

ĐÁNH GIÁ CHỨC NĂNG HOẠT ĐỘNG HÀNG NGÀY TRÊN BỆNH NHÂN CAO TUỔI TẠI KHOA CẤP CỨU, BỆNH VIỆN LÃO KHOA TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Trung Anh^{1,2,*}, Nguyễn Thị Hoài Thu^{1,2}, Đặng Thị Xuân³, Phạm Thắng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chức năng hoạt động hàng ngày trên bệnh nhân cao tuổi điều trị tại khoa cấp cứu Bệnh viện Lão khoa Trung Ương. **Phương pháp:** Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang tại khoa Cấp cứu bệnh viện Lão khoa Trung ương, từ tháng 10 năm 2015 đến tháng 10 năm 2016 trên bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên. Các biến số bao gồm: đặc điểm chung (tuổi, giới, số bệnh lý đồng mắc) và chức năng hoạt động hàng ngày với 6 hoạt động, chức năng hoạt động hàng ngày với dụng cụ bao gồm 8 hoạt động. **Kết quả:** Tổng số có 389 bệnh nhân với độ tuổi trung bình là $79,1 \pm 8,9$. Tỷ lệ bệnh nhân có suy giảm chức năng hoạt động hàng ngày là 75,6% và suy giảm chức năng hoạt động hàng ngày với dụng cụ là 72%. Trong 6 thành phần của ADL, tỷ lệ suy giảm chức năng đi lại chiếm tỷ lệ cao nhất với 74%. Trong 8 thành phần của IADL, tỷ lệ bệnh nhân có suy giảm khả năng nấu ăn là 67,9%. ADL và IADL có mối liên quan đơn biến với hội chứng dễ bị tổn thương ($p < 0,0001$). **Kết luận:** Tỷ lệ suy giảm chức năng hoạt động hàng ngày và chức năng hoạt động hàng ngày với dụng cụ trên bệnh nhân cao tuổi tại khoa Cấp cứu tương đối cao. Do vậy cần sàng lọc chức năng hoạt động hàng ngày trên người cao tuổi điều trị tại khoa cấp cứu.

Từ khóa: hoạt động chức năng hàng ngày, hoạt động chức năng hàng ngày với dụng cụ, người cao tuổi, Việt Nam

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Biến đổi cơ cấu tuổi dân số có tác động mạnh đến kinh tế và xã hội ở cấp quốc gia, khu vực và toàn cầu. Một trong những xu hướng biến đổi mạnh mẽ gần đây là xu hướng già hóa dân số, trong đó người cao tuổi tăng cả về số lượng và tỷ lệ so với tổng dân số. Tại các nước đang phát triển, đối tượng dân số người cao tuổi dự kiến tăng từ 554 triệu năm 2013 lên 1,6 tỷ vào năm 2050. Không nằm ngoài xu

hướng này, Việt Nam vào năm 2010 cứ 100 người có 6 người từ 65 tuổi trở lên. Vào năm 2050, tỷ trọng dân số cao tuổi tại nước ta sẽ tăng gần gấp bốn lần hiện nay [1]. Giống như việc gia tăng dân số, dân số già hóa cũng gây ra nhiều thách thức cho tăng trưởng kinh tế cũng như hạ tầng cơ sở và các dịch vụ an sinh xã hội. Bên cạnh đó, các nghiên cứu còn chỉ ra rằng dân số già hóa còn tác động mạnh đến mối quan hệ gia đình, lối sống, hệ thống an sinh xã hội, đặc biệt là hệ thống hưu trí quốc gia.

Người cao tuổi là đối tượng chiếm tỷ lệ cao trong số các bệnh nhân điều trị tại khoa cấp cứu [2]. Khác với bệnh nhân trưởng thành, bệnh nhân cao tuổi điều trị tại khoa cấp cứu có nhiều biến cố bất lợi hơn như khả năng phục hồi thường chậm hoặc không hoàn toàn, khuyết tật, thậm

¹ Đại học Y Hà Nội

² Bệnh viện Lão khoa Trung ương

³ Bệnh viện Bạch Mai

* Tác giả thực hiện và chịu trách nhiệm chính:

Nguyễn Trung Anh

Email: trunganhvk@gmail.com

Ngày tiếp nhận: 11/3/2021

Ngày phản biện: 12/3/2021

Ngày chấp nhận đăng: 25/3/2021

chỉ tử vong [3]. Sàng lọc, đánh giá lão khoa toàn diện đóng vai trò quan trọng trong tiên lượng và xây dựng kế hoạch điều trị lâu dài cho bệnh nhân cao tuổi. Một trong những thành phần quan trọng của đánh giá lão khoa toàn diện là đánh giá suy giảm chức năng hoạt động hàng ngày. Tỷ lệ suy giảm chức năng hoạt động hàng ngày trên người cao tuổi theo các nghiên cứu trên thế giới thường khá cao và liên quan chặt chẽ đến tỷ lệ tử vong ở người cao tuổi [5,6].

Tại Việt Nam đến nay vẫn chưa có nhiều nghiên cứu được công bố về suy giảm chức năng hoạt động trên các bệnh nhân điều trị tại khoa cấp cứu. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm *đánh giá chức năng hoạt động hàng ngày trên bệnh nhân cao tuổi tại khoa cấp cứu, bệnh viện Lão khoa Trung ương*.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên điều trị tại Khoa Cấp cứu Bệnh viện Lão khoa Trung Ương.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Các bệnh nhân phải có tình trạng tinh thần tỉnh táo, có khả năng nghe và trả lời phỏng vấn.

- Bệnh nhân đồng ý hợp tác nghiên cứu.

- Tuổi ≥ 60 tuổi điều trị tại Khoa Cấp cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Chống chỉ định vận động và hoạt động thể lực của bác sĩ điều trị cho bệnh nhân (suy hô hấp, nhồi máu cơ tim....).

- Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.1 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa

Cấp cứu Bệnh viện Lão Khoa Trung ương.

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 10 năm 2015 đến tháng 10 năm 2016 (tổng 12 tháng)

2.2.2. Biến số, chỉ số và các tiêu chuẩn đánh giá.

- Thông tin về đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, tình trạng đa bệnh lý

- Đánh giá suy giảm chức năng

Sử dụng bảng đánh giá hoạt động cơ bản hàng ngày (ADL), và bảng đánh giá hoạt động hàng ngày có sử dụng công cụ, phương tiện (IADL) để đánh giá chức năng tổng thể cho bệnh nhân [5].

+ Bảng đánh giá hoạt động cơ bản hàng ngày (Activity Dailly Living/ADL). Phỏng vấn bệnh nhân hoặc người chăm sóc về các hoạt động sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân theo sáu câu hỏi về các hoạt động: Ăn uống, đi vệ sinh, mặc quần áo, chăm sóc bản thân, đi lại, tắm rửa. Bệnh nhân/người chăm sóc trả lời từng câu theo cách chấm điểm tương ứng với tình trạng của bệnh nhân (1 hoặc 0 điểm). Đánh giá kết quả: điểm tối đa đối với một người bình thường khỏe mạnh là 6 điểm; dưới 6 điểm là có suy giảm chức năng hoạt động hàng ngày. Điểm càng thấp tương ứng với khả năng tự chủ của bệnh nhân càng thấp và người chăm sóc phải phục vụ bệnh nhân nhiều hơn.

+ Bảng đánh giá hoạt động hàng ngày có sử dụng phương tiện, dụng cụ (Instrument Activity Dailly Living/IADL): phỏng vấn người chăm sóc về các hoạt động sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân về các hoạt động sử dụng các dụng cụ phương tiện: sử dụng điện thoại, mua bán, nấu ăn, dọn dẹp nhà cửa, giặt quần áo, sử dụng phương tiện giao thông, sử dụng thuốc, khả năng quản lý chi tiêu. Đánh giá kết quả: điểm tối đa đối với một người bình thường khỏe mạnh là 8 điểm; dưới 8 điểm là có suy giảm chức năng hoạt động hàng ngày có sử dụng dụng cụ, phương tiện.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 17.0. Các biến định lượng được thể hiện dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn. Các tần suất được trình bày theo tỷ lệ %. Sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

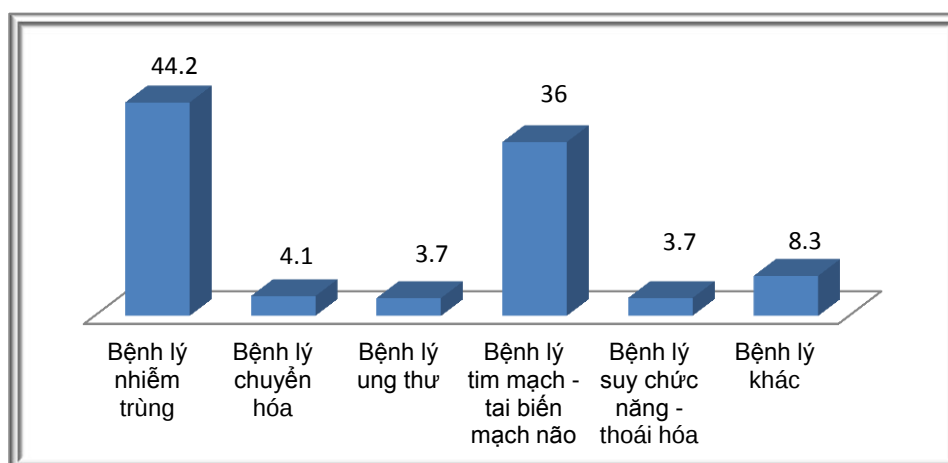
Tất cả các đối tượng nghiên cứu sẽ được giải thích cụ thể về mục đích, nghiên cứu và đồng ý tự nguyện tham gia vào nghiên cứu. Đảm bảo tính bí mật thông tin nghiên cứu. Nghiên cứu nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho người cao tuổi, không nhằm mục đích nào khác.

3. KẾT QUẢ

Trong tổng số 389 đối tượng nghiên cứu có 183 bệnh nhân nữ chiếm 47% thấp hơn so với 206 bệnh nhân nam chiếm 53%. Tỷ lệ nam/nữ = 1,125/1. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tuổi trung bình của các bệnh nhân là $79,1 \pm 8,9$. Thấp nhất là 60 tuổi và cao nhất là 101 tuổi, trong đó nhóm từ 60 đến 69 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất là 18%, nhóm lớn hơn 80 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 54,8%. Điểm trung bình của chỉ số các bệnh đồng mắc Charlson là $3,55 \pm 1,95$.

Bảng 1. Đặc điểm chung bệnh nhân (n= 389)

	Biến số	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Giới	Nam	206	53
	Nữ	183	47
Nhóm tuổi	60-69	70	18
	70-79	106	27,2
	≥ 80	213	54,8
Tuổi trung bình		$79,1 \pm 8,9$	
Tuổi tối thiểu – tối đa		60-101	
Chỉ số đa bệnh lý Charlson trung bình		$3,55 \pm 1,95$	



Biểu đồ 1. Tỷ lệ các bệnh điều trị tại Khoa Cấp cứu – Điều trị tích cực (n = 389)

Trong 389 bệnh nhân được nghiên cứu tại Khoa Cấp cứu bệnh viện Lão khoa

Trung Ương, số bệnh nhân phải nhập viện và điều trị vì bệnh lý nhiễm trùng chiếm

44,2%, trong đó có 115 bệnh nhân bị viêm phổi chiếm 29,6%, tiếp đến là nhóm bệnh lý tim mạch – tai biến mạch máu não chiếm 36% trong đó có 100 bệnh nhân bị tai biến mạch máu não chiếm 25,7%.

Trong 389 bệnh nhân nghiên cứu, số bệnh nhân có suy giảm chức năng hoạt động hàng ngày theo ADL là 294 bệnh nhân chiếm 75,6%, suy giảm chức năng tiêu chí đi lại là hay gặp nhất chiếm 74%, ít gặp nhất là đại tiểu tiện không tự chủ chiếm 27%. Các tiêu chí khác đều chiếm tỷ lệ trên 50%.

Theo tiêu chí IADL thì tổng số bệnh nhân có suy giảm chức năng là 280 chiếm 72%, trong đó tiêu chí không tự nấu ăn được chiếm tỷ lệ cao nhất là 67,9%, tiêu chí tự dọn dẹp nhà cửa là thấp nhất chiếm 37,8%. Các chỉ số khác khoảng 50%.

Bảng 4 đưa ra mối liên quan đơn biến giữa hội chứng dễ bị tổn thương với tình trạng suy giảm chức năng hoạt động ADL và IADL. Mối liên quan có ý nghĩa thống kê với $p < 0,0001$.

4. BÀN LUẬN

Trong tổng số 389 đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có 183 bệnh nhân nữ chiếm 47%, thấp hơn so với 206 bệnh nhân nam chiếm 53%. Tỷ lệ nam/nữ = 1,125/1. Nghiên cứu của chúng tôi khác với nghiên cứu của Chang và cộng sự (2011), tại Đài Loan thì 53,8% là nữ và 46,2% là nam [6], nghiên cứu của Oliveira và cộng sự (2013) có 50,5% là nữ và 49,5% là nam [7]. Nguyễn Xuân Thanh (2015), bệnh nhân nữ là 56,8%, nam là 43,2% [8]. Nhưng sự khác biệt này của các tác giả cũng không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 2. Tỷ lệ chức năng hoạt động hàng ngày theo ADL trên bệnh nhân nghiên cứu

Tiêu chí ADL		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Suy giảm chức năng theo ADL	Có suy giảm	294	75,6
	Không suy giảm	95	24,4
Phân loại suy giảm chức năng ADL theo điểm	0-3 điểm	232	59,6
	4-5 điểm	62	15,9
	6 điểm	95	24,4
Ăn uống	Có suy giảm	222	57,1
	Không suy giảm	167	42,9
Mặc và cởi quần áo	Có suy giảm	220	56,6
	Không suy giảm	169	43,4
Chăm sóc bản thân	Có suy giảm	229	58,9
	Không suy giảm	160	41,1
Đi lại	Có suy giảm	288	74
	Không suy giảm	101	26
Tắm rửa	Có suy giảm	234	60,2
	Không suy giảm	155	39,8
Đại tiểu tiện	Có suy giảm	105	27
	Không suy giảm	284	73

Bảng 3. Tỷ lệ chức năng hoạt động hàng ngày có sử dụng phương tiện, dụng cụ theo IADL trên bệnh nhân nghiên cứu (n =389)

Tiêu chí IADL		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Suy giảm chức năng theo IADL	Có suy giảm	280	72
	Không suy giảm	109	28
Suy giảm chức năng IADL theo điểm	0-4 điểm	215	55,3
	5-7 điểm	65	16,7
	8 điểm	109	28,0
Sử dụng điện thoại	Có suy giảm	203	52,2
	Không suy giảm	186	47,8
Sử dụng phương tiện giao thông	Có suy giảm	199	51,2
	Không suy giảm	190	48,8
Đi mua sắm	Có suy giảm	255	65,6
	Không suy giảm	134	34,4
Giặt quần áo	Có suy giảm	191	49,1
	Không suy giảm	198	50,9
Nấu ăn	Có suy giảm	264	67,9
	Không suy giảm	125	32,1
Dọn dẹp nhà cửa	Có suy giảm	147	37,8
	Không suy giảm	242	62,2
Uống thuốc	Có suy giảm	227	58,4
	Không suy giảm	162	41,6
Quản lý tài chính	Có suy giảm	180	46,3
	Không suy giảm	209	53,7

Bảng 4. Mối liên quan giữa ADL, IADL với hội chứng dễ bị tổn thương

Đặc điểm	Không HCDBTT n (%)	Tiền HCDBTT n (%)	Có HCDBTT n (%)	Tổng số n (%)	p
Không suy giảm ADL	49 (51,6)	30 (31,6)	16 (16,8)	95 (100)	< 0,01
Có suy giảm ADL	1 (0,3)	43 (14,7)	250 (85)	294 (100)	
Không suy giảm IADL	49 (45)	38 (34,8)	22 (20,2)	109 (100)	<0,01
Có suy giảm IADL	1 (0,4)	35 (12,5)	244 (87,1)	280 (100)	

Tuổi trung bình của các bệnh nhân cao tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi là 79,1 ± 8,9. Thấp nhất là 60 tuổi và cao nhất là 101 tuổi, trong đó nhóm từ 60 đến 69 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất là 18%. Nhóm lớn hơn 80 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 54,8%.

Trong nghiên cứu của Chang và cộng sự tại Đài Loan (tuổi trung bình là 71,1 ± 3,8) [6]. Một nghiên cứu khác tại Ấn Độ, tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 66,4 ± 6,27. Tác giả Oliveira nghiên cứu tại một bệnh viện ở Brazil có độ tuổi trung

binh là $74,5 \pm 6,8$ [7].

Trong 389 bệnh nhân nghiên cứu, số bệnh nhân có suy giảm chức năng hoạt động hàng ngày theo ADL là 294 bệnh nhân chiếm 75,6%. Tiêu chí rối loạn đi lại là hay gặp nhất chiếm 74%, và ít gặp nhất là đại tiểu tiện không tự chủ chiếm 27%. Các tiêu chí khác đều chiếm tỷ lệ trên 50%. Vậy qua đây chúng tôi thấy các tiêu chí để xác định suy giảm chức năng hoạt động theo ADL rất phổ biến trong những bệnh nhân đang điều trị tại Khoa Cấp cứu – Điều trị tích cực Bệnh viện lão khoa Trung Ương. Wilber và cộng sự nghiên cứu người cao tuổi sau khi điều trị tại khu Cấp cứu - Điều trị tích cực với một nguyên nhân cấp tính thấy rằng, đối tượng này có nguy cơ bị suy giảm chức năng hoạt động hàng ngày, dẫn đến các kết quả bất lợi đặc biệt là gãy xương đùi [9].

Theo tiêu chí suy giảm chức năng hoạt động hàng ngày theo IADL thì tổng số bệnh nhân có suy giảm chức năng là 280 chiếm 72%, trong đó tiêu chí không tự nấu ăn được chiếm tỷ lệ cao nhất là 67,9%, tiêu chí không tự dọn dẹp nhà cửa là thấp nhất chiếm 37,8%. Các chỉ số khác khoảng 50%. Giống như nghiên cứu của chúng tôi, nghiên cứu của Wilber và cộng sự (2006) cũng cho kết quả từ 90 bệnh nhân nghiên cứu, sự phụ thuộc vào ít nhất một chức năng hoạt động hàng ngày có sử dụng phương tiện dụng cụ theo IADL là 68%, có suy giảm chức năng theo IADL là 74% [10]. Caplan và cộng sự (2004), qua một nghiên cứu ngẫu nhiên toàn diện, đánh giá tác động của can thiệp đa ngành trên đối tượng người cao tuổi, sau khi phải điều trị một đợt bệnh cấp tính tại khu Cấp cứu – Điều trị tích cực trở về thấy rằng: Chăm sóc can thiệp đa ngành cải thiện được chức năng hoạt động hàng ngày cho đối tượng này, đặc biệt cho người trên 75 tuổi [11].

Xét mối liên quan của suy giảm chức năng ADL và IADL với mỗi tiêu chí thành

phần của hội chứng dễ bị tổn thương chúng tôi thấy: Sự giảm cân không chủ ý, sức bền và năng lượng kém, tốc độ đi bộ chậm, hoạt động thể lực thấp và cơ lực yếu đều có mối liên quan mật thiết với suy giảm chức năng hoạt động hàng ngày theo (ADL) và chức năng hoạt động hàng ngày với dụng cụ (IADL).

5. KẾT LUẬN

Tỉ lệ bệnh nhân tại khoa Cấp cứu có suy giảm chức năng hoạt động hàng ngày và chức năng hoạt động hàng ngày với dụng cụ tương đối cao. Do vậy cần đưa công cụ sàng lọc suy giảm chức năng hoạt động hàng ngày và chức năng hoạt động hàng ngày với dụng cụ tại cộng đồng và trong bệnh viện với người cao tuổi.

Lời cảm ơn

Nhóm nghiên cứu trân trọng cảm ơn các bệnh nhân tham gia nghiên cứu, Ban giám đốc, khoa Cấp cứu và các phòng ban Bệnh viện Lão khoa Trung ương, đã tạo điều kiện giúp đỡ trong quá trình thực hiện đề tài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **UNFPA Vietnam (2016)**, Già hóa dân số và người cao tuổi ở Việt Nam: thực trạng, dự báo và gợi ý chính sách, truy cập <http://vietnam.unfpa.org>
2. **Baum SA, Rubenstein LZ (1987)**, Old people in the emergency room: age-related differences in emergency department use and care, J Am Geriatr Soc, 35:398–404.
3. **Aminzadeh F, Dalziel WB (2002)**, Older adults in the emergency department: a systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions, Ann Emerg Med. 39:238–247.
4. **Hamerman D (1999)**, Toward an understanding of frailty, Annals of Internal Medicine, 130(11): 945–950.
5. **Inouye SK, Peduzzi PN, Robison**

- JT, Hughes JS, Horwitz RI, Concato J (1998), Importance of functional measures in predicting mortality among older hospitalised patients, JAMA, 279:1187–1193.
6. 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.
 7. Oliveira DR, Bettinelli LA, Pasqualotti A (2013), Prevalence of frailty syndrome in old people in a hospital institution, Revista Latino-Americana De Enfermagem, 21(4):891–898.
 8. Nguyễn Xuân Thanh (2015), Hội chứng dễ bị tổn thương (Frailty) và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân cao tuổi điều trị tại Bệnh viện Lão Khoa Trung Ương, Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ y khoa, Trường Đại Học Y Hà Nội.
 9. Wilber ST, Blanda M, Gerson LW, & Allen KR (2010), Short-term functional decline and service use in older emergency department patients with blunt injuries. Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine, 17(7):679–686.
 10. Caplan GA, Williams AJ, Daly B, & Abraham K (2004), A randomized, controlled trial of comprehensive geriatric assessment and multidisciplinary intervention after discharge of elderly from the emergency department--the DEED II study, Journal of the American Geriatrics Society, 52(9):1417–1423.

SUMMARY

ACTIVITY DAILY LIVING AND INSTRUMENTAL ACTIVITY DAILY LIVING IN OLDER PATIENTS WERE TREATED AT EMERGENCY DEPARTMENT, NATIONAL GERIATRIC HOSPITAL

Anh Trung Nguyen^{1,2}, Thu Thi Hoai Nguyen^{1,2}, Xuan Thi Dang³, Thang Pham^{1,2}

¹Hanoi Medical University

²National Geriatric Hospital

³Bach Mai Hospital

Objective: evaluating the activity daily living and the instrumental activity daily living in older patients treated at Emergency Department, National Geriatric Hospital. **Methods:** This is a cross-sectional study with older inpatients over 60 years old in Emergency Department, National Geriatric Hospital from October, 2015 to October 2016. Data were collected by using variables included general information and the activity daily living (ADL)- 6 activities and the instrumental activity daily living (IADL) – 8 activities. **Results:** A total 389 participants with mean of age was $79,1 \pm 8,9$. The prevalence of ADL impairment was 75.6% and IADL impairment was 72%. Percentage of walking impaired was the highest domain in 6 domains of ADL with 74%. In IADL, the highest proportion of patients with cooking impaired was 67.9%. **Conclusion:** The prevalence of functional disability was high in older patients treated at Emergency department. Therefore, it is necessary to have routine screening of ADL and IADL in older patient treated in Emergency Department.

Key words: activity daily living, instrumental activity daily living, elderly people, Vietnam.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA HỘI CHỨNG DỄ BỊ TỔN THƯƠNG VÀ CHỨC NĂNG THỂ CHẤT Ở NGƯỜI CAO TUỔI CÓ BỆNH THẬN MẠN GIAI ĐOẠN 3,4,5

Vũ Thị Thanh Huyền^{1,2,*}, Nguyễn Thị Thu Hương^{1,2}, Nguyễn Trung Anh^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ hội chứng dễ bị tổn thương và mối liên quan với chức năng thể chất ở người cao tuổi có bệnh thận mạn giai đoạn 3,4,5 điều trị tại bệnh viện Lão khoa Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 101 bệnh nhân ≥ 60 tuổi có bệnh thận mạn giai đoạn 3,4,5 điều trị tại bệnh viện Lão khoa Trung ương từ tháng 01 đến tháng 05/2018. Bệnh nhân được phỏng vấn theo bộ câu hỏi thống nhất, hội chứng dễ bị tổn thương được đánh giá bằng tiêu chuẩn Fried, chức năng thể chất đánh giá bằng test Short Physical Performance Battery (SPPB). **Kết quả:** tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $78,6 \pm 8,4$. Tỉ lệ nữ chiếm 56,4%. Tỉ lệ bệnh nhân có hội chứng dễ bị tổn thương là 40,6%. Tỷ lệ bệnh nhân suy giảm thể chất đánh giá bằng bài kiểm tra thang điểm SPPB là 62,4%. Bệnh nhân có suy giảm chức năng thể chất làm tăng nguy cơ dẫn đến HCDBTT lên 2,55 lần, 95%CI: 1,1-6,85 ($p < 0,05$). **Kết luận:** Tỷ lệ người cao tuổi có bệnh thận mạn giai đoạn 3,4,5 có HCDBTT trong nghiên cứu là khá cao. Suy giảm thể chất làm tăng nguy cơ mắc HCDBTT. Do đó, khuyến khích hoạt động thể lực và đưa ra các bài tập cụ thể giúp nâng cao sức mạnh thể chất có thể cải thiện chức năng ở đối tượng trên.

Từ khóa: Hội chứng dễ bị tổn thương, chức năng thể chất, bệnh thận mạn, người cao tuổi.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng dễ bị tổn thương (HCDBTT) là một hội chứng lâm sàng thường gặp ở người cao tuổi, dự báo nguy cơ cao những bất lợi về sức khỏe như tình trạng ngã, khuyết tật, tăng số lần nhập viện và thậm chí tử vong. HCDBTT thể hiện là sự hồi phục chậm và không hoàn toàn sau khi mắc các bệnh cấp tính mới, sau những tổn thương hoặc các yếu tố căng thẳng. Định nghĩa mô tả HCDBTT bao gồm các triệu

chứng về suy giảm chức năng, giảm sức bền, giảm dự trữ sinh lý, dễ bị mắc các bệnh và tử vong. Do đó phần lớn các định nghĩa gồm các triệu chứng lâm sàng về suy giảm tốc độ đi lại, sức mạnh, sức bền, dinh dưỡng và hoạt động thể chất [1].

Bệnh thận mạn có xu hướng ngày càng tăng theo tuổi là một gánh nặng cho ngành y tế và gây nên nhiều biến cố bất lợi trên lâm sàng. Bệnh nhân cao tuổi có bệnh thận mạn thường có nguy cơ cao đi kèm HCDBTT [2], [3], [4].

Sự tương quan giữa HCDBTT, bệnh thận mạn và những biến cố bất lợi ở người cao tuổi là một vấn đề trọng tâm nghiên cứu, đặc biệt ở các bệnh nhân có yếu tố nguy cơ tim mạch và các bệnh nhân đang được lọc máu [5]. Bệnh thận mạn dẫn tới sự giảm dự trữ protein cơ thể, bắp cơ trở nên yếu đi, teo nhỏ lại và làm giảm sức

¹ Bệnh viện Lão khoa Trung ương

² Trường đại học Y Hà Nội

* Tác giả thực hiện chính:

Vũ Thị Thanh Huyền

** Tác giả chịu trách nhiệm chính:

Nguyễn Thị Thu Hương

Email: thuhuonglk@hmu.edu.vn

Ngày tiếp nhận: 8/3/2021

Ngày phản biện: 8/3/2021

Ngày chấp nhận đăng: 25/3/2021

mạnh cơ [6], [7]. Bệnh thận mạn còn làm giảm đáp ứng của cơ thể trước những yếu tố bất lợi, dẫn tới tình trạng nhiễm trùng, suy yếu chức năng các cơ quan bộ phận, kết hợp với quá trình lão hóa ở người cao tuổi có thể tạo ra các điều kiện thuận lợi cho sự phát triển HCDBTT, tăng mức độ khuyết tật, giảm chức năng thể chất và gia tăng các biến chứng. Ngược lại HCDBTT, sự suy giảm thể chất làm cho diễn biến của bệnh thận mạn ở người cao tuổi trở nên nặng nề hơn và gây ra nhiều biến chứng hơn [5].

Việt Nam hiện nay có rất ít nghiên cứu mối tương quan giữa chức năng thể chất với các yếu tố liên quan, trong đó có HCDBTT trên người cao tuổi có bệnh thận mạn. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu *xác định tỉ lệ HCDBTT và mối liên quan với chức năng thể chất ở người cao tuổi có bệnh thận mạn giai đoạn 3,4,5 điều trị tại bệnh viện Lão khoa Trung ương*.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân cao tuổi có bệnh thận mạn giai đoạn 3,4,5 chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện Lão khoa Trung ương từ tháng 1 đến tháng 5 năm 2018 thỏa mãn các tiêu chuẩn sau:

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân ≥ 60 tuổi có bệnh thận mạn được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của KDIGO 2012 [8].

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân mắc các bệnh tâm thần, bệnh cấp tính nặng không thể tham gia hoặc không thể hoàn thành bộ câu hỏi phỏng vấn và các test vận động.

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 101 bệnh nhân.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang, phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Quá trình thăm khám được tiến hành theo mẫu bệnh án thống nhất.

- Các biến số nghiên cứu:

+ Các đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, chỉ số khối cơ thể (BMI).

+ Phân loại giai đoạn bệnh thận mạn theo KDIGO 2012 [8]: giai đoạn 3 (MLCT từ 39-59 ml/phút/1,73m²); giai đoạn 4 (MLCT từ 15-29); giai đoạn 5 (MLCT < 15).

+ Đánh giá chức năng thể chất bằng test SPPB (Short Physical Performance Battery) [9]: Cho bệnh nhân thực hiện các test: đo thời gian đi bộ 4 mét, đánh giá khả năng đứng thẳng bằng, đo thời gian đứng lên ngồi xuống từ ghế 5 lần. Điểm tối đa đối với một người bình thường khỏe mạnh là 12 điểm: < 10 điểm: suy giảm chức năng thể chất; ≥ 10 điểm: không suy giảm chức năng thể chất.

+ Chẩn đoán hội chứng dễ bị tổn thương (HCDBTT) theo tiêu chuẩn của Fried đã sửa đổi, đã được áp dụng tại Việt Nam [10]. Tiêu chuẩn Fried bao gồm năm tiêu chí: giảm cân không chủ ý, tình trạng yếu đuối, sức bền và năng lượng kém, sự chậm chạp, mức hoạt động thể lực thấp. Bệnh nhân có từ ba trong số năm tiêu chí trở lên thì chẩn đoán xác định là có HCDBTT.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc của nghiên cứu y sinh học. Tất cả những thông tin cung cấp được giữ bí mật và họ có quyền rút khỏi nghiên cứu với bất kỳ lý do gì. Nghiên cứu chỉ là mô tả lâm sàng, được thực hiện nhằm góp phần nâng cao hiệu quả điều trị và chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân và không vì mục đích nào khác.

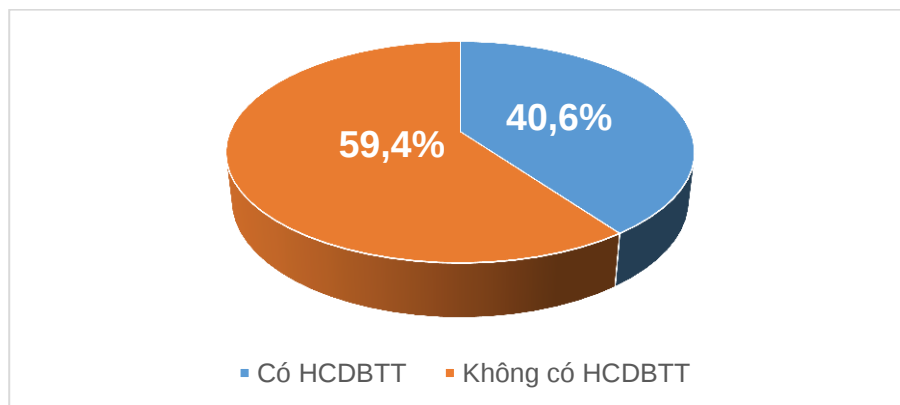
3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung

Nghiên cứu được thực hiện trên 101 bệnh nhân cao tuổi có bệnh thận mạn điều trị các bệnh nội khoa tại Bệnh viện Lão Khoa Trung ương từ tháng 2 đến tháng 5 năm 2018.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Biến số		n	%
Giới	Nam	44	43,6
	Nữ	57	56,4
Nhóm tuổi	60-79	54	53,5
	≥ 80	47	46,5
BMI	Thiếu cân	20	19,8
	Bình thường	67	66,3
	Thừa cân, béo phì	14	13,9
Phân loạn giai đoạn bệnh thận mạn	Giai đoạn 3	89	88,1
	Giai đoạn 4	10	9,9
	Giai đoạn 5	2	2,0
Chức năng thể chất	Có suy giảm	63	62,4
	Không suy giảm	38	37,6
Tuổi (năm)		78,6 ± 8,4 (62 – 99)	
BMI (kg/m ²)		20,7 ± 2,6 (13,3 – 26,2)	

**Biểu đồ 1.** Tỷ lệ hội chứng dễ bị tổn thương (n=101)

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $78,6 \pm 8,4$ (cao nhất là 99 tuổi, thấp nhất là 62 tuổi). Tỷ lệ nữ chiếm 56,4% cao hơn so với nam giới là 43,6%. Nhóm tuổi 60-79 chiếm 53,5%; nhóm tuổi ≥ 80 chiếm 46,5%. Tỷ lệ bệnh nhân có chỉ số khối cơ thể (BMI) bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất: 66,3%; tỷ lệ bệnh nhân thiếu cân là 19,8%; thừa cân béo phì là 13,9%. BMI trung bình của đối tượng nghiên cứu là $20,7 \pm 2,6$ (kg/m²). Tỷ lệ bệnh nhân có bệnh thận mạn giai đoạn 3,4,5 lần lượt là 88,1%; 9,9%; 2,0%.

3.2. Tỷ lệ hội chứng dễ bị tổn thương

Số bệnh nhân có HCDBTT trong nhóm đối tượng nghiên cứu là 41 bệnh nhân, chiếm 40,6%. Số bệnh nhân không có HCDBTT là 60 bệnh nhân (chiếm 59,4%).

3.3. Mối liên quan giữa chức năng thể chất và hội chứng dễ bị tổn thương

Tỷ lệ bệnh nhân có HCDBTT trong nhóm suy giảm chức năng thể chất cao hơn nhóm không có suy giảm chức năng thể chất (47,6% so với 26,3%), khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 2. Mối liên quan giữa chức năng thể chất (SPPB) và hội chứng dễ bị tổn thương

HCDBTT	SPPB ≥ 10 (n = 37)		SPPB < 10 (n = 63)		p
	n	%	n	%	
Có	10	26,3	30	47,6	0,034
Không	28	73,7	33	52,4	

Bảng 3. Mối tương quan giữa chức năng thể chất và nguy cơ HCDBTT

Biến số	Hội chứng dễ bị tổn thương	
	Odd Ratio	95% CI
Suy giảm chức năng thể chất		
Không (SPPB ≥ 10)	-	-
Có suy giảm (SPPB < 10)	2,55*	1,1 - 6,85

* $p < 0,05$

Kết quả phân tích hồi quy đơn biến ghi nhận trong nhóm bệnh nhân có bệnh thận mạn giai đoạn 3,4,5, bệnh nhân có suy giảm chức năng thể chất làm tăng nguy cơ dẫn đến HCDBTT lên 2,55 lần, 95% CI: 1,1-6,85 ($p < 0,05$).

4. BÀN LUẬN

Để khảo sát mối liên quan giữa sự suy giảm chức năng thể chất với HCDBTT trên đối tượng bệnh nhân cao mắc bệnh thận mạn giai đoạn 3,4,5, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu trên 101 bệnh nhân cao tuổi (≥ 60 tuổi) có bệnh thận mạn được chẩn đoán theo tiêu chuẩn KDIGO 2012 đang điều trị tại bệnh viện Lão khoa Trung ương. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 78,6. Cao nhất là 99 tuổi, thấp nhất là 62 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân từ 80 tuổi trở lên chiếm 46,5%, tỷ lệ bệnh nhân từ 60 – 79 tuổi chiếm 53,4%. Tỷ lệ bệnh nhân trong nhóm thiếu cân chiếm 19,8%, thừa cân chiếm 13,9%, 66,3% bệnh nhân có cân nặng bình thường. BMI trung bình là 20,7, trong đó thấp nhất là 13,3, cao nhất là 26,2. Trong nhóm bệnh nhân bệnh thận mạn tính, tỷ lệ tập trung chủ yếu vào nhóm bệnh thận mạn giai đoạn 3 (MLCT từ 30 – 59 ml/phút/1.73 m² da), có 89 bệnh nhân chiếm 88,1 %. Sau đó lần lượt đến nhóm

bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 4 (MLCT từ 15 – 29 ml/phút/1.73 m² da) 10 bệnh nhân chiếm 9,9%, nhóm bệnh thận mạn giai đoạn cuối (MLCT < 15 ml/phút/1.73 m² da) 2 bệnh nhân chiếm 2,0%. Trong nhóm đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ suy giảm chức năng thể chất đánh giá theo thang điểm SPPB là 62,4%.

Tỷ lệ bệnh nhân cao tuổi có HCDBTT trong nghiên cứu là 40,6% (41 bệnh nhân). Tỷ lệ này có cao hơn so với kết quả nghiên cứu của bác sỹ Nguyễn Xuân Thanh tại bệnh viện Lão khoa (2015), tỷ lệ bệnh nhân cao tuổi có HCDBTT chỉ có 35,4% [11]. Sự khác nhau có lẽ là do đối tượng bác sỹ Nguyễn Xuân Thanh lựa chọn là đối tượng người cao tuổi nằm viện nói chung, còn của nghiên cứu chúng tôi đối tượng là người cao tuổi có bệnh thận mạn giai đoạn 3,4,5.

Theo kết quả cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có HCDBTT trên nhóm có suy giảm chức năng thể chất cao hơn nhóm không có suy giảm chức năng thể chất (47,6% so với 26,3%). Trên nhóm bệnh nhân bệnh thận mạn, suy giảm thể chất làm tăng nguy cơ mắc HCDBTT lên 2,55 lần, 95%CI 0,99 – 6,85 ($p < 0,05$).

HCDBTT theo Fried được định nghĩa là một hội chứng lâm sàng, gồm năm tiêu

chí: giảm cân không chủ ý, tình trạng yếu đuối, sức bền và năng lượng kém, sự chậm chạp, mức hoạt động thể lực thấp. Người cao tuổi có từ ba tiêu chí trở lên sẽ được chẩn đoán là có HCDBTT [12]. Trong đó sự suy giảm chức năng thể chất ảnh hưởng trực tiếp đến nhiều yếu tố trên như làm gia tăng sự chậm chạp, gia tăng tình trạng yếu đuối về cơ bắp, giảm sức bền và năng lượng kém, từ đó gây ra các hạn chế và giảm mức độ hoạt động thể lực trên bệnh nhân. Giảm hoạt động quay lại tác động làm nặng thêm tình trạng bắp cơ yếu, teo cơ, suy nhược cơ thể,... gây nên một vòng xoắn bệnh lý và gia tăng nguy cơ tử vong trên bệnh nhân. Điều này trầm trọng hơn khi có kèm theo các dấu hiệu bệnh lý trầm cảm, sự cô lập với xã hội dẫn đến ngại hoạt động và mất chức năng hơn nữa. Điều này giải thích tại sao nhóm đối tượng có suy giảm chức năng thể chất lại có nguy cơ cao hơn gấp nhiều lần mắc HCDBTT.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế. Một là, đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang do đó chưa đánh giá mối quan hệ nhân quả giữa các biến nghiên cứu. Cỡ mẫu không lớn cũng là một hạn chế của nghiên cứu. Các nghiên cứu tiếp theo với phương pháp theo dõi dọc và cỡ mẫu lớn hơn sẽ giúp giải quyết các hạn chế này.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ người cao tuổi có bệnh thận mạn giai đoạn 3,4,5 có HCDBTT trong nghiên cứu là khá cao. Suy giảm thể chất làm tăng nguy cơ mắc HCDBTT. Do đó, khuyến khích hoạt động thể lực và đưa ra các bài tập cụ thể giúp nâng cao sức mạnh thể chất có thể cải thiện chức năng ở đối tượng trên.

Lời cảm ơn

Nhóm nghiên cứu trân trọng cảm ơn các bệnh nhân tham gia nghiên cứu, Ban giám đốc và các phòng ban Bệnh viện Lão

khoa Trung Ương, đã tạo điều kiện giúp đỡ trong quá trình thực hiện đề tài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Espinoza S, Walston JD (2005), Frailty in older adults: insights and interventions, *Cleve Clin J Med*, 72(12):1105-12.
2. Wilhelm-Leen ER, Hall YN, K Tamura M, Chertow GM (2009), Frailty and chronic kidney disease: the Third National Health and Nutrition Evaluation Survey, *Am J Med*, 122(7):664-71.e2.
3. Roshanravan B, Khatri M, Robinson-Cohen C, et al (2012), A prospective study of frailty in nephrology-referred patients with CKD, *Am J Kidney Dis*, 60(6):912-21.
4. Shlipak MG, Stehman-Breen C, Fried LF, et al (2004), The presence of frailty in elderly persons with chronic renal insufficiency, *Am J Kidney Dis*, 43(5):861-7.
5. Walker SR, Gill K, Macdonald K, et al (2013), Association of frailty and physical function in patients with non-dialysis CKD: a systematic review, *BMC Nephrol*, 14:228.
6. Lattanzio F, Corsonello A, Abbatecola AM, et al (2012), Relationship between renal function and physical performance in elderly hospitalized patients, *Rejuvenation Res*, 15(6):545-552.
7. Reese PP, Cappola AR, Shults J, et al (2013), Physical performance and frailty in chronic kidney disease, *Am J Nephrol*, 38(4):307-15.
8. KDIGO 2012, Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease, *Kidney International supplements*, Vol 3 (1).
9. Guralnik JM, Simonsick EM, Ferrucci L, et al (1994), A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission, *J Gerontol*, 49(2):M85-94.
10. Vu HTT, Nguyen TX, Nguyen TN, et al (2017), Prevalence of frailty and its

associated factors in older hospitalised patients in Vietnam, BMC Geriatr, 17(1):216.

11. Nguyễn Xuân Thanh (2015), Hội chứng dễ bị tổn thương (Frailty) và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân cao tuổi điều trị tại bệnh viện Lão khoa Trung

Ương, Luận văn thạc sỹ y học, Trường đại học Y Hà Nội.

12. Fried LF, Lee JS, Shlipak M, et al (2006), Chronic kidney disease and functional limitation in older people: health, aging and body composition study, J Am Geriatr Soc, 54(5):750-6.

SUMMARY

ASSOCIATION BETWEEN FRAILTY SYNDROME AND PHYSICAL FUNCTION IN OLDER PEOPLE WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE STAGE 3,4,5

Huyen Thi Thanh Vu^{1,2}, Huong Thi Thu Nguyen^{1,2}, Anh Trung Nguyen^{1,2}

¹National Geriatric Hospital

² Hanoi Medical University

Objectives: determining the rate of frailty syndrome and the relationship with physical function in the elderly with stage 3, 4, 5 chronic kidney disease treated at the National Geriatric Hospital. **Methods:** a cross-sectional study on 101 patients aged ≥ 60 years old with stage 3, 4 and 5 of chronic kidney disease treated at the National Geriatrics Hospital from January to May 2018. Patients were interviewed according to a unified questionnaire, frailty syndrome was assessed by Fried criteria, physical function was assessed by the Short Physical Performance Battery (SPPB) test. **Results:** average age of study subjects was 78.6 ± 8.4 (year). The proportion of women accounts for 56.4%. The proportion of patients with the frailty syndrome was 40.6%. The proportion of patients with physical function impairment assessed by SPPB score was 62.4%. Patients with impaired physical function increase the risk of frailty by 2.55 times, 95% CI: 1.1-6.85 ($p < 0.05$). **Conclusion:** The proportion of elderly people with stage 3, 4 and 5 with chronic kidney disease had frailty syndrome in the study was quite high. Physical impairment increases the risk of frailty. Therefore, encouraging physical activity and giving specific exercises that enhance physical strength can improve function in the above subjects.

Key words: Frailty syndrome, physical function, chronic kidney disease, elderly.