

MỐI LIÊN QUAN GIỮA SUY YẾU XÃ HỘI VÀ CÁC HỘI CHỨNG LÃO KHOA Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ

Nguyễn Văn Tân^{1,2}, Lê Hữu Phần¹, Trương Minh Khánh¹

Nguyễn Quốc Phòng¹ và Phạm Hòa Bình^{1,2,✉}

¹Trường Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Thống Nhất

Suy yếu xã hội là một khía cạnh quan trọng của lão khoa, có liên quan với nhiều kết cục bất lợi ở người cao tuổi mắc đái tháo đường típ 2. Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện trên 602 bệnh nhân ≥ 60 tuổi mắc đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại phòng khám Nội tiết - Bệnh viện Thống Nhất. Kết quả ghi nhận tỷ lệ suy yếu xã hội theo thang Makizako là 29,1%. Trong phân tích hồi quy logistic đa biến, tuổi cao, trình độ học vấn thấp, suy yếu theo CFS, suy giảm nhận thức, mất ngủ, té ngã và tình trạng dinh dưỡng kém có liên quan độc lập với suy yếu xã hội. Suy yếu xã hội là tình trạng khá phổ biến ở bệnh nhân cao tuổi đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú. Sàng lọc suy yếu xã hội có thể giúp phát hiện sớm nhóm bệnh nhân nguy cơ và định hướng can thiệp phù hợp.

Từ khóa: Suy yếu xã hội, đái tháo đường típ 2, người cao tuổi, hội chứng lão khoa.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Già hóa dân số đang diễn ra nhanh chóng trên toàn cầu, đặt ra nhiều thách thức đối với hệ thống y tế và an sinh xã hội. Tại Việt Nam, theo kết quả tổng điều tra dân số và nhà ở giữa kỳ năm 2024, số người từ 60 tuổi trở lên là 14,2 triệu người, tăng 2,8 triệu người (tương ứng gấp 1,25 lần) so với năm 2019 và dự báo sẽ chạm mốc gần 18 triệu người vào năm 2030.¹ Song hành với quá trình già hóa là sự gia tăng các bệnh mạn tính, đặc biệt là đái tháo đường (ĐTĐ) típ 2 ở người cao tuổi (NCT). ĐTĐ típ 2 không chỉ gây các biến chứng mạn tính mà còn làm gia tăng nguy cơ xuất hiện các hội chứng lão khoa, ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh.²

Trong bối cảnh đó, suy yếu ngày càng được quan tâm trong lĩnh vực lão khoa do liên

quan với giảm dự trữ sinh lý và tăng tính dễ tổn thương ở NCT. Bên cạnh suy yếu thể chất, suy yếu xã hội là một khái niệm tương đối mới nhưng ngày càng được công nhận về vai trò quan trọng đối với sức khỏe NCT. Tình trạng này có liên quan với nhiều kết cục bất lợi như giảm chất lượng cuộc sống, tăng nguy cơ nhập viện, tàn tật và tử vong.³ Đáng chú ý, suy yếu xã hội có thể được xem là điểm khởi đầu của suy yếu nhận thức, tâm thần và thể chất, đồng thời là một trạng thái có thể đảo ngược bằng các biện pháp can thiệp cần thiết.⁴

Nhiều nghiên cứu đã ghi nhận bệnh nhân ĐTĐ típ 2, đặc biệt ở nhóm NCT, có nguy cơ suy yếu cao hơn đáng kể so với người không mắc bệnh.³ Suy yếu ở người bệnh ĐTĐ không chỉ ảnh hưởng đến khả năng tự chăm sóc và tuân thủ điều trị mà còn làm tăng nguy cơ xuất hiện các hội chứng lão khoa khác, tạo nên vòng xoắn bệnh lý phức tạp. Tại Việt Nam, tỷ lệ suy yếu ở bệnh nhân cao tuổi ĐTĐ típ 2 được ghi nhận khoảng 27%, trong khi tỷ lệ tiền suy yếu

Tác giả liên hệ: Phạm Hòa Bình

Trường Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Email: drbinh98@ump.edu.vn

Ngày nhận: 03/06/2026

Ngày được chấp nhận: 22/06/2026

lên đến 54%.⁵ Tuy nhiên, phần lớn các nghiên cứu hiện nay tại Việt Nam chủ yếu tập trung vào suy yếu thể chất hoặc suy yếu nói chung, trong khi dữ liệu về suy yếu xã hội còn rất hạn chế, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân cao tuổi ĐTĐ típ 2. Suy yếu xã hội được xem là một thành phần của quá trình lão hóa đa chiều, phản ánh sự suy giảm nguồn lực và tương tác xã hội ở NCT. Ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy suy yếu xã hội có mối liên quan chặt chẽ với các hội chứng lão khoa và nhiều kết cục sức khỏe bất lợi ở NCT.^{6,7} Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu **“Mối liên quan giữa suy yếu xã hội và các hội chứng lão khoa ở bệnh nhân cao tuổi đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú”** với hai mục tiêu:

- 1) Xác định tỷ lệ suy yếu xã hội;
- 2) khảo sát mối liên quan giữa suy yếu xã hội với các hội chứng lão khoa ở nhóm đối tượng này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Bệnh nhân ≥ 60 tuổi có ĐTĐ típ 2 (được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ) đến khám tại phòng khám Nội tiết - Bệnh viện Thống Nhất trong khoảng thời gian từ tháng 07/2025 đến 01/2026.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Bệnh nhân ≥ 60 tuổi được chẩn đoán ĐTĐ típ 2 theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có các bệnh lý cấp tính nặng cần can thiệp y tế khẩn cấp hoặc đang trong giai đoạn không ổn định (hôn mê do tăng đường huyết/hạ đường huyết, nhồi máu cơ tim cấp, đột quỵ não cấp, suy hô hấp nặng).
- Bệnh nhân có các rối loạn tâm thần hoặc

không thể hoàn thành bộ câu hỏi nghiên cứu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang phân tích.

Địa điểm và thời gian

Nghiên cứu được tiến hành tại phòng khám Nội tiết - Bệnh viện Thống Nhất trong khoảng thời gian từ tháng 07/2025 đến 01/2026.

Cỡ mẫu

Sử dụng công thức ước lượng cỡ mẫu dựa trên một tỷ lệ:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p \cdot (1 - p)}{d^2}$$

Trong đó

n: cỡ mẫu nghiên cứu; a: sai lầm loại 1, chọn giá trị $\alpha = 0,05$ và khoảng tin cậy 95%.

d: sai số mong muốn. Chọn $d = 0,035$.

p: tỷ lệ hiện mắc suy yếu xã hội ước tính.

Theo tổng quan hệ thống và phân tích gộp của Jia và cộng sự, tỷ lệ suy yếu xã hội ở NCT sống tại cộng đồng khoảng 20%, do đó chọn $p = 0,20$.⁴

Cỡ mẫu tối thiểu là 502 bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện.

Quy trình nghiên cứu

Bệnh nhân ≥ 60 tuổi được chẩn đoán ĐTĐ típ 2 đến khám tại phòng khám Nội tiết - Bệnh viện Thống Nhất sẽ được phỏng vấn thu thập thông tin theo Phiếu thu thập được soạn sẵn, được đo chiều cao và cân nặng.

Biến số nghiên cứu

Tuổi, giới, cân nặng, chiều cao (để tính BMI).

Nơi ở, nguồn thu nhập, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, tình trạng gia đình.

Suy yếu theo CFS (từ mức 5 trở lên theo thang điểm CFS), đa bệnh (có từ 2 bệnh trở

lên), đa thuốc (dùng từ 5 thuốc trở lên), suy giảm nhận thức (Mini-Cog < 3 điểm), trầm cảm (PHQ-2 ≥ 3 điểm), mất ngủ (ISI ≥ 8 điểm), té ngã (theo STEADI trong 12 tháng qua), tình trạng dinh dưỡng (MNA-SF: bình thường 12 - 14 điểm, nguy cơ suy dinh dưỡng 8 - 11 điểm, suy dinh dưỡng 0 - 7 điểm).

Suy yếu xã hội được đánh giá bằng thang điểm Đánh giá suy yếu xã hội của Makizako gồm 5 câu hỏi.⁶ Mỗi câu trả lời theo hướng bất lợi (gợi ý suy yếu) được tính 1 điểm: “Có” cho câu 1, 2, 3, 4; “Không” cho câu 5. Tổng điểm 0 - 5: ≥ 2 điểm nghĩa là có suy yếu xã hội.

Phân tích và xử lý số liệu

Số liệu được phân tích và xử lý bằng Stata 14.2. Các biến định tính được mô tả bằng tần số (n) và tỉ lệ (%). Các biến định lượng được mô tả bằng trung bình ± độ lệch chuẩn (phân phối chuẩn) hoặc trung vị [khoảng tứ phân vị] (không có phân phối chuẩn). So sánh sự khác biệt giữa các biến định tính: phép kiểm chi bình phương

hoặc Fisher; so sánh giữa các biến định lượng: phép kiểm T hoặc Mann-Whitney U. Hồi quy logistic được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan đến suy yếu xã hội. Hiện tượng đa cộng tuyến giữa các biến độc lập được đánh giá bằng hệ số phóng đại phương sai (Variance Inflation Factor - VIF). Mức ý nghĩa thống kê: $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này được tiến hành sau khi được sự chấp thuận và thông qua của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Thống Nhất số 122/2025/CN-BVTN-HĐĐĐ ngày 21/07/2025.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi ghi nhận được 602 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu và thu được kết quả như sau:

1. Đặc điểm của dân số nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm nhân trắc học và xã hội của dân số nghiên cứu

Đặc điểm	Tổng (n = 602)	Suy yếu xã hội		Giá trị p
		Có (n = 175)	Không (n = 427)	
Tuổi, TV [KTPV] ^{1*}	71 [65 - 76]	74 [67 - 82]	70 [65 - 74]	< 0,001 ^a
Nhóm tuổi, n (%)				
60 - 69	266 (44,2)	53 (30,3)	213 (49,9)	< 0,001 ^b
70 - 79	240 (39,9)	68 (38,9)	172 (40,3)	
≥ 80	96 (15,9)	54 (30,8)	42 (9,8)	
Giới, n (%)				
Nam	299 (49,7)	79 (45,1)	220 (51,5)	0,155 ^b
Nữ	303 (50,3)	96 (54,9)	207 (48,5)	
BMI, TV [KTPV]	22,9 [21,1 - 24,9]	22,5 [20,3 - 24,6]	23,0 [21,4 - 25,0]	0,022 ^a

Đặc điểm	Tổng (n = 602)	Suy yếu xã hội		Giá trị p
		Có (n = 175)	Không (n = 427)	
Nơi ở, n (%)				
Thành thị	586 (97,3)	168 (96,0)	418 (97,9)	0,190 ^b
Nông thôn	16 (2,7)	7 (4,0)	9 (2,1)	
Nguồn thu nhập, n (%)				
Lương hưu/ trợ cấp/ tiết kiệm	306 (50,8)	65 (37,1)	241 (56,4)	< 0,001 ^b
Con cái nuôi	223 (37,0)	89 (50,9)	134 (31,4)	
Tự kiếm tiền	73 (12,1)	21 (12,0)	52 (12,2)	
Trình độ học vấn, n (%)				
Không đi học	23 (3,8)	15 (8,6)	8 (1,9)	< 0,001 ^b
Cấp 1	81 (13,5)	35 (20,0)	46 (10,8)	
Cấp 2	139 (23,1)	45 (25,7)	94 (22,0)	
Cấp 3	134 (22,3)	34 (19,4)	100 (23,4)	
Cao đẳng/ Đại học/ Sau đại học	225 (37,4)	46 (26,3)	179 (41,9)	
Tình trạng hôn nhân, n (%)				
Còn đủ vợ/chồng	413 (68,6)	91 (52,0)	322 (75,4)	< 0,001 ^b
Không có vợ/chồng	189 (31,4)	84 (48,0)	105 (24,6)	
Tình trạng gia đình, n (%)				
Ở cùng người thân	569 (94,5)	151 (86,3)	418 (97,9)	< 0,001 ^b
Ở một mình	25 (4,2)	19 (10,9)	6 (1,4)	
Ở với người khác	8 (1,3)	5 (2,9)	3 (0,7)	

*TV: trung vị, KTPV: khoảng tứ phân vị

^aPhép kiểm Mann-Whitney U

^bPhép kiểm Chi bình phương

Nhóm có suy yếu xã hội có tuổi cao hơn và BMI thấp hơn so với nhóm không suy yếu xã hội ($p < 0,05$). Đồng thời, nhóm này có tỷ lệ phụ thuộc con cái về nguồn thu nhập, trình độ học

vấn thấp, không có vợ/chồng và sống một mình cao hơn; các khác biệt đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Không ghi nhận sự khác biệt về giới tính và nơi ở giữa hai nhóm ($p > 0,05$).

Bảng 2. Đặc điểm các hội chứng lão khoa của dân số nghiên cứu

Đặc điểm	Tổng (n = 602)	Suy yếu xã hội		Giá trị p
		Có (n = 175)	Không (n = 427)	
Suy yếu theo CFS, n (%)	289 (48,01)	144 (82,29)	145 (33,96)	< 0,001 ^a
Suy giảm nhận thức, n (%)	34 (5,65)	27 (15,43)	7 (1,64)	< 0,001 ^a
Trầm cảm, n (%)	63 (10,47)	43 (24,57)	20 (4,68)	< 0,001 ^a
Mất ngủ, n (%)	250 (41,53)	115 (65,71)	135 (31,62)	< 0,001 ^a
Té ngã, n (%)	135 (22,43)	69 (39,43)	66 (15,46)	< 0,001 ^a
Tình trạng dinh dưỡng, n (%)				
Bình thường	463 (76,91)	93 (53,14)	370 (86,65)	< 0,001 ^a
Nguy cơ suy dinh dưỡng	97 (16,11)	50 (28,57)	47 (11,01)	
Suy dinh dưỡng	42 (6,98)	32 (18,29)	10 (2,34)	
Đa bệnh, n (%)	596 (99,00)	171 (97,71)	425 (99,53)	0,062 ^b
Đa thuốc, n (%)	489 (81,23)	145 (82,86)	344 (80,56)	0,513 ^a

^aPhép kiểm Chi bình phương^bPhép kiểm Fisher

Nhóm có suy yếu xã hội có tỷ lệ suy yếu theo CFS, suy giảm nhận thức, trầm cảm, mất ngủ, té ngã và suy dinh dưỡng cao hơn đáng kể so với nhóm không suy yếu xã hội; các khác biệt đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Trong khi đó, không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về đa bệnh và đa thuốc giữa hai nhóm ($p > 0,05$).

2. Tỷ lệ suy yếu xã hội trên bệnh nhân cao tuổi đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú

Nghiên cứu ghi nhận có 175/602 bệnh nhân có suy yếu xã hội, chiếm tỷ lệ 29,1% (KTC 95%: 25,6 - 32,8%).

3. Mối liên quan giữa suy yếu xã hội với các hội chứng lão khoa

Bảng 3. Mối liên quan giữa suy yếu xã hội với đặc điểm nhân trắc, xã hội và các hội chứng lão khoa

Đặc điểm	Logistic đơn biến			Logistic đa biến*		
	OR	KTC 95%	p	OR hiệu chỉnh	KTC 95%	p
Tuổi (tăng mỗi 1 năm)	1,09	1,07 - 1,12	< 0,001	1,06	1,03 - 1,09	< 0,001
Giới (tham chiếu: Nữ)	0,77	0,54 - 1,10	0,156			

BMI (tăng mỗi 1 kg/m ²)		0,93	0,87 - 0,99	0,015	1,02	0,94 - 1,10	0,676
Nơi ở		1,94	0,71 - 5,28	0,207			
Nguồn thu nhập (tham chiếu:	Con cái nuôi	2,46	1,68 - 3,61	< 0,001	0,75	0,42 - 1,35	0,343
Lương hưu/ trợ cấp /tiết kiệm)	Tự kiếm tiền	1,50	0,84 - 2,66	0,170	1,03	0,48 - 2,21	0,940
Trình độ học vấn (tăng mỗi 1 bậc)		0,67	0,58 - 0,78	< 0,001	0,75	0,61 - 0,95	0,016
Tình trạng hôn nhân (tham chiếu: còn đủ vợ/chồng)		2,98	1,95 - 4,10	< 0,001	1,45	0,92 - 2,29	0,109
Suy yếu theo CFS		9,03	5,84 - 13,98	< 0,001	2,33	1,32 - 4,11	0,004
Suy giảm nhận thức		10,95	4,67 - 25,66	< 0,001	3,58	1,34 - 9,53	0,011
Trầm cảm		6,63	3,77 - 11,67	< 0,001	1,68	0,83 - 3,39	0,149
Mất ngủ		4,15	2,86 - 6,02	< 0,001	1,65	1,02 - 2,66	0,040
Té ngã		3,56	2,38 - 5,32	< 0,001	1,98	1,21 - 3,23	0,006
Tình trạng dinh dưỡng (tăng mỗi 1 bậc)		3,81	2,78 - 5,23	< 0,001	2,10	1,37 - 3,21	0,001
Đa bệnh		0,20	0,04 - 1,11	0,056			
Đa thuốc		1,17	0,74 - 1,85	0,510			

**Không ghi nhận hiện tượng đa cộng tuyến đáng kể giữa các biến độc lập trong mô hình hồi quy đa biến (VIF trung bình = 1,43; VIF dao động từ 1,13 đến 1,87)*

Trong phân tích đa biến, tuổi cao, trình độ học vấn thấp, suy yếu theo CFS, suy giảm nhận thức, mất ngủ, té ngã và tình trạng dinh dưỡng kém có liên quan độc lập với suy yếu xã hội ($p < 0,05$). Trong khi đó, BMI, nguồn thu nhập, tình trạng hôn nhân và trầm cảm không còn ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê sau hiệu chỉnh ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ suy yếu xã hội ở bệnh nhân cao tuổi ĐTD tip 2 điều trị ngoại trú là 29,1%, cho thấy đây là một vấn đề khá phổ biến ở nhóm người bệnh này. Tỷ lệ này cao hơn mức gộp 20,0% được báo

cáo trong phân tích gộp năm 2024 trên NCT sống tại cộng đồng, đồng thời cao hơn một số nghiên cứu tại châu Á, như 11,1% theo bộ câu hỏi 5 mục của Makizako, 7,8% khi đánh giá bằng LSNS-6 ở Nhật Bản, và 24,0% trong nghiên cứu tại Hồng Kông sử dụng SFS-8.^{4,8-10} Tuy nhiên, tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Chulakadabba và cộng sự tại Thái Lan, ghi nhận tỷ lệ suy yếu xã hội là 42,3% ở NCT điều trị ngoại trú.¹¹ Sự khác biệt giữa các nghiên cứu nhiều khả năng liên quan đến khác biệt về quần thể nghiên cứu, đặc điểm nhân khẩu học - xã hội và tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu. Bên cạnh đó, sự không đồng nhất về công cụ đánh giá và ngưỡng phân loại giữa

các nghiên cứu cũng có thể góp phần làm thay đổi tỷ lệ hiện mắc được ghi nhận.

Bên cạnh đó, kết quả của chúng tôi phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đây cho thấy suy yếu xã hội có mối liên quan chặt chẽ với các hội chứng lão khoa ở NCT. Hanlon và cộng sự ghi nhận NCT suy yếu thường có mức độ cô lập xã hội cao hơn, giảm tham gia hoạt động xã hội và thiếu hỗ trợ xã hội. Ngoài ra, tổng quan này cũng cho thấy các thành phần của suy yếu xã hội như cô đơn, cô lập xã hội và giảm tham gia xã hội đều liên quan với tiến triển suy yếu nhanh hơn và giảm khả năng hồi phục tình trạng suy yếu.¹² Điều này gợi ý mối liên quan hai chiều giữa suy giảm chức năng thể chất và hạn chế trong đời sống xã hội, trong đó giảm khả năng vận động làm hạn chế tham gia xã hội, đồng thời thiếu tương tác xã hội và hỗ trợ xã hội có thể thúc đẩy tiến triển suy yếu thông qua giảm hoạt động thể lực và giảm dự trữ chức năng. Mặc dù, suy yếu theo CFS và suy yếu xã hội đều phản ánh tình trạng dễ tổn thương ở NCT, hai công cụ này không hoàn toàn tương đồng. CFS là công cụ đánh giá suy yếu toàn diện, chủ yếu tập trung vào mức độ suy yếu và phụ thuộc chức năng, trong khi thang Makizako được thiết kế để đánh giá các khía cạnh của suy yếu xã hội như tương tác và tham gia xã hội. Do đó, mối liên quan ghi nhận được trong nghiên cứu có thể phản ánh sự tương tác giữa các lĩnh vực khác nhau của quá trình lão hóa đa chiều.

Nhiều nghiên cứu cũng ghi nhận mối liên quan giữa suy yếu xã hội và suy giảm nhận thức. Ong và cộng sự cho thấy điểm chức năng điều hành giảm dần theo mức độ suy yếu xã hội ở NCT sống tại cộng đồng.¹³ Tương tự, Zhang và cộng sự ghi nhận suy yếu xã hội liên quan với tốc độ suy giảm nhận thức toàn bộ, trí nhớ và chức năng điều hành nhanh hơn theo thời gian.¹⁴ Một số nghiên cứu cho rằng duy trì tham gia xã hội giúp tạo kích thích nhận thức, tăng

tương tác giữa các cá nhân và duy trì hoạt động trí tuệ, từ đó góp phần bảo tồn chức năng nhận thức ở NCT.¹⁵ Ngược lại, suy giảm nhận thức có thể làm giảm khả năng giao tiếp, duy trì các mối quan hệ xã hội và tham gia hoạt động cộng đồng. Mối liên quan này cũng cần được diễn giải trong bối cảnh tỷ lệ suy giảm nhận thức trong nghiên cứu là 5,65%. Con số này thấp hơn một số báo cáo trước đây, có thể liên quan đến đặc điểm dân số nghiên cứu là các bệnh nhân điều trị ngoại trú tương đối ổn định, có khả năng duy trì việc tái khám định kỳ. Bên cạnh đó, Mini-Cog là công cụ sàng lọc ngắn gọn nên có thể chưa phát hiện đầy đủ các trường hợp suy giảm nhận thức nhẹ. Tuy vậy, suy giảm nhận thức vẫn duy trì mối liên quan độc lập với suy yếu xã hội trong mô hình đa biến.

Bên cạnh đó, mất ngủ và té ngã cũng có liên quan đến suy yếu xã hội ở NCT. Mất ngủ kéo dài thường đi kèm với tình trạng mệt mỏi ban ngày, giảm năng lượng và hạn chế tham gia các hoạt động xã hội. Ngược lại, tình trạng cô lập xã hội và cô đơn cũng có thể ảnh hưởng bất lợi đến chất lượng giấc ngủ. Một tổng quan hệ thống của Griffin và cộng sự cho thấy cô đơn có liên quan với giảm chất lượng giấc ngủ và tăng triệu chứng mất ngủ.¹⁶ Tương tự, Azizi-Zeinalhajlou và cộng sự ghi nhận cả cô lập xã hội khách quan và chủ quan đều liên quan với rối loạn giấc ngủ ở NCT.¹⁷ Đối với té ngã, Ong và cộng sự ghi nhận nhóm có suy yếu xã hội kết hợp rối loạn chức năng điều hành có nguy cơ té ngã cao hơn đáng kể.¹³ Té ngã có thể làm NCT giảm tự tin khi vận động, hạn chế ra ngoài và giảm tham gia các hoạt động cộng đồng, từ đó làm nặng thêm tình trạng cô lập xã hội.

Ngược lại, chúng tôi không ghi nhận mối liên quan giữa đa bệnh, đa thuốc và suy yếu xã hội. Đối với đa bệnh, hầu hết đối tượng nghiên cứu đều có từ hai bệnh đồng mắc trở lên (99,0%), dẫn đến sự mất cân đối trong phân bố của biến

số này. Điều này làm giảm độ biến thiên của biến và có thể hạn chế khả năng phát hiện mối liên quan giữa đa bệnh và suy yếu xã hội trong phân tích thống kê.

Ngoài ra, tình trạng dinh dưỡng kém cũng được ghi nhận có liên quan với suy yếu xã hội trong nhiều nghiên cứu trước đây. Ông và cộng sự cho thấy nhóm có suy yếu xã hội kết hợp suy giảm chức năng điều hành có nguy cơ chán ăn cao hơn.¹³ Ở bệnh nhân cao tuổi ĐTD típ 2, mối liên quan này có thể được lý giải bởi nhiều cơ chế đan xen. NCT có suy yếu xã hội thường thiếu hỗ trợ trong việc mua sắm, chuẩn bị bữa ăn và duy trì chế độ ăn phù hợp với bệnh ĐTD; sống cô lập cũng có thể làm giảm động lực ăn uống và chất lượng bữa ăn. Bên cạnh đó, các khó khăn về kinh tế, hạn chế trong tiếp cận thực phẩm phù hợp và suy giảm chức năng cũng có thể góp phần ảnh hưởng bất lợi đến tình trạng dinh dưỡng ở nhóm đối tượng này. Ngược lại, suy dinh dưỡng có thể làm giảm sức cơ, giảm khả năng vận động và làm nặng thêm tình trạng hạn chế tham gia xã hội.

Bên cạnh các hội chứng lão khoa, nghiên cứu ghi nhận tuổi cao hơn liên quan độc lập với suy yếu xã hội, phù hợp với y văn cho thấy nguy cơ suy yếu xã hội tăng theo tuổi. Trong bài tổng quan của Makizako, ghi nhận tỷ lệ suy yếu xã hội tăng rõ ở các nhóm tuổi cao hơn, còn tác giả Huang nhấn mạnh suy yếu xã hội là hiện tượng đa chiều, đan xen với suy giảm thể chất, nhận thức và tâm lý trong tiến trình lão hóa.^{6,7}

Ngoài các yếu tố liên quan với nguy cơ suy yếu xã hội cao hơn, chúng tôi ghi nhận trình độ học vấn có vai trò bảo vệ. Phát hiện này phù hợp với nghiên cứu của Montayre tại Hồng Kông, trong đó học vấn cao hơn liên quan với mức độ suy yếu xã hội thấp hơn.¹⁰ Mối liên quan này có thể được lý giải một phần bởi việc

giáo dục và hoàn cảnh kinh tế - xã hội đã được tích hợp trong một số công cụ đánh giá suy yếu xã hội hiện hành.⁶

HẠN CHẾ NGHIÊN CỨU

Do thiết kế cắt ngang, chưa thể xác định quan hệ nhân quả giữa suy yếu xã hội và các hội chứng lão khoa. Nghiên cứu được thực hiện tại một trung tâm duy nhất và sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện trên bệnh nhân ngoại trú, do đó có thể tồn tại sai lệch chọn mẫu và hạn chế khả năng khái quát hóa kết quả cho toàn bộ NCT ĐTD típ 2. Ngoài ra, một số thông tin được thu thập bằng phỏng vấn có thể chịu ảnh hưởng của sai lệch nhớ lại.

HƯỚNG NGHIÊN CỨU TƯƠNG LAI

Các nghiên cứu tương lai cần thiết kế theo hướng theo dõi dọc, đa trung tâm để làm rõ mối quan hệ nhân quả giữa suy yếu xã hội và các hội chứng lão khoa, cũng như đánh giá tác động của suy yếu xã hội lên các kết cục quan trọng như nhập viện, té ngã, suy giảm chức năng, chất lượng cuộc sống và tử vong.

V. KẾT LUẬN

Ở bệnh nhân cao tuổi ĐTD típ 2 điều trị ngoại trú, suy yếu xã hội là một tình trạng khá phổ biến. Sau khi hiệu chỉnh các yếu tố nhiễu, suy yếu xã hội có liên quan độc lập với tuổi cao hơn, suy giảm nhận thức, mất ngủ, té ngã và tình trạng dinh dưỡng kém; trong khi trình độ học vấn cao hơn có liên quan với nguy cơ suy yếu xã hội thấp hơn. Kết quả này phản ánh những mối liên quan được ghi nhận trong nghiên cứu cắt ngang và cho thấy cần cần nhắc lòng ghép sàng lọc suy yếu xã hội vào chăm sóc ngoại trú ở người bệnh cao tuổi ĐTD típ 2 nhằm phát hiện sớm các đối tượng nguy cơ và định hướng can thiệp phù hợp.

LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi chân thành cảm ơn Bệnh viện Thống Nhất đã hỗ trợ trong thời gian nghiên cứu này được tiến hành.

XUNG ĐỘT LỢI ÍCH

Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và xuất bản bài báo.

CUNG CẤP DỮ LIỆU VÀ THÔNG TIN NGHIÊN CỨU

Tác giả liên hệ sẽ cung cấp dữ liệu nếu có yêu cầu từ Ban biên tập

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tổng cục Thống kê. Thông cáo báo chí kết quả điều tra dân số và nhà ở giữa kỳ năm 2024. Accessed May 20, 2026, <https://www.nso.gov.vn/du-lieu-va-so-lieu-thong-ke/2025/01/thong-cao-bao-chi-ket-qua-dieu-tra-dan-so-va-nha-o-giua-ky-nam-2024/>.

2. Lin C-L, Wu H-C, Yu N-C, Liu Y-C, Chien W-C. Factors associated with geriatric syndromes in older adults with type 2 diabetes. *Aging Clin Exp Res*. 2025; 38(1): 1. doi:10.1007/s40520-025-03263-6.

3. Xu Z, Zhou R, Zhou X, Zhang Z, Li Q, Wang G. The current state and development trends of frailty research in diabetic patients: a bibliometric analysis. *Front Med (Lausanne)*. 2025; 12: 1529218. doi:10.3389/fmed.2025.1529218.

4. Jia B, Wang Z, Zhang T, Yue X, Zhang S. Prevalence of social frailty and risk factors among community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr*. 2024; 123: 105419. doi:10.1016/j.archger.2024.105419.

5. Lê Thị Mỹ Phượng, Nguyễn Hữu Ân, Nguyễn Trần Tố Trân, Nguyễn Văn Trí. Tỷ lệ

suỵ yếu và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 cao tuổi điều trị ngoại trú. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*. 2021; 2-CD2:188-192.

6. Makizako H, Tsutsumimoto K, Shimada H, Arai H. Social Frailty Among Community-Dwelling Older Adults: Recommended Assessments and Implications. *Ann Geriatr Med Res*. 2018; 22(1): 3-8. doi:10.4235/agmr.2018.22.1.3.

7. Huang C, Sirikul W, Buawangpong N. Social frailty in community-dwelling older adults: a scoping review. *BMC Geriatr*. 2025;25(1):329. doi:10.1186/s12877-025-05971-0

8. Tsutsumimoto K, Doi T, Makizako H, et al. Association of Social Frailty With Both Cognitive and Physical Deficits Among Older People. *J Am Med Dir Assoc*. 2017; 18(7): 603-607. doi:10.1016/j.jamda.2017.02.004.

9. Sugie M, Harada K, Nara M, et al. Prevalence, overlap, and interrelationships of physical, cognitive, psychological, and social frailty among community-dwelling older people in Japan. *Arch Gerontol Geriatr*. 2022; 100: 104659. doi:10.1016/j.archger.2022.104659.

10. Montayre J, Kuo K, Leung KMC. Social Frailty Prevalence among Older People in Hong Kong. *J Ageing Longev*. 2024; 4(3): 225-233. doi:10.3390/jal4030016.

11. Chulakadabba K, Chalerm Sri C. Social Frailty in Older Thai Outpatients: Prevalence, Associated Factors and 6-Month Outcomes. *Psychogeriatrics : the official journal of the Japanese Psychogeriatric Society*. 2026; 26(2): e70144doi:10.1111/psyg.70144.

12. Hanlon P, Wightman H, Politis M, et al. The relationship between frailty and social vulnerability: a systematic review. *Lancet Healthy Longev*. 2024; 5(3): e214-e226. doi:10.1016/s2666-7568(23)00263-5.

13. Ong M, Pek K, Tan CN, et al. Social Frailty and Executive Function: Association with Geriatric Syndromes, Life Space and Quality of Life in Healthy Community-Dwelling Older Adults. *J Frailty Aging*. 2022; 11(2): 206-213. doi:10.14283/jfa.2021.43.

14. Zhang H, Hao M, Hu Z, et al. Social frailty and its association with cognitive trajectories in older adults: a prospective cohort study. *Alzheimers Res Ther*. 2025; 17(1): 50. doi:10.1186/s13195-025-01687-w.

15. James BD, Wilson RS, Barnes LL, Bennett DA. Late-Life Social Activity and Cognitive Decline in Old Age. *J Int Neuropsychol*

Soc. 2011; 17(6): 998-1005. doi:10.1017/S1355617711000531.

16. Griffin SC, Williams AB, Ravyts SG, MladenSN, RybarczykBD. Loneliness and sleep: A systematic review and meta-analysis. *Health Psychol Open*. 2020; 7(1): 2055102920913235. doi:10.1177/2055102920913235.

17. Azizi-Zeinalhajlou A, Mirghafourvand M, Nadrian H, Samei Sis S, Matlabi H. The contribution of social isolation and loneliness to sleep disturbances among older adults: a systematic review. *Sleep Biol Rhythms*. 2022; 20(2): 153-163. doi:10.1007/s41105-022-00380-x.

Summary

ASSOCIATION BETWEEN SOCIAL FRAILITY AND GERIATRIC SYNDROMES IN OLDER OUTPATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

Social frailty is an important aspect of geriatrics and is associated with many adverse outcomes in older adults with type 2 diabetes mellitus (T2DM). A descriptive cross-sectional study was conducted on 602 outpatients aged ≥ 60 years old with T2DM at the Endocrinology Clinic of Thong Nhat Hospital. The prevalence of social frailty according to the Makizako questionnaire was 29.1%. In multivariable logistic regression analysis, older age, lower educational level, frailty according to the Clinical Frailty Scale (CFS), cognitive impairment, insomnia, falls, and poor nutritional status were independently associated with social frailty. Social frailty was a relatively common condition among older outpatients with T2DM. Screening for social frailty may assist early identification of high-risk patients early thus guide appropriate interventions.

Keywords: Social frailty, type 2 diabetes mellitus, older adults, geriatric syndromes.