

TÌNH TRẠNG ĐA BỆNH LÝ CỦA NGƯỜI BỆNH CAO TUỔI NHỒI MÁU NÃO LẦN ĐẦU

Nguyễn Thị Thanh Xuân^{1,✉}, Nguyễn Ngọc Tâm^{2,3}, Trần Viết Lực^{2,3}

Nguyễn Thế Anh¹

¹Bệnh viện Thanh Nhàn

²Bệnh viện Lão khoa Trung ương

³Trường Đại học Y Hà Nội

Mục tiêu của nghiên cứu nhằm xác định tình trạng đa bệnh lý và một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi nhồi máu não (NMN) lần đầu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thu tuyển 197 người bệnh cao tuổi mắc nhồi máu não lần đầu, điều trị nội trú tại Bệnh viện Thanh Nhàn và Bệnh viện Lão khoa Trung ương, từ tháng 01 đến tháng 7/2023. Kết quả cho thấy, tỷ lệ đa bệnh lý là 69%, tăng huyết áp là bệnh mắc kèm phổ biến nhất (79,1%). Chỉ số BMI cao (OR = 2,21; 95%CI: 1,13 - 4,35), điểm NIHSS cao khi nhập viện (OR = 1,99; 95%CI: 1,07 - 3,71), tình trạng suy giảm nhận thức (OR = 2; 95%CI: 0,27 - 0,93), sử dụng nhiều thuốc (OR = 25; 95%CI: 3,35 - 186,65) có mối liên quan đến gia tăng tỷ lệ mắc mắc đa bệnh lý ở người bệnh nhồi máu não cao tuổi. Tóm lại, nghiên cứu cho thấy đa bệnh lý là vấn đề sức khỏe thường gặp ở người bệnh cao tuổi nhồi máu não lần đầu. Đa bệnh lý có liên quan tới chỉ số BMI cao, điểm NIHSS khi nhập viện cao, tình trạng suy giảm nhận thức và việc sử dụng nhiều thuốc.

Từ khóa: Đa bệnh lý, Nhồi máu não lần đầu.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thế giới đang phải đối mặt với vấn đề “già hóa dân số”. Tỷ lệ người cao tuổi ngày một gia tăng cùng với các phương pháp điều trị các bệnh cấp tính ngày một cải thiện, điều đó làm cho tỷ lệ mắc các bệnh mạn tính cũng tăng theo đáng kể. Sự đồng xuất hiện của ít nhất hai bệnh mạn tính trên một người bệnh, nhưng có sự khác nhau về thời gian mắc, mức độ nghiêm trọng hoặc một nhóm các điều kiện được xem xét được gọi là tình trạng đa bệnh lý.¹ Tình trạng này được chẩn đoán ở khoảng 95% nhóm dân số > 60 tuổi và tỷ lệ mắc tăng dần theo tuổi.² Có rất nhiều thước đo tình trạng đa bệnh lý, nhưng được sử dụng rộng rãi hơn cả là thang điểm CCI (Charlson

Comorbidity Index), phiên bản gốc do Mary E. Charlson phát triển bao gồm 19 mục tương ứng với các tình trạng bệnh đi kèm khác nhau. Trong các nghiên cứu y sinh học, các tác giả có thể điều chỉnh một số mục của thang điểm gốc để phù hợp với mục tiêu và đối tượng của từng nghiên cứu.³

Cùng với tốc độ gia tăng tỷ lệ mắc các bệnh mạn tính, đột quy não cấp đang là một vấn đề thời sự, nó thường dẫn đến tàn tật nghiêm trọng với nguy cơ tái phát và tử vong cao. Đột quy rất phổ biến ở người cao tuổi, có khoảng 70,2% đột quy xảy ra ở những người từ 65 tuổi trở lên và độ tuổi trung bình là 73 tuổi.⁴ Thực tế cho thấy, những người bệnh cao tuổi sống sót sau đột quy thường có nhiều bệnh lý đi kèm, đó có thể là yếu tố nguy cơ dẫn đến đột quy hoặc có thể là các hậu quả sau khi trải qua đột quy cấp tính hoặc cũng có thể là một bệnh lý kèm theo khác.²

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Thanh Xuân

Bệnh viện Thanh Nhàn

Email: thanhxuan.nttb@gmail.com

Ngày nhận: 20/08/2023

Ngày được chấp nhận: 10/09/2023

Tình trạng đa bệnh lý trên có thể thể gây trở ngại cho các phương pháp điều trị được khuyến nghị cũng như các liệu pháp phục hồi chức năng sau đột quy, làm tăng nguy cơ tương tác thuốc-thuốc. Theo đó, nó dẫn đến hiệu ứng cộng gộp của gánh nặng bệnh tật, làm cho sức khỏe của người bệnh đột quy kém hơn, nguy cơ tử vong cao hơn, suy giảm chức năng cũng như tăng nhu cầu sử dụng các dịch vụ y tế.⁵ Chính vì vậy, việc hiểu rõ về mức độ phổ biến và thực trạng của tình trạng đa bệnh lý của người bệnh nhồi máu não là rất cần thiết để góp phần chăm sóc y tế một cách toàn diện và tốt nhất cho người bệnh nhồi máu não cao tuổi. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu mô tả tình trạng đa bệnh lý ở người bệnh cao tuổi nhồi máu não lần đầu và một số yếu tố liên quan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn

Người bệnh từ 60 tuổi trở lên, điều trị nội trú tại Bệnh viện Thanh Nhàn và Bệnh viện Lão khoa Trung ương từ tháng 01/2023 đến tháng 7/2023.

Được chẩn đoán nhồi máu não theo Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí đột quy não của Bộ Y tế ban hành năm 2020.⁶

Khởi phát nhồi máu não trước khi tham gia nghiên cứu trong vòng 1 tháng và không có tiền sử nhồi máu não trước đó hoặc không có bằng chứng nhồi máu não cũ trên phim chụp cộng hưởng từ (MRI) sọ não.

Tiêu chuẩn loại trừ

Rối loạn ý thức, lú lẫn cấp, mất thị lực và thính lực.

Đang mắc các bệnh cấp tính nặng (nhiễm khuẩn huyết, suy gan nặng, suy tim nặng, tăng áp lực thẩm thấu, nhiễm toan ceton...).

Không trả lời phỏng vấn được, từ chối tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện.

Các biến số nghiên cứu và tiêu chuẩn đánh giá:

+ Tình trạng đa bệnh lý

Lựa chọn thang điểm CCI gồm 17 bệnh mạn tính và điểm số tương ứng, theo nghiên cứu EMMA công bố năm 2017.⁷ Thông tin thu thập qua khai thác tiền sử bệnh tật của người bệnh và tham khảo hồ sơ quản lý người bệnh ngoại trú. Chẩn đoán đa bệnh lý khi điểm CCI ≥ 2 điểm.

Bảng 1. Danh mục các bệnh mạn tính mắc kèm

STT	Bệnh mạn tính	
1	Bệnh tim thiếu máu cục bộ	1
2	Tăng huyết áp (HA)	1
3	Suy tim	1
4	Rung nhĩ	1
5	Rối loạn chuyển hóa (RLCH) lipid	1
6	Đái tháo đường (ĐTĐ) týp 2	1

STT	Bệnh mạn tính	
7	Sa sút trí tuệ	1
8	Bệnh mạch máu ngoại vi	1
9	Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD)	1
10	Bệnh mô liên kết	1
11	Loét	1
12	Khối u không di căn	2
13	Lơ-xê-mi	2
14	Đa u tủy xương	2
15	Bệnh lý gan	2
16	Khối u có di căn	6
17	AIDS	6
Tổng điểm CCI: 31 điểm		

+ *Thang điểm NIHSS*:⁸ Thang điểm đánh giá mức độ nặng của đột quỵ cấp tính bao gồm 11 mục, cho điểm tương ứng từng mức độ, tổng 42 điểm.

< 5 điểm	Mức độ nhẹ
5 - 15 điểm	Mức độ vừa
16 - 25 điểm	Mức độ nặng
26 - 42 điểm	Mức độ rất nặng

+ *Suy giảm nhận thức*: Sử dụng Test đánh giá trạng thái tâm thần tối thiểu MMSE:⁹ bao gồm 30 câu hỏi thuộc các lĩnh vực nhận thức khác nhau, mỗi câu trả lời đúng được 1 điểm.

> 24 điểm	Không suy giảm nhận thức
≤ 24 điểm	Có suy giảm nhận thức

+ *Các yếu tố liên quan*: Tuổi, giới, chỉ số BMI (thiếu cân (BMI < 18,5 kg/m²); bình thường (18,5 ≤ BMI < 25 kg/m²); thừa cân, béo phì (BMI ≥ 25 kg/m²)), thời gian khởi phát nhồi máu não đến lúc nhập viện (trước 6 giờ; 6 - 24 giờ; sau

24 giờ), kích thước ổ nhồi máu não trên phim cộng hưởng từ sọ não (< 15mm; 15 - 50mm; > 50mm), số thuốc đã sử dụng (≥ 5 thuốc; < 5 thuốc), số ngày nằm viện...

Xử lý số liệu

Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Các biến số định lượng trình bày và phân tích sự khác biệt trung bình, trình bày chỉ số trung bình ± độ lệch chuẩn. Các biến định tính trình bày theo tỷ lệ %, kiểm định χ^2 . Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc của nghiên cứu y sinh học. Người bệnh được giải thích trước khi tham gia và có quyền rút khỏi nghiên cứu với bất kỳ lý do gì. Thông tin cung cấp được giữ bí mật. Nghiên cứu chỉ mô tả cắt ngang, không có bất kỳ can thiệp nào trên người bệnh, nhằm góp phần nâng cao hiệu quả điều trị và chất lượng cuộc sống cho người bệnh, không vì mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của người bệnh cao tuổi nhồi máu não lần đầu

Bảng 2. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n = 197)

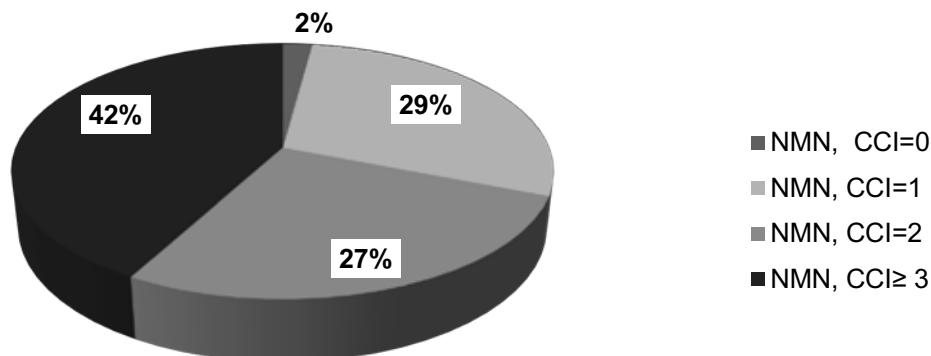
Biến số		Tần số	Tỉ lệ (%)	
Đặc điểm chung	Tuổi (năm)	60 - 75	120	60,9
		> 75	77	39,1
		Tuổi trung bình	73,2 ± 8,4	
	Giới	Nam	91	46,2
		Nữ	106	53,8
	BMI (kg/m ²)	Thiếu cân	12	6,1
		Bình thường	157	79,7
		Thừa cân, béo phì	28	14,2
		BMI trung bình	22,4 ± 2,7	
	Đặc điểm bệnh lý nhồi máu não	Thời gian khởi phát đột quy đến khi nhập viện (giờ)	Trước 6 giờ	34
6 - 24 giờ			84	42,6
Sau 24 giờ			79	40,1
Điểm NIHSS lúc nhập viện (điểm)		< 5 điểm	103	52,3
		5 - 15 điểm	91	46,2
		> 15 điểm	3	1,5
Kích thước ổ nhồi máu não trên phim MRI (mm)	< 15mm	103	52,3	
	15 - 50mm	82	41,6	
	> 50mm	12	6,1	

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 73,2 ± 8,4 trong đó thấp nhất là 60 tuổi, cao nhất là 95 tuổi, nhóm tuổi chiếm đa số là từ 60 - 75 tuổi (60,9%). Nữ giới chiếm tỷ lệ 53,8%. Chỉ số BMI trung bình là 22,4 ± 2,7 kg/m², nhóm BMI bình thường chiếm tỉ lệ cao nhất (79,7%), nhóm thừa cân béo phì chiếm 14,2%.

Trong số 197 đối tượng nghiên cứu, phần lớn người bệnh đến viện trong khoảng 6 - 24 giờ từ khi khởi phát triệu chứng nhồi máu não

(42,6%), tiếp đến là nhóm đến viện sau 24 giờ (40,1%), nhóm đến viện sớm trước 6 giờ chỉ chiếm 17,3%. Điểm NIHSS lúc nhập viện của các người bệnh chủ yếu < 5 điểm (52,3%), điểm NIHSS mức độ nặng (> 15 điểm) chỉ có 3 người bệnh (1,5 %). Kích thước ổ nhồi máu não trên phim chụp MRI sọ não đa số < 15mm (52,3%), nhóm kích thước > 50mm chiếm ít nhất (6,1%).

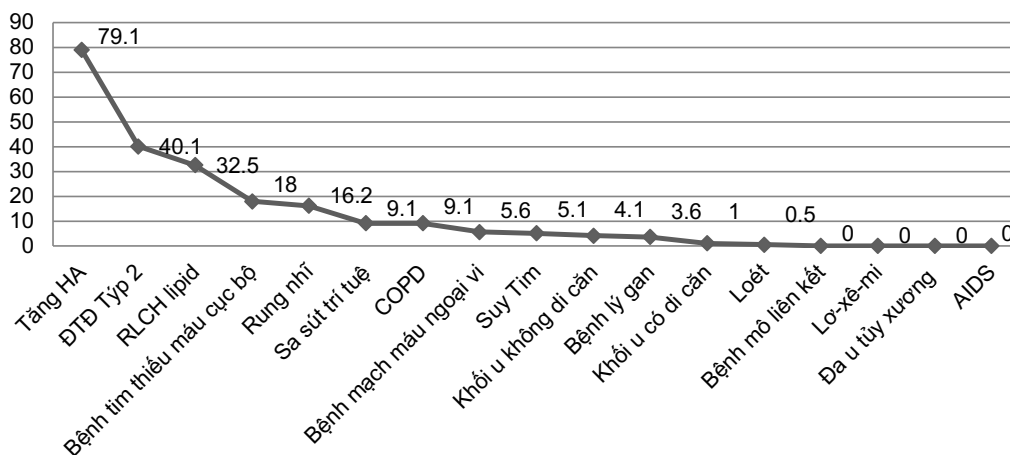
2. Tỉ lệ và đặc điểm đa bệnh lý ở người bệnh cao tuổi nhồi máu não lần đầu



Biểu đồ 1. Tỷ lệ mắc các bệnh mạn tính của người cao tuổi nhồi máu não

Có đến 98% người bệnh nhồi máu não cao tuổi có mắc kèm ít nhất một bệnh mạn tính, trong đó tỷ lệ mắc kèm đa bệnh lý chiếm đến 69%, có 42% người bệnh đột quy mắc kèm từ 3 bệnh trở lên. Nhóm 5 bệnh có tần suất gặp

phổ biến nhất là: Tăng huyết áp (79,1%), Đái tháo đường Típ 2 (40,1%), Rối loạn chuyển hóa lipid (32,5%), Bệnh tim thiếu máu cục bộ (18%), Rung nhĩ (16,2%)...



Biểu đồ 2. Tỷ lệ các bệnh mắc kèm của người cao tuổi nhồi máu não

3. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng đa bệnh lý ở người bệnh cao tuổi nhồi máu não lần đầu

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến đa bệnh lý ở người cao tuổi nhồi máu não lần đầu

Biến số		Không đa bệnh lý		Có đa bệnh lý		OR (95%CI)	P
		n	%	n	%		
Tuổi (năm)	60 - 75	37	30,8	83	69,2	0,98 (0,53 - 1,83)	0,96
	> 75	24	31,2	53	68,8		
Giới	Nam	31	34,1	60	65,9	1,31 (0,71 - 2,4)	0,38
	Nữ	30	28,3	76	71,7		

Biến số		Không đa bệnh lý		Có đa bệnh lý		OR (95%CI)	p
		n	%	n	%		
BMI (kg/m ²)	≤ 23 kg/m ²	46	36,8	79	63,2	2,21 (1,13 - 4,35)	< 0,05
	> 23 kg/m ²	15	20,8	57	79,2		
Suy giảm nhận thức	Không	39	37,9	64	62,1	2 (0,27 - 0,93)	< 0,05
	Có	22	23,4	72	76,6		
Sử dụng nhiều thuốc	Không	60	38,5	96	61,5	25 (3,35 - 186,65)	< 0,0001
	Có	1	2,4	40	97,6		
Điểm NIHSS nhập viện (điểm)	< 5 Điểm	39	37,9	64	62,1	1,99 (1,07 - 3,71)	< 0,05
	≥ 5 Điểm	22	23,4	72	76,6		
Kích thước ổ nhồi máu não (mm)	< 15mm	29	30,9	65	69,1	0,99 (0,54 - 1,81)	0,97
	≥ 15mm	32	31,1	71	68,9		
Tuổi (TB ± SD) (năm)		73,03 ± 7,72		73,23 ± 8,65			0,88
BMI (TB ± SD) (kg/m ²)		21,56 ± 2,64		22,8 ± 2,62			< 0,05

Các yếu tố làm gia tăng tỷ suất chênh mắc đa bệnh lý ở đối tượng cao tuổi mắc nhồi máu não lần đầu bao gồm chỉ số BMI cao (> 23 kg/m²) (OR = 2,21; 95%CI: 1,13 - 4,35), suy giảm nhận thức (OR = 2; 95%CI: 0,27 - 0,93), sử dụng nhiều thuốc (≥ 5 loại thuốc) (OR = 25; 95%CI: 3,35 - 186,65), NIHSS cao khi nhập viện (> 5 điểm) (OR = 1,99; 95%CI: 1,07 - 3,71).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu thực hiện sàng lọc gần 400 người bệnh cao tuổi nhập viện vì nhồi máu não, có tổng số 197 người bệnh nhồi máu não lần đầu được tuyển vào nghiên cứu. Đây là một điểm mạnh trong nghiên cứu vì các đối tượng là một quần thể thuần nhất về đặc điểm xuất hiện bệnh. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ mắc đa bệnh lý là 69% và có đến 98% người bệnh có mắc kèm ít nhất một bệnh mạn tính. Tỉ lệ đa bệnh lý này tương đương với một số nghiên cứu lớn trên thế giới. Nghiên cứu của She và cộng sự (2022) cho thấy tỉ lệ người bệnh đột quy có bệnh mắc kèm là 91% và có

61,2% trong số đó mắc kèm đa bệnh.⁵ Như hầu hết các nghiên cứu khác, trong nghiên cứu của chúng tôi, tăng huyết áp là bệnh mắc kèm phổ biến nhất, các bệnh thường gặp tiếp theo là: Đái tháo đường Típ 2, Rối loạn chuyển hóa lipid, Bệnh tim thiếu máu cục bộ, Rung nhĩ...^{10,11} Điều này hoàn toàn dễ hiểu bởi các bệnh này đều là những yếu tố nguy cơ dẫn đến nhồi máu não. Theo đó, trong thực hành lâm sàng, việc kiểm soát tốt các bệnh mạn tính (cũng như các yếu tố nguy cơ) có thể phần nào hạn chế sự xuất hiện các cơn đột quy cấp cho người bệnh.

Kết quả nghiên cứu còn cho thấy, người bệnh có chỉ số BMI > 23 kg/m² có nguy cơ mắc đa bệnh lý cao gấp 2,21 người bệnh có chỉ số BMI thấp hơn. Việc duy trì hoặc chuyển về BMI bình thường có thể can thiệp được bằng chế độ dinh dưỡng. Tầm soát dinh dưỡng cho người bệnh để làm giảm tỉ lệ mắc đa bệnh lý, đặc biệt là đối tượng người cao tuổi, cho thấy ý nghĩa quan trọng của việc đánh giá lão khoa toàn diện trong thực hành lâm sàng.

Người cao tuổi thường phải đối mặt với vấn đề suy giảm về nhận thức, đó có thể là hậu quả của việc thoái hóa hệ thần kinh tiến triển nặng dần theo thời gian hoặc liên quan đến các bệnh lý mạch máu não, rượu, các nguyên nhân nhiễm trùng... Điều này gây trở ngại rất nhiều đến quá trình tuân thủ điều trị cũng như hợp tác trong việc phục hồi chức năng của người bệnh nhồi máu não. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, nhóm người bệnh nhồi máu não có suy giảm về mặt nhận thức có nguy cơ mắc đa bệnh lý cao gấp đôi nhóm người bệnh không có suy giảm nhận thức. Nghiên cứu của Maria Vassilaki và cộng sự (2015) cho kết quả nguy cơ mắc suy giảm nhận thức ở người đa bệnh lý cao gấp 1,38 lần người không mắc đa bệnh lý.¹² Theo đó, có thể đặt giả thuyết rằng, đa bệnh lý là một trong những yếu tố góp phần làm xuất hiện tình trạng suy giảm nhận thức, phòng ngừa các bệnh mạn tính có thể có lợi trong việc ngăn ngừa tình trạng suy giảm nhận thức, đặc biệt là ở đối tượng người cao tuổi.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng nhận thấy, việc sử dụng nhiều thuốc là một yếu tố nguy cơ rõ rệt dẫn đến tăng tỉ lệ mắc đa bệnh lý ở người bệnh cao tuổi mắc nhồi máu não lần đầu, cụ thể là các đối tượng sử dụng nhiều thuốc có nguy cơ mắc đa bệnh lý cao gấp 25 lần nhóm không sử dụng nhiều thuốc. Đây là một vấn đề lớn, ảnh hưởng rất nhiều tới quá trình điều trị cho người bệnh khi các bác sĩ phải lưu tâm tới sự tương tác thuốc- thuốc, chống chỉ định của thuốc. Việc quản lý tình trạng sử dụng thuốc của người bệnh (bao gồm cả thực phẩm chức năng, chế phẩm đông y...) góp phần làm giảm tỉ lệ mắc đa bệnh lý trên đối tượng nhồi máu não cao tuổi.

Phần lớn các người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi đến viện trong khoảng 24 giờ kể từ khi khởi phát triệu chứng nhồi máu não (59,9%) trong đó có 17,3% người bệnh đến viện

sớm trong vòng 6 giờ. Điều này cho thấy, nhận thức của người dân về các dấu hiệu sớm của đột quỵ não ngày một nâng cao cũng như sự giáo dục, tuyên truyền của các cơ quan y tế trên các phương tiện thông tin đại chúng, mạng xã hội về “giờ vàng” đang ngày càng hiệu quả. So với trên thế giới tỉ lệ này có phần thấp hơn, như trong nghiên cứu EMMA tại Brazil tỉ lệ người bệnh đến viện trong vòng 24 giờ là (78%).⁷

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 52,3% người bệnh có điểm NIHSS nhập viện mức độ nhẹ (< 5 điểm), chiếm đa số, chỉ có (1,5%) người bệnh nặng (NIHSS > 15 điểm). Tỉ lệ đột quỵ nhẹ cao hơn các nghiên cứu khác, như nghiên cứu của Mai Duy Tôn (2023) trên 680 người bệnh nhập viện vì nhồi máu não cấp, tỉ lệ nhóm có NIHSS < 5 là 36,1%.¹³ Sở dĩ có điều này là vì các người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi được lựa chọn đều phải có khả năng giao tiếp, trả lời phỏng vấn, nên các người bệnh nặng (NIHSS > 15) thường mất khả năng giao tiếp sẽ bị loại khỏi nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, người bệnh nhồi máu não nhập viện với tình trạng nặng hơn (NIHSS ≥ 5 điểm) sẽ có nguy cơ mắc đa bệnh cao gấp 1,99 lần nhóm nhập viện trong tình trạng nhẹ hơn. Điều này cho thấy, đa bệnh lý có liên quan đến mức độ nặng của đột quỵ thể hiện qua điểm NIHSS khi nhập viện, việc quản lý tốt các bệnh mạn tính sẽ góp phần làm giảm nguy cơ tử vong cũng như mức độ tàn tật cho các người bệnh đột quỵ.

Tỉ lệ người bệnh có kích thước ổ tổn thương não trên phim cộng hưởng từ sọ não < 15mm chiếm đa số (52,3%). Không tìm thấy mối liên quan về tỉ lệ mắc đa bệnh giữa các nhóm người bệnh có kích thước tổn thương não trên phim cộng hưởng từ não khác nhau. Một phần lý do có thể lý giải cho điều này là vì kích thước được thu thập là kích thước lớn nhất đo được trên vùng tổn thương, không có giá trị tiên lượng

mức độ nặng nhẹ của nhồi máu não bởi nó còn phụ thuộc vào vị trí của vùng tổn thương trên nhu mô não. Đây cũng là một mặt hạn chế trong nghiên cứu của chúng tôi.

V.KẾT LUẬN

Đa bệnh lý là vấn đề rất thường gặp ở những người cao tuổi nhồi máu não lần đầu, tỉ lệ mắc đa bệnh lý chiếm 69%, tăng huyết áp là căn bệnh mắc kèm phổ biến nhất (79,1%). Chỉ số BMI cao, điểm NIHSS khi nhập viện cao, tình trạng suy giảm nhận thức, việc sử dụng nhiều thuốc là những yếu tố có liên quan đến gia tăng tỷ lệ mắc đa bệnh lý ở người bệnh nhồi máu não cao tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Johnston MC, Crilly M, Black C, Prescott GJ, Mercer SW. Defining and measuring multimorbidity: a systematic review of systematic reviews. *European journal of public health*. 2019; 29(1): 182-189.
2. Gallacher KI, Jani BD, Hanlon P, Nicholl BI, Mair FS. Multimorbidity in Stroke. *Stroke*. Jul 2019; 50(7): 1919-1926.
3. Charlson ME, Carrozzino D, Guidi J, Patierno C. Charlson Comorbidity Index: A Critical Review of Clinimetric Properties. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2022; 91(1): 8-35.
4. Investigators ERoS. Incidence of stroke in Europe at the beginning of the 21st century. *Stroke*. 2009; 40(5): 1557-1563.
5. She R, Yan Z, Hao Y, et al. Comorbidity in patients with first-ever ischemic stroke: Disease patterns and their associations with cognitive and physical function. *Frontiers in Aging Neuroscience*. 2022; 14:887032.
6. Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí đột quỵ não. In: Bộ Y Tế, ed Số: 5331/QĐ-BYT 2020.
7. Castro HH, Alencar AP, Benseñor IM, Lotufo PA, Goulart AC. Multimorbidities are associated to lower survival in Ischaemic stroke: Results from a Brazilian stroke cohort (EMMA Study). *Cerebrovascular Diseases*. 2017; 44(3-4): 232-239.
8. Adams HP, Davis P, Leira E, et al. Baseline NIH Stroke Scale score strongly predicts outcome after stroke: a report of the Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment (TOAST). *Neurology*. 1999; 53(1): 126-126.
9. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*. 1975; 12(3): 189-198.
10. Gruneir A, Griffith LE, Fisher K, et al. Increasing comorbidity and health services utilization in older adults with prior stroke. *Neurology*. 2016; 87(20): 2091-2098.
11. Sennfalt S, Pihlsgård M, Petersson J, Norrving B, Ullberg T. Long-term outcome after ischemic stroke in relation to comorbidity—An observational study from the Swedish Stroke Register (Riksstroke). *European Stroke Journal*. 2020; 5(1): 36-46.
12. Vassilaki M, Aakre JA, Cha RH, et al. Multimorbidity and risk of mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2015; 63(9): 1783-1790.
13. Mai Duy Tôn NDC, Hoàng Bùi Hải. Kết quả điều trị nhồi máu não cấp và yếu tố tiên lượng tử vong tại một số đơn vị đột quỵ não ở Hà Nội. *Tạp chí nghiên cứu y học*. 2023;TCNCYH 167 (6):79-86.

Summary

MULTIMORBIDITY IN ELDERLY PATIENTS WITH FIRST-TIME ISCHEMIC STROKE

We conducted this study to investigate the multi-pathological condition and related factors in elderly patients with first-time ischemic stroke. This is a cross-sectional descriptive study on 197 elderly inpatients with first-time ischemic stroke, treated at Thanh Nhan Hospital and National Geriatric Hospital, from January to July 2023. The results showed that the rate of multiple diseases was 69%, hypertension was the most common comorbidity (79.1%). High BMI (OR = 2.21; 95%CI: 1.13 - 4.35), high NIHSS score on admission (OR = 1.99; 95%CI: 1.07 - 3.71), cognitive impairment (OR = 2; 95%CI: 0.27 - 0.93), using multiple drug (OR = 25; 95%CI: 3.35 - 186.65) were associated with an increased prevalence of multiple diseases in elderly patients with ischemic stroke. In summary, the study showed that multimorbidity was a common health problem in elderly ischemic stroke. It was associated with high BMI, high NIHSS score on admission, cognitive impairment and using multiple drugs.

Keywords: Multimorbidity, first-time ischemic stroke.