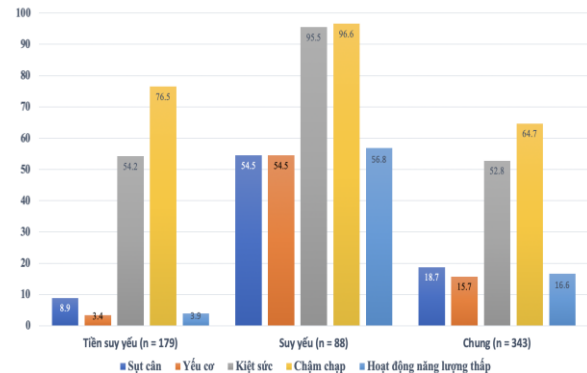
Đặc điểm	Chung (n = 343)	Không suy yếu (n = 255)	Suy yếu (n = 88)	P
Tuổi, năm	71,3 ± 7,5	70,2 ± 6,8	74,6 ± 8,5	<0,001
Tuổi ≥ 75 tuổi, n (%)	112 (32,7)	67 (26,3)	45 (51,1)	<0,001
Giới tính, n (%)				0,018
Nam	266 (77,6)	206 (80,8)	60 (68,2)	
Nữ	77 (22,4)	49 (19,2)	28 (31,8)	
Học vấn, n (%)				0,038
Mù chữ	5 (1,5)	3 (1,2)	2 (2,3)	

Trong đó, 88 bệnh nhân (25,7%) được chẩn đoán suy yếu dựa trên thang điểm Fried (**Hình 1**). **Hình 2** thể hiện tỷ lệ các tiêu chí trong thang điểm đánh giá suy yếu theo Fried. Nhằm so sánh đặc điểm giữa nhóm có suy yếu và nhóm bệnh nhân còn lại, nhóm không suy yếu (n = 76) và tiền suy yếu (n = 179) được kết hợp lại thành nhóm không suy yếu (n = 255) (**Bảng 1 và 2**).



Hình 1. Tỷ lệ các kiểu hình suy yếu theo thang điểm Fried.

Nhận xét: Trong 343 bệnh nhân, có 25,7% bệnh nhân có suy yếu theo thang điểm Fried. Có khoảng 1/2 bệnh nhân trong nghiên cứu được xác định có tình trạng tiền suy yếu trên lâm sàng.



Hình 2. Tỷ lệ các tiêu chí trong thang điểm đánh giá suy yếu theo Fried.

Nhận xét: Chậm chạp là tiêu chí trong thang điểm đánh giá suy yếu theo Fried chiếm tỷ lệ cao nhất ở các nhóm tiền suy yếu, suy yếu và dân số chung nghiên cứu.

Tiểu học	17 (5,0)	9 (3,5)	8 (9,1)	
THCS	49 (14,3)	31 (12,2)	18 (20,5)	
THPT	44 (12,8)	36 (14,1)	8 (9,1)	
Trung cấp-cao đẳng	13 (3,8)	8 (3,1)	5 (5,7)	
Đại học-Sau đại học	215 (62,7)	168 (65,9)	47 (53,4)	
Tình trạng hôn nhân, n (%)				<0,001
Chưa kết hôn	4 (1,2)	3 (1,2)	1 (1,1)	
Kết hôn	297 (86,5)	233 (91,4)	64 (72,7)	
Ly thân/ly di	3 (0,9)	2 (0,8)	1 (1,1)	
Goá	39 (11,4)	17 (6,7)	22 (25,0)	
Sống một mình, n (%)	9 (2,6)	5 (2,0)	4 (4,5)	0,242
Làm việc sau nghỉ hưu, n (%)	30 (8,7)	25 (9,8)	5 (5,7)	0,281

Chữ viết tắt: THCS, trung học cơ sở; THPT, trung học phổ thông.

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận nhóm suy yếu có tuổi cao hơn và nữ giới chiếm nhiều hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có suy yếu. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm về đặc điểm học vấn và tình trạng hôn nhân.

Bảng 2. Đặc điểm nhân trắc học, yếu tố nguy cơ, đặc điểm CTĐMVQD và bệnh đồng mắc của các bệnh nhân theo sự hiện diện của suy yếu (n = 343)

Đặc điểm	Chung (n = 343)	Không suy yếu (n = 255)	Suy yếu (n = 88)	P
Nhóm BMI, n (%)				0,161
Thiếu cân	18 (5,2)	11 (4,3)	7 (8,0)	
Bình thường	137 (39,9)	96 (37,6)	41 (46,6)	
Thừa cân	110 (32,1)	85 (33,3)	25 (28,4)	
Béo phì	78 (22,7)	63 (24,7)	15 (17,0)	
Hút thuốc lá, n (%)	175 (51,0)	129 (50,6)	46 (52,3)	0,806
Can thiệp mạch vành, n (%)				0,033
Can thiệp ≤ 1 năm	95 (27,7)	67 (26,3)	28 (31,8)	
Can thiệp > 1 năm	248 (72,3)	188 (73,7)	60 (68,2)	
Bệnh đồng mắc, n (%)				
Tăng huyết áp	337 (98,3)	251 (98,4)	86 (97,7)	0,649
Rối loạn lipid máu	331 (96,5)	246 (96,5)	85 (96,6)	1,000
Suy tim	61 (17,8)	35 (13,7)	26 (29,5)	0,002
Tiền sử đột quỵ	19 (5,5)	11 (4,3)	8 (9,1)	0,106
Đái tháo đường	159 (46,4)	123 (48,2)	36 (40,9)	0,265

Chữ viết tắt: BMI, Body mass index.

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm về BMI, tỷ lệ thời điểm CTĐMVQD và suy tim.

Bảng 3. Các yếu tố liên quan đến suy yếu ở bệnh nhân cao tuổi đã CTĐMVQD

Biến số	Hồi qui đơn biến		Hồi qui đa biến	
	OR thô (KTC 95%)	P	OR hiệu chỉnh (KTC 95%)	P
Tuổi ≥ 75	2,94 (1,78 – 4,85)	<0,001	2,81 (1,63 – 4,83)	<0,001
Nữ giới	1,96 (1,14 – 3,39)	0,016		
Học vấn (trên THPT)	0,85 (0,39 – 1,07)	0,090		
Hôn nhân (kết hôn)	0,25 (0,13 – 0,48)	<0,001		
Nhóm BMI				
Bình thường	1			
Thiếu cân	1,49 (0,54 – 4,12)	0,442		
Thừa cân	0,69 (0,38 – 1,23)	0,205		
Béo phì	0,56 (0,29 – 1,09)	0,557		
Can thiệp ≤ 1 năm	1,31 (0,77 – 2,22)	0,317		
Suy tim	2,64 (1,48 – 4,71)	0,001	2,61 (1,40 – 4,86)	0,003
Tiền sử đột quỵ	2,22 (0,86 – 5,71)	0,098		

Lưu ý: Các biến được lựa chọn để phân tích hồi quy đơn biến được dựa trên có $P < 0,2$ trong các Bảng 1 và 2. 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.

Chữ viết tắt: BMI, Body mass index; KTC, khoảng tin cậy; OR, odds ratio; THPT, trung học phổ thông.

Nhận xét: Kết quả phân tích hồi quy đa biến ghi nhận có 2 yếu tố liên quan suy yếu, bao gồm: tuổi cao và suy tim.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận trong 343 bệnh nhân cao tuổi đã CTĐMVQD, có 88 bệnh nhân (25,7%) được xác định suy yếu theo tiêu chuẩn Fried. Ngoài ra, tuổi cao và suy tim là 2 yếu tố liên quan đến suy yếu. Dựa trên kết quả này, chúng tôi có 2 điểm bàn luận chính.

4.1. Tỷ lệ suy yếu ở bệnh nhân cao tuổi đã CTĐMVQD. Suy yếu là một hội chứng lão khoa thường gặp ở người cao tuổi. Sự hiện diện của suy yếu ở người cao tuổi đi kèm với bất kỳ bệnh lý nào đều ảnh hưởng đến tiên lượng và quyết định hướng điều trị bệnh lý đó, đặc biệt ở các bệnh lý tim mạch¹. Cho đến nay có nhiều thang điểm được dùng để tầm soát và chẩn đoán suy yếu; trong đó, thang điểm Fried được xem là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán suy yếu². Suy yếu có thể hiện diện ở bệnh nhân có bệnh ĐMV và ảnh hưởng đến quyết định điều trị ở bệnh nhân đó³. Mặc dù đã có một số nghiên cứu khảo sát suy yếu ở nhóm đối tượng có bệnh ĐMV, nhưng từ năm 2019, Hiệp Hội Tim Châu Âu mới đưa ra định nghĩa về hội chứng vành mạn với 6 bệnh cảnh trong đó có 2 bệnh cảnh liên quan đến nhóm bệnh nhân đã CTĐMVQD với cột mốc thời gian phân chia là 1 năm. Năm 2021, một nghiên cứu của Hong Lyu và cộng sự thực hiện tại Trung Quốc ghi nhận 30,3% bệnh nhân ≥ 60 tuổi có BTTMCB có suy yếu. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, số lượng bệnh nhân còn hạn chế, nhóm tác giả chỉ sử dụng thang điểm FRAIL để đánh giá suy yếu và không có tập trung vào nhóm bệnh nhân đã CTĐMVQD⁵.

Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá suy yếu dựa trên thang điểm Fried. Bên cạnh xác định được tỷ lệ suy yếu ở nhóm dân số nghiên cứu chung, chúng tôi cũng xác định được tỷ lệ suy yếu trong 2 bệnh cảnh CTĐMVQD trong vòng và sau 1 năm. Với tỷ lệ suy yếu chung là 25,7%, kết quả của chúng tôi tuy thấp hơn so với tỷ lệ trong nghiên cứu của Hong Lyu và cộng sự nhưng

cũng thể hiện một tỷ lệ đáng kể suy yếu hiện diện trong nhóm bệnh nhân cao tuổi đã CTĐMVQD. Điều này có thể được lý giải từ việc tái thông ĐMV giúp cải thiện tình trạng tưới máu cơ tim và giảm tình trạng thiếu máu cục bộ cơ tim, góp phần cải thiện khả năng gắng sức của bệnh nhân có BTTMCB⁷. Tuy nhiên, cần thêm nghiên cứu để chứng minh vấn đề này.

Người cao tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi có chậm chạp là tiêu chí thang điểm Fried chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả nhóm tiền suy yếu và suy yếu. Trong khi đó, ở nhóm dân số chung người Việt Nam, chậm chạp cũng là tiêu chí có tỷ lệ cao nhất⁶. Nghiên cứu sinh lý bệnh trước đây ghi nhận bệnh nhân có bệnh ĐMV có các triệu chứng thiếu máu cục bộ và giảm oxy liên quan đến dòng chảy ĐMV suy giảm dẫn đến không đáp ứng phù hợp khi có hoạt động thể lực⁴.

4.2. Các yếu tố liên quan đến suy yếu ở bệnh nhân cao tuổi đã CTĐMVQD. Suy yếu là một tình trạng lão khoa có thể phòng ngừa và làm chậm tiến triển nếu phát hiện sớm và can thiệp phù hợp các yếu tố liên quan với tình trạng này. Các nghiên cứu trước đây tại Việt Nam ghi nhận ở dân số chung các yếu tố sau có liên quan đến suy yếu: tuổi cao, trình độ học vấn thấp, có bệnh tim mạch, thiếu cân, dinh dưỡng kém và giảm các hoạt động chức năng ADL và IADL^{6,7}. Ở nhóm bệnh nhân đã CTĐMVQD, nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tuổi cao và suy tim là các yếu tố có liên quan đến suy yếu. Trong bệnh cảnh của BTTMCB, việc bệnh nhân đã đặt stent là bằng chứng rõ nhất chứng minh bệnh nhân có bệnh ĐMV và thời gian đặt stent quyết định liệu pháp kháng kết tập tiểu cầu. Chúng tôi chia làm 2 nhóm bệnh nhân theo thời gian CTĐMVQD trong vòng và sau 1 năm nhưng không ghi nhận thời gian CTĐMVQD là yếu tố có liên quan đến suy yếu. Cần các nghiên cứu khác nhằm làm rõ hơn về mối liên quan giữa thời gian CTĐMVQD và suy yếu.

Mối liên quan giữa suy yếu và tuổi cao đã được chứng minh rất rõ ở những nghiên cứu trước đó về dịch tễ và nghiên cứu cơ chế bệnh sinh. Tuổi càng cao càng tích lũy các biến đổi của lão hóa từ cơ quan cho đến tế bào, là cơ sở để biểu hiện kiểu hình suy yếu trên lâm sàng. Đối với suy tim, đây là một hội chứng tim mạch thể hiện chặng cuối của các bệnh lý tim mạch và chia sẻ chung một phần con đường sinh lý bệnh với suy yếu. Bệnh nhân suy tim nếu có suy yếu sẽ có tiên lượng kém hơn bệnh nhân không có suy yếu và ngược lại⁸. Do đó, trong thực hành lâm sàng, việc đánh giá và phân biệt suy yếu và

suy tim là cần thiết nhằm có chế độ quản lý bệnh nhân cao tuổi hiệu quả.

4.3. Điểm hạn chế của nghiên cứu.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số điểm hạn chế. Thứ nhất, nghiên cứu thực hiện tại một trung tâm nên bệnh nhân chưa đại diện toàn vẹn cho người Việt Nam. Thứ hai, kiệt sức là tiêu chí trong thang điểm Fried có tính chủ quan do dựa trên câu hỏi bệnh nhân tự trả lời. Tuy nhiên, đây cũng là vấn đề gặp phải ở các nghiên cứu khi sử dụng thang điểm này. Thứ ba, do lấy mẫu lại phòng khám Nội Tim mạch nên có thể bỏ sót một số đối tượng có bệnh loạn nhịp đồng mắc khám bệnh ở phòng khám Loạn nhịp. Thứ tư, do đây là nghiên cứu cắt ngang nên chúng tôi chỉ kết luận được có mối liên quan nhưng không kết luận được tính nhân quả của các yếu tố này với suy yếu.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 25,7% bệnh nhân cao tuổi đã CTĐMVQD có suy yếu theo thang điểm Fried. Tuổi cao và suy tim là các yếu tố liên quan đến suy yếu. Kết quả này góp phần làm rõ đặc điểm suy yếu trên người cao tuổi. Tuy nhiên, cần thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và có thời gian theo dõi lâu dài nhằm đánh giá tác động của suy yếu lên các kết cục lâm sàng ở các bệnh nhân cao tuổi đã CTĐMVQD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abdulla Damluji, Mauricio G Cohen.** The Influence of Frailty on Cardiovascular Disease:

The Time for a "Frailty Academic Research Consortium" Is Now!. *Circ Cardiovasc Interv.* 2022;15(1):e011669.

2. **Susan Howlett, Andrew D Rutenberg, Kenneth Rockwood.** The degree of frailty as a translational measure of health in aging. *Nat Aging.* 2021;1(8):651-665.

3. **Juhani Knuuti, William Wijns, Antti Saraste, Davide Capodanno, Emanuele Barbato, et al.** 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. *Eur Heart J.* 2020;41(3):407-477.

4. **Husheng Li, Minqian Wei, Lili Zhang, Lan Huang, Yiyan Wang, et al.** Factors contributing to exercise tolerance in patients with coronary artery disease undergoing percutaneous coronary intervention. *BMC Sports Sci Med Rehabil.* 2023; 20;15(1):35.

5. **Hong Lyu, Chuanxia Wang, Hong Jiang, Ping Wang, Jingjing Cui.** Prevalence and determinants of frailty in older adult patients with chronic coronary syndrome: a cross-sectional study. *BMC Geriatr.* 2021;21(1):519

6. **Huan Thanh Nguyen, An Huu Nguyen, Giao Thi Xuan Nguyen.** Prevalence and associated factors of frailty in patients attending rural and urban geriatric clinics. *Australas J Ageing.* 2021;41(2):e122-e130

7. **Huyen Thi Thanh Vu, Thanh Xuan Nguyen, Tu Ngoc Nguyen, Anh Trung Nguyen, Robert Cumming, et al.** Prevalence of frailty and its associated factors in older hospitalised patients in Vietnam. *BMC Geriatr.* 2017;17(1):216.

8. **Izabella Uchmanowicz, Agnieszka Młynarska, Magdalena Lisiak, Marta Kaluzna-Oleksy, Marta Wleklík, et al.** Heart Failure and Problems with Frailty Syndrome: Why it is Time to Care About Frailty Syndrome in Heart Failure. *Card Fail Rev.* 2019; 5(1):37-43.

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA VIÊM CƠ TIM CẤP CÓ HỖ TRỢ OXY HOÁ MÁU QUA MÀNG NGOÀI CƠ THỂ PHƯƠNG THỨC ĐỘNG TĨNH MẠCH VÀ NỒNG ĐỘ LACTATE MÁU TRONG TIÊN ĐOÁN TỬ VONG NỘI VIỆN

Đặng Tường Vi¹, Nguyễn Minh Kha^{1,2}, Văn Thị Bích Thủy¹, Hoàng Văn Sỹ^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm cơ tim cấp là bệnh lý có đặc điểm lâm sàng rất đa dạng và tiên lượng bệnh phụ thuộc vào mức độ nặng của biểu hiện lâm sàng. Khoảng 12% bệnh nhân viêm cơ tim cấp có biến chứng suy tim cấp, rối loạn nhịp tim, rối loạn chức

năng thất trái. Ở những bệnh nhân choáng tim do viêm cơ tim cấp, oxy hoá máu qua màng ngoài cơ thể phương thức động – tĩnh mạch (VA ECMO) là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả với tỉ lệ sống sót dao động 61,2 – 71,9%. Tại Việt Nam, VA ECMO cũng đã được áp dụng để điều trị choáng tim do viêm cơ tim cấp nhưng dữ liệu về hiệu quả điều trị và các yếu tố tiên lượng tử vong nội viện của biện pháp điều trị này còn hạn chế. **Mục tiêu:** Khảo sát kết cục nội viện và các yếu tố tiên lượng tử vong của bệnh lý viêm cơ tim cấp có hỗ trợ VA ECMO tại bệnh viện Chợ Rẫy trong thời gian từ 2019 – 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đây là nghiên cứu cắt ngang mô tả hồi cứu dựa trên hồ sơ. Nghiên cứu gồm 92 bệnh nhân được chẩn đoán viêm cơ tim cấp có hỗ trợ VA ECMO nhập viện bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/01/2019 –

¹Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh
²Bệnh viện Chợ Rẫy
 Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Sỹ
 Email: hoangvansy@ump.edu.vn
 Ngày nhận bài: 01.12.2023
 Ngày phản biện khoa học: 15.01.2024
 Ngày duyệt bài: 2.2.2024