

GERIATRIC ASSESSMENT IN ELDERLY PATIENTS WITH HEART FAILURE WITH REDUCED EJECTION FRACTION AT THE CARDIOLOGY DEPARTMENT

Le Quoc Hung*, Nguyen Thuy Dung, Nguyen Thi Phuong Dung, Nguyen Van Be Hai

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

Received: 04/09/2024

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

ABSTRACT

Objectives: According to world statistics, heart failure is one of the five leading causes of death, second after coronary artery disease and stroke. In parallel with the aging population, the proportion of elderly people with heart failure is increasing. Elderly heart failure patients have a worse prognosis than the younger with high rates of mortality and hospitalization. Comprehensive assessment of the elderly has been shown to improve both mortality and prolong life, especially in heart failure..

Methods: A cross - sectional descriptive study on elderly patients diagnosed with stable heart failure with reduced ejection fraction at the Cardiology Department – Thong Nhat Hospital from November 2023 to May 2024.

Results: The study was conducted on 44 elderly patients with an average age of 72.20 ± 8.8 years, male ratio was 59.1%. 100% polymorbidity patients, 100% patients with polypharmacy, 31.8% of patients reduced Basic Activities of Daily Living and 63.6% reduced Instrumental Activities of Daily Living. 61.3% of patients were frailty, 47.7% patients with declined in cognitive functions, 43.2% of patients had depressive disorder and 29.5% were malnourished.

Conclusion: Comprehensive geriatric assessment helps early identification and comprehensive treatment in elderly patients, especially in heart failure patients who have a high rate of geriatric diseases.

Keywords: Comprehensive geriatric evaluation, heart failure with reduced ejection fraction.

*Corresponding author

Email: bslequochung@gmail.com **Phone:** (+84) 906803924 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD10.1625**

BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ LÃO KHOA Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI SUY TIM PHÂN SUẤT TỔNG MÁU GIẢM TẠI KHOA NỘI TIM MẠCH BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Lê Quốc Hưng*, Nguyễn Thùy Dung, Nguyễn Thị Phương Dung, Nguyễn Văn Bé Hai

Bệnh viện Thống Nhất - Số 1 Lý Thường Kiệt, P. 14, Q. Tân Bình, 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

Đặt vấn đề: Theo các thống kê trên thế giới, suy tim là một trong năm nguyên nhân tử vong hàng đầu, chỉ đứng sau bệnh mạch vành và đột quy. Song song với tình trạng già hóa dân số, tỉ lệ người cao tuổi mắc suy tim ngày càng tăng. Các bệnh nhân suy tim cao tuổi có tiên lượng xấu hơn so với dân số trẻ tuổi với tỉ lệ tử vong và nhập viện cao. Đánh giá toàn diện người cao tuổi đã được chứng minh giúp cải thiện cả tỉ lệ tử vong và kéo dài tuổi thọ, đặc biệt trên đối tượng suy tim.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên bệnh nhân cao tuổi được chẩn đoán suy tim phân suất tổng máu giảm giai đoạn ổn định tại khoa Nội Tim mạch Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 11/2023 đến tháng 5/2024.

Kết quả: Nghiên cứu được thực hiện trên 44 bệnh nhân cao tuổi với tuổi trung bình là 72,20 ± 8,8, tỉ lệ nam giới là 59,1%, chúng tôi ghi nhận kết quả: 100% bệnh nhân đa bệnh, đa thuốc, 31,8% bệnh nhân giảm hoạt động chức năng cơ bản ADLs và 63,6% giảm hoạt động chức năng sinh hoạt IADLs. 61,3% suy yếu dựa theo thang điểm đánh giá suy yếu lâm sàng CFS, 47,7% bệnh nhân có suy giảm nhận thức theo thang điểm MMSE, 43,2% bệnh nhân có trầm cảm theo thang điểm trầm cảm GDS và tỉ lệ suy dinh dưỡng theo thang điểm MNA-SF là 29,5%.

Kết luận: Đánh giá lão khoa toàn diện giúp nhận diện sớm và điều trị toàn diện ở bệnh nhân cao tuổi, đặc biệt trên bệnh nhân suy tim là đối tượng có tỉ lệ cao các bệnh lý lão hóa.

Từ khóa: Đánh giá lão khoa toàn diện, suy tim phân suất tổng máu giảm.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay suy tim đang là một trong những vấn đề sức khỏe cộng đồng ảnh hưởng khoảng 64,3 triệu người trên toàn thế giới và tỉ lệ này ngày một gia tăng dù các phương pháp điều trị suy tim đã có tiến triển[1,2]. Theo các thống kê trên thế giới, suy tim là một trong năm nguyên nhân tử vong hàng đầu với tỉ lệ tử vong chiếm 8,5% chỉ đứng sau bệnh mạch vành và đột quy. Song song với tình trạng già hóa dân số, tỉ lệ người cao tuổi mắc suy tim ngày càng tăng và có thể chiếm đến 20% dân số trên 75 tuổi[3].

Các bệnh nhân suy tim cao tuổi có tiên lượng xấu hơn so với dân số trẻ tuổi với tỉ lệ tử vong và nhập viện cao, đồng thời, tình trạng đa bệnh, đa thuốc, suy yếu làm tăng tỉ lệ xuất hiện tương tác thuốc cũng như xuất hiện các tác dụng không mong muốn[4,3]. Đánh giá toàn

diện người cao tuổi đã được chứng minh giúp cải thiện cả tỉ lệ tử vong và kéo dài tuổi thọ[33]. Ngoài những tiêu chuẩn đánh giá bệnh sử và khám lâm sàng, bác sĩ lâm sàng có thể xem xét một cách hệ thống cho những tiêu chuẩn đặc biệt có thể có tác động đáng kể đến chức năng và thường gặp trên những người bệnh cao tuổi bao gồm đánh giá về mặt thể chất, hoạt động chức năng, tâm lý và các yếu tố kinh tế xã hội[33,34]. Với mục đích giúp làm rõ hơn vai trò đánh giá lão khoa toàn diện trong chẩn đoán và điều trị toàn diện cho người bệnh nói chung và nhóm bệnh nhân suy tim nói riêng, chúng tôi đặt vấn đề nghiên cứu: *Đánh giá lão khoa ở bệnh nhân cao tuổi suy tim phân suất tổng máu giảm tại Khoa Nội tim mạch bệnh viện Thống Nhất.*

*Tác giả liên hệ

Email: bslequochung@gmail.com Điện thoại: (+84) 906803924 <https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD10.1625>

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả

2.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 11/2023 đến tháng 5/2024

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân ≥ 60 tuổi có suy tim đang điều trị nội trú, giai đoạn ổn định tại khoa Nội tim mạch - Bệnh viện Thống Nhất được đưa vào nghiên cứu.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu: Chọn mẫu liên tục

2.5. Tiêu chuẩn nhận vào: Bệnh nhân có độ tuổi ≥ 60 tuổi. Được chẩn đoán suy tim tâm thu, đang điều trị nội trú, trong giai đoạn ổn định, có kết quả siêu âm tim ghi nhận có EF $\leq 49\%$.

2.6. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.7. Phương pháp thu thập số liệu

Bệnh nhân sẽ thu thập thông tin bằng phiếu thu thập số liệu đã được chuẩn bị trước, tiền sử thuốc và bệnh lý nội khoa được thu thập dựa trên hồ sơ lưu trữ điện tử của bệnh viện hoặc toa thuốc bệnh nhân đang sử dụng. Kết quả siêu âm tim được thu thập dựa trên hồ sơ lưu trữ điện tử của bệnh viện.

2.8. Định nghĩa biến số

Tuổi: Biến số định lượng, được tính bằng năm đến thời điểm thu thập số liệu.

Giới tính: Là biến định tính với hai giá trị là nam và nữ.

Địa chỉ: Là biến định tính gồm 2 giá trị: TP. Hồ Chí Minh và tỉnh khác được cung cấp bởi hỏi bệnh.

Gia đình: Là biến định tính gồm 3 giá trị: Sống 1 mình, sống cùng gia đình, khác và được cung cấp bởi hỏi bệnh.

Tiền sử bệnh nội khoa: Tăng huyết áp, bệnh mạch vành mạn, hội chứng vành cấp, bệnh phổi mạn, rung nhĩ, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, bệnh thận mạn, tai biến mạch máu não, bệnh động mạch ngoại biên, là biến định tính gồm các giá trị: Có và không, được ghi nhận dựa vào hồ sơ bệnh án.

Đa bệnh lý: Được xác định là mắc đồng thời hai hoặc nhiều bệnh lý mạn tính trên cùng một cơ thể[7].

Đa thuốc: Là biến định tính với 2 giá trị có và không, bệnh nhân có đa thuốc khi điều trị từ 5 loại thuốc[8].

Chỉ số khối cơ thể (BMI): Là biến danh định gồm các giá trị “gầy”, “bình thường”, “thừa cân”, “béo phì”, giá trị BMI được tính bằng công thức: BMI = cân nặng/chiều cao² với cân nặng tính theo đơn vị kilogram (kg)

và chiều cao theo đơn vị mét (m). Giá trị BMI trong khoảng < 18.5 kg/m²: gầy, từ 18.5 đến < 23 kg/m²: Bình thường, từ 23 đến < 25 kg/m²: Thừa cân và ≥ 25 kg/m²: Béo phì[9].

Phân độ suy tim theo NYHA: Phân độ gắng sức theo Hội tim Newyork, được xác định dựa trên hỏi bệnh sử về khả năng gắng sức của bệnh nhân[10].

Siêu âm tim: Gồm các thành phần: Phân suất tống máu thất trái (LVEF), đường kính thất trái cuối tâm trương (LVIDd), đường kính nhĩ trái (Lad)[11].

Điều trị: Là biến định tính với các nhóm thuốc sau: Ức chế men chuyển, chức chế thụ thể, ức chế thụ thể Angiotensin và Neprilysin (ARNI), ức chế calci, thụ thể kháng aldosterol, ức chế kênh đồng vận chuyển natri - glucose 2 (SGLT2). Thu thập dựa trên toa thuốc và hồ sơ bệnh án.

Hoạt động chức năng cơ bản (ADLs): Các bệnh nhân được xem là có suy giảm hoạt động chức năng cơ bản khi ADL < 6 [12,33].

Hoạt động chức năng sinh hoạt (IADLs): Được xem là có suy giảm hoạt động chức năng sinh hoạt khi IADL < 8 [13,33].

Chỉ số suy yếu lâm sàng CFS: Là biến định lượng có giá trị từ 1 đến 9 đánh giá dựa trên các hoạt động chức năng cơ bản và hoạt động chức năng sinh hoạt của bệnh nhân[14].

Thang điểm đánh giá trầm cảm GDS - 15: Định nghĩa có trầm cảm khi GDS -15 ≥ 5 điểm[15].

Thang điểm đánh giá suy giảm nhận thức MMSE: Định nghĩa có suy giảm nhận thức khi MMSE < 24 điểm[16].

Suy dinh dưỡng theo MNA-SF: Định nghĩa có suy dinh dưỡng khi tổng điểm MNA-SF ≤ 7 [17].

2.9. Xử lý số liệu

Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 20. Biến số định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỉ lệ phần trăm. Biến số định lượng trình bày bằng trung bình và độ lệch chuẩn nếu phân phối chuẩn. Kiểm định Chi bình phương kiểm định sự khác biệt tỉ lệ giữa 2 biến định tính, hiệu chỉnh theo kiểm định chính xác Fisher khi vọng trị nhỏ. Kiểm định T-student hoặc Mann -Whitney giữa 2 nhóm của biến số định lượng.

2.10. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Y đức số 94/2024/BVTN-HĐYĐ của Bệnh viện Thống Nhất TP. Hồ Chí Minh ngày 6/11/2023.

3. KẾT QUẢ

Nghiên cứu của chúng tôi thu nhận được 44 bệnh nhân với kết quả như sau:

Bảng 1. Đặc điểm của dân số nghiên cứu (n = 44)

Đặc điểm		Chung (n = 44)	Nam (n= 26)	Nữ (n = 18)	p
Tuổi		72,20 ± 8,8	71,84 ± 8,4	72,72 ± 9,5	0,750**
Có BHYT		44 (100%)	26 (100%)	18 (100%)	
Ở thành phố Hồ Chí Minh		31 (70,5%)	18 (69,2%)	13 (72,2%)	0,831*
Sống cùng gia đình		42 (95,5%)	24 (92,3%)	18 (100%)	0,505*
Tiền căn bệnh lý	Tăng huyết áp	35 (79,5%)	22 (84,6%)	13 (72,2%)	0,322†
	Hội chứng vành mạn	31 (70,5%)	18 (69,2%)	13 (72,2%)	0,831*
	Hội chứng vành cấp	4 (9,1%)	2 (7,7%)	2 (11,1%)	0,701†
	Bệnh phổi tắc nghẽn	5 (11,4%)	4 (15,4%)	1 (5,6%)	0,318†
	Rung/cuồng nhĩ	12 (27,3%)	7 (26,9%)	5 (27,8%)	0,950*
	Đái tháo đường type II	19 (43,2%)	15 (57,7%)	4 (22,2%)	0,021†
	Rối loạn lipid máu	39 (88,6%)	23 (88,5%)	16 (88,9%)	0,965*
	Bệnh thận mạn	10 (22,7%)	6 (23,1%)	4 (22,2%)	0,948†
	Tai biến mạch não	2 (4,5%)	2 (7,7%)	0 (0,0%)	0,234†
	NYHA	II	3 (6,8%)	1 (3,8%)	2 (11,1%)
III		27 (61,4%)	17 (65,4%)	10 (55,6%)	
IV		14 (31,8%)	8 (30,8%)	6 (33,3%)	
Tiền căn sử dụng thuốc	UCMC/UCTT	27 (61,4%)	17 (65,4%)	10 (55,6%)	0,510*
	ARNI	1 (2,3%)	1 (3,8%)	0 (0,0%)	0,405†
	CB	17 (38,6%)	9 (34,6%)	8 (44,4%)	0,510*
	MRA	32 (72,7%)	19 (73,1%)	13 (72,2%)	0,950*
	SGLT2i	32 (72,7%)	18 (69,2%)	14 (77,8%)	0,536*
Siêu âm tim	EF (%)	30,0 ± 8,4	29,8 ± 8,1	30,5 ± 9,0	0,792**
	LVDd (mm)	60,5 ± 9,0	61,0 ± 10,1	59,7 ± 7,4	0,666**
	LA (mm)	39,0 ± 6,5	40,3 ± 6,5	37,1 ± 6,2	0,112**

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

Từ viết tắt: BHYT: Bảo hiểm y tế, EF: Phân suất tống máu thất trái, LVDd: Đường kính thất trái cuối tâm trương, LA: Đường kính nhĩ trái, UCMC/UCTT: Thuốc ức chế men chuyển/ức chế thụ thể, ARNI: Thuốc ức chế neprilysin, MRA: Thuốc đối kháng thụ thể aldosterol, SGLT2i: Thuốc ức chế kênh SGLT2.

Nhận xét: Bảng 1 cho thấy tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là 72,20 ± 8,8 với tuổi thấp nhất là 60, tuổi cao nhất là 87. 100% có bảo hiểm y tế và chủ yếu sống cùng gia đình (95,5%). Hai bệnh lý chiếm tỉ lệ cao nhất là rối

loạn lipid máu (88,6%) và tăng huyết áp (79,5%). Tỷ lệ đái tháo đường ở nam cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nữ. Bệnh nhân trong nghiên cứu chủ yếu là NYHA III (61,4%), NYHA IV chiếm 31,8%. Phân suất tổng máu thất trái trung bình là $30,0 \pm 8,4$. Dẫn lớn đường kính thất trái cuối tâm trương trung bình là $60,5 \pm 9,0$. Về tiền căn sử dụng thuốc, các thuốc thuộc tứ trụ chiếm tỷ lệ cao bao gồm ức chế kênh SGLT2 (72,7%), thuốc lợi tiểu kháng aldosterol MRA (72,7%), thuốc ức chế men chuyển và ức chế thụ thể (61,4%).

Bảng 2. Đánh giá lão khoa trên dân số nghiên cứu (n = 44)

Đặc điểm		Chung	Nam	Nữ	P
		(n = 44)	(n= 26)	(n = 18)	
Đa bệnh		44 (100%)	26 (100%)	18 (100%)	
Đa thuốc		44 (100%)	26 (100%)	18 (100%)	
BMI	Gầy	6 (13,6%)	4 (15,4%)	2 (11,1%)	0,905†
	Bình thường	24 (54,5%)	13 (50,0%)	11 (61,1%)	
	Thừa cân	6 (13,6%)	4 (15,4%)	2 (11,1%)	
	Béo phì	8 (18,2%)	5 (19,2%)	3 (16,7%)	
Giảm ADLs		14 (31,8%)	5 (19,2%)	9 (50,0%)	0,031*
Giảm IADLs		28 (63,6%)	14 (53,8%)	14 (77,8%)	0,109†
Suy yếu theo CFS	Dễ tổn thương	17 (38,6%)	14 (53,8%)	3 (16,7%)	0,056†
	Suy yếu nhẹ	15 (34,1%)	8 (30,8%)	7 (38,9%)	
	Trung bình	10 (22,7%)	3 (11,5%)	7 (38,9%)	
	Nặng	2 (4,5%)	1 (3,8%)	1 (5,6%)	
Trầm cảm theo GDS-15		19 (43,2%)	12 (46,2%)	7 (38,9%)	0,632*
Suy giảm nhận thức theo MMSE		21 (47,7%)	11 (42,3%)	10 (55,6%)	0,387*
Suy dinh dưỡng theo MNA-SF		13 (29,5%)	7 (26,9%)	6 (33,3%)	0,647*

*Chi bình phương, †Fisher chính xác

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận 100% bệnh nhân có đa bệnh, đa thuốc. Tỷ lệ bệnh nhân gầy là 13,6%, thừa cân - béo phì là 31,8%. Bệnh nhân giảm hoạt động chức năng ADLs và IADLs chiếm tỷ lệ tương ứng 31,8% và 63,6%. Tỷ lệ suy yếu theo thang điểm suy yếu lâm sàng CFS là 61,4%. Tỷ lệ trầm cảm theo thang điểm GDS- 15 là 43,2%, tỷ lệ suy giảm nhận thức theo MMSE là 47,7% và tỷ lệ suy dinh dưỡng theo MNA-SF là 29,5%.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 44 bệnh nhân, tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là $72,20 \pm 8,8$ với tỷ lệ nam giới là 59,1%. Nghiên cứu ghi nhận 100% bệnh nhân có đa bệnh và đa thuốc. Tình trạng đa bệnh, đa thuốc có liên quan đến sự hiện diện của nhiều bệnh mãn tính có liên quan đến sự suy giảm về sức khỏe thể chất và tinh thần, chất lượng cuộc sống bao gồm giảm khả năng vận động, giảm khả năng hoạt động chức năng và làm tăng rối loạn tâm lý, tăng tỷ lệ nhập viện, tăng tử vong, tăng sử dụng thuốc, tăng các nguồn lực nhân viên y tế[18,19].

Tỷ lệ bệnh nhân phụ thuộc ADLs và IADLs trong nghiên cứu của chúng tôi tương ứng 31,8% và 63,6%, thấp hơn tác giả Nguyễn Thanh Huân tương ứng là 63,3% và 84,4%[20]. Để lý giải, nghiên cứu của chúng tôi là đơn trung tâm và tuổi trung bình thấp hơn, cỡ mẫu nhỏ cũng ảnh hưởng đến sự khác biệt.

Tỷ lệ suy yếu ở bệnh nhân suy tim nội viện theo nghiên cứu của chúng tôi là 61,4%. Tỷ lệ này cũng tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Thanh Huân với tỷ lệ suy yếu là 65,6% và nghiên cứu của Aung T ở Châu Á có tỷ lệ suy yếu theo thang điểm FI là 69%[21,20]. Mặc dù có sự khác biệt tần suất suy yếu ở các nghiên cứu do khác

nhau về thang đo, tuy nhiên tần suất yếu ở các bệnh nhân suy tim còn cao. Đối với bệnh nhân suy tim nhập viện, nghiên cứu của Joyce E và Madan S.A tần suất suy yếu thay đổi từ 56% đến 76% độc lập với chức năng thất trái[22,23]. Điều quan trọng là nhóm có tình trạng suy yếu có nguy cơ tử vong hoặc nhập viện do suy tim cao gấp 3 lần so với những người không có tình trạng suy yếu[14].

Tỷ lệ trầm cảm trên bệnh nhân suy tim theo nhiều nghiên cứu trên thế giới vào khoảng từ 35-38%[24]. Số liệu thống kê cho thấy nguy cơ mắc bệnh trầm cảm ở bệnh nhân suy tim gấp 4-5 lần so với cộng đồng[25]. Ở bệnh nhân suy tim, trầm cảm gắn liền với tình trạng sức khỏe kém, tần suất nhập viện và tỷ lệ tử vong cao[26]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận tỉ lệ trầm cảm theo GDS là 43,2%, thấp hơn nghiên cứu của tác giả Dương Minh Tâm với tỉ lệ bệnh nhân cao tuổi có trầm cảm là 68,4%, do sự khác biệt về thang điểm tính cũng như địa điểm nghiên cứu[27].

Tỷ lệ suy giảm nhận thức ở bệnh nhân suy tim rất khác nhau từ 25% đến khoảng 80%[28,29]. Tỉ lệ này bị ảnh hưởng bởi đặc điểm của mẫu, bệnh đi kèm và phương pháp được sử dụng để đánh giá nhận thức. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ sa sút trí tuệ là 47,7%. Tỉ lệ này gần tương tự tác giả Almeida là 54% và cũng dựa trên thang điểm MMSE với điểm cắt <24[30].

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ suy dinh dưỡng theo thang điểm MNA-SF là 29,5%, chiếm gần 1/3 bệnh nhân cao tuổi có suy tim. Vấn đề suy dinh dưỡng ở bệnh nhân suy tim có tỉ lệ rất khác nhau giữa các nghiên cứu khác nhau (25-60%) tùy thuộc vào phương pháp đánh giá dinh dưỡng được sử dụng, bệnh nhân có nhập viện và phân loại suy tim[31,32]. Suy dinh dưỡng thường gặp ở bệnh nhân suy tim và có liên quan đến việc tăng nguy cơ suy giảm chức năng và tử vong. Vì vậy, điều quan trọng là phải đánh giá đúng tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân suy tim, từ đó có thể đưa ra can thiệp dinh dưỡng phù hợp ở bệnh nhân suy dinh dưỡng[5,6].

5. KẾT LUẬN

Bệnh nhân cao tuổi nhập viện vì suy tim thường kèm theo tỉ lệ cao các bệnh lý đặc trưng về lão khoa như giảm hoạt động chức năng, suy yếu, giảm chức năng nhận thức, trầm cảm và suy dinh dưỡng. Đánh giá lão khoa toàn diện giúp nhận diện sớm và điều trị toàn diện ở bệnh nhân cao tuổi, đặc biệt trên bệnh nhân cao tuổi có suy tim.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Kievit RF, Gohar A, Hoes AW, et al. (2018), "Efficient selective screening for heart failure in elderly men and women from the community: A diagnostic individual participant data meta-analysis", *Eur J Prev Cardiol*.25[4]:437-446.

[2] Roger VL. (2021), "Epidemiology of Heart Failure: A Contemporary Perspective", *Circ Res*.128[10]:1421-1434.

[3] Diez-Villanueva P, Jimenez-Mendez C, Alfonso F. (2021), "Heart failure in the elderly", *J Geriatr Cardiol*.18[3]:219-232.

[4] Berliner D, Bauersachs J. (2018), "Drug treatment of heart failure in the elderly", *Herz*.43[3]:207-213.

[5] Habaybeh D, de Moraes MB, Slee A, Avgerinou C. (2021), "Nutritional interventions for heart failure patients who are malnourished or at risk of malnutrition or cachexia: a systematic review and meta-analysis", *Heart Fail Rev* 26:1103–1118.

[6] Khan MS, Khan F, Fonarow GC, et al. (2021), "Dietary interventions and nutritional supplements for heart failure: a systematic appraisal and evidence map", *Eur J Heart Fail* 23:1468-1476.

[7] Hajat C, E Stein. (2018), "The global burden of multiple chronic conditions: A narrative review", *Prev Med Rep*.12:284-293.

[8] Halli-Tierney AD, Scarbrough C, Carroll D. (2019), "Polypharmacy: Evaluating Risks and Deprescribing", *afp*.100(1):32-38.

[9] World Health Organization. (2000), "Regional Office for the Western P. The Asia Pacific perspective : redefining obesity and its treatment", Sydney : Health Communications Australia.

[10] The Criteria Committee of the New York Heart Association. (1994), "Nomenclature and Criteria for Diagnosis of Diseases of the Heart and Great Vessels", Little Brown & Co.9th ed:253-256.

[11] Nguyễn Anh Vũ. (2018), "Siêu âm Tim từ căn bản đến nâng cao", Nhà Xuất Bản Đại Học Huế.

[12] Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, et al. (1963), "Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function", *JAMA*.185:914-919.

[13] Lawton MP, Brody EM. (1969), "Assessment of older people: selfmaintaining and instrumental activities of daily living", *Gerontologist*.9[3]:179-86.

[14] Dent E, Kowal P, Hoogendijk EO. (2016), "Frailty measurement in research and clinical practice: A review", *Eur J Intern Med*.31:3-10.

[15] Nguyễn Hoàng Phú. (2011), "Khảo sát trầm cảm ở bệnh nhân cao tuổi có bệnh mạch vành theo thang GDS-15", Luận văn thạc sĩ y học Đại học Y Dược TPHCM.

[16] Nguyễn Kinh Quốc, Vũ Anh Nhị. (2012), "Ảnh hưởng của tuổi già trên hệ thần kinh", *Bệnh học người có tuổi-NXBYH*.

[17] Muscaritoli M, Anker SD, Argilés J, et al. (2010), "Consensus definition of sarcopenia, cachexia and pre-cachexia: joint document elaborated by Special Interest Groups (SIG) "cachexia-anorexia in chronic wasting diseases" and "nutrition in

- geriatrics", *Clin Nutr.*29(2):154-9.
- [18] Caughey GE, et al. (2008), "Prevalence of comorbidity of chronic diseases in Australia", *BMC Public Health* 8:221.
- [19] Olivares DE, et al. (2017), "Risk factors for chronic diseases and multimorbidity in a primary care context of central argentina: A web-based interactive and cross-sectional study", *Int J Environ Res Public Health.*14[3]
- [20] Nguyễn Thanh Huân, Thái Hữu Tâm, Trần Lâm Ngọc Hân, Phạm Thị Mai Hậu. (2024), "Đánh giá suy yếu theo thang điểm Edmonton ở bệnh nhân cao tuổi nội trú có suy tim", *Tạp chí Y học Việt Nam.*537(1B)
- [21] Aung T, Qin Y, Tay W.T, et al. (2021), "Prevalence and prognostic significance of frailty in Asian patients with heart failure: insights from ASIAN-HF", *JACC: Asia.*1[3]:303–313.
- [22] Joyce E, et al. (2016), "Frailty in Advanced Heart Failure", *Heart Fail Clin.*12:363-374.
- [23] Madan SA, Fida N, Barman P, et al. (2016), "Frailty Assessment in Advanced Heart Failure", *Journal of Cardiac Failure* 22[10]:840-44.
- [24] Rutledge T, et al. (2006), "Depression in heart failure a meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcomes", *J Am Coll Cardiol.*48[8]:1527-37.
- [25] De Leon CF, et al. (2009), "Quality of life in a diverse population of patients with heart failure: HART trial", *Cardiopulm Rehabil Prev.*29[3]:171-8.
- [26] Rozzini R, et al. (2002), "Depression and major outcomes in older patients with heart failure", *Arch Intern Med.*162[3]:362-4.
- [27] Dương Minh Tâm, Trần Nguyễn Ngọc. (2022), "Một số yếu tố liên quan đến rối loạn trầm cảm ở bệnh nhân suy tim điều trị tại viện tim mạch-Bệnh viện Bạch Mai", *TCNCYH* 155 [7]:p34-41.
- [28] Leto L, Feola M. (2014), "Cognitive impairment in heart failure patients", *J Geriatr Cardiol* 11:316–328.
- [29] Vogels RL, Scheltens P, Schroeder-Tanka JM, Weinstein HC. (2007), "Cognitive impairment in heart failure: A systematic review of the literature", *Eur J Heart Fail* 9:440–449.
- [30] Almeida OP, Tamai S. (2001), "Congestive heart failure and cognitive functioning amongst older adults", *Arq Neuropsiquiatr.*59(2-B):324-329.
- [31] Kohashi K, Morisawa T, Kosugi M, et al. (2016), "Nutritional status is associated with inflammation and predicts a poor outcome in patients with chronic heart failure", *J Atheroscler Thromb.*23[6]:713e27.
- [32] Yamauti AK, Ochiai ME, Bifulco PS, et al. (2006), "Subjective global assessment of nutritional status in cardiac patients", *Arq Bras Cardiol* 87[6]:772e7.
- [33] Nguyễn Văn Trí, Thân Hà Ngọc Thê. Kiến thức Lão khoa cơ bản. 2020.
- [34] Barer D (2011), "Review: inpatient comprehensive geriatric assessment improves the likelihood of living at home at 12 months", *Ann Intern Med.*155