

INITIAL COMPREHENSIVE GERIATRIC ASSESSMENT OF ELDERLY INPATIENTS AT THE DEPARTMENT OF CARDIOLOGY, THONG NHAT HOSPITAL

Nguyen Van Be Hai¹, Vo Thi Thuy Lien¹,
Nguyen Thi Phuong Dung¹, Nguyen Thuy Dung¹, Le Quoc Hung¹,
Nguyen Thi Mai Huong¹, Bui Xuan Khai², Trinh Tran Quang¹, Tran Le Vy², Nguyen Thanh Huan^{3*}

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

²University of Health Sciences, Vietnam National University at Ho Chi Minh City - Hai Thuong Lan Ong Street,
Ho Chi Minh City National University Urban Area, Dong Hoa Ward, Di An City, Binh Duong Province, Vietnam

³University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh city - 217 Hong Bang, Ward 11, Dist 5, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 04/09/2024

Revised: 10/09/2024; Accepted: 14/10/2024

ABSTRACT

Objective: To survey disease patterns and comprehensive geriatric assessment in the elderly at the Department of Cardiology.

Method: Cross-sectional descriptive study on elderly patients treated at the Department of Cardiology, Thong Nhat Hospital.

Results: The study included 185 elderly patients. Common co-morbidities include hypertension (88,6%), dyslipidemia (92,4%), ischemic heart disease (43,2%) and type 2 diabetes (27,6%). The most common geriatric problem is IADL dependence (instrumentalactivities of daily living) with 47,6%. The female group has a rate of impairment in instrumentelactivities of daily living and rate of frailty was significantly higher in the male group. Females also have higher rates of decline in life activities, malnutrition, depression and dementia, but this is not statistically significant.

Conclusion: In elderly patients at the Department of Cardiology, the most common geriatric problem is IADL dependence. Women have more geriatric problems than men. Comprehensive geriatric assessment is essential in the examination and treatment of elderly patients.

Keywords: Cardiovascular disease, elderly patient, comprehensive geriatric assessment.

*Corresponding author

Email: huannguyen@ump.edu.vn **Phone:** (+84) 909097849 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD10.1624**

BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ LÃO KHOA TOÀN DIỆN Ở CÁC BỆNH NHÂN NỘI TRÚ CAO TUỔI TẠI KHOA NỘI TIM MẠCH BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Nguyễn Văn Bé Hai¹, Võ Thị Thùy Liên¹,
Nguyễn Thị Phương Dung¹, Nguyễn Thùy Dung¹, Lê Quốc Hưng¹,
Nguyễn Thị Mai Hương¹, Bùi Xuân Khải², Trịnh Trần Quang¹, Trần Lê Vy², Nguyễn Thanh Huân^{3*}

¹Bệnh viện Thống Nhất - Số 1 Lý Thường Kiệt, P. 14, Q. Tân Bình, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam
²Trường Đại học Khoa học Sức khỏe, Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh - Đường Hải Thượng Lãn Ông, Khu đô thị Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh, P. Đông Hòa, Tp. Dĩ An, Tỉnh Bình Dương, Việt Nam
³Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh - Số 217 Hồng Bàng, P. 11, Q. 5, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/09/2024

Chỉnh sửa ngày: 10/09/2024; Ngày duyệt đăng: 14/10/2024

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát mô hình bệnh tật và đánh giá lão khoa toàn diện ở người cao tuổi tại Khoa Nội tim mạch.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang trên các bệnh nhân cao tuổi điều trị tại khoa Nội tim mạch, Bệnh viện Thống Nhất.

Kết quả: Nghiên cứu đã thu thập được 185 bệnh nhân cao tuổi. Những bệnh đồng mắc thường gặp bao gồm tăng huyết áp (88,6%), rối loạn lipid máu (92,4%), bệnh tim thiếu máu cục bộ (43,2%) và đái tháo đường type 2 (27,6%). Vấn đề lão khoa thường gặp nhất là phụ thuộc IADL (các hoạt động sống hàng ngày phụ thuộc phương tiện) với 47,6%. Nhóm nữ giới có tỷ lệ suy giảm hoạt động sống hàng ngày phụ thuộc phương tiện và tỷ lệ suy yếu cao hơn có ý nghĩa nhóm nam. Giới nữ cũng có tỷ lệ suy giảm hoạt động sống, tỷ lệ suy dinh dưỡng, trầm cảm và sa sút trí tuệ cao hơn nhưng chưa có ý nghĩa thống kê.

Kết luận: Ở các bệnh nhân cao tuổi tại khoa Nội tim mạch Bệnh viện Thống Nhất, vấn đề lão khoa thường gặp nhất là phụ thuộc IADL. Giới nữ có các vấn đề lão khoa cao hơn nam giới. Đánh giá lão khoa toàn diện là rất cần thiết trong thăm khám và điều trị các bệnh nhân cao tuổi.

Từ khóa: Bệnh tim mạch, người cao tuổi, đánh giá lão khoa toàn diện.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dân số thế giới đang gia tăng nhanh chóng trong những thập kỷ gần đây và dự đoán sẽ đạt 9,7 tỷ vào năm 2050. Cùng lúc đó, xu hướng già hóa dân số toàn cầu cũng ngày càng gia tăng và trở thành mối bận tâm hàng đầu của các quốc gia trên toàn thế giới. Dân số người cao tuổi từ 60 tuổi trở lên ước tính sẽ đạt 2,1 tỷ vào năm 2050 [1]. Tỷ lệ người cao tuổi ở Việt Nam cũng không nằm ngoài xu hướng phát triển chung đó. Năm 1989 tỷ lệ người cao tuổi ở Việt Nam chiếm 7,2% dân số, theo dự báo của Ủy ban Quốc gia Người cao tuổi thì tỷ lệ này có thể đạt 16,8% vào năm 2029. [2]. Đi cùng với sự gia tăng dân số người cao tuổi là sự gia tăng tình trạng lão hóa cùng nhiều vấn đề sức khỏe phổ biến và đặc trưng ở người cao tuổi liên quan đến những thay đổi sinh lý liên quan đến tuổi tác, các tình trạng lão khoa đồng thời (như đa bệnh, đa thuốc, suy yếu...) và các yếu tố xã hội khác như tài chính, hỗ trợ xã hội. Lão hóa được đặc trưng bởi

sự mất dần và thay đổi chức năng của nhiều hệ cơ quan [3]. Tiếp cận bệnh nhân cao tuổi ngoài điều trị các vấn đề bệnh tật, người thầy thuốc cần quan tâm đánh giá lão khoa toàn diện nhằm tìm ra những hội chứng lão hóa có thể ảnh hưởng đến chất lượng sống, nhằm điều trị bệnh dựa trên cá thể hóa bệnh nhân [2]. Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này tại bệnh viện Thống Nhất thành phố Hồ Chí Minh nhằm khảo sát mô hình bệnh tật và đánh giá lão khoa toàn diện ở người cao tuổi tại Khoa Nội tim mạch.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang.

*Tác giả liên hệ

Email: huannguyen@ump.edu.vn Điện thoại: (+84) 909097849 <https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD10.1624>

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Khoa Nội tim mạch, Bệnh viện Thống Nhất TP. Hồ Chí Minh từ tháng 8 năm 2023 đến hết tháng 5 năm 2024.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân ≥ 60 tuổi được điều trị tại khoa Nội tim mạch.

- Tiêu chuẩn chọn vào

Các bệnh nhân ≥ 60 tuổi điều trị tại khoa Nội tim mạch.

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân không thể hoàn thành bộ câu hỏi.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

Chọn cỡ mẫu liên tục thuận tiện. Thực tế, chúng tôi thu thập được 185 bệnh nhân.

2.3. Định nghĩa biến số

Các đặc điểm dịch tễ chung: Tuổi (tính bằng năm), giới (nam, nữ), chiều cao, cân nặng, chỉ số khối cơ thể (BMI).

Các bệnh đồng mắc được ghi nhận gồm tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh tim thiếu máu cục bộ, tai biến mạch máu não, rối loạn lipid máu, rung nhĩ, suy tim, bệnh van tim.

Phụ thuộc hoạt động chức năng cơ bản (ADL, activities of daily living, theo thang điểm Katz < 6), phụ thuộc hoạt động chức năng sinh hoạt (IADL, instrumental activities of daily living, theo thang điểm Lawton < 8).

Đánh giá dinh dưỡng: Theo thang điểm MNA-SF. Điểm ≤ 7 : Suy dinh dưỡng

Suy yếu: Là biến nhị giá, được định nghĩa khi thang

điểm Suy yếu Lâm sàng (CFS, Clinical Frailty Scale) từ 5 điểm trở lên.

Trầm cảm: Là biến nhị giá, đánh giá dựa vào GDS-15. Điểm ≥ 6 : Có trầm cảm

Nguy cơ té ngã: Biến nhị giá, theo thang điểm John Hopkin. Điểm ≥ 14 : Nguy cơ cao

Sa sút trí tuệ: Biến nhị giá, theo thang điểm MMSE. Điểm ≤ 23 : Sa sút trí tuệ

Nguy cơ thuyên tắc huyết khối: Biến nhị giá, theo thang điểm PADUA. Điểm ≥ 4 : Nguy cơ cao

Nguy cơ chảy máu: Biến nhị giá, theo thang điểm IM-PROVE. Điểm > 7 : Nguy cơ cao

2.4. Thu thập số liệu

Đối với bệnh nhân nội trú tại thời điểm 2 – 3 ngày sau nhập viện khi tình trạng bệnh ổn định, người tham gia nghiên cứu được hỏi bệnh, khám lâm sàng, đo chiều cao, cân nặng, hỏi các bộ câu hỏi liên quan đến đánh giá lão khoa toàn diện vào phiếu thu thập số liệu.

2.5. Xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu được phân tích bằng R. Các biến số định tính được trình bày theo tần số và tỉ lệ. Các biến số định lượng được trình bày theo trung bình và độ lệch chuẩn (nếu có phân phối bình chuẩn) hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị (nếu có phân phối không chuẩn). Phép kiểm chi bình phương hoặc Fisher chính xác so sánh hai tỉ lệ, phép kiểm t so sánh hai số trung bình. Khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu chỉ quan sát, không can thiệp vào quá trình điều trị. Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Thống Nhất.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm của dân số nghiên cứu (n = 185)

		Chung N = 185	Nam N = 84	Nữ N = 101	p
Tuổi (năm)		74,21 \pm 9,27	73,89 \pm 9,34	74,47 \pm 9,24	0,677**
Nhóm tuổi, n (%)	60-69	66 (35,9)	33 (39,3)	33 (33,0)	0,535*
	70-79	69 (37,5)	28 (33,3)	41 (41,0)	
	≥ 80	49 (26,6)	23 (27,4)	26 (26,0)	
BMI	BMI (kg/m ²)	22,76 \pm 3,51	23,20 \pm 3,53	22,39 \pm 3,48	0,118**
	Chiều cao (cm)	158,57 \pm 7,43	164,73 \pm 5,61	153,46 \pm 4,14	<0,001**
	Cân nặng (kg)	57,48 \pm 10,94	63,01 \pm 10,10	52,88 \pm 9,41	<0,001**

*Chi bình phương, **phép kiểm t

Chúng tôi thu thập được 185 bệnh nhân cao tuổi, trong đó có 84 (45,4%) bệnh nhân nam và 101 (54,6%) bệnh nhân nữ. Bảng 1 cho thấy tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $74,21 \pm 9,27$; không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi trung bình, tỷ lệ các nhóm tuổi và chỉ số BMI giữa hai giới. Tuy nhiên, nam giới có chiều cao và cân nặng cao hơn nữ giới có ý nghĩa thống kê.

Bảng 2. Đặc điểm bệnh đồng mắc trên người cao tuổi (n = 185)

Bệnh đồng mắc, n (%)	Chung N = 185	Nam N = 84	Nữ N = 101	p
Tăng huyết áp	164 (88,6)	73 (86,9)	91 (90,1)	0,495*
Đái tháo đường	51 (27,6)	20 (23,8)	31 (30,7)	0,287*
Rối loạn lipid máu	171 (92,4)	78 (92,9)	93 (92,1)	0,842*
Bệnh mạch vành mạn	80 (43,2)	38 (45,2)	42 (41,6)	0,617*
Bệnh van tim	16 (8,6)	8 (9,5)	8 (7,9)	0,699*
Suy tim	39 (21,1)	18 (21,4)	21 (20,8)	0,916*
Tai biến mạch máu não	9 (4,9)	6 (7,1)	3 (3,0)	0,304†
Rung nhĩ	31 (16,8)	14 (16,7)	17 (16,8)	0,976*

*Chi bình phương, †Fisher chính xác

Bảng 2 cho thấy ba bệnh đồng mắc thường gặp ở đối tượng nghiên cứu là tăng huyết áp, rối loạn lipid máu và đái tháo đường type 2; ngược lại, tai biến mạch máu não là bệnh ít gặp nhất. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các bệnh đồng mắc giữa 2 giới.

Bảng 3. Đánh giá lão khoa toàn diện (n = 185)

Đánh giá lão khoa	Chung N = 185	Nam N = 84	Nữ N = 101	p	
Phụ thuộc ADL, n (%)	19 (10,3)	7 (8,3)	12 (10,4)	0,429*	
Phụ thuộc IADL, n (%)	88 (47,6)	32 (38,1)	56 (55,4)	0,019*	
Dinh dưỡng MNA-SF	Bình thường, n (%)	100 (54,1)	52 (61,9)	48 (47,5)	0,141*
	Nguy cơ SDD, n (%)	55 (29,7)	20 (23,8)	35 (34,7)	
	Suy dinh dưỡng, n (%)	30 (16,2)	12 (14,3)	18 (17,8)	
NPRS, (điểm)	$1,17 \pm 1,55$	$1,07 \pm 1,44$	$1,26 \pm 1,64$	0,418**	
Suy yếu CFS, n (%)	Không	51 (27,6)	32 (38,1)	19 (18,8)	0,012*
	Suy yếu rất nhẹ	89 (48,1)	36 (42,9)	53 (52,5)	
	Suy yếu	45 (24,3)	16 (19,0)	29 (28,7)	
	Giai đoạn cuối	0			
Trầm cảm GDS-SF, n (%)	Không	160 (86,5)	75 (89,3)	85 (84,2)	0,375*
	Nhẹ	18 (9,7)	8 (9,5)	10 (9,9)	
	Trung bình	5 (2,7)	1 (1,2)	4 (3,9)	
	Nặng	2 (1,1)	0 (0,0)	2 (2,0)	
Nguy cơ cao John Hopskin, n (%)	7 (3,8)	3 (3,6)	4 (4,0)	0,601†	

Đánh giá lão khoa	Chung N = 185	Nam N = 84	Nữ N = 101	p
Sa sút trí tuệ MMSE, n (%)	31 (16,8)	10 (11,9)	21 (20,8)	0,107*
Nguy cơ cao PADUA, n (%)	19 (10,3)	8 (9,5)	11 (10,9)	0,760*
Nguy cơ cao IMPROVE, n (%)	8 (4,3)	6 (7,1)	2 (2,0)	0,087†

*Chi bình phương, **phép kiểm t, †Fisher chính xác

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy (Bảng 3):

- Vấn đề lão khoa thường gặp nhất là phụ thuộc IADL (hoạt động sống hàng ngày phụ thuộc phương tiện). Bệnh nhân nữ có tỷ lệ phụ thuộc IADL cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nam giới.

- Giới nữ cũng có tỷ lệ phụ thuộc các hoạt động hằng ngày (ADL) cao hơn nam giới tuy nhiên chưa có ý nghĩa thống kê.

- Giới nữ có tỷ lệ suy dinh dưỡng, nguy cơ suy dinh dưỡng và tỷ lệ sa sút trí tuệ cao hơn nam giới nhưng không có ý nghĩa thống kê

- Trong nghiên cứu của chúng tôi có tới 48,1% bệnh nhân suy yếu rất nhẹ và 24,3% bệnh nhân suy yếu, không có bệnh nhân nào bệnh giai đoạn cuối. Tỷ lệ suy yếu cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm nữ giới so với nam giới.

- Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu không trầm cảm theo GDS-SF, chỉ có khoảng 1,1% bệnh nhân trầm cảm mức độ nặng. Nữ có tỷ lệ trầm cảm cao hơn nam nhưng không có ý nghĩa thống kê.

- Bệnh nhân nữ có nguy cơ cao té ngã (John Hopskin), nguy cơ thuyên tắc (PADUA) và chảy máu (IMPROVE) cao hơn bệnh nhân nam nhưng không có ý nghĩa thống kê.

4. BÀN LUẬN

Người cao tuổi có nguy cơ cao mắc các bệnh tim mạch do các biến đổi sinh lý của hệ tim mạch liên quan đến tuổi cùng với tăng các nguy cơ tim mạch truyền thống khác. Bệnh tim mạch ở người cao tuổi thường khó kiểm soát do có nhiều bệnh đồng mắc cùng với tình trạng lão hóa như suy yếu, suy giảm nhận thức, thiếu cơ, trầm cảm... làm tăng tỷ lệ tử vong [4].

Nghiên cứu này được tiến hành trên 185 người cao tuổi (≥ 60 tuổi) ghi nhận các bệnh tim mạch phổ biến ở người cao tuổi là tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, bệnh tim thiếu máu cục bộ và đái tháo đường type 2. Mô hình bệnh tim mạch ở người cao tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Phan Chung Thùy Lynh và cộng sự hay nghiên cứu của Nguyễn Xuân Kiên và cộng sự nhưng tỷ lệ mắc bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn đáng kể [5, 6]. Sự khác biệt này là do nghiên cứu của chúng tôi được lấy mẫu

tại khoa nội tim mạch trong khi hai nghiên cứu trên lấy mẫu chung trong bệnh viện.

Việc phát hiện sớm các vấn đề của bệnh nhân lão khoa giúp can thiệp sớm, tránh biến chứng và cải thiện chất lượng cuộc sống. Do đó đánh giá lão khoa toàn diện là kỹ năng tiên quyết trong thăm khám lâm sàng lão khoa nhằm tránh bỏ sót, tránh phiến diện [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân được đánh giá lão khoa toàn diện với nhiều khía cạnh thông qua các bộ câu hỏi được soạn sẵn.

Tỷ lệ suy giảm các hoạt động sống hàng ngày (ADL) trong nghiên cứu là 10,3% và không liên quan đến tuổi. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Trung Anh và cộng sự cũng ghi nhận giới không phải là yếu tố nguy cơ của suy giảm chức năng hoạt động hàng ngày [7].

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ suy giảm các hoạt động sống hàng ngày phụ thuộc phương tiện (IADL) là 47,6% và nữ giới có tỷ lệ suy giảm cao hơn có ý nghĩa, tương tự với nghiên cứu của Lê Anh Tú ở đối tượng các bệnh nhân đái tháo đường cao tuổi là 59,9% [8]. Một nghiên cứu ở Trung Quốc trên bệnh nhân cao tuổi nhận thấy tuổi giới nữ có tỷ lệ suy giảm IADL cao hơn bên cạnh các yếu tố khác như tuổi cao, không kết hôn, sống ở nông thôn [9].

Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có tình trạng dinh dưỡng bình thường (54,1%) theo thang điểm MNA-SF, tương tự với nghiên cứu của Fritz Kather và cộng sự, tuy nhiên trong nghiên cứu này chỉ có 4,9% bệnh nhân suy dinh dưỡng, thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi là 16,2%. Nguyên nhân có thể là do nghiên cứu này được thực hiện trên các bệnh nhân châu Âu với chỉ số BMI trung bình trong nghiên cứu là $27,0 \pm 4,7$ [10].

Suy yếu rất phổ biến ở người cao tuổi và liên quan đến các biến chứng. Nghiên cứu chúng tôi nhận thấy bệnh nhân tiền suy yếu chiếm tỷ lệ cao nhất (48,1%) và nữ có nguy cơ suy yếu cao hơn có ý nghĩa so với nam. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của Nina Mielke và cộng sự cũng ghi nhận bệnh nhân tiền suy yếu chiếm tỷ lệ cao nhất với 46% và giới nữ có tỷ lệ suy yếu cao hơn nam giới nhưng ít nặng hơn và cải thiện nhanh hơn [11].

Trầm cảm là nguyên nhân hàng đầu gây khuyết tật và

là một trong những gánh nặng bệnh tật chính trên toàn cầu. Tỷ lệ trầm cảm theo thang điểm GPS trong nghiên cứu của chúng tôi là 13,6% và không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai giới. Kết quả tương tự cũng được tìm thấy trong nghiên cứu của Phạm Ngọc Long và cộng sự nhận thấy không có sự khác biệt giữa giới tính và tỷ lệ trầm cảm [12]. Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi cũng nhận thấy không có sự khác biệt giữa hai giới về nguy cơ té ngã hay nguy cơ chảy máu, huyết khối.

5. KẾT LUẬN

Ở các bệnh nhân cao tuổi tại khoa Nội tim mạch Bệnh viện Thống Nhất, vấn đề lão khoa thường gặp nhất là phụ thuộc IADL. Giới nữ có các vấn đề lão khoa cao hơn nam giới. Đánh giá lão khoa toàn diện là rất cần thiết trong thăm khám và điều trị các bệnh nhân cao tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Văn Tân. Hội chứng lão hóa. Nhà xuất bản y học. 2024. 85-105.
- [2] Nguyễn Văn Trí. Tích tuổi học và lão khoa đại cương. Nhà xuất bản Đại học Quốc gia thành phố Hồ Chí Minh. 2024. 103-127.
- [3] Wilbert SA, et al. Tresch and Aronow's Cardiovascular Disease in the Elderly 6th. 2019. 49-63.
- [4] Robert OB, et al. Braunwald's Heart Disease - A Textbook of Cardiovascular Medicine 12th. Elsevier. 2022. 1687-1710.
- [5] Linh P, Sĩ T, Toàn L. Mô hình bệnh tật người cao tuổi tại phòng khám bác sĩ gia đình bệnh viện Lê Văn Thịnh năm 2022. Tạp chí y học Việt Nam. 2023;54(1):156-160.
- [6] Kiên N, Trường H, Thanh L, Chuyên N, Tiến C, Hưng T. Thực trạng mắc một số bệnh lý tim mạch thường gặp ở người cao tuổi tại Hà Nội năm 2022. Tạp Chí Y học Cộng đồng, 2023;64[3]. <https://doi.org/10.52163/yhc.v64i3.636>
- [7] Nguyễn Trung Anh, Nguyễn Ngọc Tâm, Vũ Thị Thanh Huyền (2021). Một số yếu tố liên quan tới chức năng hoạt động hàng ngày ở bệnh nhân đái tháo đường cao tuổi. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;501(1):76-79.
- [8] Lê Anh Tú (2015), Đánh giá lão khoa toàn diện ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 cao tuổi tại Bệnh viện Lão khoa Trung Ương, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội
- [9] Hua D, Kun W, Yanan L, Xinyi Z. Trends in disability in activities of daily living and instrumental activities of daily living among Chinese older adults from 2011 to 2018. Aging Clinical and Experimental Research. 2024;36:27
- [10] Fritz K, et al. Test-retest reliability of the Mini Nutritional Assessment– Short Form (MNA-SF) in older patients undergoing cardiac rehabilitation. Journal of Geriatric Cardiology. 2020;17:574–579
- [11] Nina M, Alice S, Dörte H, Natalie E, Elke S. Gender differences in frailty transition and its prediction in community-dwelling old adults. Scientific Reports. 2022;12:7341
- [12] Phạm Ngọc Long, Hồ Thị Kim Thanh, Trần Khánh Toàn. trầm cảm và một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi tại Hà Nội và Quảng Bình năm 2021-2022. Tạp chí y học Việt Nam. 2022;521(2):371-375

