

HỘI CHỨNG DỄ BỊ TỔN THƯƠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN LOÃNG XƯƠNG CAO TUỔI

Trần Việt Lực^{1,2,✉}, Nguyễn Xuân Thanh^{1,2}
Nguyễn Ngọc Tâm^{1,2}, Vũ Thị Thanh Huyền^{1,2}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Lão khoa Trung ương

Hội chứng dễ bị tổn thương (HCDBTT) là một hội chứng lão khoa, xảy ra do sự tích tụ của quá trình suy giảm chức năng nhiều hệ thống cơ quan trong cơ thể, biểu hiện là trạng thái dễ bị tổn thương với các yếu tố về thể chất, xã hội và môi trường. Mục tiêu nghiên cứu nhằm phân tích một số yếu tố liên quan (đặc điểm nhân khẩu học và một số hội chứng lão khoa) với hội chứng dễ bị tổn thương ở bệnh nhân loãng xương cao tuổi. Nghiên cứu cắt ngang trên 392 người bệnh loãng xương trong thời gian từ tháng 8/2021 đến tháng 8/2022 tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương nhằm mục đích phân tích một số yếu tố liên quan với hội chứng dễ bị tổn thương ở bệnh nhân loãng xương cao tuổi. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 23,7% bệnh nhân loãng xương cao tuổi có HCDBTT. Trong nhóm có hội chứng dễ bị tổn thương thì tỷ lệ trầm cảm chiếm 88,2%, tỷ lệ suy dinh dưỡng 50,5%. Qua phân tích hồi quy đa biến, chỉ còn tuổi, trầm cảm, tự đánh giá sức khỏe kém, không thể đi lên và xuống một tầng cầu thang là có khả năng dự đoán HCDBTT một cách độc lập. Tỷ lệ bệnh nhân loãng xương bị HCDBTT chiếm tỷ lệ không nhỏ kèm theo nhiều bệnh đồng mắc, do đó việc đánh giá hội chứng này trên những bệnh nhân loãng xương nên trở thành một quy trình thường quy để có thể phát hiện và đưa ra những biện pháp can thiệp phù hợp nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh cao tuổi.

Từ khóa: Hội chứng dễ bị tổn thương, bệnh loãng xương, người cao tuổi.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng dễ bị tổn thương (HCDBTT) là một hội chứng lão khoa phổ biến được đặc trưng bởi sự tích tụ của quá trình suy giảm chức năng nhiều hệ thống cơ quan trong cơ thể và là tiến trình mạn tính, tiến triển từ từ âm thầm làm tăng khả năng dễ tổn thương và giảm khả năng duy trì hằng định nội môi, dẫn đến kết quả bất lợi cho sức khỏe. HCDBTT không phải là tình trạng khuyết tật, dưới tác động của các yếu tố stress hoặc bệnh lý, hội chứng này mới dẫn đến tình trạng khuyết tật. HCDBTT là hội chứng đan xen phức tạp giữa nhiều yếu tố,

bao gồm sự thay đổi sinh lý tự nhiên của quá trình lão hóa, bệnh tật và thiếu hụt dinh dưỡng, tác động xấu của môi trường, di truyền và lối sống. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra sự độc lập và tác dụng hiệp đồng của các yếu tố này trong sự phát triển của HCDBTT.¹ Tỷ lệ HCDBTT theo nghiên cứu tại Việt Nam dao động từ 31,9% đến 35,4%.²

Loãng xương là một căn bệnh thầm lặng, đang trở thành vấn đề sức khỏe toàn cầu và là gánh nặng lên ngân sách y tế ở mỗi quốc gia. Hiện nay, ước tính toàn thế giới có trên 200 triệu người bị bệnh loãng xương và đang tiếp tục gia tăng theo mức độ già hóa dân số.³ Bệnh chủ yếu xảy ra ở người từ tuổi trung niên trở lên, phụ nữ sau mãn kinh. Hậu quả của bệnh thường dẫn đến biến chứng gãy xương, đòi hỏi chi phí chăm sóc và điều trị cao, làm

Tác giả liên hệ: Trần Việt Lực

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: tranvietluc@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 27/01/2023

Ngày được chấp nhận: 02/03/2023

giảm chất lượng cuộc sống, đặc biệt là ở người cao tuổi. Gãy cổ xương đùi là hậu quả nặng nề nhất của loãng xương, là căn nguyên gây tàn phế nghiêm trọng và dễ dẫn đến tử vong. Hầu hết gãy cổ xương đùi xảy ra sau ngã, 80% là phụ nữ và 90% ở người trên 50 tuổi.⁴

Cho đến nay ngày càng có nhiều nghiên cứu về HCDBTT trên bệnh nhân loãng xương ở đối tượng cao tuổi, một số nghiên cứu cho thấy HCDBTT là một yếu tố dự báo gãy xương do loãng xương và thường xuất hiện trên bệnh nhân có loãng xương.^{2,5} Cơ sở của mối quan hệ giữa HCDBTT và loãng xương dựa trên thực tế là, một cá nhân càng gầy thì khả năng cá nhân đó sẽ bị gãy xương phổ biến càng cao và nguy cơ gãy xương trong tương lai càng cao. Nguyên nhân là do việc giảm mật độ xương sẽ đi kèm với tình trạng giảm khối lượng và sức mạnh của cơ xương từ đó làm tăng nguy cơ bị ngã.⁵

Tại Việt Nam, hiện chưa có công bố nào về HCDBTT ở người cao tuổi bị loãng xương. Để góp phần tăng cường chăm sóc sức khỏe và nâng cao chất lượng cuộc sống người cao tuổi, đặc biệt người cao tuổi mắc bệnh loãng xương chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục đích phân tích một số yếu tố liên quan (đặc điểm nhân khẩu học và một số hội chứng lão khoa) với hội chứng dễ bị tổn thương ở bệnh nhân loãng xương cao tuổi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Các bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên được chẩn đoán loãng xương đến khám và điều trị tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương từ tháng 10/2021 đến tháng 09/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân \geq 60 tuổi.
- Được chẩn đoán loãng xương theo tiêu chuẩn của WHO năm 2020 dựa trên mật độ xương.⁶

- Bệnh nhân có khả năng nghe và trả lời phỏng vấn, có khả năng thực hiện các bài kiểm tra vận động.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Các bệnh nhân có tình trạng tinh thần không ổn định.
- Không có khả năng nghe và trả lời phỏng vấn, không biết viết.
- Mắc các bệnh nặng cấp cứu (suy hô hấp, nhồi máu cơ tim...).
- Loãng xương thứ phát (cường vò thượng thận, cường cận giáp...).

2. Phương pháp

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

Thu thập dữ liệu: Tuyển chọn những người bệnh đủ tiêu chuẩn lựa chọn mời vào nghiên cứu, sau đó phỏng vấn theo bộ câu hỏi có sẵn, thu thập kết quả xét nghiệm và các chỉ số từ bệnh án của bệnh nhân và thực hiện các bài kiểm tra vận động.

Biến số nghiên cứu: tuổi (gồm: 60 - 69 tuổi, 70 đến 79 tuổi, trên 80 tuổi), giới (nam, nữ), tình trạng hôn nhân (chưa kết hôn, góa vợ/chồng hoặc ly dị, kết hôn/đang sống với bạn đời), chỉ số khối cơ thể (thiếu cân, bình thường, thừa cân, béo phì), trình độ học vấn (chưa tốt nghiệp Trung học Phổ thông, đã tốt nghiệp trung học phổ thông, đã tốt nghiệp đại học), thời gian bị loãng xương, tình trạng loãng xương tại các vị trí cột sống thắt lưng và cổ xương đùi.

Chẩn đoán loãng xương

Đo mật độ xương:

- Dùng máy đo hấp thụ tia X kép (DXA Medix DR C12, Pháp). Tất cả các bệnh nhân được đo mật độ xương vùng cột sống thắt lưng từ L1 - L4 và cổ xương đùi tại khoa Thăm dò chức năng, Bệnh viện Lão khoa Trung ương.

- + Đánh giá kết quả đo mật độ xương theo tiêu chuẩn chẩn đoán loãng xương của WHO 2001⁶:

Mật độ xương được tính bằng gam/cm² và được biểu thị bằng chỉ số T-score:

T-score > -1: Bình thường

-1 ≥ T-score ≥ -2,5: Giảm mật độ xương

T-score < -2,5: Loãng xương

T-score < -2,5 + gãy xương: Loãng xương nặng

Chẩn đoán HCDBTT: Theo thang điểm CFS Clinical Frailty Scale (CFS), với 9 mức độ đánh giá từ CFS 1 đến 9. Không có HCDBTT: CFS 1 - 4; Có HCDBTT: CFS 5 - 9.⁷

Chỉ số khối cơ thể (BMI)

- Đo chiều cao: Dùng thước đo có gắn với cân kết quả được tính bằng mét và sai số không quá 0,5cm.

- Đo cân nặng: dùng cân bàn, cân được đặt ở vị trí ổn định và bằng phẳng, chỉnh cân về vị trí số 0 trước khi tiến hành cân. Kết quả tính bằng kg và sai số không quá 100g.

Đánh giá chỉ số khối cơ thể theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới WHO, BMI được mã hóa thành biến định tính, phân thành 3 nhóm: thiếu cân: BMI < 18,5, bình thường: 18,5 ≤ BMI < 23, thừa cân, béo phì: BMI ≥ 23.

Tình trạng đa bệnh lý: Đa bệnh lý được định nghĩa là có ≥ 2 bệnh mạn tính, đa bệnh là biến định tính có/không, đa bệnh còn được tính toán dựa theo chỉ số đa bệnh lý Charlson.⁸ Mỗi bệnh tương ứng với số điểm khác nhau 1, 2, 3 hoặc 6; sau đó cộng tổng số điểm lại. Tổng số điểm bằng không là không có tình trạng đa bệnh lý, tổng số điểm càng cao thì nguy cơ tử

vong càng tăng.

Xử lý số liệu

Số liệu được làm sạch và nhập liệu bằng RedCap và phân tích bằng Stata 14.

Các biến định lượng được thể hiện dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn, các tần suất được trình bày theo tỷ lệ %. Sử dụng mô hình hồi quy đơn biến phân tích các yếu tố nguy cơ liên quan đến sự xuất hiện của HCDBTT trên bệnh nhân cao tuổi mắc loãng xương. Các yếu tố nguy cơ đưa vào phân tích dựa trên các tài liệu y văn đã công bố. Sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi p < 0,05.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua bởi hội đồng khoa học và hội đồng đạo đức tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu tiến hành trên 392 bệnh nhân với tuổi trung bình là 73,15 ± 6,57. Thấp nhất là 60 tuổi và cao nhất là 95 tuổi, trong đó nhóm từ 60 đến 69 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 40,8%. Nữ chiếm 83,4% cao hơn so với 65 bệnh nhân nam chiếm 16,6%. Tỷ lệ nam/ nữ = 1/ 3,14. Điểm trung bình của chỉ số các bệnh đồng mắc Charlson ở nhóm có HCDBTT cao hơn nhóm không có HCDBTT (4,21 ± 1,68 so với 2,41 ± 1,53), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001. Tỷ lệ HCDBTT ở bệnh nhân loãng xương cao tuổi là 23,7%.

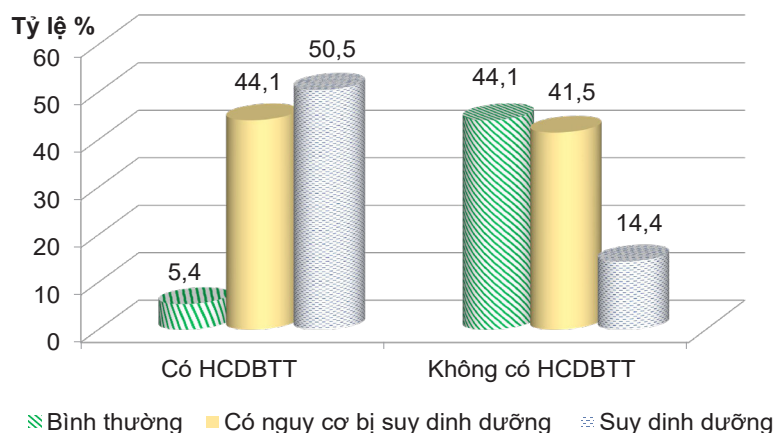
Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân loãng xương cao tuổi theo hội chứng dễ bị tổn thương (n = 392)

Đặc điểm	HCDBTT	Có	Không	p
		(n = 93; 23,7%)	(n = 199; 76,3%)	
		n (%)	n (%)	
Tuổi	60 - 69	24 (15)	136 (85)	< 0,01
	70 - 79	35 (24,1)	110 (75,9)	
	≥ 80	34 (39,1)	53 (60,9)	

Đặc điểm	HCDBTT	Có (n = 93; 23,7%)	Không (n = 199; 76,3%)	p
		n (%)	n (%)	
Giới tính	Nam	16 (24,6)	49 (75,4)	0,87
	Nữ	77 (23,5)	250 (76,5)	
BMI	Bình thường	41 (20,2)	162 (79,8)	< 0,05
	Thiếu cân	16 (45,7)	19 (54,3)	
	Thừa cân/béo phì	36 (23,4)	118 (76,6)	
Trình độ học vấn	< cấp 3	31 (19,4)	129 (80,6)	0,37
	≥ cấp 3	62 (26,7)	170 (73,3)	
Hôn nhân	Độc thân/góa/ly dị	35 (49,3)	36 (50,7)	< 0,01
	Đã kết hôn	58 (18,1)	263 (81,9)	
Sống với ai	Người thân/người hỗ trợ 24/24	84 (24,1)	265 (75,9)	0,53
	Sống một mình/ người hỗ trợ theo giờ	9 (20,9)	34 (79,1)	
Nơi sống	Thành thị	45 (21,3)	166 (78,7)	0,28
Chỉ số đa bệnh lý Charlson trung bình ($\bar{x} \pm SD$)		4,21 ± 1,68	2,41 ± 1,53	< 0,001

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi, và chỉ số khối cơ thể, tình trạng hôn nhân và tình trạng đa bệnh lý với p lần lượt là

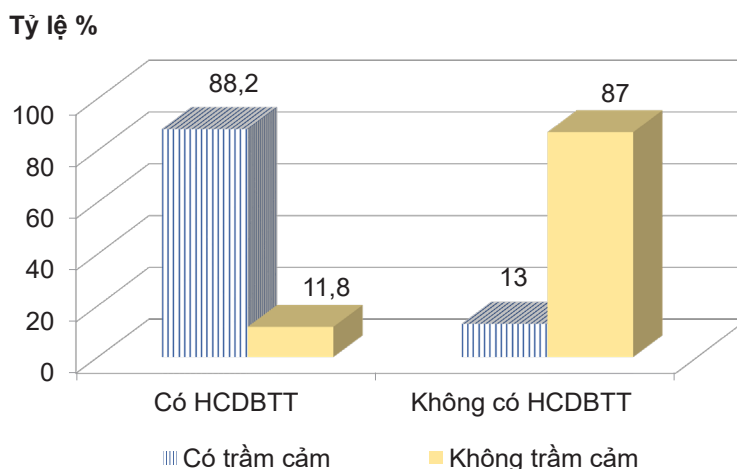
< 0,01; 0,05; 0,01 và 0,001. Tuy nhiên, không có mối liên quan giữa HCDBTT với giới, trình độ học vấn, sống với ai, nơi sống.



Biểu đồ 1. Liên quan giữa hội chứng dễ bị tổn thương và tình trạng dinh dưỡng (n = 392, p < 0,001)

Trong 392 đối tượng nghiên cứu có 137 bệnh nhân chiếm 35% bình thường, 165 bệnh nhân chiếm 42,1% có nguy cơ suy dinh dưỡng, có 90 bệnh nhân chiếm 22,9% có suy dinh

dưỡng. Trong nhóm có hội chứng dễ bị tổn thương thì nhóm suy dinh dưỡng chiếm tỷ lệ cao nhất 50,5%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.



Biểu đồ 2. Mối Liên quan giữa hội chứng dễ bị tổn thương và biểu hiện trầm cảm (n = 392, p < 0, 001)

Trong 392 đối tượng nghiên cứu, có 121 bệnh nhân chiếm 30,9% có biểu hiện trầm cảm, 271 bệnh nhân chiếm 69,1% không có biểu hiện trầm cảm. Trong nhóm có hội chứng

dễ bị tổn thương có 82 bệnh nhân có trầm cảm chiếm 88,2%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 2. Các yếu tố dự đoán HCDBTT qua phân tích hồi quy đơn biến (n = 392)

Các biến số	p	Tỷ suất chênh	Khoảng tin cậy 95%
Nhóm tuổi	< 0,001	1,15	1,07 - 1,18
Giới nữ	0,28	1,18	0,92 - 1,63
Nhẹ cân	0,04	1,48	0,98 - 2,37
Chưa tốt nghiệp cấp 3	0,45	0,87	1,18 - 2,87
Độc thân/góa/Ly dị	0,59	0,78	0,32 - 3,58
Tình trạng đa bệnh lý (Chỉ số Charlson)	0,004	1,07	0,93 - 1,29
Chế độ ăn nghèo nàn	< 0,001	3,78	1,67 - 6,53
Luôn nhờ được sự giúp đỡ khi cần thiết	0,37	1,47	0,67 - 3,51
Suy giảm nhận thức	< 0,001	3,67	2,47 - 5,76
Tiểu không tự chủ	0,001	3,59	1,65 - 8,89
Không thể làm việc nặng	< 0,001	13,08	8,15 - 24,75

Các biến số	p	Tỷ suất chênh	Khoảng tin cậy 95%
Thi thoảng quên uống thuốc	0,005	2,67	0,58 - 1,31
Tự đánh giá sức khỏe kém	< 0,001	4,98	3,48 - 8,75
Trầm cảm	< 0,001	2,27	1,45 - 4,76
Không thể leo lên và xuống một tầng cầu thang	< 0,001	14,53	9,57 - 23,17

Khảo sát một số yếu tố liên quan đến sự xuất hiện HCDBTT trên các bệnh nhân cao tuổi điều trị tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương qua phân tích hồi quy đơn biến và đa biến. Tuổi càng tăng thì nguy cơ bị HCDBTT càng tăng (Tỷ suất chênh = 1,15; Khoảng tin cậy 95%: 1,07 - 1,18). Tình trạng nhẹ cân làm tăng nguy cơ HCDBTT lên gần 1,5 lần (Tỷ suất chênh = 1,48; Khoảng tin cậy 95%: 0,98 - 2,37). Chỉ số đa bệnh lý Charlson càng cao thì nguy cơ HCDBTT càng cao (Tỷ suất chênh = 1,07; Khoảng tin cậy 95%: 0,93 - 1,29). Chế độ ăn nghèo nàn làm tăng nguy cơ HCDBTT lên gần bốn lần (Tỷ suất chênh = 3,78; Khoảng tin cậy 95%: 1,67 - 6,53). Nguy cơ bị HCDBTT cao gấp bốn lần ở những bệnh nhân có dấu hiệu suy giảm nhận thức (qua bài kiểm tra vẽ đồng hồ) (Tỷ suất chênh = 3,67; Khoảng tin cậy 95%: 2,47 - 5,76). Bệnh nhân tiểu không tự chủ có nguy cơ bị HCDBTT cao

gần gấp bốn lần (Tỷ suất chênh = 3,59; Khoảng tin cậy 95%: 1,65 - 8,89). Nguy cơ bị HCDBTT cao gấp mười ba lần ở những bệnh nhân không thể làm việc nặng trong nhà (Tỷ suất chênh = 13,08; Khoảng tin cậy 95%: 8,15 - 24,75). Bệnh nhân thỉnh thoảng hay quên uống thuốc có nguy cơ bị HCDBTT cao gấp 2,6 lần (Tỷ suất chênh = 2,67; Khoảng tin cậy 95%: 0,58 - 1,31). Nguy cơ bị HCDBTT cao gấp 5 lần ở những bệnh nhân tự đánh giá sức khỏe mình kém (Tỷ suất chênh = 4,98; Khoảng tin cậy 95%: 3,48 - 8,75). Những bệnh nhân có trầm cảm có nguy cơ bị HCDBTT cao gấp hơn hai lần (Tỷ suất chênh = 2,27; Khoảng tin cậy 95%: 1,45 - 4,76). Nguy cơ bị HCDBTT cao gấp gần mười lăm lần ở những bệnh nhân không thể đi lên và xuống một tầng cầu thang (Tỷ suất chênh = 14,53; Khoảng tin cậy 95%: 9,57 - 23,17).

Bảng 3. Các yếu tố dự đoán HCDBTT qua phân tích hồi quy đa biến (n = 392)

Các biến số	p	Tỷ suất chênh	Khoảng tin cậy 95%
Nhóm tuổi	0,02	1,15	0,98 - 1,25
Tự đánh giá sức khỏe kém	0,006	2,52	1,47 - 4,34
Trầm cảm	0,005	2,58	1,43 - 4,52
Không thể leo lên và xuống cầu thang một tầng	< 0,001	6,04	3,31 - 11,01

Qua phân tích hồi quy đa biến, chỉ còn tuổi, trầm cảm, tự đánh giá sức khỏe kém, không thể đi lên và xuống một tầng cầu thang là có

khả năng dự đoán HCDBTT một cách độc lập. Trong đó: Tuổi càng tăng thì nguy cơ bị HCDBTT càng tăng (Tỷ suất chênh hiệu chỉnh =

1,15; Khoảng tin cậy 95%: 0,98 - 1,25). Những bệnh nhân tự đánh giá sức khỏe mình kém có nguy cơ bị HCDBTT cao gấp gần 2,5 lần (Tỷ suất chênh hiệu chỉnh = 2,52; Khoảng tin cậy 95%: 1,47 - 4,34). Những bệnh nhân có trầm cảm có nguy cơ bị HCDBTT cao gấp 2,5 lần (Tỷ suất chênh hiệu chỉnh = 2,58; Khoảng tin cậy 95%: 1,43 - 4,52). Những bệnh nhân không thể đi lên và xuống một tầng cầu thang có nguy cơ bị HCDBTT cao gấp gần sáu lần (Tỷ suất chênh hiệu chỉnh = 6,04; Khoảng tin cậy 95%: 3,31 - 11,02).

IV. BÀN LUẬN

Đánh giá sự liên quan giữa HCDBTT và các yếu tố như nhóm tuổi, giới và chỉ số khối cơ thể. Chúng tôi thu được kết quả có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa HCDBTT với nhóm tuổi và chỉ số khối cơ thể với p lần lượt là $< 0,01$ và $0,05$. Tuy nhiên, không có mối liên quan giữa HCDBTT với giới của đối tượng nghiên cứu. Qua nghiên cứu chúng tôi cũng thu được có sự liên quan giữa HCDBTT với nhóm tuổi của bệnh nhân với $p < 0,01$. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như những nghiên cứu khác của Mello, và nghiên cứu tại Việt Nam (2015), cùng kết quả sự xuất hiện của hội chứng dễ bị tổn thương liên quan mật thiết với sự gia tăng theo tuổi.^{2,9} Quá trình lão hóa và hội chứng dễ bị tổn thương đều xuất phát từ quá trình mất cân bằng nội môi suy giảm và suy thoái chức năng tế bào, các cơ quan dẫn đến tình trạng giảm khả năng thích ứng với các yếu tố tác động của ngoại cảnh như căng thẳng, các đợt nhiễm bệnh cấp tính, mất cân bằng nội môi và tăng khả năng mắc bệnh phải nhập viện có thể dẫn đến tử vong trong các đợt cấp tính.¹⁰

Tình trạng đa bệnh lý điểm Charlson tăng dần theo mức độ của hội chứng dễ bị tổn thương: cao nhất ở nhóm có hội chứng dễ bị tổn thương và thấp nhất ở nhóm không có hội chứng dễ bị tổn thương. Có mối liên quan

mật thiết giữa mức độ của hội chứng dễ bị tổn thương và chỉ số đa bệnh lý Charlson (với $p < 0,001$). Kết quả này tương tự với nghiên cứu khác trên thế giới và Việt Nam, điểm Charlson cao nhất ở nhóm bệnh nhân có hội chứng dễ bị tổn thương và có mối liên quan mật thiết giữa mức độ của hội chứng dễ bị tổn thương và chỉ số đa bệnh lý Charlson.^{2,10}

Qua kết quả thu được trong 392 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi là nhóm bệnh nhân nặng, nhiều bệnh lý phức tạp khó điều trị tại các tuyến dưới chuyển về viện Lão khoa Trung ương điều trị tiếp. Qua đây cũng thấy rằng, việc quản lý các bệnh đồng mắc như bệnh mạn tính, phòng các bệnh nhiễm trùng bằng tiêm phòng mở rộng, tập luyện thể lực một cách hợp lý cho từng đối tượng người cao tuổi là những biện pháp phòng ngừa sự xuất hiện của hội chứng dễ bị tổn thương. Bệnh viện Lão khoa Trung ương chỉ số Charlson trung bình của các bệnh nhân điều trị ở đây cao hơn các nghiên cứu khác. Có thể đây là do đối tượng của chúng tôi cao tuổi hơn, nhiều bệnh lý phức tạp trên cùng một bệnh nhân hơn các nhóm đối tượng khác.

Trong 392 đối tượng nghiên cứu, có 137 bệnh nhân chiếm 35% bình thường, 165 bệnh nhân chiếm 42,1% có nguy cơ suy dinh dưỡng, có 90 bệnh nhân chiếm 22,9% có suy dinh dưỡng. Trong nhóm có hội chứng dễ bị tổn thương thì nhóm suy dinh dưỡng chiếm tỷ lệ cao nhất 50,5%. Tỷ lệ này cho thấy bệnh nhân có hội chứng dễ bị tổn thương có nguy cơ bị suy dinh dưỡng cao hơn. Khi so sánh với một nghiên cứu của Hidemi là 43,5% thì kết quả của chúng tôi thấp hơn nhiều. Có sự khác biệt như vậy có thể do nghiên cứu của Hidemi trên quần thể bệnh nhân lọc máu có HCDBTT còn chúng tôi là những đối tượng bệnh nhân loãng xương cao tuổi. Ngoài ra, khi phân tích mối liên quan giữa các mức độ của HCDBTT và tình trạng dinh dưỡng cho thấy nhóm có nguy cơ suy dinh dưỡng và nhóm suy dinh dưỡng có mối liên quan với có HCDBTT.

Trong 392 đối tượng nghiên cứu có 121 bệnh nhân chiếm 30,9% có biểu hiện trầm cảm, 271 bệnh nhân chiếm 69,1% không có biểu hiện trầm cảm. Trong nhóm có hội chứng dễ bị tổn thương có 82 bệnh nhân có trầm cảm chiếm 88,2%. Tỷ lệ này cho thấy bệnh nhân có hội chứng dễ bị tổn thương làm tăng nguy cơ mắc trầm cảm. Theo một nghiên cứu từ Singapore năm 2014, tỉ lệ trầm cảm là 11,9% thấp hơn tỉ lệ trầm cảm trên bệnh nhân có HCDBTT của chúng tôi là 63,3%. Sự khác biệt này là do quần thể của nghiên cứu chúng tôi tiến hành trên đối tượng người cao tuổi có bệnh thận mạn còn nghiên cứu từ Singapore là trên người cao tuổi tại cộng đồng. Trầm cảm ở những người có HCDBTT hiện nay rất được rất ít người quan tâm đến, hơn thế nữa nhân viên y tế và người chăm sóc vẫn chưa chú ý, có đủ kiến thức để nhận biết biểu hiện trầm cảm nhất là ở người cao tuổi. Ngoài ra, người mắc chứng sa sút trí tuệ thường có biểu hiện trầm cảm và rất khó để nhận biết, cũng như dự phòng từ sớm để làm giảm mức độ bệnh nặng đi của Sa sút trí tuệ. Vì vậy, cần có nhiều nghiên cứu tại Việt Nam nghiên cứu sâu hơn về nguy cơ trầm cảm trên đối tượng có HCDBTT để đưa ra các biện pháp điều trị và chăm sóc hợp lý.

Khi phân tích hồi quy đơn biến và đa biến để xác định các yếu tố liên đến hội chứng dễ bị tổn thương. Kết quả cho thấy có các yếu tố liên quan đến hội chứng dễ bị tổn thương qua phân tích hồi quy đơn biến là nhóm tuổi, nhẹ cân, tình trạng đa bệnh lý, chế độ ăn nghèo nàn, suy giảm nhận thức, tiểu không tự chủ, không thể làm việc nặng, thi thoảng quên uống thuốc, tự đánh giá sức khỏe kém, trầm cảm, không thể leo lên và xuống một tầng cầu thang. Tuy nhiên, trong phân tích hồi quy đa biến thì kết quả cho thấy các yếu tố liên quan đến hội chứng dễ bị tổn thương còn nhóm tuổi, trầm cảm, tự đánh giá sức khỏe kém, không thể đi

lên và xuống một tầng cầu thang là có khả năng dự đoán HCDBTT một cách độc lập. Kết quả này tương đồng với các kết quả khác trên thế giới.^{11,12} Qua đây có thể thấy nhóm tuổi, trầm cảm, tự đánh giá sức khỏe kém, không thể đi lên và xuống một tầng cầu thang người bệnh cần được quan tâm chú trọng hơn nữa và được giáo dục thường xuyên để ngăn chặn nguy cơ mắc HCDBTT và các hậu quả, biến chứng do nó gây ra.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 392 người cao tuổi bị loãng xương cho thấy có mối liên quan mật thiết giữa mức độ của hội chứng dễ bị tổn thương và nhóm tuổi, chỉ số đa bệnh lý Charlson, chỉ số khối cơ thể, tình trạng hôn nhân. Qua phân tích hồi quy đa biến, tuổi, trầm cảm, tự đánh giá sức khỏe kém, không thể đi lên và xuống một tầng cầu thang là có khả năng dự đoán HCDBTT một cách độc lập. Không có mối liên quan giữa hội chứng dễ bị tổn thương và giới tính, trình độ học vấn, sống với ai, nơi sống, tiền sử ngã và gãy xương của bệnh nhân. Do đó việc đánh giá hội chứng này trên những bệnh nhân loãng xương nên trở thành một quy trình thường quy trên những người cao tuổi có trầm cảm, tự đánh giá sức khỏe kém, không thể đi lên và xuống một tầng cầu thang.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kojima G, Liljas AEM, Iliffe S. Frailty syndrome: Implications and challenges for health care policy. *Risk management and healthcare policy*. 2019;12:23-30.
2. Vu HTT, Nguyen TX, Nguyen TN, et al. Prevalence of frailty and its associated factors in older hospitalised patients in Vietnam. *BMC Geriatr*. 2017;17(1):216.
3. Shen Y, Huang X, Wu J, et al. The Global Burden of Osteoporosis, Low Bone Mass,

and Its Related Fracture in 204 Countries and Territories, 1990-2019. 2022;13.

4. Meyer F, König H-H, Hajek A. Osteoporosis, Fear of Falling, and Restrictions in Daily Living. *Evidence From a Nationally Representative Sample of Community-Dwelling Older Adults*. 2019;10.

5. Rolland Y, Abellan van Kan G, Bénétos A, et al. Frailty, osteoporosis and hip fracture: causes, consequences and therapeutic perspectives. *The journal of nutrition, health & aging*. 2008;12(5):335-346.

6. Siris ES, Adler R, Bilezikian J, et al. The clinical diagnosis of osteoporosis: a position statement from the National Bone Health Alliance Working Group. *Osteoporosis international : a journal established as result of cooperation between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA*. 2014;25(5):1439-1443.

7. Reis Júnior WM, Carneiro JA, Coqueiro Rda S, et al. Pre-frailty and frailty of elderly residents in a municipality with a low Human

Development Index. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2014;22(4):654-661.

8. Charlson ME, Carrozzino D, Guidi J, et al. Charlson Comorbidity Index: A Critical Review of Clinimetric Properties. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2022;91(1):8-35.

9. Mello Ade C, Engstrom EM, Alves LC. Health-related and socio-demographic factors associated with frailty in the elderly: a systematic literature review. *Cadernos de saude publica*. 2014;30(6):1143-1168.

10. Eyigor S, Kutsal YG, Duran E, et al. Frailty prevalence and related factors in the older adult-FrailTURK Project. *Age (Dordrecht, Netherlands)*. 2015;37(3):9791.

11. Takeuchi H, Uchida HA, Kakio Y, et al. The Prevalence of Frailty and its Associated Factors in Japanese Hemodialysis Patients. *Aging and disease*. 2018;9(2):192-207.

12. Wang X, Lu Y, Li C, et al. Associations of lifestyle activities and a healthy diet with frailty in old age: a community-based study in Singapore. *Aging*. 2020;12(1):288-308.

Summary

FRAILTY SYNDROME AND ASSOCIATED FACTORS IN OLDER OSTEOPOROSIS PATIENTS

Frailty syndrome is a geriatric syndrome that occurs due to the accumulation of multiple organ system failure processes in the body, manifesting as a state of vulnerability to physical, social and environmental factors. The objective of the study was to analyze factors (demographic characteristics and some geriatric syndromes) related with the frailty syndrome in older osteoporosis patients. A cross-sectional study was conducted on 392 osteoporosis patients during the period from August 2021 to August 2022 at the National Geriatric Hospital. The results showed that 23.7% of elderly osteoporosis patients had frailty syndrome where depression accounted for 88.2% and malnutrition was 50.5%. Multivariate regression analysis showed that age, depression, self-assessment of poor health, inability to ascend or descend stairs were factors to independently predict Frailty Syndrome. The proportion of elderly patients suffering from osteoporosis represent a large proportion with many

co-morbidities, therefore assessment of this syndrome in osteoporosis patients should become a routine procedure to detect and provide appropriate interventions to improve their quality of life.

Keywords: Frailty syndrome, osteoporosis, elderly.