

# KHẢO SÁT TÌNH TRẠNG HỘI CHỨNG DỄ BỊ TỔN THƯƠNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN BỆNH NHÂN CAO TUỔI ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA LÃO KHOA BỆNH VIỆN E

Nguyễn Thị Mai Hương<sup>✉</sup>, Nguyễn Hồng Hạnh, Chu Thị Hải Yến  
Lê Thanh Thủy, Đào Tuấn Linh, Võ Hoàng Long  
Bệnh viện E

Mô tả thực trạng hội chứng dễ bị tổn thương ở người cao tuổi, và xác định một số yếu tố liên quan. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 287 bệnh nhân cao tuổi đến khám và điều trị tại Khoa Lão khoa, Bệnh viện E. Hội chứng dễ bị tổn thương được chẩn đoán theo tiêu chuẩn Fried sửa đổi. Tuổi trung bình là 75,18, với nữ giới chiếm ưu thế (73,5%). Bệnh nhân cao tuổi nhất là 96 tuổi. Chỉ số đa bệnh lý Charlson trung bình là 2,18 (SD: 1,32) điểm. 110 bệnh nhân được chẩn đoán có hội chứng dễ bị tổn thương theo Fried (38,33%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê theo các đặc điểm về độ tuổi, nhóm tuổi và phân loại BMI giữa nhóm có hội chứng dễ bị tổn thương và nhóm không có hội chứng dễ bị tổn thương. Phân loại BMI và tình trạng sống một mình liên quan có ý nghĩa thống kê đến hội chứng dễ bị tổn thương. Tỷ lệ cao hội chứng dễ bị tổn thương ở người cao tuổi trong nghiên cứu. Có mối liên quan độc lập có ý nghĩa thống kê giữa thể trạng theo BMI và tình trạng sống một mình với hội chứng dễ bị tổn thương.

**Từ khoá:** Hội chứng dễ bị tổn thương, người cao tuổi, yếu tố liên quan.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng dễ bị tổn thương (HCDBTT) đã trở thành một khái niệm lão khoa quan trọng. HCDBTT mô tả nguy cơ gia tăng của người lớn tuổi đối với các kết quả sức khỏe tiêu cực như ngã, khuyết tật thể chất, nhập viện và tử vong.<sup>1</sup> Tỷ lệ mắc HCDBTT ở người lớn tuổi sống trong cộng đồng dao động từ 4% đến 59%.<sup>2</sup> Điều này cho thấy sự khác biệt giữa các nhóm dân số, cũng như phương pháp chẩn đoán HCDBTT có ảnh hưởng đáng kể.<sup>3</sup> Một loạt các công cụ đo lường HCDBTT để xác định sàng lọc và chẩn đoán đang được sử dụng trên lâm sàng, bao gồm các bảng câu hỏi tự báo cáo và/hoặc các xét nghiệm hiệu suất có liên quan đến giá trị tỷ

lệ lưu hành, phân loại và khả năng dự đoán.<sup>4,5</sup> Các bác sĩ lâm sàng cần cân nhắc trong việc lựa chọn công cụ phù hợp để chẩn đoán HCDBTT trong thực hành lâm sàng.

Trong một báo cáo tổng quan y văn bao gồm các nghiên cứu điều tra tỷ lệ hiện mắc HCDBTT dựa trên mô hình của Fried, tỷ lệ này thay đổi từ 4,9% đến 27,3%, chênh lệch 22,4%.<sup>6</sup> Theo dữ liệu kiểu hình HCDBTT được báo cáo bởi tác giả Collard, tỷ lệ hiện mắc của các nghiên cứu được đưa vào rất khác nhau, tăng 13,0% (4,0% đến 17,0%).<sup>2</sup> Sự khác biệt về tỷ lệ HCDBTT như vậy có thể được giải thích bằng sự khác biệt về các nhóm dân số khác nhau, ở các quốc gia và khu vực khác nhau.<sup>2,3</sup>

Ở các quốc gia có mức thu nhập thấp và trung bình (LMIC), một nghiên cứu đánh giá hệ thống gần đây cho thấy 36 nghiên cứu đã sử dụng công cụ đánh giá theo tiêu chuẩn của Fried để đánh giá HCDBTT.<sup>7</sup> Nhu cầu thích ứng

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Mai Hương

Bệnh viện E

Email: bshuongttm@gmail.com

Ngày nhận: 20/02/2024

Ngày được chấp nhận: 14/03/2024

về mặt văn hóa của mô hình thang đo ở các bối cảnh các quốc gia LMIC đặc biệt quan trọng do các vấn đề như hạn chế về nguồn lực, trình độ học vấn thấp hơn cũng như các tiêu chuẩn chức năng và sức khỏe xã hội. Cách thức vận hành của thang đánh giá theo tiêu chuẩn của Fried sẽ tác động đến mức độ phổ biến của HCDBTT trong dân số.<sup>3</sup> Thuận lợi của HCDBTT theo tiêu chuẩn của Fried là việc dễ áp dụng trong thực hành lâm sàng, khiến nó trở thành một công cụ tiềm năng để sàng lọc. HCDBTT theo tiêu chuẩn của Fried có thể được áp dụng trước bất kỳ đánh giá lâm sàng nào nhằm nêu bật các vấn đề chính hoặc xác định những vấn đề cần thiết nhất.<sup>8,9</sup> Một lợi ích khác của phương pháp đánh giá theo tiêu chuẩn của Fried là các biến số tối thiểu cần thiết cho tính toán của nó, đặc biệt khi so sánh với phương pháp tích lũy thâm hụt đối với tình trạng suy yếu (chỉ số suy yếu), vốn yêu cầu tính tối thiểu 20 thâm hụt để đưa ra ước tính ổn định.<sup>10,11</sup> Đã có một số báo cáo trước đó về HCDBTT ở Việt Nam trên đối tượng là người bệnh (NB) cao tuổi, tuy nhiên bộ công cụ đánh giá được sử dụng chủ yếu là thang điểm Edmonton (Edmonton Frail Scale - EFS).<sup>12,13</sup> Duy nhất có nghiên cứu gần đây (2022) đánh giá HCDBTT theo tiêu chuẩn Fried, nhưng nhóm đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân ngoại trú cao tuổi.<sup>14</sup> Do vậy, nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành với mục tiêu mô tả thực trạng HCDBTT theo tiêu chuẩn Fried và một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi đến khám và điều trị tại Bệnh viện E.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

#### *Tiêu chuẩn lựa chọn*

- Người bệnh đến khám và điều trị tại Khoa Lão khoa, Bệnh viện E.
- Người bệnh là người cao tuổi.
- Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

#### *Tiêu chuẩn loại trừ*

- Người bệnh được chẩn đoán sa sút trí tuệ theo thang điểm Test tâm thần tối thiểu (MMSE < 24 điểm).
- Người bệnh có tình trạng tinh thần không ổn định.
- Người bệnh có suy giảm nhận thức được chẩn đoán theo thang điểm Test tâm thần tối thiểu (MMSE < 24 điểm), bất tỉnh hoặc không tỉnh táo, lơ mơ, hoang tưởng...
- Người bệnh không có đủ năng lực và/hoặc khả năng nghe, nói, trả lời phỏng vấn; bệnh nhân nặng cấp cứu (suy hô hấp, nhồi máu cơ tim).

## 2. Phương pháp

#### *Thiết kế nghiên cứu*

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

#### *Cỡ mẫu*

Nghiên cứu áp dụng chọn mẫu thuận tiện. Tất cả bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn được thu nhận tuần tự vào phân tích. Sau cùng, phân tích cuối cùng bao gồm 287 bệnh nhân là người cao tuổi tại Khoa Lão khoa, Bệnh viện E.

#### *Biến số, chỉ số và các tiêu chuẩn đánh giá*

##### *Biến độc lập:*

- Giới tính (Nam, Nữ), Tuổi (Năm), Nhóm tuổi (60 - 69, 70 - 79,  $\geq 80$ ), Phân loại BMI (kg/m<sup>2</sup>) (BMI < 19,  $19 \leq \text{BMI} < 21$ ,  $21 \leq \text{BMI} < 23$ , BMI  $\geq 23$ ), Nghề nghiệp (Nghỉ hưu, Làm việc), Tình trạng hôn nhân (Đã kết hôn, Chưa kết hôn, Ly hôn/goá), Tình trạng chung sống (Gia đình, Sống với người chăm sóc chuyên nghiệp, Có người chăm sóc chuyên nghiệp theo giờ, Sống một mình), Khu vực sinh sống (Thành thị, Nông thôn), Trình độ học vấn (Không đi học, Cấp I, Cấp II, Cấp III, Đại học/cao đẳng trở lên), Bảo hiểm y tế (Không, Có), Chỉ số đa bệnh lý Charlson.

- Hội chứng dễ bị tổn thương được chẩn đoán theo tiêu chuẩn Fried sửa đổi<sup>15</sup>:

+ Giảm cân không chủ ý 4,5kg hoặc giảm 5% trọng lượng cơ thể so với năm trước.

+ Tình trạng yếu đuối: cơ lực tay thấp hơn 20% so với mức cơ bản (đã điều chỉnh theo giới và chỉ số khối cơ thể).

+ Sức bền và năng lượng kém: Tự báo cáo về tình trạng kiệt sức, xác định bằng hai câu hỏi trong thang điểm đánh giá trầm cảm (CES-D).

+ Sự chậm chạp: nhỏ hơn 20% mức cơ bản đã được điều chỉnh theo giới tính và chiều cao đứng, dựa trên thời gian đi bộ 15 bước.

+ Mức hoạt động thể lực thấp: Tổng số kilocalo tiêu hao trong mỗi tuần được tính toán dựa trên bộ câu hỏi các hoạt động trong tuần qua.

*Thang đo thông thường:* 0 - 5 tiêu chí (3 - 5 tiêu chí: HCDBTT; 1 - 2 tiêu chí: tiền HCDBTT; 0 tiêu chí: không có HCDBTT).

#### **Xử lý số liệu**

Số liệu được thu thập và nhập vào bằng phần mềm REDCAP của hệ thống Bệnh viện

E. Kết quả được xử lý bằng phần mềm STATA 13.0. Các biến định lượng được thể hiện dưới dạng trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị nhỏ nhất và giá trị lớn nhất. Các biến định tính được trình bày theo tần suất và phần trăm. Khác biệt về đặc điểm chung giữa nhóm người cao tuổi có HCDBTT và nhóm không có HCDBTT được kiểm định bằng Chi-squared test hoặc Fisher's exact test. Mô hình hồi quy đa biến logistic được áp dụng để tìm hiểu các yếu tố liên quan đến hội chứng dễ bị tổn thương. Giá trị  $p < 0,05$  được coi là có ý nghĩa thống kê.

### **3. Đạo đức nghiên cứu**

Nghiên cứu được thông ở bởi Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện E. Đối tượng nghiên cứu sẽ được giải thích cụ thể về mục đích của 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.

## **III. KẾT QUẢ**

**Bảng 1. Đặc điểm chung của người cao tuổi (n = 287)**

<b>Đặc điểm</b>	<b>Kết quả</b>
<i>Giới tính (%)</i>	
Nam	76 (26,5%)
Nữ	211 (73,5%)
<i>Tuổi (năm) (%)</i>	
TB (SD)	75,18 (7,55)
Min-Max	60-96
<i>Nhóm tuổi (năm) (%)</i>	
60 - 69	67 (23,34)
70 - 79	136 (47,39)
≥ 80	84 (29,27)
<i>Phân loại BMI (kg/m<sup>2</sup>) (%)</i>	
BMI < 19	20 (6,97)
19 ≤ BMI < 21	77 (26,83)

Đặc điểm	Kết quả
<i>Phân loại BMI (kg/m<sup>2</sup>) (%)</i>	
21 ≤ BMI < 23	131 (45,64)
BMI ≥ 23	59 (20,56)
<i>Nghề nghiệp (%)</i>	
Nghỉ hưu	226 (78,74)
Làm việc	61 (21,26)
<i>Tình trạng hôn nhân (%)</i>	
Đã kết hôn	272 (94,8%)
Chưa kết hôn	3 (1,0%)
Ly hôn/goá	12 (4,2%)
<i>Tình trạng chung sống (%)</i>	
Gia đình	272 (94,8%)
Sống với người chăm sóc chuyên nghiệp	2 (0,7%)
Có người chăm sóc chuyên nghiệp theo giờ	2 (0,7%)
Sống một mình	11 (3,8%)
<i>Khu vực sinh sống (%)</i>	
Thành thị	239 (83,3%)
Nông thôn	48 (16,7%)
<i>Trình độ học vấn (%)</i>	
Không đi học	4 (1,4%)
Cấp I	21 (7,3%)
Cấp II	88 (30,7%)
Cấp III	57 (19,9%)
Đại học/cao đẳng trở lên	117 (40,8%)
<i>Bảo hiểm y tế (%)</i>	
Không	3 (1,0%)
Có	284 (99,0%)
<i>Chỉ số đa bệnh lý Charlson</i>	
TB ± SD	2,18 ± 1,32
Min - Max	0 - 7

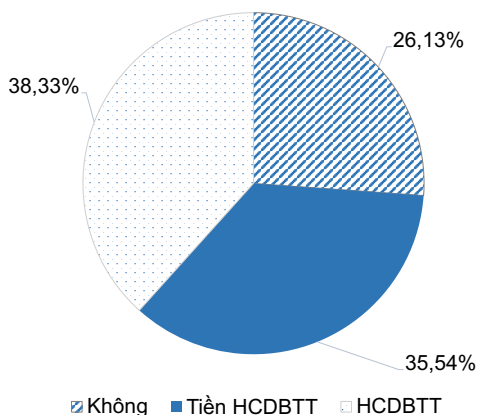
TB: trung bình; SD: độ lệch chuẩn; Min: giá trị nhỏ nhất; Max: giá trị lớn nhất

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 75,18 ± 7,55, với nữ giới chiếm ưu thế (73,5%).

Nhóm NB từ 70 - 79 tuổi chiếm ưu thế (47,39%). 6,97% NB có thể trạng gầy, trong khi đó, 20,56%

NB có tình trạng thừa cân béo phì. Phần lớn NB đã nghỉ hưu (78,74%). 94,8% đã kết hôn, số ít còn lại chưa kết hôn/ly hôn/goá. Phần lớn NB đang sống với gia đình (94,8%), đặc biệt có 11

NB sống một mình (3,8%). Phần lớn đang sống ở thành thị (83,3%). Chỉ có 3/287 NB không có bảo hiểm y tế. Chỉ số đa bệnh lý Charlson trung bình là 2,18 (SD: 1,32) điểm.



SL: số lượng; HCDBTT: Hội chứng dễ bị tổn thương

### Biểu đồ 1. Hội chứng dễ bị tổn thương ở người cao tuổi theo Fried (n = 287)

Trong số 287 NB người cao tuổi, có 110 NB được chẩn đoán có HCDBTT theo Fried, chiếm tỷ lệ 38,33%.

### Bảng 2. Khác biệt về đặc điểm chung giữa nhóm người cao tuổi có HCDBTT và nhóm không có HCDBTT (n = 287)

Đặc điểm	HCDBTT		p
	Có (n = 110) SL (%)	Không (n = 177) SL (%)	
<b>Giới tính</b>			
Nam	34 (30,91)	42 (23,73)	0,180
Nữ	76 (69,09)	135 (76,27)	
<b>Nhóm tuổi (năm)</b>			
60 - 69	16 (14,55)	51 (28,81)	0,011*
70 - 79	54 (49,09)	82 (46,33)	
≥ 80	40 (36,36)	44 (24,86)	
<b>Phân loại BMI (kg/m<sup>2</sup>)</b>			
BMI < 19	17 (15,45)	3 (1,69)	0,000*
19 ≤ BMI < 21	26 (23,64)	55 (31,07)	
21 ≤ BMI < 23	46 (41,82)	81 (45,76)	
BMI ≥ 23	21 (19,09)	38 (21,47)	

Đặc điểm	HCDBTT		p
	Có (n = 110)	Không (n = 177)	
	SL (%)	SL (%)	
<i>Nghề nghiệp</i>			
Nghỉ hưu	90 (81,82)	136 (76,84)	0,316
Làm việc	20 (18,18)	41 (23,16)	
<i>Tình trạng hôn nhân</i>			
Đã kết hôn	102 (92,73)	169 (95,48)	0,303
Chưa kết hôn	3 (2,73)	1 (0,56)	
Ly hôn/goá	5 (4,55)	7 (3,95)	
<i>Tình trạng chung sống</i>			
Gia đình	100 (90,91)	172 (97,18)	0,086
Sống với người chăm sóc chuyên nghiệp	1 (0,91)	1 (0,56)	
Có người chăm sóc chuyên nghiệp theo giờ	2 (1,82)	0 (0,00)	
Sống một mình	7 (6,36)	4 (2,26)	
<i>Khu vực sinh sống</i>			
Thành thị	95 (86,36)	144 (81,36)	0,269
Nông thôn	15 (13,64)	33 (18,64)	
<i>Trình độ học vấn</i>			
Không đi học	1 (0,91)	3 (1,69)	0,118
Cấp I	10 (9,09)	11 (6,21)	
Cấp II	37 (33,64)	51 (28,81)	
Cấp III	27 (24,55)	30 (16,95)	
Đại học/cao đẳng trở lên	35 (31,82)	82 (46,33)	
<i>Bảo hiểm y tế</i>			
Có	110 (100,00)	174 (98,31)	0,170
Không	0 (0,00)	3 (1,69)	
	<b>TB ± SD</b>	<b>TB ± SD</b>	
Tuổi (năm)	76,65 ± 7,09	74,26 ± 7,70	0,0025*
Chỉ số đa bệnh lý Charlson	2,12 ± 1,28	2,22 ± 1,34	0,4036

SL: số lượng; TB: trung bình; SD: độ lệch chuẩn; Min: giá trị nhỏ nhất; Max: giá trị lớn nhất

\*có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$

Giữa nhóm người bệnh có HCDBTT và nhóm không có HCDBTT, có sự khác biệt có

ý nghĩa thống kê theo các đặc điểm về độ tuổi, nhóm tuổi và phân loại BMI.

**Bảng 3. Các yếu tố liên quan đến hội chứng dễ bị tổn thương ở bệnh nhân người cao tuổi: hồi quy đa biến logistic**

Đặc điểm	OR	SE	p	95%CI
<i>Tuổi</i>	1,03	0,02	0,09	0,99 - 1,07
<i>Giới (vs. Nam)</i>				
Nữ	0,66	0,20	0,179	0,36 - 1,21
<i>Phân loại BMI (vs. BMI &lt; 19)</i>				
19 ≤ BMI < 21	0,08	0,05	0,000*	0,02 - 0,30
21 ≤ BMI < 23	0,11	0,07	0,001*	0,03 - 0,42
BMI ≥ 23	0,13	0,09	0,005*	0,03 - 0,53
<i>Nghề nghiệp (vs. Nghỉ hưu)</i>				
Làm việc	0,61	0,28	0,8	0,25 - 1,49
<i>Tình trạng hôn nhân (vs. Đã kết hôn)</i>				
Chưa kết hôn	2,49	3,16	0,473	0,21 - 29,99
Ly hôn/goá	0,40	0,34	0,289	0,07 - 2,16
<i>Tình trạng chung sống (vs. Gia đình)</i>				
Sống với người chăm sóc chuyên nghiệp	0,84	1,23	0,905	0,05 - 14,69
Có người chăm sóc chuyên nghiệp theo giờ	1	-	-	- -
Sống một mình	6,58	6,04	0,04*	1,09 - 39,73
<i>Khu vực sinh sống (vs. Thành thị)</i>				
Nông thôn	0,64	0,28	0,315	0,27 - 1,52
<i>Trình độ học vấn (vs. Không đi học)</i>				
Cấp I	1,53	1,95	0,74	0,12 - 18,68
Cấp II	1,05	1,34	0,966	0,09 - 12,69
Cấp III	1,03	1,34	0,983	0,08 - 13,25
Đại học/cao đẳng trở lên	0,46	0,61	0,559	0,04 - 6,05
<i>Bảo hiểm y tế (vs. Không)</i>				
Có	NA	-	-	- -
<i>Chỉ số đa bệnh lý Charlson</i>	0,91	0,09	0,37	0,73 - 1,12

NA: không áp dụng; OR: tỷ suất chênh; SE: sai số chuẩn; 95%CI: khoảng tin cậy 95%

\*có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$

Phân loại BMI và tình trạng sống một mình là hai yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến HCDBTT.

#### IV. BÀN LUẬN

HCDBTT là một hội chứng lão khoa thường gặp ở người cao tuổi, tỷ lệ này lại càng cao

hơn nhiều đặc biệt là đối tượng người cao tuổi đến khám và điều trị tại Bệnh viện. Để khảo sát HCDBTT ở đối tượng này, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu trên 287 bệnh nhân đang điều trị tại Khoa Lão khoa của Bệnh viện E.

Tỷ lệ HCDBTT theo tiêu chí Fried là chiếm 38,33%. Tỷ lệ hiện mắc này phù hợp với các nghiên cứu về tình trạng HCDBTT ở các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình khác.<sup>16</sup> Các nghiên cứu trước đây cho thấy tỷ lệ mắc HCDBTT ở người cao tuổi ở các nước đang phát triển cũng khá cao, từ 5,4% đến 44% ở người cao tuổi sống tại cộng đồng, 27,8% đến 71,3% ở bệnh nhân lão khoa ngoại trú và 32,3% đến 49,3% ở bệnh nhân lớn tuổi nằm trong viện dưỡng lão, và tiêu chí suy yếu của Fried đã được sử dụng để xác định HCDBTT trong phần lớn các nghiên cứu.<sup>16</sup> Tỷ lệ giảm hoạt động thể chất và tốc độ đi bộ chậm khá cao ở những người tham gia nghiên cứu này, phù hợp với một nghiên cứu được công bố dựa trên dữ liệu SAGE của Tổ chức Y tế Thế giới.<sup>17</sup> Bằng chứng này cho thấy cần phải có những nghiên cứu về tình trạng HCDBTT ở các nước đang phát triển vì gánh nặng lâu dài của các bệnh mãn tính là rất lớn đối với dân số sống ở những nơi này trên thế giới.

Tình trạng sống một mình là thước đo khách quan của sự cô lập xã hội, trong khi cô đơn ngược lại là cảm giác chủ quan khi không có mạng lưới xã hội hoặc bạn đồng hành.<sup>18</sup> Những người sống một mình được coi là dễ bị tổn thương về mặt xã hội và nhiều nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng sống một mình là yếu tố nguy cơ gây ra nhiều hậu quả bất lợi cho sức khỏe, chẳng hạn như sự cô lập với xã hội, sự cô đơn và trầm cảm.<sup>19,20</sup> Sống một mình cũng thường được đưa vào là một trong những tiêu chí trong nhiều công cụ để đánh giá tình trạng suy yếu về mặt xã hội hoặc các khía cạnh xã hội của sự yếu đuối.<sup>21</sup>

Nghiên cứu này chỉ ra rằng chỉ số BMI càng cao thì nguy cơ mắc HCDBT cao thấp. Một phân tích tổng hợp trước đây cũng cho thấy những người lớn tuổi có BMI  $\geq 35,0$  kg/m<sup>2</sup> ít có nguy cơ bị HCDBT hơn.<sup>22</sup> Một số nghiên cứu đã xem xét mối quan hệ giữa BMI và tình trạng yếu đuối, và những phát hiện của họ trái ngược nhau. Những phát hiện của nghiên cứu này có thể cân nhắc việc bệnh nhân có chỉ số BMI thấp cũng có thể bị HCDBT. Tuy nhiên, có một số khía cạnh của nghiên cứu này cần được xem xét khi diễn giải kết quả. Thứ nhất, BMI có thể thay đổi theo thời gian và có thể ảnh hưởng đến kết quả lâm sàng. Thứ hai, tình trạng HCDBT có thể thay đổi theo thời gian và các hành vi liên quan đến sức khỏe cũng có thể thay đổi khi con người trở nên suy yếu hơn.

Ngoài phân loại thể trạng của cơ thể theo BMI, thì nghiên cứu này còn cho thấy tình trạng sống một mình có liên quan đến HCDBT theo tiêu chí Fried ở những bệnh nhân lớn tuổi tại trung tâm của chúng tôi. Trong một báo cáo tổng hợp của Gotaro Kojima, nhóm tác giả đã tiến hành đánh giá có hệ thống các tài liệu để tìm bằng chứng hiện có về mối liên hệ của tình trạng sống một mình với HCDBT ở những người lớn tuổi sống trong cộng đồng và xác định 44 nghiên cứu cắt ngang (bao gồm 46 nghiên cứu đoàn hệ) và 6 nghiên cứu theo chiều dọc để phân tích tổng hợp.<sup>23</sup> Các phân tích tổng hợp cho thấy những người sống một mình có nhiều khả năng có HCDBT hơn nhưng không nhất thiết có nhiều khả năng phát triển tình trạng suy yếu hơn. Các phân tích tổng hợp phân tầng theo giới tính bao gồm các nghiên cứu cắt ngang cho thấy nam giới cao tuổi sống một mình có nhiều khả năng có HCDBT hơn trong khi nữ giới cao tuổi sống một mình thì không.<sup>23</sup> Nhìn chung, bằng chứng trước cùng thiết kế cắt ngang đã cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa giữa tình trạng sống một mình và



HCDBT, đặc biệt là ở nam giới. Tuy nhiên, sống một mình không có khả năng tiên đoán HCDBT. Cần có thêm nhiều nghiên cứu kiểm soát các yếu tố gây nhiễu quan trọng, để nâng cao hơn nữa sự hiểu biết của chúng ta về việc sống một mình có liên quan như thế nào đến HCDBT ở người lớn tuổi.

Chúng tôi thừa nhận một số hạn chế chính trong nghiên cứu. Đây là nghiên cứu cắt ngang do vậy, nghiên cứu này chỉ cho phép thiết lập mối liên hệ nhân - quả. Việc thập dữ liệu trên một mẫu từ đơn trung tâm cũng là một hạn chế trong việc ngoại suy cho nhóm dân số người cao tuổi nhập viện trên địa bàn miền Bắc.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ cao HCDBTT ở người cao tuổi đến khám và điều trị tại khoa Lão khoa Bệnh viện E. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thể trạng theo BMI và tình trạng sống một mình với HCDBTT.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vermeiren S, Vella-Azzopardi R, Beckwée D, et al. Frailty and the Prediction of Negative Health Outcomes: A Meta-Analysis. *J Am Med Dir Assoc*. Dec 1 2016;17(12):1163.e1161-1163.e1117.
2. Collard RM, Boter H, Schoevers RA, et al. Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. *J Am Geriatr Soc*. Aug 2012;60(8):1487-1492.
3. Theou O, Cann L, Blodgett J, et al. Modifications to the frailty phenotype criteria: Systematic review of the current literature and investigation of 262 frailty phenotypes in the Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe. *Ageing Res Rev*. May 2015;21:78-94.
4. Apóstolo J, Cooke R, Bobrowicz-Campos E, et al. Predicting risk and outcomes for frail older adults: an umbrella review of frailty screening tools. *JBIC Database System Rev*

*Implement Rep*. Apr 2017;15(4):1154-1208.

5. de Vries NM, Staal JB, van Ravensberg CD, et al. Outcome instruments to measure frailty: a systematic review. *Ageing Res Rev*. Jan 2011;10(1):104-114.

6. Choi J, Ahn A, Kim S, et al. Global Prevalence of Physical Frailty by Fried's Criteria in Community-Dwelling Elderly With National Population-Based Surveys. *J Am Med Dir Assoc*. Jul 1 2015;16(7):548-550.

7. Gray WK, Richardson J, McGuire J, et al. Frailty screening in low-and middle-income countries: a systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2016;64(4):806-823.

8. Cesari M, Gambassi G, Abellan van Kan G, et al. The frailty phenotype and the frailty index: different instruments for different purposes. *Age and ageing*. 2014;43(1):10-12.

9. Theou O, Rockwood K. Comparison and clinical applications of the frailty phenotype and frailty index approaches. *Frailty in Aging*. 2015;41:74-84.

10. Rockwood K, Mitnitski A. Frailty in relation to the accumulation of deficits. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 2007;62(7):722-727.

11. Searle SD, Mitnitski A, Gahbauer EA, et al. A standard procedure for creating a frailty index. *BMC geriatrics*. 2008;8(1):1-10.

12. Vu HTT, Nguyen TX, Nguyen TN, et al. Prevalence of frailty and its associated factors in older hospitalised patients in Vietnam. *BMC geriatrics*. 2017;17:1-7.

13. Nguyen AT, Nguyen LH, Nguyen TX, et al. Frailty prevalence and association with health-related quality of life impairment among rural community-dwelling older adults in Vietnam. *International journal of environmental research and public health*. 2019;16(20):3869.

14. Nguyen HT, Nguyen AH, Nguyen GTX.

Prevalence and associated factors of frailty in patients attending rural and urban geriatric clinics. *Australasian Journal on Ageing*. 2022;41(2):e122-e130.

15. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 2001;56(3):M146-M157.

16. Nguyen T, Cumming R, Hilmer S. A review of frailty in developing countries. *The journal of nutrition, health & aging*. 2015;19:941-946.

17. Capistrant BD, Glymour MM, Berkman LF. Assessing mobility difficulties for cross-national comparisons: results from the World Health Organization Study on Global AGEing and Adult Health. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2014;62(2):329-335.

18. Leigh-Hunt N, Bagguley D, Bash K, et al. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public health*. 2017;152:157-

171.

19. Grenade L, Boldy D. Social isolation and loneliness among older people: issues and future challenges in community and residential settings. *Australian health review*. 2008;32(3):468-478.

20. Xiu-Ying H, Qian C, Xiao-Dong P, et al. Living arrangements and risk for late life depression: a meta-analysis of published literature. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2012;43(1):19-34.

21. Bessa B, Ribeiro O, Coelho T. Assessing the social dimension of frailty in old age: A systematic review. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2018;78:101-113.

22. Xu W, Tan L, Wang HF, et al. Meta-analysis of modifiable risk factors for Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. Dec 2015;86(12):1299-1306.

23. Kojima G, Taniguchi Y, Kitamura A, et al. Is living alone a risk factor of frailty? A systematic review and meta-analysis. *Ageing research reviews*. 2020;59:101048.

## Summary

### PREVALENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH FRAILTY IN HOSPITALIZED ELDERLY PATIENTS AT E HOSPITAL

This study aimed to describe the prevalence of frailty and its factors in hospitalized elderly patients. A cross-sectional study was conducted on 287 elderly patients who came for examination and treatment at the Geriatrics Department of E Hospital. The frailty was assessed by Modified Fried Frailty Scale. The mean age was 75.18, with females predominating (73.5%). The oldest was 96 years old. The average Charlson comorbidity index was 2.18 (SD: 1.32). 110 patients were diagnosed with frailty (38.33%). There were significant differences in age, age group, and BMI classification between those with and without frailty. BMI classification and living alone were significantly associated with frailty.

**Keywords:** Frailty, elderly patients, associated factors.