

ĐÁNH GIÁ SUY YẾU THEO THANG ĐIỂM EDMONTON Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI NỘI TRÚ CÓ SUY TIM

Nguyễn Thanh Huân^{1,2}, Thái Hữu Tâm¹,
Trần Lâm Ngọc Hân¹, Phạm Thị Mai Hậu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Suy tim là một hội chứng lâm sàng thường gặp ở người cao tuổi. Suy yếu là một hội chứng lão hóa thể hiện quá trình tích tuổi ở người cao tuổi. Hai hội chứng này có thể đồng hiện diện trên người cao tuổi. Đến nay, dữ liệu suy yếu ở người cao tuổi có suy tim còn nhiều hạn chế. Do đó, mục tiêu của nghiên cứu này nhằm khảo sát tỷ lệ và các yếu tố liên quan đến suy yếu ở bệnh nhân cao tuổi nội trú có suy tim. **Đối tượng, phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang thu nhập các bệnh nhân ≥ 60 tuổi tại Khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Thống Nhất và khoa Nội Tim mạch – Lão khoa, Bệnh viện Đa khoa Vinh Long có chẩn đoán suy tim. Suy yếu được đánh giá bằng thang điểm Edmonton. Các yếu tố liên quan suy yếu được xác định bằng hồi quy logistics. **Kết quả:** Từ tháng 4/2023 đến tháng 10/2023, có 128 bệnh nhân được nhận vào nghiên cứu (nam giới: 51,6%, tuổi trung bình: $76,1 \pm 9,5$). Có 84 bệnh nhân (65,6%) được chẩn đoán suy yếu. Tỷ lệ suy tim phân suất tống máu giảm, giảm nhẹ và bảo tồn lần lượt là 46,9%, 18,0% và 35,1%. Hai yếu tố liên quan đến suy yếu theo thang điểm Edmonton là suy dinh dưỡng (OR 7,03; Khoảng tin cậy [KTC] 95% 1,75 – 28,1; P = 0,006) và rung nhĩ (OR 9,14; KTC 95% 1,23–68,1; P = 0,031). **Kết luận:** Ở các bệnh nhân cao tuổi nội trú có suy tim, tỷ lệ suy yếu là 65,6%. Suy dinh dưỡng và rung nhĩ là hai yếu tố liên quan đến suy yếu ở các bệnh nhân này.

Từ khóa: suy yếu, Edmonton, suy tim

SUMMARY

ASSESSMENT OF FRAILITY USING EDMONTON FRAILITY SCALE AMONG OLDER INPATIENTS WITH HEART FAILURE

Objectives: Heart failure is a common clinical syndrome in the elderly. Frailty is an aging syndrome that reflects the cumulative aging process in the elderly. These two syndromes can coexist in the elderly. To date, data on frailty in the elderly with heart failure is still limited. Therefore, the aim of this study was to investigate the prevalence and associated factors of frailty in hospitalized elderly patients with heart failure. **Methods:** A cross-sectional study was conducted among patients ≥ 60 years old at the Department of Cardiology, Thong

Nhat Hospital and the Department of Cardiology and Geriatrics, Vinh Long General Hospital with a diagnosis of heart failure. Frailty was assessed using the Edmonton Frailty Scale. Associated factors of frailty were identified using logistic regression. **Results:** From April to October 2023, 128 patients were enrolled in the study (51.6% men, mean age 76.1 ± 9.5). Eighty-four patients (65.6%) were diagnosed with frailty. The rates of heart failure with reduced ejection fraction, mildly reduced ejection fraction, and preserved ejection fraction were 46.9%, 18.0%, and 35.1%, respectively. Two factors associated with frailty according to the Edmonton Frailty Scale were malnutrition (OR 7.03; 95% CI 1.75–28.1; P = 0.006) and atrial fibrillation (OR 9.14; 95% CI 1.23–68.1; P = 0.031). **Conclusion:** In elderly hospitalized patients with heart failure, the prevalence of frailty is 65.6%. Malnutrition and atrial fibrillation are two factors associated with frailty in these patients.

Keywords: frailty, Edmonton, heart failure

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tần suất suy tim (ST) tăng dần theo tuổi, từ 6% ở nhóm 60 đến 79 tuổi và gấp đôi 12% ở nhóm >80 tuổi¹. Suy tim và suy yếu là hai tình trạng khác nhau nhưng có liên quan với nhau. Bệnh nhân suy tim có nguy cơ mắc hội chứng suy nhược cao gấp sáu lần và bệnh nhân suy nhược có nguy cơ mắc bệnh suy tim cao hơn. Có một mối quan hệ chặt chẽ giữa suy yếu và ST, và việc tầm soát suy yếu trên bệnh nhân ST là để tối ưu hóa quản lý ST, giúp tránh những đợt mất bù cấp, tránh tình trạng suy giảm chức năng và tàn tật. Hơn nữa, lợi ích của việc can thiệp có thể làm giảm sự ảnh hưởng của suy yếu². Có nhiều thang điểm dùng để đánh giá suy yếu hiện nay. Tuy nhiên, thang điểm đánh giá suy yếu Edmonton là thước đo hợp lệ về tình trạng suy yếu với tư cách là một công cụ tầm soát suy yếu lâm sàng là nó bao gồm nhiều lĩnh vực và hỗ trợ xã hội, gợi ý sự chứng thực của mô hình suy yếu³. Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào sử dụng thang điểm Edmonton để đánh giá suy yếu trên bệnh nhân nội trú suy tim. Shirley Sze và cộng sự ghi nhận tỉ lệ suy yếu là 30% ở các bệnh nhân có suy tim ngoại trú². Do đó, việc có thêm dữ liệu liên quan đến tỉ lệ suy yếu ở bệnh nhân suy tim nội trú là cần thiết. Mục tiêu:

- Khảo sát tỉ lệ suy yếu theo thang điểm Edmonton ở bệnh nhân cao tuổi nội trú có suy tim.

- Khảo sát mối liên quan giữa các yếu tố liên quan suy yếu với tỉ lệ suy yếu ở bệnh nhân nội trú

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Thống Nhất

³Bệnh viện Đa khoa Vinh Long

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Huân

Email: cardiohuan@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 18.3.2024

suy tim.

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 tháng 04/2023 đến tháng 10/2023

2.3. Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân ≥60 tuổi tại Khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Thống Nhất và khoa Nội Tim mạch – Lão khoa, Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long có chẩn đoán suy tim.

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, $\alpha = 0,05$). $d = 0,09$. Chọn $p = 0,5$ vì hiện tại chưa có nghiên cứu về suy yếu theo thang điểm Edmonton trên người cao tuổi suy tim nội trú và để $p(1-p)$ có giá trị lớn nhất. Với sai số 5%, vậy cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu là 125 bệnh nhân.

2.5. Kỹ thuật chọn mẫu: lấy mẫu liên tục

2.6. Tiêu chuẩn nhận vào: bệnh nhân ≥60 tuổi trở lên, có chẩn đoán suy tim nhập viện điều trị tại Khoa Nội Tim Mạch Bệnh Viện Thống Nhất và Khoa Nội Tim Mạch Bệnh Viện Đại Viện ĐHYD TPHCM trong thời gian thời gian nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: hội chứng vành cấp, thuyên tắc phổi, hẹp van 2 lá trung bình – nặng, hẹp van động mạch chủ trung bình – nặng, hở van động mạch chủ 3/4 trở lên, bệnh lý cấp tính của động mạch chủ, biến chứng cơ học của tim (thủng vách liên thất, thủng thành tim, hở van 2 lá cấp), các vấn đề về suy giảm nhận thức – tâm thần – trí tuệ – các rối loạn chức năng nghe – nói khiến cuộc phỏng vấn không thể hoàn thành.

2.7. Phương pháp thu thập số liệu: thăm khám và phỏng vấn trực tiếp kết hợp với ghi

nhận thông tin từ hồ sơ bệnh án, điền vào bảng thu thập số liệu soạn sẵn.

2.8. Định nghĩa biến số:

Suy yếu theo thang điểm Edmonton: Là biến nhị giá: Có, không; được xác định khi thăm khám và phỏng vấn trực tiếp, xác định có suy yếu khi điểm ≥8.

Các biến số liên quan: các bệnh đồng mắc, tuổi, giới, nơi sinh sống, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, chỉ số khối cơ thể (BMI), các đặc điểm lão khoa, các đặc điểm của suy tim.

Các biến số khác: thời gian nằm viện, tình trạng công việc, các biến cố nội viện, các kết quả cận lâm sàng và các đánh giá lão khoa khác.

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 ± độ lệch chuẩn (ĐLC). Dùng phép kiểm chi-square 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 của nghiên cứu. Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đạo đức của Đại học Y Dược TP HCM, số 635/HĐĐĐ-ĐHYD.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 04/2023 đến tháng 10/2023, nghiên cứu thu thập được 128 bệnh nhân cao tuổi có chẩn đoán suy tim nhập viện tại Khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Thống Nhất và khoa Nội Tim mạch – Lão khoa, Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long. Theo thang điểm Edmonton, có 84 bệnh nhân (65,6%) có suy yếu.

Bảng 1: Đặc điểm dịch tễ và nhân trắc học của dân số nghiên cứu (N = 128)

Đặc điểm	Tổng (N=128)	Có suy yếu (n=84)	Không có suy yếu (n=44)	P
Tuổi, năm	76,1 ± 9,5	77,5 ± 9,5	73,4 ± 8,8	0,016
Tuổi ≥ 75, n (%)	71 (55,5)	53 (63,1)	18 (40,9)	0,024
Giới tính, n (%)				
Nam giới	66 (51,6)	37 (44,0)	29 (65,9)	0,025
Nữ giới	62 (48,4)	47 (56,0)	15 (34,1)	
Nơi sống, n (%)				
Nông thôn	54 (42,2)	28 (33,3)	26 (59,1)	0,008
Thành thị	74 (57,8)	56 (66,7)	18 (40,9)	
Tình trạng hôn nhân, n(%)				
Còn vợ/chồng	79 (61,7)	52 (61,9)	27 (61,4)	0,791
Ly dị/góa	40 (31,1)	27 (32,1)	13 (29,5)	
Độc thân	9 (7,0)	5 (6,0)	4 (9,1)	
Trình độ học vấn, n (%)				
Dưới THPT	112 (87,5)	78 (92,9)	34 (77,2)	0.039
Tốt nghiệp THPT	7 (5,5)	2 (2,3)	5 (11,4)	
Sau THPT	9 (7,0)	4 (4,8)	5 (11,4)	

BMI, kg/m ²	21,9 ± 3,8	21,5 ± 3,9	22,7 ± 3,5	0,074
Nhóm BMI, n (%)				
Thiếu cân	28 (21,9)	23 (27,4)	5 (11,4)	0,140
Bình thường	53 (41,4)	34 (40,5)	19 (43,1)	
Thừa cân	19 (14,8)	10 (11,9)	9 (20,5)	
Béo phì	28 (21,9)	17 (20,2)	11 (25,0)	

Nhóm bệnh nhân cao tuổi nội trú suy tim có suy yếu tỷ lệ tuổi ≥ 75 và nữ giới cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có suy yếu. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong trình độ học vấn giữa 2 nhóm có và không có suy yếu

Bảng 2: Đặc điểm lão khoa và bệnh đồng mắc của dân số nghiên cứu (N = 128)

Đặc điểm	Tổng (N=128)	Có suy yếu (n=84)	Không có suy yếu (n=44)	P
Đặc điểm lão khoa, n (%)				
Phụ thuộc ADL	81 (63,3)	70 (83,3)	11 (25,0)	<0,001
Phụ thuộc IADL	108 (84,4)	81 (96,4)	27 (61,4)	<0,001
Trầm cảm	40 (31,3)	34 (40,5)	6 (13,6)	0,002
Suy dinh dưỡng	72 (56,3)	66 (78,6)	6 (13,6)	<0,001
Tiền sử bệnh nội khoa, n (%)				
Tăng huyết áp	120 (93,8)	79 (94,0)	41 (93,2)	1,000
Rối loạn lipid máu	121 (94,5)	78 (92,9)	43 (97,7)	0,421
Đái tháo đường	53 (41,4)	36 (42,9)	17 (38,6)	0,708
Rung nhĩ	39 (30,5)	32 (38,1)	7 (15,9)	0,015
Bệnh thận mạn	39 (30,5)	34 (40,5)	5 (11,4)	0,001
Tiền sử nhồi máu cơ tim	40 (31,3)	27 (32,1)	13 (29,5)	0,842
Tiền sử hội chứng vành mạn	100 (78,1)	64 (76,2)	36 (81,8)	0,509
Tiền sử đột quỵ	7 (5,5)	6 (7,1)	1 (2,3)	0,421
Tiền sử nhiễm COVID-19	70 (54,7)	50 (59,5)	20 (45,5)	0,140

Tỷ lệ phụ thuộc ADL, IADL, trầm cảm, suy dinh dưỡng, rung nhĩ, bệnh thận mạn ở nhóm bệnh nhân cao tuổi suy tim có suy yếu cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có suy yếu.

Bảng 3: Đặc điểm suy tim của dân số nghiên cứu (N = 128)

Đặc điểm	Tổng (N=128)	Có suy yếu (n=84)	Không có suy yếu (n=44)	P
Thể suy tim, n (%)				
Suy tim EF giảm	60 (46,9)	38 (45,3)	22 (50,0)	0,638
Suy tim EF giảm nhẹ	23 (18,0)	17 (20,2)	6 (13,6)	
Suy tim EF bảo tồn	45 (35,1)	29 (34,5)	16 (35,4)	
Phân độ NYHA, n (%)				
Độ II	90 (70,3)	60 (71,4)	30 (68,2)	0,364
Độ III	33 (25,8)	22 (26,2)	11 (25,0)	
Độ IV	5 (3,9)	2 (2,4)	3 (6,8)	
Phân suất tổng máu thất trái, %	44,9 ± 16,8	44,9 ± 15,8	45,1 ± 18,6	0,952
Giãn thất trái, n (%)	51 (39,8)	30 (35,7)	21 (47,7)	0,254
Dày đồng tâm thất trái, n (%)	21 (16,4)	16 (19,0)	5 (11,4)	0,322
Giãn nhĩ trái, n (%)	68 (53,1)	40 (47,6)	28 (63,6)	0,096
Hở van 2 lá trung bình-nặng, n (%)	75 (58,6)	51 (60,7)	24 (54,5)	0,572
Điều trị suy tim trước xuất viện, n (%)				
Ức chế angiotensin/neprilysin	14 (10,9)	13 (15,5)	1 (2,3)	0,033
Ức chế men chuyển	14 (10,9)	8 (9,5)	6 (13,6)	0,555
Chẹn thụ thể angiotensin II	87 (68,0)	55 (65,5)	32 (72,7)	0,433
Chẹn beta	45 (35,2)	32 (38,1)	13 (29,5)	0,436
Ức chế SGLT2	75 (58,6)	55 (65,5)	20 (45,5)	0,038
Đối kháng aldosteron	86 (67,2)	57 (67,9)	29 (65,9)	0,845
Furosemide	65 (50,8)	41 (48,8)	24 (54,5)	0,580
Ivabradin	4 (3,1)	2 (2,4)	2 (4,5)	0,607
Digoxin	19 (14,8)	14 (16,7)	5 (11,4)	0,602

Tỷ lệ sử dụng thuốc ức chế angiotensin/neprilysin và ức chế SGLT2 ở nhóm bệnh nhân cao tuổi suy tim có suy yếu cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có suy yếu.

Bảng 4: Các yếu tố liên quan đến suy yếu trong phân tích hồi quy logistic

Yếu tố	Hồi qui đơn biến		Hồi qui đa biến	
	OR thô (95% CI)	P	OR hiệu chỉnh (95% CI)	P
Tuổi ≥ 75	2,47 (1,17 – 5,21)	0,018		
Nữ giới	2,46 (1,15 – 5,24)	0,020		
Sống ở thành thị	2,89 (1,36 – 6,13)	0,006		
Trình độ học vấn				
Dưới THPT	1			
Tốt nghiệp THPT	0,17 (0,03 – 0,94)	0,043		
Sau THPT	0,35 (0,09 – 1,38)	0,133		
Nhóm BMI				
Bình thường	1			
Thiếu cân	2,57 (0,84 – 7,86)	0,098		
Thừa cân	0,62 (0,22 – 1,79)	0,379		
Béo phì	0,86 (0,34 – 2,21)	0,761		
Phụ thuộc ADL	15,0 (6,15 – 36,5)	<0,001		
Phụ thuộc IADL	17,0 (4,62 – 62,5)	<0,001		
Trầm cảm	4,31 (1,64 – 11,3)	0,003		
Suy dinh dưỡng	23,2 (8,49 – 63,5)	<0,001	7,03 (1,75 – 28,1)	0,006
Rung nhĩ	3,25 (1,30 – 8,16)	0,012	9,14 (1,23 – 68,1)	0,031
Bệnh thận mạn	5,30 (1,89 – 14,8)	0,001		
Tiền sử nhiễm COVID-19	1,76 (0,84 – 3,68)	0,130		

Suy dinh dưỡng và rung nhĩ là hai yếu tố có liên quan đến suy yếu ở người cao tuổi suy tim (Lưu ý: Các yếu tố có $p < 0,2$ trong Bảng 1 và 2 được phân tích đơn biến. Các yếu tố có $p < 0,2$ trong đơn biến được đưa vào hồi quy đa biến. Chỉ các yếu tố có $p < 0,05$ trong hồi quy đa biến được hiển thị).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này thu thập được 128 bệnh nhân ≥ 60 tuổi tại Khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Thống Nhất và khoa Nội Tim mạch – Lão khoa, Bệnh viện Đa khoa Vinh Long có chẩn đoán suy tim. Trong đó, có 65,6% được xác định có suy yếu theo thang điểm Edmonton và suy dinh dưỡng và rung nhĩ là hai yếu tố có liên quan đến suy yếu ở nhóm bệnh nhân này. Dựa trên các kết quả này, chúng tôi có 3 điểm bàn luận cho nghiên cứu.

4.1. Đặc điểm suy tim và điều trị suy tim của các bệnh nhân cao tuổi nội viện.

Tuổi trung bình ở nhóm có suy yếu là $77,5 \pm 9,5$, tỉ lệ suy yếu cao hơn ở đối tượng ≥ 75 tuổi và là nữ giới. Tỉ lệ suy tim EF giảm có suy yếu chiếm 43,5%, NYHA II 70,3%. Trên siêu âm tim, giãn nhĩ trái chiếm 53,1%, hở 2 lá trung bình - nặng chiếm 58,6%. Tăng huyết áp, rối loạn lipid máu và hội chứng mạch vành mạn chiếm tỉ lệ theo thứ tự 93,8%, 94,5% và 78,1%.

Tỷ lệ sử dụng thuốc ức chế angiotensin/neprilysin và ức chế SGLT2 ở nhóm bệnh nhân cao tuổi mắc suy tim có tình trạng suy yếu cao

hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không mắc suy tim. Điều này khác biệt so với nghiên cứu của Aung T và cộng sự trên một nhóm dân số Châu Á mắc suy tim¹. Nguyên nhân có thể là do bệnh nhân suy yếu ít được kê đơn thuốc tối ưu hóa điều trị suy tim theo hướng dẫn. Hơn nữa, điểm suy yếu cao hơn có thể do tình trạng chức năng được bác sĩ báo cáo có xu hướng kém hơn so với tự bệnh nhân báo cáo. Những kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của tình trạng suy yếu trong việc xác định kết quả của bệnh nhân mắc suy tim và chỉ ra sự khác biệt đáng kể về khu vực và dân tộc trong tình trạng suy yếu của bệnh nhân suy tim tại châu Á. Điều này cũng phù hợp với vấn đề khác biệt về trình độ học vấn giữa nhóm bệnh nhân suy yếu và nhóm không suy yếu trong nghiên cứu của chúng tôi

4.2. Tỷ lệ suy yếu của các bệnh nhân cao tuổi suy tim nội viện.

Tỉ lệ suy yếu ở bệnh nhân suy tim nội viện theo nghiên cứu của chúng tôi là 65,6%. Cũng theo 2 báo cáo của Joyce E và cộng sự, Madan S.A và cộng sự, tỉ lệ suy yếu ở BN suy tim ngoại trú khoảng 56% - 76%⁴. Aung T và cộng sự nghiên cứu nhóm bệnh nhân suy tim Châu Á là 69% , đặc biệt ở nhóm bệnh nhân cao tuổi, nội viện (sử dụng thang điểm FI). Điều quan trọng là nhóm có tình trạng suy yếu có nguy cơ tử vong hoặc nhập viện do suy tim cao gấp 3 lần so với những người không có tình trạng suy yếu.

Theo Pandey A và cộng sự⁵, có mối quan hệ

2 chiều giữa suy yếu và suy tim: tình trạng suy yếu cao hơn góp phần làm tình trạng chức năng thể chất xấu đi, suy giảm nhận thức và giảm chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân suy tim thông qua việc điều chỉnh lại các con đường gây viêm và giảm khả năng chịu đựng các tác nhân gây stress sinh lý. Hơn nữa, các quá trình mãn tính này có thể trở nên trầm trọng hơn do sự gia tăng cấp tính của các cytokine gây viêm và tình trạng đề kháng insulin ngày càng trầm trọng, đồng thời còn phức tạp hơn do tình trạng bất động liên quan đến nằm viện. Các yếu tố cấp tính này thúc đẩy mất cơ cũng như tăng sinh tế bào mỡ và tích tụ lipid, có thể làm suy giảm thêm chức năng và khả năng phục hồi của cơ, đồng thời góp phần làm suy giảm tình trạng chức năng chung và kéo dài thông qua con đường chuyển hóa và viêm tại chỗ và toàn thân. Điều này có thể góp phần vào sự suy giảm chức năng liên quan đến nằm viện và một "hội chứng sau xuất viện" (post-hospital syndrome) mà thậm chí sau khi giải quyết được suy tim mất bù, bệnh nhân vẫn tiếp tục bị suy giảm rõ rệt về chức năng sinh lý và gánh nặng suy yếu cao hơn.

4.3. Các yếu tố liên quan đến suy yếu ở các bệnh nhân cao tuổi suy tim nội viện.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân có những đặc điểm như phụ thuộc chức năng, bệnh nền rung nhĩ, bệnh thận mạn có tỉ lệ suy yếu cao hơn có ý nghĩa thống kê. Theo nghiên cứu của Chioncel O và cộng sự, nhóm bệnh nhân có bệnh thận mạn, huyết áp tâm thu thấp, nhịp tim cao hoặc rung nhĩ cũng có tiên lượng xấu hơn so với các bệnh nhân cùng nhóm. Đặc biệt, bất kể phân suất tổng máu, chỉ số khối cơ thể thấp hơn (BMI) là yếu tố độc lập liên quan đến tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân mắc suy tim⁶.

Bệnh nhân cao tuổi suy tim thường phải chịu gánh nặng về tình trạng suy yếu, đa bệnh lý và phải dùng nhiều loại thuốc. Xu hướng này thể hiện chủ yếu ở phụ nữ lớn tuổi. Tình trạng suy dinh dưỡng, có thể làm tăng nguy cơ mắc thiếu cơ⁷. Tuy nhiên, tình trạng thiếu cơ có thể liên quan độc lập với suy tim ở những bệnh nhân lớn tuổi mắc nhiều bệnh lý và khuyết tật nhập viện ở khoa lão, như một phân tích hồi quy logistic đa biến đã chứng minh. ST thúc đẩy lão hóa kết hợp với sự suy giảm khối cơ, với sự bảo tồn và tích lũy khối mỡ, đưa đến tình trạng béo phì giảm cơ. ST mạn cũng thúc đẩy bất thường khối cơ (tích tụ mô mỡ gian cơ, thay đổi sợi cơ, giảm mật độ mao mạch), thúc đẩy làm giảm chức năng ty thể ở hệ thống cơ xương, giảm khả năng gắng sức, suy yếu thể chất. Do đó, việc tầm soát suy dinh dưỡng cũng như thiếu cơ nên được

thực hiện ở bệnh nhân suy tim.

Tần suất suy yếu ở bệnh nhân rung nhĩ trong nghiên cứu của chúng tôi là 38,1%, so với nghiên cứu của Villani ER và cộng sự là 4,4-75,4%. Nó có thể bị ảnh hưởng bởi xét nghiệm chẩn đoán được sử dụng, do đó hạn chế so sánh trực tiếp giữa các nghiên cứu khác nhau. Blodgett và cộng sự báo cáo rằng tỷ lệ suy yếu dao động từ 3,6% đến 34% trong cùng một nhóm bệnh nhân, tùy thuộc vào thang đo suy yếu được sử dụng⁸. Perera và cộng sự đã thực hiện một nghiên cứu tiền cứu tại một trung tâm trên 220 người lớn nhập viện ở Úc và phát hiện ra rằng 64% đối tượng đều suy yếu. Nguyễn và cộng sự nhận thấy rằng 52% đối tượng suy yếu trong nghiên cứu đoàn hệ của họ. Cả hai đều đánh giá tình trạng suy yếu bằng cách sử dụng Thang đo suy yếu Edmonton được báo cáo (REFS). Tình trạng suy yếu ảnh hưởng đến cả việc quản lý và tiên lượng bệnh rung nhĩ ở người cao tuổi. Ngược lại, AF có thể làm tình trạng suy yếu trở nên trầm trọng hơn. Rung nhĩ làm giảm thể tích nhát bóp hiệu quả, giảm tưới máu mô có thể thúc đẩy thiếu máu nuôi ruột, sự di chuyển của vi khuẩn vào hệ thống tuần hoàn, điều hòa hướng lên đáp ứng viêm toàn thân, cùng với đó là con đường đáp ứng thần kinh thể dịch bị thay đổi cũng góp phần thúc đẩy tiền viêm, đưa đến suy giảm chuyển hóa, thay đổi cấu trúc và chức năng của hệ thống nhiều cơ quan, làm giảm trữ lượng sinh lý và tăng tính dễ nhạy cảm.

4.4. Điểm hạn chế của nghiên cứu.

Nghiên cứu này có một số điểm hạn chế. Thứ nhất, mặc dù thu thập mẫu trong thời gian 7 tháng với 2 trung tâm nhưng số lượng mẫu còn hạn chế nên kết quả của nghiên cứu chỉ có tính gợi ý và cần kiểm chứng ở nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn. Thứ hai, do một số điều kiện khác quan nên việc xét nghiệm NT-proBNP máu không đầy đủ ở các bệnh nhân trong nghiên cứu. Thứ ba, đây là nghiên cứu cắt ngang nên chỉ kết luận được mối liên quan nhưng không kết luận được tính nhân quả của các yếu tố với suy yếu.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận một tỷ lệ cao của suy yếu được xác định dựa vào thang điểm Edmonton. Không có sự khác biệt về thể suy tim giữa hai nhóm có và không có suy yếu. Nghiên cứu ghi nhận suy dinh dưỡng và rung nhĩ là hai yếu tố có liên quan đến suy yếu. Cần thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá mối liên quan giữa các thể suy tim với suy yếu trên người cao tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Aung T, Qin Y, Tay WT, et al.** Prevalence and Prognostic Significance of Frailty in Asian Patients With Heart Failure: Insights From ASIAN-HF. *JACC Asia* 2021;1(3):303-13.
2. **Uchmanowicz I, Mlynarska A, Lisiak M, 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.
3. **Rockwood K.** What would make a definition of frailty successful? *Age Ageing* 2005;34(5):432-4.
4. **Madan SA, Fida N, Barman P, et al.** Frailty Assessment in Advanced Heart Failure. *Journal of Cardiac Failure* 2016;22(10):840-44.
5. **Pandey A, Kitzman D, Reeves G.** Frailty Is Intertwined With Heart Failure: Mechanisms, Prevalence, Prognosis, Assessment, and Management. *JACC Heart Fail* 2019; 7(12): 1001-11.
6. **Chioncel O, Lainscak M, Seferovic PM, et al.** Epidemiology and one-year outcomes in patients with chronic heart failure and preserved, mid-range and reduced ejection fraction: an analysis of the ESC Heart Failure Long-Term Registry. *Eur J Heart Fail* 2017;19(12):1574-85.
7. **Lê Thị Phùng, Lê Thị Hương.** Sarcopenia và tình trạng dinh dưỡng ở người bệnh cao tuổi nội trú tại bệnh viện. Trường Đại học Y Hà Nội Viện đào tạo Y học dự phòng và y tế công cộng – Trường Đại học Y Hà Nội.
8. **Blodgett J, Theou O, Kirkland S, Andreou P, Rockwood K.** Frailty in NHANES: Comparing the frailty index and phenotype. *Arch Gerontol Geriatr* 2015;60(3):464-70.

ĐẶC ĐIỂM KIỂM SOÁT ĐƯỜNG HUYẾT VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 CAO TUỔI CÓ SUY THẬN MẠN

Nguyễn Thị Lựu¹, Phan Hoàng Hiệp¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm kiểm soát đường huyết và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 cao tuổi có suy thận mạn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang phân tích 174 bệnh nhân ĐTĐ type 2 cao tuổi có suy thận mạn. **Kết quả:** Tuổi trung bình của BN nghiên cứu: 71,7 ± 7,5 (tuổi), tuổi cao nhất là 95, 56,9% ≥ 70 tuổi. Thời gian mắc bệnh ĐTĐ trung bình là 16,7 ± 7,3 (năm), 82,8% BN trong nghiên cứu có thời gian mắc bệnh ĐTĐ ≥ 10 năm, 67,8% BN CKD giai đoạn 3, 52,3% glucose máu đói > 7,0 mmol/l, 58,5% có HbA1c > 7,5% và 72,4% có tiền sử hạ đường huyết. Có liên quan giữa kiểm soát đường huyết chặt chẽ với hạ đường huyết với p < 0,05. Không có mối liên quan giữa HbA1c với thời gian mắc bệnh đái tháo đường, tuổi và tiền sử hạ đường huyết. **Kết luận:** Bệnh nhân cao tuổi mắc đái tháo đường và suy thận mạn là nhóm dân số phức tạp cần được quản lý và theo dõi cẩn thận. Kiểm soát đường huyết càng chặt chẽ làm tăng nguy cơ hạ đường huyết và tăng tỉ lệ tử vong. **Từ khóa:** Đái tháo đường type 2, người cao tuổi, bệnh thận mạn

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF GLYCEMIC CONTROL AND RELATED FACTORS IN ELDERLY TYPE 2 DIABETES MELLITUS WITH CHRONIC RENAL FAILURE

Objectives: To describe characteristics of

glycemic control and related factors in elderly type 2 diabetes mellitus with chronic renal failure. **Subjects and method:** In this cross sectional analytical study a total of 174 older adults with type 2 diabetes mellitus and chronic renal failure. **Results:** Mean age: 71.7 ± 7.5 (yearsold), Max 95, 56,9% ≥70 (yearsold). Mean duration of type 2 diabetes mellitus: 16,7 ± 7,3; the rate of patients have diabetic over 10 years: 82,8%; 67,8% CKD stage 3, 52,3% FBG >7,0 mmol/l, 58,5% HbA1c >7,5% and 72,4% patients had prehypoglycemia. Tight glycemic control was significantly associated with the prevalence of hypoglycemia with p < 0.05. There was no relationship between age, duration of diabetes, prehypoglycemia with HbA1c. **Conclusion:** Older adults with diabetes and chronic kidney disease are a complex population who require careful diabetes management and monitoring. Intensive glycemic control increases the risk of hypoglycemia and mortality.

Keywords: type 2 diabetes mellitus, older adults, chronic kidney disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường type 2 là một trong những bệnh mạn tính phổ biến nhất ở người cao tuổi, ở Mỹ ước tính 26% số người trên 65 tuổi mắc bệnh đái tháo đường và một nửa những người lớn tuổi mắc tiền đái tháo đường [1]. Bệnh nhân đái tháo đường cao tuổi có tỉ lệ tử vong, biến chứng tim mạch, hạ đường huyết tăng theo thời gian phát hiện bệnh, đặc biệt trên đối tượng bệnh nhân có suy thận mạn. Suy thận mạn là một trong những biến chứng thường gặp ở bệnh nhân đái tháo đường và cũng là nguyên nhân hàng đầu gây bệnh thận giai đoạn cuối [2]. Ngoài việc sống chung với bệnh đái tháo đường và các biến chứng của nó, những người cao tuổi này còn có

¹Bệnh viện Nội tiết Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Lựu

Email: dr.luu.bvnt@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.01.2024

Ngày phản biên khoa học: 23.2.2024

Ngày duyệt bài: 22.3.2024