

CHARACTERISTICS OF FRAILITY IN ELDERLY ACUTE ISCHEMIC STROKE PATIENT TREATED WITH ENDOVASCULAR REVASCULARIZATION

Trang Mong Hai Yen*, Huynh Quoc Duc, Le Dinh Thanh

Thong Nhat Hospital - 1 Ly Thuong Kiet, Ward 14, Tan Binh Dist, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 16/08/2024

Revised: 30/08/2024; Accepted: 12/10/2024

ABSTRACT

Objective: This study aimed to characterize frailty in elderly patients who have acute ischemic stroke (AIS) treated with endovascular revascularization.

Patients and methods: A prospective research analyses elderly AIS patients who was treated with endovascular revascularization patients from April 2023 to December 2023, in 108 Military Hospital.

Results: The rate of patients < 75 years old are 81.7%; and 68.3% of patients are male; 29.3% of patients have university degree or higher. Lifestyle: 42.7% of patients use alcohol currently; 23.2% of patients have smoking habit. Marital status: 97.6% of patients are married. The Mean of ADL is 5.4 score, IADL is 7.0 score, number of diseases is 1.63 score, Frailty is 3.7 score. Age group < 75 years old has CFS mean is 3.5 score and age group > 75 years old has CFS mean is 4.3 score ($p = 0.011$). Patients who have a habit of using alcohol have higher frailty scores than patients who have quit using alcohol or never use alcohol ($p = 0.012$). Patients who have a habit of smoking have higher frailty scores than patients who have quit smoking or never smoke ($p = 0.09$). There's a statistically significant difference in CFS score among the age groups of patients ($p = 0.003$). As age increases, CFS score increases. There's statistically significant difference in CFS score with patient's IADL (instrumental activities of daily living) ($p = 0.01$). As IADL decreases, CFS score increases. There's a statistically significant difference in CFS score with patient's ADL ($p < 0.001$). As ADL decreases, CFS score increases.

Conclusion: The older patients, the higher risk of frailty. There is a statistically significant relationship between age group, smoking habits and alcohol use with frailty scores. We also used linear regression to statistic and the results showed that as age increased, frailty increased; as IADL and ADL decrease, CFS increases.

Keywords: CFS, IADL, ADL, Frailty, Elderly acute ischemic stroke.

*Corresponding author

Email: trangmonghaiyen@gmail.com **Phone:** (+84) 908060098 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD10.1616**

ĐẶC ĐIỂM HỘI CHỨNG DỄ BỊ TỔN THƯƠNG Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI NHỒI MÁU NÃO CẤP SAU CAN THIỆP NỘI MẠCH

Trang Mộng Hải Yên*, Huỳnh Quốc Đức, Lê Đình Thanh

Bệnh viện Thống Nhất - Số 1 Lý Thường Kiệt, P. 14, Q. Tân Bình, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 16/08/2024

Chỉnh sửa ngày: 30/08/2024; Ngày duyệt đăng: 12/10/2024

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm mục đích mô tả hội chứng dễ bị tổn thương ở bệnh nhân cao tuổi bị nhồi máu não cấp (AIS) được điều trị bằng can thiệp tái thông nội mạch.

Phương pháp: Nghiên cứu tiền cứu phân tích các bệnh nhân AIS cao tuổi được điều trị bằng can thiệp nội mạch từ tháng 4 năm 2023 đến tháng 12 năm 2023, tại Bệnh viện Quân y 108. Chúng tôi sử dụng ADL, iADL và CFS (thang điểm yếu lâm sàng) để xác định tình trạng yếu sức trước đột quỵ và mRS sau đột quỵ 1 tháng và 3 tháng là kết quả chính.

Kết quả: Tỷ lệ bệnh nhân < 75 tuổi là 79,1%; và 68,3% bệnh nhân là nam giới; ADL là 5,4 điểm, IADL là 7,0 điểm, điểm suy yếu là 3,7 điểm. Nhóm tuổi < 75 tuổi có CFS trung bình là 3,5 điểm và nhóm tuổi > 75 tuổi có CFS trung bình là 4,0 điểm ($p=0,06$). Bệnh nhân có thói quen sử dụng rượu có điểm suy yếu cao hơn bệnh nhân đã bỏ rượu hoặc không bao giờ sử dụng rượu ($p=0,03$). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm CFS giữa các nhóm tuổi của bệnh nhân ($p=0,003$). Khi tuổi tăng lên, điểm CFS tăng lên. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm CFS với IADL của bệnh nhân ($p=0,01$). Khi IADL giảm, điểm CFS tăng. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm CFS với ADL của bệnh nhân ($p<0,001$). Khi ADL giảm, điểm CFS tăng.

Kết luận: Bệnh nhân càng lớn tuổi thì nguy cơ bị hội chứng dễ bị tổn thương càng cao. Có mối quan hệ có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi, thói quen hút thuốc và sử dụng rượu với điểm số yếu đuối. Chúng tôi cũng sử dụng phương pháp hồi quy tuyến tính để thống kê và kết quả cho thấy tuổi càng tăng thì tỷ lệ bị hội chứng dễ bị tổn thương càng tăng; khi IADL và ADL giảm, CFS tăng.

Từ khóa: CFS, IADL, ADL, Hội chứng dễ bị tổn thương, nhồi máu não cấp ở người cao tuổi.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ là nguyên nhân thứ hai gây tử vong và tàn tật trên toàn thế giới, đặc biệt ở người cao tuổi và trở thành gánh nặng cho người bệnh, gia đình và xã hội. Cho đến nay, với nhồi máu não cấp, tái thông mạch máu sớm là một trong những mục tiêu quan trọng được đặt ra để cứu vùng não chưa chết và đưa bệnh nhân trở lại cuộc sống bình thường nhiều nhất trong khả năng có thể. Ngoài ra, một số yếu tố lâm sàng, như tuổi tác, độ nặng của bệnh, bệnh tim thiếu máu cục bộ và các bệnh đi kèm, có liên quan đến nguy cơ tử vong cao hơn [1-3]. Tuy nhiên, các nghiên cứu về các đặc điểm và tỷ lệ tử vong trước đột quỵ còn rất ít.

Theo thống kê của Tổng cục Dân số, giai đoạn 2019 – 2021, tỷ lệ người cao tuổi tăng từ 11,68 lên 12,08% [4].

Già hóa dân số diễn ra trên toàn cầu trong đó có Việt Nam, dẫn đến tần suất mắc các bệnh mãn tính ngày càng tăng cũng như làm thay đổi dần cơ cấu các bệnh gây tử vong trên toàn thế giới. Hội chứng dễ bị tổn thương là một hội chứng lâm sàng phổ biến ở người lớn tuổi, có nguy cơ gia tăng dẫn đến tình trạng sức khỏe kém bao gồm té ngã, tàn tật do sự cố, nhập viện và tử vong [5] và dẫn đến kết quả bất lợi gia tăng khi bị các yếu tố căng thẳng [6,7]. Bệnh nhân càng lớn tuổi thì càng dễ bị Hội chứng dễ bị tổn thương. Hội chứng dễ bị tổn thương xảy ra do sự suy giảm chức năng tích tụ ở hệ thống nhiều cơ quan trong cơ thể, đặc trưng bởi trạng thái căng thẳng với các yếu tố căng thẳng và dự đoán kết quả cũng như hậu quả bất lợi cho sức khỏe của người bệnh. Tình trạng

*Tác giả liên hệ

Email: trangmonghaiyen@gmail.com Điện thoại: (+84) 908060098 <https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD10.1616>

suy yếu làm tăng thời gian nằm viện, tàn tật và tỷ lệ tử vong lâu dài lên 3,75 [8]. Tỷ lệ người cao tuổi mắc Hội chứng dễ bị tổn thương trên thế giới là 24,6%, ở Việt Nam là 31,9%. Tỷ lệ này tăng lên 66,8% ở bệnh nhân đột quỵ cao tuổi [9]. Vì đột quỵ là một yếu tố gây căng thẳng nghiêm trọng nên việc khám phá mối liên hệ giữa tình trạng Hội chứng dễ bị tổn thương và tỷ lệ tử vong ở những người sống sót sau đột quỵ là điều hợp lý.

Vì vậy, câu hỏi đặt ra là liệu tình trạng suy nhược có ảnh hưởng đến kết quả lâm sàng ở bệnh nhân cao tuổi bị đột quỵ do thiếu máu cục bộ đang trải qua tái thông mạch máu hay không. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: *Đánh giá đặc điểm Hội chứng dễ bị tổn thương ở bệnh nhân cao tuổi bị nhồi máu não cấp được can thiệp nội mạch.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Dân số nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi là phân tích trên bệnh nhân nhồi máu não cấp được can thiệp nội mạch tại Bệnh viện Quân y 108 từ tháng 4/2024 đến tháng 12/2024.

- *Tiêu chuẩn lựa chọn:*

- 1) người lớn tuổi từ 65 tuổi trở lên;
- 2) Tổn thương tắc cấp nằm ở các động mạch não lớn đó là: Động mạch não giữa (M1,M2), động mạch cảnh, động mạch đốt sống, động mạch nền;
- 3) Bệnh nhân được chỉ định tái thông mạch máu nội mạch (ASPECT \geq 6đ, NIHSS $>$ 6đ, mRS 0-1 trước đột quỵ);
- 4) Hình ảnh CT Scan đầu không cho thấy xuất huyết;
- 5) tự nguyện tham gia vào nghiên cứu này và đưa ra sự đồng ý có hiểu biết.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:*

- 1) Bệnh nhân mắc bệnh lý về huyết học gây chảy máu;
- 2) uống thuốc chống đông máu có INR $>$ 3;
- 3) số lượng tiểu cầu trước thủ thuật dưới 50.000/uL;
- 4) Người bệnh đang ở giai đoạn cuối của bệnh nội khoa hoặc bệnh tâm thần, thần kinh ảnh hưởng đến việc đánh giá thần kinh và phục hồi chức năng thần kinh sau can thiệp;

5) ASPECT trên ảnh chụp CT $<$ 6;

6) Có bằng chứng tương tự cho thấy bệnh nhân bị u não, dị tật động mạch – tĩnh mạch, xuất huyết nội sọ cấp tính.

2.2. Đánh giá hội chứng dễ bị tổn thương

Hoạt động sinh hoạt hàng ngày là một chuỗi các hoạt động cơ bản được thực hiện hàng ngày bởi các cá nhân cần thiết cho cuộc sống tự lập ở nhà hoặc trong cộng đồng. ADL được sử dụng như một chỉ báo về trạng thái chức năng của một người. Việc không thể thực hiện ADL dẫn đến sự phụ thuộc vào các cá nhân hoặc thiết bị cơ khí khác. Việc không thể thực hiện các hoạt động thiết yếu của cuộc sống hàng ngày có thể dẫn đến điều kiện không an toàn và chất lượng cuộc sống kém.

Các loại ADL: Các hoạt động sinh hoạt hàng ngày được phân loại thành ADL cơ bản và Hoạt động công cụ của cuộc sống hàng ngày (IADL). ADL cơ bản (BADL) hoặc ADL thể chất là những kỹ năng cần thiết để quản lý các nhu cầu thể chất cơ bản của một người, bao gồm vệ sinh hoặc chải chuốt cá nhân, mặc quần áo, đi vệ sinh, di chuyển hoặc đi lại và ăn uống. Các Hoạt động Công cụ trong Cuộc sống Hàng ngày (IADL) bao gồm các hoạt động phức tạp hơn liên quan đến khả năng sống độc lập trong cộng đồng. Điều này sẽ bao gồm các hoạt động như quản lý tài chính và thuốc men, chuẩn bị thức ăn, dọn phòng, giặt giũ.

ADL cơ bản bao gồm các loại sau:

- Đi lại: Mức độ khả năng của một cá nhân để di chuyển từ vị trí này sang vị trí khác và đi lại độc lập.
- Ăn uống: Khả năng của một người để tự ăn.
- Cách mặc quần áo: Khả năng lựa chọn quần áo phù hợp và mặc quần áo vào.
- Vệ sinh cá nhân: Khả năng tự tắm rửa, chải chuốt và giữ gìn vệ sinh răng miệng, chăm sóc móng tay, tóc.
- Tự chủ: Khả năng kiểm soát chức năng bàng quang và ruột
- Đi vệ sinh: Khả năng đi vào và ra khỏi nhà vệ sinh, sử dụng nó một cách thích hợp và tự làm sạch.

ADL công cụ là những ADL đòi hỏi kỹ năng tư duy phức tạp hơn, bao gồm cả kỹ năng tổ chức.



1. Rất khỏe - Cường tráng, năng động, giàu năng lượng và nhiệt tình, thường xuyên thể dục.



2. Khỏe - Không có triệu chứng bệnh đang hoạt động nhưng không khỏe như nhóm 1. Thường thể dục hay thỉnh thoảng năng động (từng khoảng thời gian).



3. Còn khỏe - Các vấn đề sức khỏe được kiểm soát tốt ngoại trừ đi bộ thì thường ít năng động.



4. Dễ bị tổn thương - Mặc dù không phụ thuộc nhưng triệu chứng bệnh giới hạn hoạt động. Thường than phiền chậm chạp và/hoặc mệt mỏi trong ngày.



5. Suy yếu nhẹ - Chậm chạp thấy rõ và cần giúp đỡ trong các hoạt động cao cấp của IADLs (tài chính, phương thức đi lại, công việc nhà nặng, dùng thuốc). Cụ thể là ảnh hưởng đến mua sắm, ra đường một mình, chuẩn bị bữa ăn và công việc nhà.



6. Suy yếu trung bình - Cần giúp đỡ trong tất cả công việc ở ngoài nhà và trong việc giữ nhà. Trong nhà thì thường có vấn đề với leo cầu thang, cần trợ giúp tắm rửa và một ít trợ giúp trong mặc quần áo.



7. Suy yếu nặng - Phụ thuộc hoàn toàn trong chăm sóc cá nhân dù bất kể nguyên nhân gì. Tuy nhiên, thường ổn định và không có nguy cơ cao tử vong trong 6 tháng.



8. Suy yếu rất nặng - Phụ thuộc hoàn toàn, đang ở giai đoạn cuối đời. Điển hình, không thể hồi phục kể cả với bệnh nhẹ.



9. Bệnh giai đoạn cuối - Đang ở giai đoạn cuối đời. Phân nhóm này áp dụng cho bất cứ ai có kì vọng sống < 6 tháng, kể cả không có bằng chứng suy yếu.

Hình 1. Thang điểm suy yếu lâm sàng CSHA

2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Những người tham gia đáp ứng tiêu chí thu nhận và không đáp ứng tiêu chí loại trừ được đưa vào nghiên cứu. Bệnh nhân được can thiệp tái thông nội mạch cấp cứu theo quy trình của Bệnh viện Quân y 108. Nghiên cứu viên tiến hành trao đổi với bệnh nhân và gia đình về mục đích nghiên cứu và lấy ý kiến đồng ý, sau đó tiến hành phỏng vấn, khám nghiệm. Tất cả hồ sơ bệnh án bao gồm các xét nghiệm lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và phác đồ can thiệp nội mạch. Sau khi xuất viện, bệnh nhân được theo dõi sau 1 và 3 tháng qua điện thoại.

2.4. Phân tích thống kê

Các biến định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn đối với các biến liên tục có phân phối chuẩn, trung vị và khoảng tứ phân vị đối với các biến liên tục không có phân phối chuẩn. Các biến định tính được mô tả bằng tần suất và tỷ lệ phần trăm.

Phép kiểm χ^2 hoặc phép kiểm chính xác Fisher (khi bất kỳ tần số kỳ vọng nào có giá trị < 5) được sử dụng để phân tích các biến định lượng

Đối với các biến định lượng, phép thử t (so sánh phương sai) được sử dụng để phân tích các biến có phân phối chuẩn và phép thử Mann-Whitney phi tham số được sử dụng để phân tích các biến không có phân phối chuẩn. Ngoài ra, chúng tôi đã sử dụng hồi quy logistic đa biến để xác định tác động độc lập của tình trạng suy nhược đối với khả năng phục hồi thần kinh trong 3 tháng của bệnh nhân.

Giá trị p hai bên < 0,05 được coi là biểu thị sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Hội đồng Đánh giá Thê chế của chúng tôi đã phê duyệt nghiên cứu này (Tham khảo: 851/GCN-HDDDN-CYSH-DHYHN, ngày 30 tháng 6 năm 2023).

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu

	Biến số	Số lượng (tỉ lệ)
Tuổi	< 75	72 (79,1)
	>75	19 (20,9)
Giới tính	Nam	61 (66,0)
	Nữ	30 (33,0)
Học vấn	Mù chữ	01 (1,1)
	Tiểu học	17 (18,7)
	Phổ thông cơ sở	33 (36,3)
	Phổ thông trung học	16 (17,6)
	Đại học/sau đại học	24 (26,4)
Rượu bia	Không bao giờ	35 (38,5)
	Thỉnh thoảng	21 (23,1)
	Thường xuyên	35 (38,5)
Hút thuốc	Không bao giờ	38 (41,8)
	Thỉnh thoảng	34 (37,4)
	Thường xuyên	19 (20,9)

Biến số		Số lượng (tỉ lệ)
Tình trạng hôn nhân	Có kết hôn	89 (97,8)
	Đơn thân	01 (1,2)
Khu vực sinh sống	Thành thị	38 (41,8)
	Nông thôn	53 (58,2)
Tổn thương thủ phạm	Động mạch não giữa	41 (43,6)
	Động mạch cảnh trong	25 (26,6)
	Động mạch đốt sống	8 (8,5)
	Động mạch thân nền	20 (21,3)
Trung bình (SD)	Điểm ADL	5,4 (1,3)
	Điểm iADL	7,0 (1,6)
	Đa bệnh	1,66 (1,0)
	Suy yếu (CFS)	3,9 (1,1)
	mRS sau 1 tháng (D30)	3,9 (1,1)
	mRS sau 3 tháng (D90)	2,2 (1,7)

- Tỷ lệ bệnh nhân < 75 tuổi là 79,1%, bệnh nhân > 75 tuổi chiếm 20,9%.

- 66% bệnh nhân là nam và 33% là nữ và 24% có trình độ đại học trở lên.

- Thói quen sử dụng rượu: 38,5% hiện đang sử dụng rượu, 23,1% đã cai rượu và 38,5% không bao giờ sử dụng rượu.

- Thói quen hút thuốc: 20,9% có thói quen hút thuốc, 37,4% đã bỏ thuốc lá và 41% không bao giờ hút thuốc.

- Tình trạng hôn nhân: 97,8% đã có gia đình, 1,2% ly hôn/góa.

- Khu vực sinh sống: 41,8% ở thành thị và 58,2% ở nông thôn.

- Động mạch thủ phạm tổn thương: 43,6% ở não giữa, 26,6% ở động mạch cảnh, 8,5% ở động mạch đốt sống và 21,3% ở nền đáy.

- SD của ADL là 5,4 điểm, iADL là 7,0 điểm, số bệnh là 1,6 điểm, Suy yếu là 3,7 điểm.

- Sau khi theo dõi, SD của mRS ngày 30 và ngày 90 là 3,9 và 2,2

Bảng 2. So sánh đặc điểm cơ bản giữa bệnh nhân đột quỵ có và không có yếu cơ

Đặc điểm		Trung bình (SD) of CFS	p
Tuổi	<75	3,5 (1,1)	0,06
	>75	4,0 (0,9)	
Giới tính	Nam	3,5 (1,2)	0,48
	Nữ	3,7 (0,9)	
Học vấn	Mù chữ	3,0 (0,0)	0,4
	Tiểu học	4,0 (1,1)	
	Phổ thông cơ sở	3,4 (0,9)	
	Phổ thông trung học	3,4 (0,9)	
	Đại học/sau đại học	3,7 (1,4)	
Rượu bia	Không bao giờ	3,6 (0,9)	0,03
	Thỉnh thoảng	4,1 (1,1)	
	Thường xuyên	3,3 (1,2)	
Hút thuốc	Không bao giờ	3,6 (1,1)	0,15
	Thỉnh thoảng	3,8 (1,1)	
	Thường xuyên	3,2 (0,9)	
Tổn thương thủ phạm	Động mạch não giữa	3,6 (0,9)	0,97
	Động mạch cảnh trong	3,6 (1,0)	0,23
	Động mạch đốt sống	4,0 (1,4)	0,4
	Động mạch thân nền	4,0 (1,1)	0,13

- Nhóm tuổi < 75 tuổi có điểm trung bình CFS là 3,5 và nhóm tuổi > 75 tuổi có điểm trung bình CFS là 4,0. Có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê về điểm CFS giữa 2 nhóm tuổi ($p=0,06$).

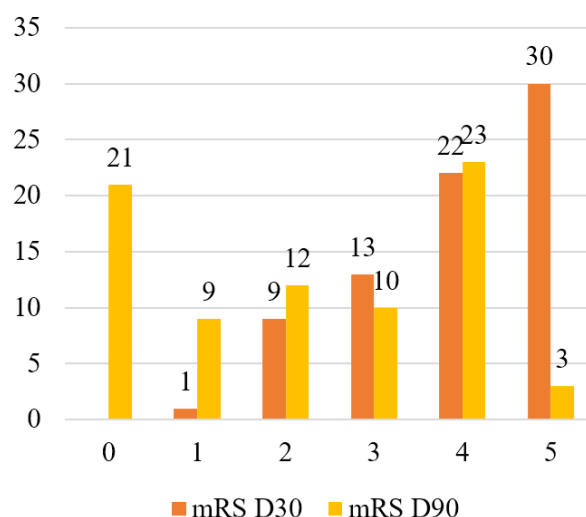
- trung bình CFS ở bệnh nhân nam là 3,7 điểm, và nữ là 3,7 điểm.

- Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm CFS giữa các nhóm bệnh nhân có trình độ học vấn khác nhau.

- Bệnh nhân có thói quen sử dụng rượu có điểm suy yếu cao hơn bệnh nhân đã bỏ rượu hoặc không bao giờ sử dụng rượu. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm CFS giữa các nhóm này ($p = 0,03$).

- Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm CFS giữa các nhóm này ($p=0,15$).

- Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm CFS giữa các nhóm tổn thương động mạch thủ phạm của bệnh nhân.



Biểu đồ 1. mRS vào ngày thứ 30 và mRS vào ngày thứ 90 của người tham gia

Tại ngày thứ 30 không có bệnh nhân nào có mRS 0, trong đó số bệnh nhân có mRS 5 chiếm nhiều nhất. Vào ngày thứ 90, số bệnh nhân có mRS 0 gần như cao nhất và số bệnh nhân có mRS 5 là thấp nhất.

Bảng 3. Hồi quy tuyến tính giữa các yếu tố liên quan với điểm CFS

Đặc điểm	B	95%CI	P value
Tuổi	0,021	0,02-0,04	0,03
Giới tính	0,096	-0,50-0,69	0,75
Tình trạng học vấn	-0,186	-0,38-0,008	0,06
Rượu bia	0,021	-0,322-0,365	0,9
Hút thuốc lá	0,15	-0,15-0,45	0,32
Khu vực sống	-0,5	-0,92-(-0,08)	0,02
IADL	-0,34	-0,52 – (-0,16)	<0,05
ADL	-0,23	-0,38 – (-0,08)	0,003
Động mạch não giữa	0,46	-0,03-0,96	0,07
Động mạch cảnh trong	0,16	-0,31- 0,62	0,5
Động mạch đốt sống	0,16	-0,48-0,79	0,62
Động mạch thân nền	0,59	-0,006-1,18	0,05

- Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm CFS giữa các nhóm tuổi của bệnh nhân ($p=0,03$). Khi tuổi tăng lên, điểm CFS tăng lên.

- Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm CFS với chỉ số IADL (hoạt động sinh hoạt hàng ngày) của bệnh nhân ($p < 0,05$). Khi IADL giảm, điểm CFS tăng.

- Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm CFS với ADL của bệnh nhân ($p=0,003$). Khi ADL giảm, điểm CFS tăng.

Bảng 4. Hồi quy đa biến mRS D30 và CFS về mRS D90

Đặc điểm	OR	95%CI	P value
mRS D30	1,16	0,95 – 1,37	<0,001
CFS	0,28	0,08 – 0,48	<0,008

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mRS vào ngày thứ 30 và CFS với mRS vào ngày thứ 90 của bệnh nhân.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, cỡ mẫu là 91 bệnh nhân, trong đó nhóm bệnh nhân dưới 75 tuổi chiếm 79,1%. Điểm suy yếu trung bình của dân số nghiên cứu là 3,7 điểm.

Ngay cả khi chúng tôi không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi < 75 tuổi và CFS ($p=0,06$), chúng tôi vẫn tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuổi và tình trạng suy yếu khi thực hiện hồi quy tuyến tính ($p=0,03$). Bệnh nhân càng lớn tuổi thì suy yếu càng nhiều. Nhận xét này cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Kim Trinh với người tham gia suy yếu có tuổi lớn hơn người không suy yếu (tuổi trung bình $78,7 \pm 7,6$ so với $68,1 \pm 6,4$, $p < 0,001$) [10].

Một nghiên cứu trước đây cho thấy tỷ lệ suy yếu là 12% (KTC 95%: 11% - 14%) ở nhóm tuổi 60 - 69 nhưng 31% (KTC 95%: 29% - 34%) ở nhóm tuổi 80 - 89 [11]. Kết quả của chúng tôi cho thấy tỷ lệ bệnh tật tăng theo tuổi ($B = 0,021$; $p = 0,03$), tương tự với phát hiện của tác giả Yamada và Arai [12]. Có nhiều nghiên cứu cho thấy mối liên quan giữa các bệnh đi kèm như tiểu đường [13], tiền sử suy tim [14], bệnh động mạch vành [15] và rung nhĩ [16] hoặc các yếu tố nguy cơ đột quỵ và mức độ nghiêm trọng của đột quỵ, tỷ lệ tử vong, tình trạng chức năng hoặc kết hợp các kết quả này. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả cho thấy có mối liên hệ giữa tiền sử sử dụng rượu và mức độ suy yếu. Những bệnh nhân có thói quen sử dụng rượu có điểm suy yếu cao hơn những bệnh nhân đã bỏ rượu hoặc không bao giờ sử dụng rượu. Có sự khác biệt đáng kể về điểm CFS giữa các nhóm này ($p = 0,03$). Hơn nữa, bệnh nhân sống ở nông thôn có điểm CFS thấp hơn. Theo một nghiên cứu đoàn hệ ở Hàn Quốc [17], cư dân nông thôn có tỷ lệ suy yếu cao hơn cư dân thành thị (17,4% so với 10,3%), chủ yếu là do tỷ lệ mất sức (33,2% so với 23,8%) và suy yếu cao hơn (50,9% so với 15,8%), mặc dù họ ít có khả năng có tốc độ đi bộ chậm hơn (8,4% so với 26,9%). Kết quả này được tác giả giải thích là do độ tuổi trung bình của người dân sống ở nông thôn cao hơn, điều kiện chăm sóc và theo dõi y tế kém hơn ở thành thị nên có nguy cơ suy yếu cao hơn. Tuy nhiên, ở Việt Nam, nông thôn và thành thị không cách nhau quá xa, chủ yếu là nông

dân, quen với lao động chân tay từ nhỏ, khẩu phần ăn cũng không dư thừa như ở thành thị. Bên cạnh đó, mức độ hoạt động trong cuộc sống hàng ngày cũng cao hơn. Hơn nữa, khu vực nông thôn ít bị ô nhiễm bởi bụi từ xe cộ và hoạt động công nghiệp, ít ô nhiễm tiếng ồn hơn. Có lẽ đó là lý do tại sao cuộc sống của người dân nông thôn ở khía cạnh nào đó lành mạnh hơn.

Chúng tôi nhận thấy rằng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm CFS với IADL của bệnh nhân ($p = 0,01$). Khi IADL giảm, điểm CFS tăng. Và có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm CFS với ADL của bệnh nhân ($p < 0,001$). Khi ADL giảm, điểm CFS tăng. Mối quan hệ giữa hội chứng suy yếu và khuyết tật đã chỉ ra rằng hội chứng này rất dễ xảy ra và do đó, một loạt các biến cố khuyết tật có thể được dự đoán thông qua ADL, khuyết tật IADL và khả năng phục hồi kém.

CFS là một công cụ phổ biến để đánh giá hồi cứu tình trạng suy yếu trong bối cảnh cấp tính. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đây là mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mRS vào ngày thứ 30 và CFS với mRS vào ngày thứ 90 của bệnh nhân ($p < 0,001$ và $p < 0,008$). Tương tự với kết quả nghiên cứu của Paola Forti và cộng sự [18], CFS có liên quan đến việc tăng nguy cơ mắc tất cả các kết quả ngoại trừ xuất viện kéo dài. Trong tình trạng suy yếu nghiêm trọng (CFS 7-8), OR (KTC 95%) là 3,44 (2,33-5,07) cho kết quả chức năng kém, 0,53 (0,38-0,75) cho xuất viện kéo dài, 1,89 (0,36-263) cho xuất viện không thuận lợi và 6,24 (3,80-10,26) cho khả năng phục hồi kém (tham khảo CFS 1-3). Hoặc trong một nghiên cứu khác [19], CFS có liên quan đáng kể đến kết quả chức năng kém (mRS sau 90 ngày [aOR] 1,54, khoảng tin cậy 95% [CI] 1,04-2,28, $P = 0,032$).

Điểm mRankins được sử dụng để đo lường mức độ khuyết tật hoặc sự phụ thuộc vào hoạt động hàng ngày của những người bị đột quỵ hoặc các nguyên nhân khác gây ra khuyết tật thần kinh. Can thiệp nội mạch cấp cứu ở bệnh nhân nhồi máu não cấp được khuyến cáo ở nhóm IA, không chỉ vì nó có thể giúp cứu sống bệnh nhân mà còn giảm tàn tật và gánh nặng y tế cho bệnh nhân sau đột quỵ. Mối quan hệ giữa tình trạng suy yếu (được CFS đánh giá trong nghiên cứu của chúng tôi) và mRS sau đột quỵ ở bệnh nhân trải qua tái thông mạch máu nội mạch cho thấy ảnh hưởng của tình trạng suy nhược đến quá trình hồi phục. Tình trạng suy nhược khiến bệnh nhân đi lại khó khăn đồng nghĩa với việc vật lý trị liệu để phục hồi sau đột quỵ cũng khó khăn.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân càng lớn tuổi thì nguy cơ bị hội chứng dễ bị tổn thương càng cao. Có mối quan hệ có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi và việc sử dụng rượu với điểm yếu. CFS có thể được sử dụng để dự đoán kết quả mRS sau 1 tháng và 3 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Ronning OM, Stavem K. Predictors of mortality following acute stroke: a cohort study with 12 years of follow-up. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2012;21[5]: 369e72. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2010.09.012>.
- [2] Fekadu G, Chelkeba L, Melaku T, Tegene E, Kebede A. 30-day and 60-day rates and predictors of mortality among adult stroke patients: prospective cohort study. *Ann Med Surg* 2020;53:1e11. <https://doi.org/10.1016/j.am-su.2020.03.001>.
- [3] de Oliveira ADP, de Andrade-Valença LPA, Valença MM. Factors associated with in-hospital mortality in very elderly patients with ischemic stroke: A cohort study. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2019;28[10]:104281. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2019.06.039>.
- [4] https://vietnam.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/nguoi_cao_tuoi_vn_report_18.3.pdf
- [5] Qui-an Lixue. The Frailty Syndrome: Definition and Natural History. *Clin Geriatr Med*. 2011 Feb; 27(1): 1–15. doi: 10.1016/j.cger.2010.08.009. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3028599/>
- [6] Avers D. Chapter 13 - the older adult who is frail. In: Avers D, Wong RA, editors. *Guccione's geriatric physical therapy*. fourth ed. St. Louis (MO): Mosby; 2020. p. 283e308.
- [7] Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet* 2013;381(9868):752e62. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\[12\] 62167-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736[12] 62167-9).
- [8] Jennifer K Burton JS, Mairi Blair, Sinead Oxley, Amy Wass, Martin Taylor-Rowan, Terence J Quinn. Prevalence and implications of frailty in acute stroke: systematic review & meta-analysis *Oxford Academic*. 2022;51[3]
- [9] Huyen Thi Thanh Vu TXN, Tu N. Nguyen, Anh Trung Nguyen, Robert Cumming, Sarah Hilmer & Thang Pham Prevalence of frailty and its associated factors in older hospitalised patients in Vietnam. *BMC Geriatrics*. 2017;
- [10] Trinh Ngo Thi Kim et al (2022) Evaluation of frailty and predictors of mortality in elderly patients with acute ischemic stroke, *Journal of clinical medicine*, vol 80/2022
- [11] O’Caoimh R, Sezgin D, O’Donovan MR, Molloy DW, Clegg A, Rockwood K, et al. Prevalence of frailty in 62 countries across the world: a systematic review and meta-analysis of population-level studies. *Age Ageing*. 2021;50:96-104
- [12] Yamada M , Arai H. Predictive Value of Frailty Scores for Healthy Life Expectancy in Community-Dwelling Older Japanese Adults. *J Am Med Dir Assoc*. 2015;16:1002.e7-11
- [13] Weimar C, Ziegler A, König IR, Diener HC. Predicting functional outcome and survival after acute ischemic stroke. *J Neurol*. 2002;249:888-95
- [14] Appelros P, Nydevik I, Viitanen M. Poor outcome after first-ever stroke: predictors for death, dependency, and recurrent stroke within the first year. *Stroke*. 2003;34:122-6.
- [15] Kaplan RC, Tirschwell DL, Longstreth WT, Jr., Manolio TA, Heckbert SR, Lefkowitz D, et al. Vascular events, mortality, and preventive therapy following ischemic stroke in the elderly. *Neurology*. 2005;65:835-42.
- [16] Kramer SF, Hung SH, Brodtmann A. The Impact of Physical Activity Before and After Stroke on Stroke Risk and Recovery: a Narrative Review. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2019;19:28.
- [17] Il Young Jang MD. et al. Rural and urban disparities in Frailty and aging – related health condition in Korea. *Journal of American Geriatrics Society*. 21 April 2016. <https://doi.org/10.1111/jgs.14074>
- [18] Paola Forti, Marianna Ciani, Fabiola Maioli. Association between frailty assessed by the Clinical Frailty Scale 2.0 and outcomes of acute stroke in older patients. doi: <https://doi.org/10.1101/2023.12.05.23299569>
- [19] Benamin E Q Tan. Effect of frailty on outcomes of endovascular treatment for acute ischaemic stroke in older patients. *Age Ageing*. 2022 Apr 1;51[4]:afac096.doi: 10.1093/ageing/afac096.