

HỘI CHỨNG SÁNG Ở NGƯỜI BỆNH CAO TUỔI ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN LÃO KHOA TRUNG ƯƠNG

Hoàng Thị Phương Nam^{1,2} và Trần Nguyễn Ngọc², ✉

¹Bệnh viện Lão khoa Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu cắt ngang có mục tiêu mô tả một số tỉ lệ về hội chứng sáng ở người bệnh cao tuổi điều trị nội trú tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương. 138 người bệnh nhận (i) trên 60 tuổi điều trị tại khoa cấp cứu và khoa hồi sức tích cực (ii) có thông tin đầy đủ về hành chính, tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng, các thông số cận lâm sàng; và (iii) gia đình và bản thân người bệnh đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu. Kết quả cho thấy tỉ lệ sáng thường gặp ở nhóm tuổi 60 - 69 tuổi. Tỉ lệ nữ giới cao hơn nam giới. Tỉ lệ giảm khả năng tập trung chú ý ở nam cao hơn nữ giới hơn ở nữ giới ($p = 0,04$). Tỉ lệ nam giới mắc nhồi máu cơ tim cao, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, ung thư và có sáng cao hơn nhiều so với tỉ lệ nữ giới ($p < 0,05$). Nghiên cứu bước đầu cho thấy một số tỉ lệ về hội chứng sáng ở người bệnh cao tuổi điều trị nội trú tại bệnh viện Lão Khoa Trung Ương.

Từ khoá: hội chứng sáng; lão khoa.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng sáng là một hội chứng phổ biến ở những người cao được đưa đến bệnh viện. Tỉ lệ sáng trong cộng đồng chỉ khoảng 1 - 2%. Tuy nhiên trong môi trường bệnh viện, tỉ lệ này có thể tăng lên 14 - 24%. Ở Mỹ, mỗi năm có ít nhất 20% trong số 12,5 triệu người bệnh trên 65 tuổi nhập viện vì hội chứng sáng. Còn theo Fong và cộng sự, có tới 14 - 56% người bệnh cao tuổi có hội chứng sáng đến khám và điều trị tại khoa cấp cứu trong tổng số người bệnh nhập viện.¹ Ở đơn vị hồi sức tích cực, tỉ lệ sáng có thể lên tới 70 - 78%.² Trong thực hành lâm sàng, không phải dễ dàng nhận biết được hội chứng sáng. Các triệu chứng của hội chứng rất đa dạng và biến thiên liên tục theo từng giờ, từng ngày. Theo Jin H. Han, hội chứng sáng dễ dàng bị bỏ sót hoặc bị chẩn đoán nhầm trong lần khám bệnh đầu tiên. Nghiên cứu của ông

và cộng sự cho biết tại một đơn vị cấp cứu chỉ có khoảng 17% người bệnh từ 65 tuổi trở lên được chẩn đoán đúng còn lại 83% người bệnh bị chẩn đoán nhầm.³ Và sẽ có tới 90% các trường hợp bị bỏ sót tại các chuyên khoa khác nếu đã bị bỏ qua tại khoa cấp cứu⁴. Do đó, với mong muốn làm rõ đặc điểm lâm sàng sẽ giúp các bác sĩ phát hiện sớm và chẩn đoán đúng hội chứng sáng, chúng tôi chọn thực hiện đề tài: “Hội chứng sáng ở người bệnh cao tuổi điều trị nội trú tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương” với mục tiêu “Xác định một số tỉ lệ về hội chứng sáng ở người bệnh cao tuổi điều trị nội trú tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Nghiên cứu thu nhận (i) Người bệnh trên 60 tuổi điều trị tại khoa cấp cứu và khoa hồi sức tích cực (ii) có thông tin đầy đủ về hành chính, tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng, các thông số cận lâm sàng; và (iii) gia đình và bản thân người bệnh đồng ý tự nguyện tham gia nghiên

Tác giả liên hệ: Trần Nguyễn Ngọc

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: trannguyennngoc@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 14/09/2021

Ngày được chấp nhận: 03/10/2021

cứu. Nghiên cứu loại ra những trường hợp (i) người bệnh dưới 60 tuổi, (ii) người bệnh hôn mê, không tiếp xúc.

2. Phương pháp

Thời gian nghiên cứu: Tháng 12 năm 2020 đến tháng 4 năm 2021.

Địa điểm nghiên cứu: tại Khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực - Bệnh viện Lão khoa Trung ương.

Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế được sử dụng là nghiên cứu cắt ngang.

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

Lấy mẫu ngẫu nhiên theo công thức ước tính tỷ lệ từ 1 quần thể:

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{p(1-p)}{\Delta^2} = 128$$

n: Cỡ mẫu nghiên cứu.

α : Mức ý nghĩa thống kê

$Z_{(1-\alpha/2)}^2$: Hệ số tin cậy. Khi $\alpha = 0,05$ (độ tin cậy 95%) thì bằng 1,96.

$p = 0,17$ là tỷ lệ sảng tại khoa Cấp cứu theo Sharon Inouye (2014).⁵

Δ : Độ sai lệch mong muốn giữa mẫu và quần thể, lấy bằng 0,065

Cỡ mẫu cần cho nghiên cứu $n = 128$. Kết thúc nghiên cứu chúng tôi thu nhận được 138 người bệnh đảm bảo đúng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ. Trong đó có 87 người bệnh sảng và 51 người bệnh không sảng.

Biến số nghiên cứu

Tuổi, Giới tính, một số triệu chứng sảng, các bệnh lý kèm theo bao gồm: nhồi máu cơ tim, suy tim, tăng huyết áp, COPD, viêm phổi, hen phế quản, lao, đái tháo đường, đột quỵ,

bệnh thận - suy thận, bệnh gan mạn tính, shock nhiễm khuẩn, sa sút trí tuệ, ung thư, bệnh lý cơ xương khớp, thiếu máu, trầm cảm.

Công cụ đánh giá và thu thập số liệu

Bệnh án nghiên cứu chuyên biệt.

Hội chứng sảng được chẩn đoán theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD 10 (đánh giá tại thời điểm người bệnh bắt đầu xuất hiện hội chứng sảng).

Sảng tăng động, sảng giảm động và sảng hỗn hợp được đánh giá như sau:

Loại sảng tăng động được mô tả với trạng thái bồn chồn, tăng cảnh giác, nói nhanh và kích động.

Loại sảng giảm động được mô tả với trạng thái thờ ơ, giảm tỉnh táo, giảm cảnh giác, nói chậm và giảm vận động.

Loại sảng hỗn hợp được mô tả với tình trạng những đợt bồn chồn, kích động xen kẽ với những đợt giảm hoạt động

3. Xử lý số liệu

Sau khi mã hóa thông tin, nghiên cứu viên trực tiếp nhập liệu bằng phần mềm SPSS 20.0 và làm sạch số liệu trước khi phân tích. Các biến định tính được thống kê mô tả với tần số và phần trăm. Các biến định lượng được thống kê mô tả với trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị nhỏ nhất và giá trị lớn nhất.

4. Đạo đức nghiên cứu

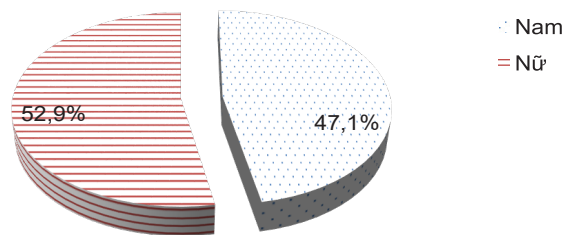
Đây là nghiên cứu mô tả lâm sàng, không can thiệp vào các phương pháp điều trị của bác sĩ. Nghiên cứu được sự đồng ý của người bệnh và gia đình. Nghiên cứu được tiến hành khi có sự đồng ý của Bộ môn Lão khoa - Trường Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Lão khoa Trung ương.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Nhóm tuổi của nghiên cứu (n = 138)

Tuổi	Sáng (n = 87)		Không sáng (n = 51)		p
	SL	%	SL	%	
60 - 69	21	75,0	7	25,0	0,3
70 - 79	24	54,5	20	45,5	
80 - 89	30	61,2	19	38,8	
≥ 90	12	70,6	5	29,4	
Tổng	87	63,0	51	37,0	
$\bar{X} \pm SD$ (tuổi)	77,8 ± 10,6		77,9 ± 8,6		0,9

Tỉ lệ sáng thường gặp ở nhóm tuổi 60 - 69 tuổi với 75,0%. Sự khác biệt về các tỉ lệ không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,3$. Tuổi trung bình của các người bệnh là $77,8 \pm 9,93$ tuổi. Tuổi trung bình của nhóm sáng là $77,8 \pm 10,6$ tuổi.



Biểu đồ 1. Phân bố theo giới ở người bệnh sáng (n = 87)

Tỉ lệ nữ cao hơn nam (52,9% và 47,1%). Tỉ lệ nữ/nam xấp xỉ 1/1.

Bảng 2. Tỉ lệ các triệu chứng của hội chứng sáng (n = 87)

Triệu chứng chú ý	Nam (n = 41)		Nữ (n = 46)		p
	SL	%	SL	%	
Giảm khả năng tập trung chú ý	37	52,1	34	47,9	0,04
Giảm trí nhớ gần	38	48,7	40	51,3	0,4
Rối loạn định hướng thời gian	34	44,2	43	55,8	0,1
Tăng hoặc giảm dòng ngôn ngữ	21	40,4	31	59,6	0,1
Rối loạn giấc ngủ nhẹ vào ban đêm	14	42,4	19	57,6	0,5
Tăng phản ứng giật mình	18	46,2	21	53,8	0,8

Phần lớn các triệu chứng sáng gặp ở nữ giới hơn ở nam giới. Sự khác biệt giữa các tỉ lệ không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Duy nhất có triệu chứng giảm khả năng tập trung chú ý xuất hiện nhiều ở nam giới hơn ở nữ giới, 52,1% so với 47,9%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,04$.

Bảng 3. Tỷ lệ bệnh lý đang có trước khi xuất hiện hội chứng sáng (n = 87)

Bệnh lý đang có trước khi xuất hiện hội chứng sáng	Nam (n = 41)		Nữ (n = 46)		p	
	SL	%	SL	%		
	1	Nhồi máu cơ tim	8	88,9		1
2	Suy tim	16	53,3	14	46,7	0,3
3	Tăng huyết áp	43	45,3	52	54,7	0,6
4	COPD	12	85,7	2	14,3	0,002
5	Viêm phổi	37	48,1	40	51,9	0,6
6	Hen phế quản	2	50	2	50	0,9
7	Lao	3	75,0	1	25,0	0,2
8	Đái tháo đường	19	42,2	26	57,8	0,5
9	Đột quỵ	29	51,8	27	48,2	0,3
10	Bệnh thận - suy thận	16	55,2	13	44,8	0,3
11	Bệnh gan mạn tính	8	66,7	4	33,3	0,1
12	Shock nhiễm khuẩn	18	52,9	16	47,1	0,4
13	Sa sút trí tuệ	7	33,3	14	66,7	0,2
14	Ung thư	1	12,5	7	87,5	0,048
15	Bệnh lý cơ xương khớp	2	33,3	4	66,7	0,7*
16	Thiếu máu	25	48,1	27	51,9	0,8
17	Trầm cảm	3	75,0	1	25,0	0,3*
$\bar{X} \pm SD$		4,2 \pm 2,2		3,8 \pm 1,4		0,3

* Fisher's Exact Test

Trong 17 bệnh lý được thống kê, trung bình một người bệnh nam mắc hội chứng sáng đang có 4,2 \pm 2,2 bệnh. Số bệnh lý nam giới cao hơn nữ giới, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p = 0,3. Tỷ lệ nam giới mắc nhồi máu cơ tim cao, COPD và có sáng cao hơn nhiều so với tỷ lệ nữ giới, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Tỷ lệ nữ giới mắc bệnh ung thư có sáng cao hơn rất nhiều so với tỷ lệ nam giới, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p = 0,048.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả ở bảng 1 cho người bệnh có hội chứng sáng điều trị tại khoa cấp cứu và khoa điều trị tích cực Bệnh viện Lão khoa Trung ương có độ tuổi cao, trung bình 77,8 \pm 10,6. Người bệnh có tuổi thấp nhất là 60 và cao nhất là 99 tuổi. Tương tự như vậy, Susan D. Shenkin và cộng sự (2019) tiến hành một nghiên cứu trên 785 người bệnh tại khoa cấp cứu ở 3 địa điểm Edinburgh, Bradford và Sheffield cho biết nhóm có sáng có tuổi trung bình là 83,5 \pm 6,9 tuổi.⁶ Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy, tỷ lệ gặp hội chứng sáng đa số ở nhóm tuổi 60 đến 69 (75,0%), sự khác biệt không

có ý nghĩa thống kê với $p = 0,3$. Khác với kết quả nghiên cứu của chúng tôi, Jane McCusker và cộng sự (2002) cho biết trong nhóm người bệnh sáng gặp nhiều nhất là nhóm tuổi trên 85 với tỉ lệ 47,3, tiếp đó là nhóm tuổi từ 75 đến 84 (40,7%).⁷ Sự khác nhau về kết quả này do địa điểm nghiên cứu, tuổi thọ trung bình dân số khác nhau. Ngoài ra sự khác biệt còn do sự khác biệt trong cỡ mẫu, cách phân chia các nhóm tuổi. Mặc dù có sự giống và khác nhau trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi và trong kết quả của các tác giả trên thế giới nhưng kết quả của các nghiên cứu đều có điểm chung là thấy những trường hợp có sáng thường có tuổi trung bình cao.

Kết quả biểu đồ 1 cho thấy tỉ lệ nam giới mắc hội chứng sáng hơn tỉ lệ nữ giới, 52,9% so với 47,1%, không có sự khác biệt giữa 2 tỉ lệ với $p > 0,05$. Khác với kết quả nghiên cứu của chúng tôi, Jin H. Han và cộng sự nghiên cứu trên 228 người bệnh tại khoa cấp cứu nhận thấy tỉ lệ nam có hội chứng sáng là 35,2% ít hơn nhiều so với tỉ lệ nữ (64,8%).³ Susan D. Shenkin (2019) cũng cho biết nam giới ít xuất hiện hội chứng sáng hơn nữ giới.⁶ Tuy nhiên, các với kết quả nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả. Maria Schubert và cộng sự (2018) tiến hành nghiên cứu quy mô lớn kéo dài từ năm 2014 đến 2018 trên 39.432 người bệnh và sử dụng ICD 10 để chẩn đoán. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ mắc sáng thường gặp ở nam nhiều hơn ở nữ với tỉ lệ 61,1% và 38,9%.⁸ Điều này có thể thấy tỉ lệ mắc hội chứng sáng không đồng đều ở 2 giới. Một số nghiên cứu xác định sáng thường gặp ở nữ giới hơn so với nam giới. Tuy nhiên, phần lớn các nghiên cứu ghi nhận sáng thường gặp nhiều ở nam giới.

Giảm chú ý là một tiêu chí cốt lõi trong tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD 10 cụ thể là giảm khả năng tập trung chú ý, duy trì chú ý hoặc thay đổi sự chú ý. Kết quả trong bảng 2 cho thấy,

giảm khả năng tập trung chú ý thường gặp ở nam giới hơn ở nữ giới, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,04$. Còn lại phần lớn các triệu chứng như giảm trí nhớ gần, rối loạn định hướng thời gian, tăng hoặc giảm dòng ngôn ngữ, rối loạn giấc ngủ nhẹ vào ban đêm và tăng phản ứng giật mình thường gặp ở nữ giới hơn ở nam giới. Tuy nhiên không có sự khác biệt giữa các tỉ lệ với $p > 0,05$. Giảm khả năng tập trung chú ý và giảm duy trì chú ý có thể là đặc điểm chính trong triệu chứng chú ý của sáng. Phần lớn các nghiên cứu đã báo cáo tình trạng giảm khả năng tập trung chú ý trong sáng ở các quần thể khác nhau. Các bài kiểm tra khả năng tập trung chú ý đều có độ nhạy và độ đặc hiệu với sáng. Dimitrios Adamis (2016) nghiên cứu trên một mẫu bao gồm 200 người tham gia chia thành 2 nhóm sáng và suy giảm nhận thức. Kết quả nhận thấy nhóm sáng có giảm khả năng tập trung chú ý hơn suy giảm nhận thức, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Adamis nhận định sử dụng đánh giá chú ý để phân biệt người bệnh sáng và người bệnh sa sút trí tuệ.⁹

Đánh giá nhận thức trong sáng cần đánh giá nhiều nội dung nhưng thông thường đánh giá 2 nội dung chính là rối loạn định hướng và suy giảm trí nhớ. Ở sáng do sự suy giảm chú ý sẽ làm giảm khả năng nhận các thông tin mới. Do đó sẽ có sự rối loạn các năng lực định hướng và trí nhớ.¹⁰ Tỉ lệ rối loạn định hướng trong sáng nằm trong khoảng 43 - 100%.¹¹ José G. Franco và cộng sự (2012) cho biết ở những người bệnh sáng, tỉ lệ rối loạn định hướng chiếm 89,9%.¹² Nghiên cứu của Sandeep Grover (2014) cho kết quả rối loạn định hướng gặp ở 91,8% người bệnh sáng. Trong tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD 10, rối loạn định hướng là một phần không thể thiếu. Kết quả của chúng tôi cho thấy tỉ lệ rối loạn định hướng của nam giới thấp hơn nữ giới. Tuy nhiên không có sự khác biệt giữa các tỉ lệ với $p = 0,1$ (bảng 2).

Suy giảm trí nhớ là một phần của tiêu chuẩn chẩn đoán sáng theo ICD 10. Tỷ lệ suy giảm trí nhớ ở sáng chiếm khoảng 64 - 100.¹¹ Zoë Tiegies và cộng sự (2018) nhận định tình trạng suy giảm trí nhớ ngắn hạn và dài hạn thường gặp ở những người bệnh được chăm sóc giảm nhẹ mắc sáng (tương ứng là 88% và 89%).¹³ Sáng có thể là do sự suy giảm có thể hồi phục của giảm chuyển hóa oxy hóa não và có thể do rối loạn các chất dẫn truyền thần kinh. Sáng thường cấp tính, thoáng qua và có thể hồi phục được. Theo nghiên cứu của chúng tôi, rối loạn trí nhớ trong sáng thường sẽ là suy giảm trí nhớ tức thì và giảm trí nhớ gần. Nếu sáng lâu ngày và khó phục hồi thì lúc đó sẽ suy giảm trí nhớ xa.

Bảng 2 cho thấy tần suất gặp triệu chứng tăng phản ứng giật mình và tăng hoặc giảm dòng ngôn ngữ gặp nhiều ở nữ giới hơn ở nam giới. David J Meagher (2010) tiến hành nghiên cứu trên 303 người bệnh được điều trị nội trú tại một đơn vị chăm sóc giảm nhẹ ở Limerick, Ireland cho biết loại sáng thường gặp nhất ở người bệnh sáng là loại sáng tăng động tiếp đó đến loại sáng giảm động¹⁴. Loại sáng tăng động là loại sáng rõ ràng, dễ nhận biết nhất đối với hầu hết các bác sĩ. Loại sáng tăng động thường có biểu hiện bồn chồn, kích thích, vật vã, nói nhiều và tăng hoạt động nhiều. Tuy nhiên, sáng hỗn hợp thường phổ biến nhất tiếp đó đến loại sáng tăng động¹¹.

Tỷ lệ người bệnh nữ giới có rối loạn giấc ngủ nhẹ vào ban đêm cao hơn tỷ lệ người bệnh nam giới, lần lượt là 57,6% và 42,4%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,5$. Surendra K Mattoo và cộng sự (2012) cho biết rối loạn giấc ngủ chiếm tỷ lệ 99% ở những người bệnh sáng.¹⁵ José G. Franco và cộng sự (2013) tiến hành nghiên cứu trên 592 trường hợp có sáng và không có sáng. Kết quả nghiên cứu cho thấy, hầu hết người bệnh gặp rối loạn chu kỳ thức ngủ. Tần suất gặp là 94,5%.¹² Môi trường

tại khoa cấp cứu hoặc hồi sức rất kích thích đối với người bệnh do cường độ ánh sáng cao, liên tục, nhiều tiếng ồn hơn và tình trạng căng thẳng do nhiều yếu tố xung quanh tác động. Tại khoa cấp cứu Bệnh viện Lão khoa Trung ương, nơi chúng tôi tiến hành nghiên cứu có được chia thành nhiều khu vực, nhiều khu phòng nhỏ, được giảm cường độ ánh sáng và hạn chế tiếng ồn vào buổi tối nên người bệnh cũng giảm nguy cơ bị rối loạn giấc ngủ nghiêm trọng, tỷ lệ đảo ngược hoàn toàn chu kỳ thức ngủ thấp hơn so với các nghiên cứu khác.

Chúng tôi nhận thấy số lượng bệnh lý đang có trước khi xuất hiện sáng ở người bệnh nam giới trung bình là $4,2 \pm 2,2$ cao hơn nữ giới trung bình là $3,8 \pm 1,4$, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,3$ (bảng 3). Nhìn chung người bệnh cao tuổi thường có nhiều bệnh lý phối hợp, gây ra sự khó khăn trong điều trị, sử dụng thuốc đối với các bác sĩ Lão khoa. Michel Elie và cộng sự đã tiến hành phân tích cộng gộp từ 27 bài báo trên tổng 1365 đối tượng bị sáng. Tác giả thống kê có 61 yếu tố nguy cơ khác nhau, trong đó 5 yếu tố phổ biến nhất là sa sút trí tuệ, sử dụng thuốc, số bệnh lý mắc phải, tuổi tác và giới tính nam. 9 trong số 12 nghiên cứu đã tìm thấy mối liên quan giữa số bệnh lý và sáng. Công cụ ước tính Mantel - Haenszel đã tính toán và thấy có nguy cơ xuất hiện sáng gấp 3,8 lần ở nhóm có nhiều bệnh lý mắc phải (OR = 3,8; 95%CI 2,2 - 6,4).¹⁶ Trong 17 bệnh lý được thống kê, trung bình một người bệnh nam mắc hội chứng sáng đang có $4,2 \pm 2,2$. Số bệnh lý nam giới cao hơn nữ giới, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,3$. Tỷ lệ nam giới mắc nhồi máu cơ tim cao, COPD và có sáng cao hơn nhiều so với tỷ lệ nữ giới, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ nữ giới mắc bệnh ung thư có sáng cao hơn rất nhiều so với tỷ lệ nam giới, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,048$ (bảng 3). Harin Kim và các cộng

sự (2016) thống kê 260 trường hợp sáng nhận thấy THA được xem là yếu tố nguy cơ quan trọng. Người bệnh bị THA có nguy cơ cao xuất hiện sáng gấp 2,86 lần so với nhóm chứng (Kim et al. 2016). Điều này có thể do THA là bệnh lý rất thường gặp ở các người bệnh cao tuổi, sự có mặt của THA trong các bệnh lý mắc phải của nhóm đối tượng nghiên cứu là một yếu tố dự báo khả năng cao xuất hiện sáng. Emmanuelle Magny và cộng sự khi thống kê trên 208 đối tượng thì tỉ lệ viêm phổi chiếm 22,1%, đột quỵ 16,8%, suy tim 6,2%.¹⁷ Maura Kennedy và cộng sự (2014) khi đánh giá trên 700 đối tượng trên 65 tuổi thì thấy tỉ lệ viêm phổi trong nhóm sáng không cao, chỉ chiếm 14%. Ngoài ra tỉ lệ suy tim chiếm 3% và đột quỵ 6%. Sock nhiễm khuẩn chỉ gặp trong 1,9% trong khi con số này ở NC của chúng tôi là 29,2%.¹⁸ Nhìn chung tỉ lệ các bệnh lý mắc phải của các nghiên cứu này thấp hơn nhiều so với thống kê của chúng tôi. Điều này có thể được giải thích do chúng tôi lấy người bệnh tại khoa Cấp cứu Bệnh viện Lão khoa, với đặc trưng của bệnh viện thì đây là nơi lưu các người bệnh nặng, diễn biến bệnh phức tạp và tiên lượng dè dặt. Vì vậy so với các nghiên cứu khác lấy người bệnh ở các khoa điều trị nội khoa, điều trị trung hạn thì mô hình bệnh tật trong nghiên cứu của chúng tôi sẽ nặng nề hơn gấp nhiều lần.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ sáng thường gặp ở nhóm tuổi 60 - 69 tuổi. Tỉ lệ nữ cao hơn nam. Tỉ lệ giảm khả năng tập trung chú ý ở nam giới cao hơn nữ giới ($p = 0,04$). Tỉ lệ nam giới mắc nhồi máu cơ tim cao, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, ung thư và có sáng cao hơn nhiều so với tỉ lệ nữ giới ($p < 0,05$).

Lời cảm ơn

Tôi xin chân thành cảm ơn nhi xin chân thà trong nghiên cứu, Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia - Bệnh viện Bạch Mai và Bộ môn điều

dưỡng, Trường Đại học Thăng Long đã tạo điều kiện cho việc thực hiện nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fong TG, Tulebaev SR, Inouye SK. Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. *Nat Rev Neurol*. 2009;5(4):210 - 220. doi:10.1038/nrneurol.2009.24
2. Pisani MA, McNicoll L, Inouye SK. Cognitive impairment in the intensive care unit. *Clin Chest Med*. 2003;24(4):727 - 737. doi:10.1016/s0272 - 5231(03)00092 - 3
3. Han JH, Vasilevskis EE, Chandrasekhar R, et al. Delirium in the Emergency Department and Its Extension into Hospitalization (DELIN-EATE) Study: Effect on 6 - month Function and Cognition. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65(6):1333 - 1338. doi:10.1111/jgs.14824
4. Han JH, Wilson A, Vasilevskis EE, et al. Diagnosing delirium in older emergency department patients: validity and reliability of the delirium triage screen and the brief confusion assessment method. *Ann Emerg Med*. 2013;62(5):457 - 465. doi:10.1016/j.annemergmed.2013.05.003
5. Inouye SK, Westendorp RGJ, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *Lancet*. 2014;383(9920):911 - 922. doi:10.1016/S0140 - 6736(13)60688 - 1
6. Shenkin SD, Fox C, Godfrey M, et al. Delirium detection in older acute medical inpatients: a multicentre prospective comparative diagnostic test accuracy study of the 4AT and the confusion assessment method. *BMC Med*. 2019;17(1):138. doi:10.1186/s12916 - 019 - 1367 - 9
7. McCusker J, Cole M, Abrahamowicz M, Primeau F, Belzile E. Delirium predicts 12 - month mortality. *Arch Intern Med*. 2002;162(4):457 - 463. doi:10.1001/archinte.162.4.457
8. Schubert M, Schürch R, Boettger S, et al. A hospital - wide evaluation of delirium

prevalence and outcomes in acute care patients - a cohort study. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):550. doi:10.1186/s12913 - 018 - 3345 - x

9. Adamis D, Meagher D, Murray O, et al. Evaluating attention in delirium: A comparison of bedside tests of attention. *Geriatr Gerontol Int.* 2016;16(9):1028 - 1035. doi:10.1111/ggi.12592

10. Martins S, Fernandes L. Delirium in Elderly People: A Review. *Front Neurol.* 2012;3. doi:10.3389/fneur.2012.00101

11. American. The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry, Fifth Edition. *Am J Psychiatry.* 2008;165(9):1210. doi:10.1176/appi.ajp.2008.08040493

12. Franco JG, Trzepacz PT, Meagher DJ, et al. Three core domains of delirium validated using exploratory and confirmatory factor analyses. *Psychosomatics.* 2013;54(3):227 - 238. doi:10.1016/j.psych.2012.06.010

13. Tiegies Z, Evans JJ, Neufeld KJ, MacLulich AMJ. The neuropsychology of delirium: advancing the science of delirium assessment. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2018;33(11):1501 - 1511. doi:10.1002/gps.4711

14. Meagher DJ, Leonard M, Donnelly S, Conroy M, Saunders J, Trzepacz PT. A compar-

ison of neuropsychiatric and cognitive profiles in delirium, dementia, comorbid delirium - dementia and cognitively intact controls. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2010;81(8):876 - 881. doi:10.1136/jnnp.2009.200956

15. Mattoo SK, Grover S, Chakravarty K, Trzepacz PT, Meagher DJ, Gupta N. Symptom profile and etiology of delirium in a referral population in northern india: factor analysis of the DRS - R98. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2012;24(1):95 - 101. doi:10.1176/appi.neuropsych.11010009

16. Elie M, Cole MG, Primeau FJ, Bellavance F. Delirium Risk Factors in Elderly Hospitalized Patients. *J Gen Intern Med.* 1998;13(3):204 - 212. doi:10.1046/j.1525 - 1497.1998.00047.x

17. Magny E, Le Petitcorps H, Pociumban M, et al. Predisposing and precipitating factors for delirium in community - dwelling older adults admitted to hospital with this condition: A prospective case series. *PLoS One.* 2018;13(2). doi:10.1371/journal.pone.0193034

18. Kennedy M, Enander RA, Tadiri SP, Wolfe RE, Shapiro NI, Marcantonio ER. Delirium Risk Prediction, Health Care Utilization and Mortality of Elderly Emergency Department Patients. *J Am Geriatr Soc.* 2014;62(3):462 - 469. doi:10.1111/jgs.12692

Summary

CLINICAL FEATURES OF DELIRIUM IN ELDERLY ADULTS TREATED AT THE NATIONAL GERIATRIC HOSPITAL

This is a cross-sectional study aimed to describe the clinical features of delirium in elderly inpatients at The National Geriatric Hospital. 138 patients (i) over 60 years old treated in emergency and intensive care units (ii) had complete information on administration, including: medical history, clinical examination, and para clinical parameters and (iii) a consent agreement was signed by patients or their families to participate in the study. The results showed that the rate of delirium is more common in the age range of 60 - 69 with 75.0%. The percentage of women is higher than that of men (52.9% and 47.1%). The rate of decrease in ability to focus attention in men was 52.1% higher than in women 47.9% ($p = 0.04$). The proportion of men with myocardial

infarction, chronic obstructive pulmonary disease, cancer and delirium was much higher than that of women ($p < 0.05$). Initial studies show typical features in elderly patients with delirium.

Keywords: delirium syndrome, geriatrics.