

THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN HỘI CHỨNG DỄ BỊ TỔN THƯƠNG Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI

Nguyễn Thị Mai Hương^{1,2,✉}, Nguyễn Hồng Hạnh¹, Võ Hoàng Long¹
Nguyễn Thị Thu Hương^{2,3}, Nguyễn Xuân Thanh^{2,3}, Vũ Thị Thanh Huyền^{2,3}

¹Bệnh viện E Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Lão khoa trung ương

Nghiên cứu này được thực hiện nhằm xác định tỷ lệ mắc hội chứng dễ bị tổn thương và một số yếu tố liên quan đến hội chứng dễ bị tổn thương bằng cách đánh giá theo tiêu chuẩn Fried sửa đổi ở những bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên. Nghiên cứu thu nhận 1796 bệnh nhân là người cao tuổi tại Bệnh viện E Trung ương và Bệnh viện Lão khoa Trung ương trong năm 2022. Theo tiêu chuẩn của Fried sửa đổi, tỷ lệ người cao tuổi được chẩn đoán tiền hội chứng dễ bị tổn thương và gặp phải hội chứng dễ bị tổn thương tương ứng là 38,59% và 41,70%. Giữa nhóm người cao tuổi có hội chứng dễ bị tổn thương và nhóm không có hội chứng dễ bị tổn thương, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê theo độ tuổi, nhóm tuổi, phân loại BMI, tình trạng hôn nhân, khu vực sinh sống, trình độ học vấn, bảo hiểm y tế và chỉ số đa bệnh lý Charlson. Độ tuổi, phân loại BMI, trình độ học vấn và bảo hiểm y tế là các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến hội chứng dễ bị tổn thương ở bệnh nhân người cao tuổi. Chúng tôi nhận thấy tỷ lệ được chẩn đoán hội chứng dễ bị tổn thương theo tiêu chí Fried là phù hợp với các nghiên cứu ở các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình khác. Nghiên cứu chỉ ra có mối liên quan độc lập có ý nghĩa thống kê giữa độ tuổi, phân loại BMI, trình độ học vấn và bảo hiểm y tế với hội chứng dễ bị tổn thương ở bệnh nhân người cao tuổi.

Từ khóa: Hội chứng dễ bị tổn thương; người cao tuổi; tiêu chuẩn Fried sửa đổi.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng dễ bị tổn thương (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.¹ Tỷ lệ hiện mắc hội chứng dễ bị tổn thương dựa trên mô hình của Fried thay đổi từ 4,9% đến 27,3%.² Mặc dù tỷ lệ mắc hội chứng dễ bị tổn thương tăng theo tuổi, cao hơn ở phụ nữ so với nam giới và phổ biến hơn ở những bệnh nhân mắc bệnh mãn tính, nhưng tỷ lệ hiện mắc hội chứng dễ bị tổn thương hiện có sự khác nhau.^{3,4} Sự khác biệt này do liên quan đến định nghĩa về tiêu

chẩn chẩn đoán hội chứng dễ bị tổn thương, đặc điểm nhân khẩu học của mỗi nhóm dân số nghiên cứu, hay sự khác biệt theo vùng miền.⁵ Việc sử dụng thang đo Fried làm định nghĩa vật lý về hội chứng dễ bị tổn thương dẫn đến ước tính mức độ phổ biến thấp hơn so với các định nghĩa rộng hơn khác, nhưng giúp so sánh giữa các nghiên cứu dễ dàng hơn.⁵ Thang đo Fried đã được kiểm tra rộng rãi về tính hợp lệ và là định nghĩa được sử dụng rộng rãi nhất trong nghiên cứu điểm yếu.⁵ Tuy nhiên, lợi ích của hội chứng dễ bị tổn thương 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.⁶

Việc phát hiện hội chứng dễ bị tổn thương trong giai đoạn tiền hội chứng dễ bị tổn thương có thể giúp làm chậm lại và đảo ngược tình

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Mai Hương

Bệnh viện E Trung ương

Email: bshuongtttm@gmail.com

Ngày nhận: 10/08/2024

Ngày được chấp nhận: 04/09/2024

trạng này. Nhập viện là một yếu tố gây căng thẳng có thể dẫn đến suy yếu hơn nữa và mất khả năng tự lập ở người lớn tuổi, đặc biệt là ở những người vốn đã suy yếu.⁷ Do đó, điều quan trọng là phải phát hiện sớm những người già yếu, giảm mức độ nghiêm trọng của hội chứng để bị tổn thương, ngăn ngừa hoặc giảm bớt những hậu quả tiêu cực đối với sức khỏe và nâng cao chất lượng cuộc sống.⁸ Sàng lọc hội chứng để bị tổn thương tại bệnh viện góp phần cung cấp dịch vụ chăm sóc cá nhân và tối ưu hóa, đồng thời có thể dự đoán tỷ lệ tử vong ngắn hạn và dài hạn cũng như các kết quả bất lợi về sức khỏe ở bệnh nhân nhập viện.^{7,9} Nó cũng có thể có lợi trong việc ngăn ngừa việc điều trị y tế không cần thiết cho bệnh nhân. Hơn nữa, việc phát hiện hội chứng để bị tổn thương tạo điều kiện thuận lợi cho việc ra quyết định lâm sàng bằng cách cung cấp thông tin khi ước tính lợi ích hoặc rủi ro của các can thiệp lâm sàng. Hội chứng để bị tổn thương có thể được quản lý một cách thích hợp bằng cách tiếp cận nhóm đa ngành.¹⁰ Nghiên cứu này được thực hiện nhằm xác định tỷ lệ mắc hội chứng để bị tổn thương và một số yếu tố liên quan đến hội chứng để bị tổn thương bằng cách đánh giá theo tiêu chuẩn Fried ở những bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên nhập viện và điều trị tại hai bệnh viện trung ương tuyến cuối.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân cao tuổi đến khám và điều trị tại khoa Lão khoa Bệnh viện E Trung ương và Bệnh viện Lão khoa Trung ương trong năm 2022.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân sa sút trí tuệ: Bệnh nhân được chẩn đoán sa sút trí tuệ theo thang điểm Test tâm thần tối thiểu (MMSE < 24 điểm).
- Tình trạng tinh thần không ổn định:

- + Bệnh nhân có suy giảm nhận thức (MMSE < 24 điểm).

- + Bệnh nhân bất tỉnh hoặc không tỉnh táo.

- + Bệnh nhân trong trạng thái lơ mơ, hoang tưởng, hoặc có các biểu hiện tâm thần nghiêm trọng khác.

- Khả năng giao tiếp hạn chế: Bệnh nhân không có đủ năng lực và/hoặc khả năng nghe, nói, trả lời phỏng vấn.

- Tình trạng cấp cứu nặng: Bệnh nhân đang trong tình trạng cấp cứu nghiêm trọng như suy hô hấp, nhồi máu cơ tim, hoặc các tình trạng tương tự khác.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu

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 1796 bệnh nhân là người cao tuổi tại Bệnh viện E Trung ương và Bệnh viện Lão khoa Trung ương.

Phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu áp dụng chọn mẫu thuận tiện.

Biến số, chỉ số nghiên cứu

Đặc điểm chung: Giới tính (nam, nữ), Tuổi (năm), Nhóm tuổi (60 - 69, 70 - 79, ≥ 80), Phân loại BMI (kg/m²) (BMI < 19, 19 ≤ BMI < 21, 21 ≤ BMI < 23, BMI ≥ 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.

Tiêu chuẩn nghiên cứu

Hội chứng dễ bị tổn thương được chẩn đoán theo tiêu chuẩn Fried sửa đổi.¹¹ Thang đo thông thường:

- 0 - 5 tiêu chí.
- 3 - 5 tiêu chí: hội chứng dễ bị tổn thương,
- 1 - 2 tiêu chí: tiền hội chứng dễ bị tổn thương,
- 0 tiêu chí: không có hội chứng dễ bị tổn thương.

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.

Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được thu thập và nhập vào bằng phần mềm REDCAP, sau đó 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. Sự khác biệt về tỷ lệ phần trăm mắc hội chứng dễ bị tổn thương theo các đặc điểm lựa chọn được kiểm định bằng Chi-squared test hoặc Fisher's exact test. Với biến phụ thuộc là nhị phân có hay không mắc hội chứng dễ bị tổn thương, phân tích hồi qui logistic đa biến được áp dụng để tìm hiểu một số yếu tố liên quan với hội chứng dễ bị tổn thương. Sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Tất cả các 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

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của người cao tuổi (n = 1796)

Đặc điểm	Số lượng (%) / TB (SD)
Giới tính (%)	
Nam	439 (24,44%)
Nữ	1357 (75,56%)
Tuổi (năm) (%)	
TB (SD)	74,20 (8,21)
Min-Max	60 - 99
Nhóm tuổi (năm) (%)	
60 - 69	562 (31,29)
70 - 79	772 (42,98)
≥ 80	462 (25,72)

Đặc điểm	Số lượng (%) / TB (SD)
Phân loại BMI (kg/m²) (%)	
BMI < 19	202 (11,25)
19 ≤ BMI < 21	349 (19,43)
21 ≤ BMI < 23	560 (31,18)
BMI ≥ 23	685 (38,14)
Nghề nghiệp (%)	
Kinh doanh buôn bán	42 (2,34)
Nội trợ	31 (1,73)
Nông dân	147 (8,18)
Công nhân	8 (0,45)
Cán bộ hưu trí	811 (45,16)
Ở nhà	744 (41,43)
Nhân viên văn phòng	2 (0,11)
Giảng viên/giáo viên	2 (0,11)
Khác	9 (0,50)
Tình trạng hôn nhân (%)	
Đã kết hôn	1571 (87,47)
Chưa kết hôn	14 (0,78)
Ly hôn/goá	211 (11,75)
Tình trạng chung sống (%)	
Gia đình	1711 (95,27)
Sống với người chăm sóc chuyên nghiệp	8 (0,45)
Có người chăm sóc chuyên nghiệp theo giờ	3 (0,17)
Sống một mình	74 (5,12)
Khu vực sinh sống (%)	
Thành thị	1149 (63,98)
Nông thôn	647 (36,02)
Trình độ học vấn (%)	
Không đi học	56 (3,12)
Cấp I	283 (15,76)
Cấp II	498 (27,73)
Cấp III	368 (20,49)
Đại học/cao đẳng trở lên	591 (32,91)

Đặc điểm	Số lượng (%)/ TB (SD)
Bảo hiểm y tế (%)	
Không	152 (8,46)
Có	1644 (91,54)
Chỉ số đa bệnh lý Charlson	
TB (SD)	1,69 (1,43)
Min - Max	0 - 8

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

Phần lớn người cao tuổi trong nghiên cứu là nữ giới (75,56%), với tuổi trung bình 74,20 (SD: 8,21) tuổi. Nhóm tuổi từ 70 - 79 chiếm tỷ lệ cao nhất (42,98%). 11,25% bệnh nhân có thể trạng gầy, trong khi 69,32% thừa cân - béo

phì. Đa số đã nghỉ hưu (45,16%), đã kết hôn (87,47%), và sống với gia đình (95,27%). Hầu hết sống ở thành thị (63,98%) và có bảo hiểm y tế (91,54%). Chỉ số đa bệnh lý Charlson trung bình là 1,69 (SD: 1,43) điểm.

Bảng 2. Tỷ lệ hội chứng dễ bị tổn thương theo tiêu chuẩn Fried (n = 1796)

Chẩn đoán HCDBTT theo Fried	Số lượng (%)
Không	354 (19,71)
Tiền HCDBTT	693 (38,59)
HCDBTT	749 (41,70)

Theo tiêu chuẩn của Fried, tỷ lệ người cao tuổi được chẩn đoán tiền hội chứng dễ bị tổn

thương và gặp phải hội chứng dễ bị tổn thương tương ứng là 38,59% và 41,70%.

Bảng 3. Khác biệt về đặc điểm chung giữa nhóm người cao tuổi có HCDBTT và nhóm không có HCDBTT (n = 1796)

Đặc điểm	HCDBTT		p-values
	Không (n = 354) Số lượng (%)	Có (n = 1442) Số lượng (%)	
Giới tính			0,242
Nam	95 (26,84)	344 (23,86)	
Nữ	259 (73,16)	1098 (76,14)	
Nhóm tuổi (năm)			0,000*
60 - 69	169 (47,74)	393 (27,25)	
70 - 79	161 (45,48)	611 (42,37)	
≥ 80	24 (6,78)	438 (30,37)	

Đặc điểm	HCDBTT		p-values
	Không (n = 354)	Có (n = 1442)	
Phân loại BMI (kg/m²)			0,000*
BMI < 19	14 (3,95)	188 (13,04)	
19 ≤ BMI < 21	49 (13,84)	300 (20,80)	
21 ≤ BMI < 23	134 (37,85)	426 (29,54)	
BMI ≥ 23	157 (44,35)	528 (36,62)	
Nghề nghiệp hiện tại			0,797
Nội trợ/cán bộ hưu trí/ở nhà	314 (88,70)	1272 (88,21)	
Đang đi làm	40 (11,30)	170 (11,79)	
Tình trạng hôn nhân			0,000*
Đã kết hôn	338 (95,48)	1233 (85,51)	
Chưa kết hôn	1 (0,28)	13 (0,90)	
Ly hôn/goá	15 (4,24)	196 (13,59)	
Tình trạng chung sống			0,270
Gia đình	343 (96,89)	1368 (94,87)	
Sống với người chăm sóc chuyên nghiệp	09 (0,00)	8 (0,55)	
Có người chăm sóc chuyên nghiệp theo giờ	0 (0,00)	3 (0,21)	
Sống một mình	11 (3,11)	63 (4,37)	
Khu vực sinh sống			0,002*
Thành thị	252 (71,19)	897 (62,21)	
Nông thôn	102 (28,81)	545 (37,79)	
Trình độ học vấn			0,000*
Không đi học	1 (0,28)	55 (3,81)	
Cấp I	33 (9,32)	250 (17,34)	
Cấp II	87 (24,58)	411 (28,50)	
Cấp III	86 (24,29)	282 (19,56)	
Đại học/cao đẳng trở lên	147 (41,53)	444 (30,79)	
Bảo hiểm y tế			0,000*
Không	54 (15,25)	98 (6,80)	
Có	300 (84,75)	1344 (93,20)	
	TB (SD)	TB (SD)	
Tuổi (năm)	70,08 (6,36)	75,21 (8,30)	0,000*

Đặc điểm	HCDBTT		p-values
	Không (n = 354)	Có (n = 1442)	
Chỉ số đa bệnh lý Charlson	1,52 (1,32)	1,74 (1,45)	0,019*

SL: số lượng; TB: trung bình; SD: độ lệch chuẩn; *có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

Giữa nhóm người cao tuổi có hội chứng dễ bị tổn thương và nhóm không có hội chứng dễ bị tổn thương, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê theo độ tuổi, nhóm tuổi, phân loại BMI, tình trạng hôn nhân, khu vực sinh sống, trình độ học vấn, bảo hiểm y tế và chỉ số đa bệnh lý Charlson.

Bảng 4. Các yếu tố liên quan đến hội chứng dễ bị tổn thương ở bệnh nhân người cao tuổi: hồi quy đa biến logistic (n = 1796)

	OR	Std.Err	p-values	95% CI	
Độ tuổi	1,09	0,01	0,000*	1,06	1,11
Giới tính (vs, Nam)					
Nữ	1,27	0,19	0,107	0,94	1,72
Phân loại BMI (vs, BMI < 19)					
19 ≤ BMI < 21	0,47	0,16	0,032*	0,24	0,93
21 ≤ BMI < 23	0,23	0,07	0,000*	0,12	0,44
BMI ≥ 23	0,28	0,09	0,000*	0,15	0,52
Nghề nghiệp (vs, nội trợ/cán bộ hưu trí/ở nhà)					
Đang đi làm	1,41	0,31	0,117	0,91	2,19
Tình trạng hôn nhân (vs, Đã kết hôn)					
Chưa kết hôn	2,15	2,41	0,494	0,23	1,93
Ly hôn/goá	1,76	0,54	0,066	0,96	3,23
Tình trạng chung sống (vs, Gia đình)					
Sống với người chăm sóc chuyên nghiệp	1				
Có người chăm sóc chuyên nghiệp theo giờ	1				
Sống một mình	0,68	0,26	0,332	0,31	1,47
Khu vực sinh sống (vs, Thành thị)					
Nông thôn	1,18	0,18	0,270	0,87	1,59

	OR	Std.Err	p-values	95% CI	
Trình độ học vấn (vs, Không đi học)					
Cấp I	0,12	0,12	0,046*	0,01	0,96
Cấp II	0,09	0,09	0,021*	0,01	0,69
Cấp III	0,05	0,05	0,006*	0,007	0,43
Đại học/cao đẳng trở lên	0,05	0,05	0,005*	0,007	0,41
Bảo hiểm y tế (vs, Không)					
Có	3,22	0,70	0,000*	2,09	4,93
Chỉ số đa bệnh lý Charlson	1,08	0,05	0,105	0,98	1,20
_cons	0,04	0,06	0,028	0,003	0,718

OR (odd ratio): tỷ suất chênh; SE (Std. Err.): sai số chuẩn; 95%CI (95% confidence interval): khoảng tin cậy 95%; *có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

Độ tuổi, phân loại BMI, trình độ học vấn và bảo hiểm y tế là các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến hội chứng dễ bị tổn thương ở bệnh nhân người cao tuổi.

IV. BÀN LUẬN

Hội chứng dễ bị tổn thương 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 hội chứng dễ bị tổn thương ở đối tượng này, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu trên 1796 bệnh nhân đang điều trị tại Bệnh viện E và Bệnh viện Lão khoa Trung ương.

Theo tiêu chuẩn của Fried, tỷ lệ người cao tuổi được chẩn đoán tiền hội chứng dễ bị tổn thương và gặp phải hội chứng dễ bị tổn thương tương ứng là 38,59% và 41,70%. Tỷ lệ hiện mắc này phù hợp với các nghiên cứu về tình trạng hội chứng dễ bị tổn thương ở các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình khác.¹² Các nghiên cứu trước đây cho thấy tỷ lệ mắc hội chứng dễ bị tổn thương 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 của Fried đã được sử dụng để xác định hội chứng dễ bị tổn thương trong phần lớn các nghiên cứu.¹² 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.¹³ Tỷ lệ hội chứng dễ bị tổn thương có thể thay đổi đáng kể tùy thuộc vào phương pháp chẩn đoán được sử dụng. Các nghiên cứu áp dụng tiêu chí của Fried thường báo cáo tỷ lệ mắc hội chứng dễ bị tổn thương cao hơn so với các phương pháp chẩn đoán khác như thang điểm Frailty Index hay các mô hình dựa trên dữ liệu lâm sàng khác. Sự khác biệt về tỷ lệ mắc hội chứng dễ bị tổn thương giữa các quốc gia, đặc biệt là giữa các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình so với các quốc gia phát triển, có thể liên quan đến nhiều yếu tố như đặc điểm dân số, môi trường sống, hệ thống y tế, và các yếu tố văn hóa-xã hội.

Một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ hội chứng dễ bị tổn thương cao hơn ở các nhóm đối tượng

có điều kiện sống khó khăn, ít tiếp cận với chăm sóc y tế, hoặc có thói quen sinh hoạt không lành mạnh. Ngược lại, các quốc gia phát triển với hệ thống y tế tiên tiến, chế độ dinh dưỡng tốt và chương trình phòng ngừa bệnh tật toàn diện thường báo cáo tỷ lệ mắc hội chứng dễ bị tổn thương thấp hơn. Ngoài ra, sự khác biệt trong cách tiếp cận điều trị và quản lý sức khỏe người cao tuổi cũng có thể ảnh hưởng đến tỷ lệ hội chứng dễ bị tổn thương, tạo ra sự khác biệt đáng kể giữa các nghiên cứu và nhóm đối tượng khác nhau.

Mối liên quan giữa tình trạng sống một mình và hội chứng dễ bị tổn thương ở người cao tuổi theo tiêu chuẩn Fried là một chủ đề đáng quan tâm. Tuy nhiên, dữ liệu của chúng tôi không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng sống một mình và hội chứng dễ bị tổn thương. 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.¹⁴ 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.¹⁴ Sống một mình cũng thường được đưa vào là một trong những tiêu chí trong nhiều công cụ để đánh giá hội chứng dễ bị tổn thương về mặt xã hội hoặc các khía cạnh xã hội của sự yếu đuối.¹⁵ Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng sống một mình có thể ảnh hưởng tiêu cực đến sức khỏe và tinh thần của người cao tuổi, làm tăng nguy cơ mắc hội chứng dễ bị tổn thương. Một nghiên cứu đăng trên *The Journals of Gerontology* cho thấy người cao tuổi sống một mình có nguy cơ cao hơn mắc các triệu chứng như mệt mỏi và giảm hoạt động thể chất, do thiếu sự hỗ trợ từ gia đình và xã hội.¹⁶ Hơn nữa, tình trạng sống một mình thường liên quan đến cảm giác cô đơn và

trầm cảm, hai yếu tố có thể dẫn đến suy giảm chức năng cơ thể và tăng nguy cơ suy nhược. Thiếu sự giám sát và hỗ trợ từ người thân cũng có thể khiến người cao tuổi khó khăn hơn trong việc duy trì chế độ ăn uống và luyện tập lành mạnh, dẫn đến tăng nguy cơ yếu đuối và giảm tốc độ đi bộ.

Mối liên quan giữa thừa cân, béo phì và Hội chứng dễ bị tổn thương (frailty syndrome) ở người cao tuổi theo tiêu chuẩn Fried là một vấn đề đang thu hút sự quan tâm lớn trong nghiên cứu y khoa. Nghiên cứu này tiết lộ rằng tình trạng thừa cân và béo phì theo BMI có liên quan đến HCDBT cao hơn so với những người suy dinh dưỡng theo BMI. Một phân tích tổng hợp trước đây cũng cho thấy những người lớn tuổi có BMI $\geq 35,0$ kg/m² có nguy cơ bị HCDBT cao hơn.¹⁷ 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. Một nghiên cứu trên *Journal of the American Geriatrics Society* đã chỉ ra rằng người cao tuổi thừa cân hoặc béo phì có nguy cơ cao hơn mắc hội chứng dễ bị tổn thương so với người có BMI bình thường.^{17,18} Thừa cân và béo phì không chỉ làm tăng gánh nặng lên hệ thống cơ xương mà còn làm gia tăng tình trạng viêm nhiễm mạn tính, một yếu tố góp phần quan trọng vào sự suy giảm chức năng cơ thể. Thừa cân, đặc biệt là béo phì vùng bụng, còn liên quan mật thiết đến sự suy giảm cơ lực và tăng nguy cơ té ngã, yếu tố chính trong tiêu chí yếu đuối của Fried. Ngoài ra, tình trạng béo phì có thể dẫn đến các bệnh lý mạn tính như đái tháo đường, bệnh tim mạch và tăng huyết áp, làm trầm trọng thêm tình trạng mệt mỏi và giảm khả năng hoạt động thể chất. Nghiên cứu cũng cho thấy rằng việc giảm cân và cải thiện hoạt động thể chất có thể làm giảm nguy cơ phát triển hội chứng dễ bị tổn thương ở người cao tuổi thừa cân hoặc béo phì. Chương trình tập luyện và chế độ ăn uống lành mạnh được thiết

kế đặc biệt cho nhóm đối tượng này có thể giúp cải thiện sức khỏe tổng thể và giảm thiểu nguy cơ bị tổn thương. Những phát hiện trong nghiên cứu của chúng tôi có thể cân nhắc việc bệnh nhân có chỉ số BMI cao cũng có thể bị hội chứng dễ bị tổn thương. 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 hội chứng dễ bị tổn thương 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.

Một chỉ số quan trọng của vị thế kinh tế xã hội ở người lớn tuổi là trình độ học vấn. Đây là chỉ số duy nhất ổn định sau tuổi trưởng thành và có tính nhân quả trước các chỉ số kinh tế xã hội khác như tình trạng nghề nghiệp và thu nhập.¹⁹ Đến nay, mối quan hệ giữa trình độ học vấn và tình trạng ốm yếu vẫn chưa được nghiên cứu rộng rãi ở giai đoạn người cao tuổi. Hầu hết các nghiên cứu về mối liên hệ giữa vị thế kinh tế xã hội và tình trạng yếu đuối bao gồm trình độ học vấn đều dựa trên dữ liệu cắt ngang.¹⁹ Vì vậy, vẫn chưa rõ mức độ yếu đuối thay đổi như thế nào theo thời gian ở các nhóm có trình độ học vấn khác nhau. Ngoài ra, người ta ít chú ý đến các yếu tố có thể giải thích cho sự khác biệt về trình độ học vấn về tình trạng yếu đuối. Kết quả nghiên cứu dựa trên dân số của chúng tôi ở những người lớn tuổi cho thấy trình độ học vấn có liên quan đến tình trạng suy nhược, với tỷ lệ mắc bệnh suy nhược cao hơn ở những người có trình độ học vấn thấp hơn. Nhìn chung tỷ lệ suy nhược nói chung đã tăng lên trong nhiều năm qua. Theo kết quả của tác giả Emiel O. Hoogendijk, người lớn tuổi có trình độ học vấn thấp có tỷ lệ mắc bệnh hội chứng dễ bị tổn thương cao hơn so với những người có trình độ học vấn cao (OR = 2,94; KTC 95%:

1,84 - 4,71).²⁰ Kết quả phân tích liên quan giữa trình độ học vấn và hội chứng dễ bị tổn thương ở người cao tuổi của chúng tôi cũng hoàn toàn phù hợp.

Các yếu tố như độ tuổi, phân loại BMI, trình độ học vấn và bảo hiểm y tế, mặc dù liên quan có ý nghĩa thống kê đến hội chứng dễ bị tổn thương ở người cao tuổi, có thể được can thiệp, dự phòng và điều trị ở một mức độ nhất định. Với độ tuổi, mặc dù không thể thay đổi, các biện pháp như tập luyện thể chất, dinh dưỡng hợp lý và quản lý bệnh mạn tính có thể giúp giảm nguy cơ hội chứng dễ bị tổn thương ở người cao tuổi. Với phân loại BMI, duy trì cân nặng hợp lý thông qua chế độ ăn uống lành mạnh và hoạt động thể chất thường xuyên có thể phòng ngừa và giảm thiểu nguy cơ hội chứng dễ bị tổn thương. Điều trị béo phì hoặc suy dinh dưỡng cũng là một phương pháp can thiệp quan trọng. Với trình độ học vấn, việc nâng cao nhận thức và giáo dục sức khỏe cho người cao tuổi, đặc biệt là về chế độ dinh dưỡng, hoạt động thể chất và quản lý bệnh mạn tính, có thể giúp phòng ngừa và giảm nguy cơ hội chứng dễ bị tổn thương. Với bảo hiểm y tế, đảm bảo người cao tuổi tiếp cận được các dịch vụ y tế chất lượng thông qua bảo hiểm y tế có thể cải thiện việc phát hiện sớm và điều trị các yếu tố nguy cơ, từ đó làm giảm nguy cơ hội chứng dễ bị tổn thương. Những yếu tố này có thể được điều chỉnh thông qua các biện pháp can thiệp phù hợp, từ đó giúp giảm thiểu nguy cơ mắc hội chứng dễ bị tổn thương ở người cao tuổi.

Chúng tôi cũng thừa nhận một số hạn chế chính trong báo cáo này. Nghiên cứu của chúng tôi không cho phép xác 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 trên bệnh nhân cao tuổi đến khám và điều trị tại hai trung tâm lớn cho thấy tỷ lệ được chẩn đoán hội chứng dễ bị tổn thương theo tiêu chí Fried là phù hợp với các nghiên cứu ở các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình khác. Nghiên cứu chỉ ra có mối liên quan độc lập có ý nghĩa thống kê giữa độ tuổi, phân loại BMI, trình độ học vấn và bảo hiểm y tế với hội chứng dễ bị tổn thương ở bệnh nhân người cao tuổi.

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.e1-1163.e17. doi:10.1016/j.jamda.2016.09.010.
2. Choi J, Ahn A, Kim S, Won CW. 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): 548-50. doi:10.1016/j.jamda.2015.02.004.
3. Collard RM, Boter H, Schoevers RA, Oude Voshaar RC. Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2012; 60(8): 1487-1492.
4. Sternberg SA, Schwartz AW, Karunanathan S, Bergman H, Mark Clarfield A. The identification of frailty: a systematic literature review. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2011; 59(11): 2129-2138.
5. 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.
6. Theou O, Cann L, Blodgett J, Wallace LM, Brothers TD, Rockwood K. 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. doi:10.1016/j.arr.2015.04.001.
7. Mulla E, Montgomery U. Frailty: an overview. *InnovAit*. 2020; 13(2):71-79.
8. Organization WH. *World report on ageing and health*. World Health Organization; 2015.
9. Kaçmaz HY, Döner A, Ceyhan Ö. A point to evaluate in the COVID-19 pandemic process: Frailty. *Acta Medica Alanya*. 2021; 5(2): 210-215.
10. Hubbard RE, Peel NM, Samanta M, Gray LC, Mitnitski A, Rockwood K. Frailty status at admission to hospital predicts multiple adverse outcomes. *Age and ageing*. 2017; 46(5): 801-806.
11. Kasiukiewicz A, Wojszel ZB. The Prevalence of the Frailty Syndrome in a Hospital Setting—Is Its Diagnosis a Challenge? A Comparison of Four Frailty Scales in a Cross-Sectional Study. *Journal of Clinical Medicine*. 2023; 13(1):86.
12. Nguyen T, Cumming R, Hilmer S. A review of frailty in developing countries. *The journal of nutrition, health & aging*. 2015; 19:941-946.
13. 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.
14. 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.

15. 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.
16. Moreh E, Jacobs JM, Stessman J. Fatigue, function, and mortality in older adults. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*. 2010; 65(8): 887-895.
17. 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): 1299-306. doi:10.1136/jnnp-2015-310548.
18. Shah K, Hilton TN, Myers L, Pinto JF, Luque AE, Hall WJ. A new frailty syndrome: central obesity and frailty in older adults with the human immunodeficiency virus. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2012; 60(3): 545-549.
19. Von dem Knesebeck O, Verde PE, Dragano N. Education and health in 22 European countries. *Social science & medicine*. 2006; 63(5): 1344-1351.
20. Hoogendijk EO, van Hout HP, Heymans MW, et al. Explaining the association between educational level and frailty in older adults: results from a 13-year longitudinal study in the Netherlands. *Annals of epidemiology*. 2014; 24(7): 538-544. e2.

Summary

THE PREVALENCE OF FRAILTY SYNDROME ACCORDING TO THE MODIFIED FRIED FRAILTY SCALE AND ITS ASSOCIATED FACTORS IN PATIENTS AGED 60 YEARS AND OLDER

The study aimed to determine the prevalence of frailty syndrome according to the Modified Fried Frailty Scale and its associated factors in patient ≥ 60 years old. The study enrolled 1796 elderly patients at the E Hospital and the National Geriatric Hospital in 2022. According to the Modified Fried criteria, the prevalence of pre-frailty and frailty among the elderly was 38.59% and 41.70%, respectively. There were statistically significant differences between the frail and non-frail elderly groups in terms of age, age group, BMI classification, marital status, living area, educational level, health insurance status, and Charlson comorbidity index. Age, BMI classification, educational level, and health insurance status were statistically significant factors associated with frailty syndrome in elderly patients. We found that the prevalence of frailty according to the Modified Fried criteria was consistent with studies conducted in other low- and middle-income countries. The study revealed a statistically significant independent association between age, BMI classification, educational level, and health insurance status with frailty syndrome in elderly patients.

Keywords: Frailty syndrome, the elder, Modified Fried criteria.