Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 66, Special Issue 8, 358-363

# RISK OF FALLS IN PATIENTS AGE 60 AND OLDER TREATED AT NGHE AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL IN 2024

Nguyen Thi Thu Ha[1], Ngo Thi Phuong Oanh[1],
Pham Thi Yen Thu[1], Ngo Duc Ky[2], Nguyen Thi Huyen Trang[2*]

[1]*Hanoi University of Public Health- 1A Duc Thang, Bac Tu Liem, Ha Noi*
[2]*Nghe An General Friendship Hospital - Km5, Lenin Avenue, Nghi Phu, Vinh City, Nghe An*

Received: 24/04/2025
Revised: 03/05/2025; Accepted: 18/05/2025

## ABSTRACT

**Objective:** To assess the risk level of falls among older inpatients using the Morse Fall Scale.

**Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 200 older adults (aged 60 and above) receiving inpatient treatment at the Department of Internal Medicine A – Geriatrics, Nghe An General Friendship Hospital in 2024.

**Results:** The study recorded that 53.5% of participants were at high risk of falling, while 41.5% were at low risk. The most common chronic conditions included hypertension (65%), post-stroke sequelae (28%), and diabetes mellitus (19.5%). At Morse score ≥45, 53.5% of patients had a high risk of falling and 41.5% of patients had a low risk of falling.

**Conclusion:** The fall risk among hospitalized older adults was relatively high, indicating the need for individualized care and management plans based on fall risk levels to improve treatment outcomes and prevent adverse events in this vulnerable population.

*Keywords:* Falls, older adults, Morse Fall Scale.

*Corresponding author
**Email:** Trangdiep10@gmail.com **Phone**: (+84) 355626608 **Http**s://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD8.3022

# NGUY CƠ TÉ NGÃ Ở NGƯỜI BỆNH TỪ 60 TUỔI TRỞ LÊN ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN NĂM 2024

Nguyễn Thị Thu Hà[1], Ngô Thị Phương Oanh[1],
Phạm Thị Yến Thư[1], Ngô Đức Kỷ[2], Nguyễn Thị Huyền Trang[2*]

*[1]Trường Đại học Y tế Công Cộng - 1A Đức Thắng, Bắc Từ Liêm, Hà Nội, Việt Nam*
*[2]Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An - Km5, Đại lộ Lê nin, Nghi Phú, Thành phố Vinh, Nghệ An*

Ngày nhận: 24/04/2025
Ngày sửa: 03/05/2025; Ngày đăng: 18/05/2025

## ABSTRACT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định mức độ nguy cơ té ngã của người cao tuổi bằng thang đo Morse.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 200 người cao tuổi (từ 60 tuổi trở lên) đang điều trị nội trú tại Khoa Nội A – Lão Khoa - Bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An năm 2024.

**Kết quả:** Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ nguy cơ té ngã cao chiếm 53,5% và nguy cơ té ngã thấp chiếm 41,5%. Các bệnh lý mãn tính ở người bệnh chiếm tỷ lệ cao là tăng huyết áp (65%), di chứng tai biến mạch máu não (28%), đái tháo đường (19,5%). Tại điểm Morse ≥45, có 53,5% người bệnh có nguy cơ té ngã cao và 41,5% người bệnh có nguy cơ té ngã thấp.

**Kết luận:** Nguy cơ té ngã ở bệnh nhân cao tuổi khá cao, cần lập ra kế hoạch chăm sóc và điều trị phù hợp với nguy cơ té ngã nhằm nâng cao chất lượng điều trị, dự phòng các biến cố bất lợi cho bệnh nhân cao tuổi điều trị nội trú.

***Từ khoá:*** Té ngã, người cao tuổi, thang đo Morse.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở người cao tuổi, té ngã thường gây chấn thương nặng, tử vong và làm giảm chất lượng sống, tăng gánh nặng cho hệ thống y tế. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), ghi nhận gánh nặng té ngã ở người cao tuổi là rất lớn trên phạm vi toàn cầu; số ca tử vong hằng năm ước tính khoảng 684.000 trường hợp, mỗi năm có hàng chục triệu ca cần chăm sóc y tế, với nhóm ≥60 tuổi chịu gánh nặng tử vong cao hơn, trong đó 80% trường hợp xảy ra ở các nước thu nhập thấp và trung bình. Điều này nhấn mạnh yêu cầu sớm nhận diện và phòng ngừa ngã tại các cơ sở điều trị [1].

Tại Việt Nam, quy định về an toàn người bệnh nêu rõ té ngã trong cơ sở khám chữa bệnh là sự cố phải được ghi nhận/báo cáo, qua đó củng cố nhu cầu sàng lọc nguy cơ ngã ngay từ khi nhập viện [2]. Vì vậy, cần áp dụng các công cụ đánh giá chính xác nguy cơ té ngã để xây dựng kế hoạch chăm sóc phù hợp cho từng người bệnh tại cơ sở y tế. Nhận thấy tầm trọng của vấn đề đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Xác định mức độ nguy cơ té ngã của người cao tuổi bằng thang điểm Morse tại Khoa Nội A – Lão khoa Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

**2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 1/2024 đến tháng 6/2024 tại Khoa Nội A – Lão khoa - Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

### 2.3. Đối tượng nghiên cứu

- *Tiêu chuẩn lựa chọn:* Từ 60 tuổi trở lên, điều trị tại khoa từ tháng 1/2024 đến tháng 6/2024, có khả năng tham gia phỏng vấn và đồng ý tham gia phỏng vấn.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:* Mắc một số bệnh như: tâm thần, hôn mê, bệnh nặng,... không có khả năng trả lời phỏng vấn và không đồng ý tham gia phỏng vấn.

### 2.4. Chọn mẫu và cỡ mẫu

Mẫu nghiên cứu được chọn theo phương pháp chọn mẫu toàn bộ. Tất cả người bệnh ≥60 tuổi, đủ tiêu chuẩn chọn mẫu, nhập viện tại Khoa Nội A – Lão khoa từ tháng 01/2024 đến tháng 06/2024 và đồng ý tham gia nghiên cứu, đều được đưa vào. Tổng số đối tượng nghiên cứu thu thập được là 200 người bệnh (n = 200).

*Tác giả liên hệ
**Email:** Trangdiep10@gmail.com **Điện thoại:** (+84) 355626608 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD8.3022**

**2.5. Kỹ thuật, công cụ, quy trình thu thập số liệu**

- Kỹ thuật thu thập số liệu: Nghiên cứu áp dụng phỏng vấn trực tiếp, thu thập giữ liệu từ việc khám lâm sàng gồm đo huyết áp, đo thị lực, ghi nhận thông tin sử dụng thuốc và tập vật lý trị liệu từ hồ sơ bệnh án của người bệnh.

- Công cụ: phiếu thu thập thông tin đối tượng tham gia nghiên cứu, thang đo mức độ nguy cơ té ngã Morse, hồ sơ bệnh án, thước đo chiều cao Micro-toise, máy đo huyết áp điện tử Omron HEM 7200, bảng đo thị lực Snellen.

- Quy trình thu thập số liệu:

Bước 1: Lựa chọn đối tượng nghiên cứu, phỏng vấn thông tin cá nhân và đánh giá mức độ nguy cơ té ngã theo thang đo Morse.

Bước 2: Ghi nhận các tiền sử về các loại thuốc, tổng số loại thuốc mà người bệnh đang sử dụng, vật lý trị liệu.

Bước 3: Đo thị lực theo quy trình kỹ thuật đo thị lực xa với bảng Snellen.

Bước 4: Kiểm tra tính đầy đủ, mã hóa các câu trả lời.

Bước 5: Nhập liệu, tiến hành phân tích số liệu và kết luận.

**2.6. Thang Morse và một số tiêu chuẩn chẩn đoán**

- Nguồn gốc và áp dụng thang đo Morse [3]:

+ Nguy cơ ngã được đánh giá bằng thang đo Morse (Morse Fall Scale – MFS) do Janice M. Morse và cộng sự phát triển năm 1989 tại Canada (6 tiêu chí; 0–125 điểm). Phiên bản tiếng Việt được Sở Y tế TP.HCM dịch, hiệu chỉnh và thẩm định, được nhiều bệnh viện áp dụng để đánh giá nguy cơ té ngã.

+ Thử nghiệm pilot: Áp dụng thử trên 20 bệnh nhân ≥60 tuổi tại Khoa Lão – Nội A cho thấy bảng hỏi dễ hiểu, hoàn thành trong 2–3 phút, không có tiêu chí bị bỏ trống, với độ nhạy 78% và độ đặc hiệu 83%.

- Phân loại nguy cơ té ngã theo thang MFS gồm 6 tiêu chí, tổng điểm từ 0 đến 125: Tiền sử té ngã (0 hoặc 25 điểm); Chẩn đoán thứ phát (0 hoặc 15 điểm); Dụng cụ hỗ trợ đi lại (0, 15 hoặc 30 điểm); Truyền dịch/ thuốc tĩnh mạch (0 hoặc 20 điểm); Dáng đi/cách di chuyển (0, 10 hoặc 20 điểm); Tình trạng tâm thần (0 hoặc 15 điểm).

+ Dựa vào các nghiên cứu trên thế giới và trong nước, trong nghiên cứu này chúng tôi áp dụng điểm cắt tại 45 điểm.

• Nguy cơ thấp: 0–44 điểm → tiếp tục theo dõi, không cần can thiệp đặc biệt.

• Nguy cơ cao: ≥45 điểm → nguy cơ té ngã đáng kể, cần áp dụng các biện pháp phòng ngừa tích cực.

- Tiêu chuẩn xác định giảm thị lực theo WHO: "Từ kết quả đo thị lực (đo thị lực ở mắt tốt hơn kể cả có điều chỉnh kính), giảm thị lực được phân loại như sau: Thị lực 3/10-6/10: Giảm thị lực nhẹ; 1/10-3/10: Giảm thị lực trung bình; 1/20-1/10: Giảm thị lực nặng; 1/50-1/25: Giảm thị lực rất nặng; dưới 1/50: Mù gần hoàn toàn; Thị lực sáng tối (-): Mù hoàn toàn" [4].

- Tiêu chuẩn xác định BMI theo WHO: "BMI là một chỉ số đơn giản so sánh cân nặng với chiều cao, thường được sử dụng để phân loại tình trạng thiếu cân, thừa cân và béo phì ở người trưởng thành. Chỉ số này được định nghĩa là cân nặng (kg) chia cho bình phương chiều cao (mét): BMI <18,5: thiếu cân; BMI 18,5-24,9: cân nặng bình thường; BMI ≥25.0: thừa cân; BMI ≥30.0: béo phì" [5].

- Tiêu chuẩn xác định hạ huyết áp tư thế: "Huyết áp tâm thu (HATT) giảm ≥ 20 mmHg hoặc Huyết áp tâm trương (HATTr) giảm ≥ 10 mmHg, hoặc cả hai" [6].

**2.7. Xử lý và phân tích số liệu:** Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 và xử lý bằng phần mềm Excel 2010.

**2.8. Đạo đức trong nghiên cứu:** Tuân thủ nghiêm ngặt quy định về đạo đức trong nghiên cứu.

## 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm người bệnh

**Bảng 1. Thông tin chung về người bệnh (n=200)**

| Đặc điểm người bệnh | | n | % |
|---|---|---|---|
| Tuổi | 60– đến 79 | 140 | 70 |
| | Trên 80 | 60 | 30 |
| Giới | Nam | 92 | 46 |
| | Nữ | 108 | 54 |
| Trình độ học vấn | Mù chữ | 15 | 7,5 |
| | Tiểu học,THCS | 85 | 42,5 |
| | THPT trở lên | 100 | 50 |

Nhóm tuổi từ 60-79 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất trong nhóm bệnh nhân cao tuổi với 70%, và nhóm ≥80 tuổi chiếm 30%. Về giới, nữ chiếm 54%, nam chiếm 46%. Về trình độ học vấn, 50% người bệnh có thời gian đi học từ 12 năm trở lên, trong khi tỷ lệ người mù chữ là 7,5%.

**Bảng 2. Phân bố người bệnh theo các yếu tố nguy cơ (n=200)**

| Yếu tố nguy cơ | | Số người bệnh | Tỷ lệ (%) |
|---|---|---|---|
| Chỉ số khối cơ thể (BMI) | Thiếu cân | 25 | 12,5 |
| | Bình thường | 120 | 60 |
| | Thừa cân, Béo Phì | 55 | 27,5 |
| Vật lý trị liệu | Có | 40 | 20 |
| | Không | 160 | 80 |
| Giảm thị lực | Có | 155 | 77,5 |
| | Không | 45 | 22,5 |
| Hạ huyết áp tư thế | Có | 55 | 27,5 |
| | Không | 145 | 72,5 |

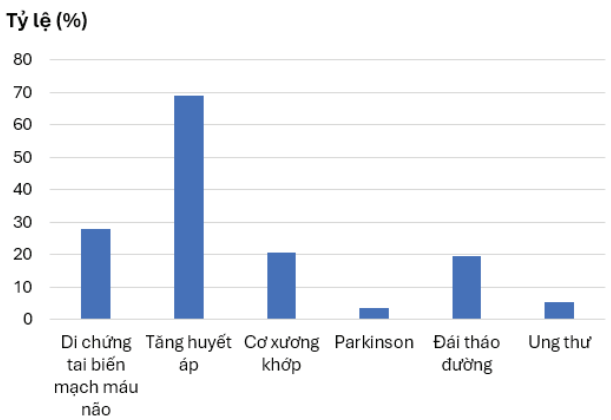
Trong nghiên cứu, nhóm người bệnh có chỉ số khối cơ thể (BMI) bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất với 60%, tiếp theo là nhóm thừa cân, béo phì (27,5%) và nhóm thiếu cân chiếm tỷ lệ thấp nhất (12,5%). Có 40% người bệnh tham gia tập vật lý trị liệu, trong khi 77,5% có giảm thị lực và 27,5% có tình trạng hạ huyết áp tư thế.

### 3.2. Phân bố người bệnh theo tiêu chí thang đo Morse

**Bảng 3. Phân bố người bệnh theo tiêu chí đánh giá của thang đo MFS (n=200)**

| Tiêu chí thang đo MFS | | Số người bệnh (n) | Tỷ lệ (%) |
|---|---|---|---|
| Tiền sử té ngã | Có | 18 | 9 |
| | Không | 182 | 91 |
| Chẩn đoán thứ phát | Có | 162 | 81 |
| | Không | 38 | 19 |
| Truyền dịch/thuốc tĩnh mạch | Có | 151 | 75,5 |
| | Không | 49 | 24,5 |
| Dụng cụ hỗ trợ | Không sử dụng | 165 | 82,5 |
| | Có sự hỗ trợ | 27 | 13,5 |
| | Vịn nội thất | 8 | 4 |
| Dáng đi/ Cách di chuyển | Bình Thường | 140 | 70 |
| | Yếu ớt/ Nghỉ ngơi tại giường/ Xe lăn | 15 | 7,5 |
| | Suy yếu/ không thăng bằng | 45 | 22,5 |
| Tình trạng tâm thần | Định hướng được bản thân | 172 | 86 |
| | Quên có giới hạn/ Không có khả năng nhận biết hiện thực / lơ mơ | 28 | 14 |

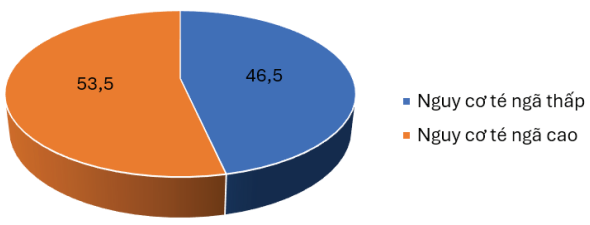
Trong số 200 người bệnh, 9% từng bị té ngã trong vòng 12 tháng qua. Có 81% người bệnh có chẩn đoán thứ phát từ hai bệnh trở lên. Tỷ lệ người bệnh đang truyền dịch là 4,5%. Phần lớn người bệnh không sử dụng dụng cụ hỗ trợ khi đi lại (82,5%), trong khi 13,5% cần sự hỗ trợ từ điều dưỡng hoặc dụng cụ, và 8% phải vịn vào nội thất như tường hoặc bàn ghế khi di chuyển. Đáng chú ý, 22,5% người bệnh có dáng đi suy yếu, không thăng bằng, trong khi chỉ 4,9% có dáng đi bình thường. Ngoài ra, 86% người bệnh được ghi nhận có tình trạng tâm thần định hướng được bản thân.




**Biểu đồ 1. Phân bố bệnh lý của người bệnh (n=200)**

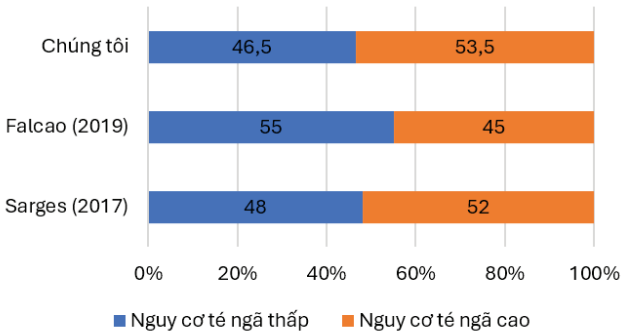
Trong số các bệnh lý đi kèm, tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất (69%), tiếp theo là di chứng tai biến mạch máu não (65%). Các bệnh lý đái tháo đường và ung thư lần lượt chiếm 19,5% và 5,5%, bệnh lý cơ xương khớp (2,5%) và Parkinson chiếm tỷ lệ thấp hơn (3,5%).

### 3.3. Mức độ nguy cơ té ngã




**Biểu đồ 2. Mức độ nguy cơ té ngã của người bệnh theo thang đo MFS (n=200)**

Trong số 200 người bệnh từ 60 tuổi trở lên điều trị nội trú, 53,5% thuộc nhóm nguy cơ té ngã cao, trong khi 41,5% có nguy cơ té ngã thấp.




**Biểu đồ 3. Mức độ nguy cơ té ngã của người bệnh theo thang đo MFS so với các nghiên cứu khác**

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ nguy cơ té ngã cao ở mức 53,5%, cao hơn so với các nghiên cứu trước tại Brazil (cao nhất là 52% và thấp nhất là 35,4%).

## 4. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm người bệnh

Nhóm tuổi từ 60-79 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất trong nhóm bệnh nhân cao tuổi với 70%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ bệnh nhân nữ cao hơn nghiên cứu của Vũ Ngô Thanh Huyền với 50,8% bệnh nhân nữ [7]. Nghiên cứu cho thấy còn tỷ lệ thấp gần 17% bệnh không biết chữ. Kết quả này thấp hơn kết quả nghiên cứu của Falcao [8] đã thực hiện tại Brazin là tỷ lệ người bệnh không biết chữ chiếm gần 40%.

Trong tổng số người tham gia nghiên cứu, có một nửa người bệnh cao tuổi mắc tăng huyết áp, 40% người bệnh mắc di chứng tai biến mạch máu não và cơ xương khớp, 11- 16% người bệnh mắc đái tháo đường và ung thư, 4% người bệnh mắc Parkinson. Kết quả ở nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự khác biệt nhất định so với các báo cáo trước. Báo cáo tổng quan ngành Y tế năm 2016 cho thấy, ở nhóm người cao tuổi, tỷ lệ tăng huyết áp thường vượt 50% và có thể đạt tới 80%. Chẳng hạn, tỷ lệ mắc tăng huyết áp ở những người từ 60 tuổi trở lên tại Mỹ trong giai đoạn 1999 - 2004 là 67%. Tỷ lệ mắc tăng huyết áp của người cao tuổi Trung Quốc là 59,4%, ở Singapore là 74,1%, ở Việt Nam là gần 50%. Tỷ lệ mắc đái tháo đường của người cao tuổi Việt Nam năm 2015 là 14,59%. Tỷ lệ người cao tuổi Việt Nam mắc bệnh cơ xương khớp năm 2011 là 34,1%. Báo cáo cũng cho thấy, điều tra tại cộng đồng có khoảng 1,1% số người cao tuổi ở Việt Nam mắc các loại bệnh ung thư. Tỷ lệ mắc các bệnh về khối u trong số người bệnh cao tuổi điều trị tại Bệnh viện Lão khoa Trung Ương năm 2008 là 6,4%. Tỷ lệ người cao tuổi mắc bệnh Parkinson tại Việt Nam năm 2007 là 1,3% [9]. Nguyên nhân của sự khác biệt có thể xuất phát từ sự thay đổi về cỡ mẫu, phạm vi nghiên cứu và địa điểm tiến hành.

### 4.2. Phân bố người bệnh theo tiêu chí thang đo MFS

Nghiên cứu ghi nhận được 9 % người bệnh cho biết đã bị té ngã trong 12 tháng vừa qua. Có 81% người bệnh cao tuổi tham gia trong nghiên cứu này có chẩn đoán mắc nhiều hơn 1 bệnh. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Falcao [8] có 80,3% người bệnh có chẩn đoán nhiều hơn một bệnh. Điều này phù hợp với đặc điểm dân số người cao tuổi ở nhiều quốc gia.

Tỷ lệ người bệnh cao tuổi đang truyền dịch chiếm gần 72%. Kết quả này tương tự với các kết quả nghiên cứu tại Brazin của Falcao với tỷ lệ người bệnh có sự hiện diện của truyền dịch chiếm tỷ lệ gần 70% [8].

Trong nghiên cứu, khoảng 83% người bệnh có thể tự đi lại mà không cần dụng cụ hay sự trợ giúp của điều dưỡng. Tỷ lệ này tương tự so với nghiên cứu của Falcao với tỷ lệ tương ứng là 86% [8]. Gần 1/6 số người bệnh cần dùng dụng cụ hoặc nhận trợ giúp từ điều dưỡng khi di chuyển. Tỷ lệ này cao hơn so với kết quả của Falcao là 9,5% [8]. Tỷ lệ người bệnh phải vịn nội thất như bàn ghế, tường để đi lại chiếm khoảng 4%, thấp hơn so với nghiên cứu của Falcao là 5,6% [8]. Có sự khác biệt này là do người bệnh tham gia nghiên cứu có đặc điểm khác nhau về độ tuổi, tỷ lệ mắc bệnh thứ phát, văn hóa sử dụng dụng cụ hỗ trợ khi đi lại. Cụ thể trong nghiên cứu của chúng tôi, người bệnh là người cao tuổi và có chẩn đoán thứ phát mắc nhiều hơn 1 bệnh chiếm tỷ lệ đến 81%. Trong đó 48,5% người bệnh có chẩn đoán di chứng tai biến mạch máu não và cơ xương khớp, 5,5% mắc bệnh ung thư giai đoạn sau hóa trị liệu hoặc giai đoạn cuối. Nhóm này do yếu cơ và mất thăng bằng nên gặp khó khăn khi di chuyển, cần hỗ trợ bằng xe lăn, gậy, khung tập đi, sự trợ giúp của điều dưỡng, người nhà hoặc phải vịn vào nội thất.

Bên cạnh đó, số người bệnh có dáng đi suy yếu, không thăng bằng chiếm tỉ lệ 22,5%, cao hơn so với nghiên cứu tại Braxin của Falcao là 11% [8]. Người bệnh có dáng đi yếu ớt hoặc ngồi xe lăn khi đi lại có tỷ lệ 7,5%. Kết quả này thấp hơn kết quả nghiên cứu của Falcao là 22% [8]. Có sự khác biệt này có thể là do người bệnh tham gia nghiên cứu có độ tuổi, và nơi thực hiện nghiên cứu khác nhau. Cụ thể, độ tuổi người bệnh trong nghiên cứu của Falcao người bệnh có độ tuổi từ 60 tuổi trở lên nhưng số người bệnh nhập viện tại đơn vị phẫu thuật chiếm đến 40%.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra rằng 86% bệnh nhân có tình trạng tâm thần là định hướng được bản thân. Kết quả này thấp hơn kết quả nghiên cứu của Falcao có 95,1% người bệnh định hướng được bản thân [8]. Khác biệt này có thể liên quan đến sự

chênh lệch về độ tuổi và tình trạng bệnh lý của nhóm người bệnh tham gia nghiên cứu. Cụ thể, tuổi tác và lão hóa là nguyên nhân chính gây nên tình trạng lú lẫn ở người cao tuổi. Bệnh lý đột quỵ, tai biến mạch máu não gây tổn thương tế bào não dẫn đến giảm trí nhớ. Bệnh Parkinson làm biến đổi tế bào não ở các vùng kiểm soát trí nhớ và khả năng tập trung, dẫn đến suy giảm hoặc mất trí nhớ.Kết quả này là phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi khi có khoảng 28% người bệnh di chứng tai biến mạch máu não, gần 4% người bệnh Parkinson, 65% người bệnh tăng huyết áp, 30% người bệnh từ 80 tuổi trở lên.

### 4.2. Mức độ nguy cơ té ngã

Tại điểm cắt 45 của thang đo MFS, nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng 53,5% người bệnh có nguy cơ té ngã cao và 41,5% người bệnh có nguy cơ té ngã thấp. Kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu của Falcao 45% người bệnh cao tuổi điều trị nội trú có nguy cơ té ngã cao (điểm MFS ≥45) [8]. Tác giả Sarges cũng cho thấy 52% người bệnh có nguy cơ té ngã cao (điểm MFS ≥45) [10]. Sự khác biệt về tỷ lệ nguy cơ té ngã có thể xuất phát từ sự không đồng nhất giữa các nghiên cứu về đặc điểm, quy mô mẫu, địa điểm đánh giá lâm sàng (khoa, bệnh viện, quốc gia) cũng như thời điểm đánh giá như khi nhập viện, chuyển khoa hoặc trước phẫu thuật. Chấn thương do té ngã làm tăng chi phí chăm sóc sức khỏe và tăng nguy cơ tử vong. Do đó, việc triển khai các biện pháp phòng ngừa té ngã trong bệnh viện là hết sức cần thiết.

## 5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ nguy cơ té ngã cao chiếm 53,5% và nguy cơ té ngã thấp chiếm 41,5%. Các bệnh lý mãn tính ở người bệnh chiếm tỷ lệ cao là tăng huyết áp (65%), di chứng tai biến mạch máu não (28%), đái tháo đường (19,5%). Tại điểm Morse ≥45, có 53,5% người bệnh có nguy cơ té ngã cao và 41,5% người bệnh có nguy cơ té ngã thấp. Bệnh viện cần lập kế hoạch chăm sóc và điều trị phù hợp với nguy cơ té ngã nhằm nâng cao chất lượng điều trị, dự phòng các biến cố bất lợi cho bệnh nhân cao tuổi điều trị nội trú.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO


[1] World Health Organization (WHO). Falls. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls, 2021. Accessed 13 June 2025.

[2] Bộ Y tế. Thông tư 43/2018/TT-BYT hướng dẫn phòng ngừa sự cố y khoa trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Hà Nội: Bộ Y tế; 2018. 26 tr.

[3] Morse JM. Preventing patient falls. Thousand Oaks (CA): Sage; 1997.

[4] Dandona L, Dandona R. Revision of visual impairment definitions in the International Statistical Classification of Diseases. BMC Med. 2006 Mar 16;4:7.

[5] World Health Organization. Related indicators [Internet]. Geneva: WHO; c2025 [cited 2025 Aug 13]. Available from: https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/body-mass-index

[6] Freeman R, and cs. Consensus statement on the definition of orthostatic hypotension, neurally mediated syncope and the postural tachycardia syndrome. Clin Auton Res. 2011 Apr;21(2):69-72.

[7] Vũ Ngô Thanh Huyền, Trần Thuỵ Khánh Linh, Faye Hummel. Nguy cơ té ngã ở người bệnh cao tuổi điều trị nội trú và các yếu tố liên quan. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh. 2019. 23(5), 133-139.

[8] Falcao R. M. M., Costa K., Fernandes M., et al. (2019), "Risk of falls in hospitalized elderly people", Rev Gaucha Enferm, 40 (spe), pp. e20180266.

[9] Đặng Trọng Thanh, "Báo cáo chung tổng quan ngành Y tế năm 2016- Hướng tới mục tiêu già hoá khoẻ mạnh ở Việt Nam", Joint Annual Health Review, 2016, pp. 66-94.

[10] Sarges N. A., Santos M., Chaves E. C. (2017), "Evaluation of the safety of hospitalized older adults as for the risk of falls", Rev Bras Enferm, 70 (4), pp. 860-867.