

KHẢO SÁT SUY GIẢM HOẠT ĐỘNG CHỨC NĂNG CƠ BẢN Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI CÓ BỆNH ĐỘNG MẠCH VÀNH

Nguyễn Văn Tân^{1,2}, Bàng Ái Viên¹, Trần Thị Thương Thương¹

¹Bộ môn Lão Khoa, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Thống Nhất TP Hồ Chí Minh

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh nhân cao tuổi mắc bệnh động mạch vành (ĐMV) có suy giảm hoạt động chức năng cơ bản (HĐCNCB) chiếm tỷ lệ khá cao và có liên quan đến các kết cục lâm sàng bất lợi. Mục tiêu của nghiên cứu: (1) Xác định tỷ lệ suy giảm hoạt động chức năng cơ bản trước nhập viện bằng thang điểm Katz ở bệnh nhân cao tuổi có bệnh động mạch vành; (2) Xác định mối liên quan giữa suy giảm hoạt động chức năng cơ bản với biến chứng nội viện, tử vong nội viện và tái nhập viện sau 90 ngày.

Đối tượng, phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang và theo dõi dọc ở bệnh nhân ≥ 60 tuổi được chẩn đoán có bệnh ĐMV dựa trên kết quả chụp ĐMV qua da có thuốc cản quang tại Bệnh viện Thống Nhất thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 03 đến tháng 10 năm 2022.

Kết quả: Có 253 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung vị là 72 và nam chiếm đa số (60,9%). Tỷ lệ suy giảm HĐCNCB trước đó tại thời điểm nhập viện là 47,4%. Hoạt động bị suy giảm nhiều nhất là di chuyển (40,32%), tiếp đến là tắm rửa (31,22%), đi vệ sinh (23,72%), mặc quần áo (20,95%), ăn uống (7,51%) và tiêu tiểu không tự chủ (6,32%). Biến chứng nội viện gồm tổn thương thận cấp và nhiễm trùng với tỷ lệ lần lượt là 13,3% và 9,2%. Tử vong nội viện là 1,7%. Sau 90 ngày theo dõi thì có 56 trường hợp tái nhập viện (nhóm suy giảm HĐCNCB là 26,7% và nhóm không suy giảm là 20%). Suy giảm HĐCNCB làm tăng nguy cơ tái nhập viện 90 ngày sau xuất viện có ý nghĩa thống kê ($HR = 1,74$, $KTC\ 95\%: 1,02 - 2,97$; $p = 0,039$).

Kết luận: Tỷ lệ suy giảm hoạt động chức năng cơ bản ở bệnh nhân cao tuổi có bệnh động mạch vành chiếm tỷ lệ cao. Suy giảm HĐCNCB làm tăng tỷ lệ biến chứng nội viện và tái nhập viện sau 3 tháng.

Từ khóa: Hoạt động chức năng cơ bản, người cao tuổi, bệnh động mạch vành.

ABSTRACT

SURVEY OF IMPAIRMENT IN ACTIVITIES OF DAILY LIVING IN ELDERLY PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE

Nguyen Van Tan^{1,2}, Bang Ai Vien¹, Tran Thi Thuong Thuong¹

Background: A decline in activities of daily living (ADL) in elderly patients with coronary artery disease accounts for a relatively high prevalence and is associated with adverse clinical outcomes. This study aims to: (1) determine the prevalence of older patients with coronary artery disease who have been impaired in activities of daily living using the Katz scale. (2) Investigate its association between impairment

Ngày nhận bài:

20/10/2022

Ngày chỉnh sửa:

25/1/2023

Chấp thuận đăng:

06/02/2023

Tác giả liên hệ:

Nguyễn Văn Tân

Email: nguyenvtan10@ump.edu.vn

SĐT: 0903739273

Khảo sát suy giảm hoạt động chức năng cơ bản ở bệnh nhân cao tuổi...

in activities of daily living and in - hospital complications, in - hospital mortality, and re - hospitalization at 90 days of discharge.

Methods: A cross - sectional and longitudinal study was conducted on all patients 60 years of age or older with coronary artery disease diagnosed by invasive coronary angiography at Thong Nhat Hospital, Ho Chi Minh City from March to October 2022.

Results: There were 253 patients included in the study. The median age was 72 years, and the majority of the subjects were male (60.87%). At the time of admission, the prevalence of previous ADL impairment was 47.4%. The most common impaired activity was transferring (40.32%), followed by bathing (31.22%), toileting (23.72%), dressing (20.95%), eating (7.51%), and continence (6.32%). In - hospitalization complications included acute kidney injury and pneumonia with a prevalence of 13.3% and 9.2%, respectively. In - hospital mortality was 1.7%. During 90 days of follow - up, 56 of the participants were readmitted to hospitals (26.7% in participants with ADL impairment, 20% in those without ADL impairment). ADL impairment significantly increased the risk of rehospitalization at 90 days after discharge (HR 1.74, 95% CI: 1.02 - 2.97; $p = 0.039$).

Conclusions: The prevalence of ADL impairment was high in elderly patients with coronary artery disease. The ADL impairment in ADL increased the rate of in - hospital complications and re - admission at 90 days of discharge.

Keywords: Elderly patient, coronary artery disease, impairment in activities of daily living.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch vành (ĐMV) vẫn là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở người cao tuổi mặc dù chất lượng y tế ngày càng được cải thiện đáng kể [1]. Với những bệnh nhân có bệnh ĐMV đã được chẩn đoán thì họ còn đối mặt với nguy cơ biến cố tim mạch bất lợi trong tương lai cũng như gánh nặng do bệnh tật và do điều trị gây ra. Những điều này làm tăng tỷ lệ bệnh nhân có suy giảm hoạt động chức năng (HĐNCB) đặc biệt ở người cao tuổi [2]. Nhiều nghiên cứu thống kê cho thấy tần suất suy giảm HĐNCB khoảng 30 - 50% ở nhóm bệnh nhân này. Đồng thời, nó cũng liên quan đến kết cục bất lợi dài hạn như tử vong, tái nhập viện cũng như là phải sống trong nhà dưỡng lão hay các trung tâm có hỗ trợ chăm sóc y tế [3]. Hội Tim Hoa Kỳ nhấn mạnh rằng “duy trì hoạt động chức năng và sự độc lập ở người cao tuổi là những mục tiêu được ưu tiên hàng đầu và cần được các bác sĩ đánh giá trên bệnh nhân cao tuổi có bệnh lý tim mạch” [4].

Tuy nhiên, những đánh giá về hoạt động chức năng chỉ được quan tâm trong các nghiên cứu trên người cao tuổi có suy tim hay hội chứng vành cấp. Suy giảm HĐNCB được chứng minh là yếu tố tiên

lượng độc lập ở nhóm bệnh nhân này. Số liệu thật sự hạn chế ở nhóm bệnh nhân có bệnh ĐMV. Tại Việt Nam, tình hình cũng tương tự. Khi chất lượng cuộc sống ngày càng được nâng cao thì việc đánh giá HĐNCB mới được quan tâm hơn một thập kỷ qua. Các nghiên cứu cũng tập trung ở nhóm bệnh nhân suy tim như nghiên cứu của tác giả Nguyễn Ngọc Tú [5] và bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp như nghiên cứu của tác giả Trần Quốc Tuấn [6]. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để khảo sát suy giảm hoạt động chức năng cơ bản ở bệnh nhân cao tuổi có bệnh động mạch vành và đánh giá tiên lượng ngắn hạn cho nhóm bệnh nhân này nhằm bổ sung hoàn chỉnh bức tranh cho dân số người cao tuổi mắc bệnh động mạch vành nói chung và chuyên ngành lão khoa nói riêng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang và theo dõi dọc.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên có bệnh động mạch vành. Tất cả bệnh nhân được chụp mạch vành qua da để chẩn đoán có bệnh động mạch vành, khi có ít nhất 1 nhánh động mạch hẹp từ 50% trở lên so với đường kính lòng mạch [7]. Bệnh

Khảo sát suy giảm hoạt động chức năng cơ bản ở bệnh nhân cao tuổi...

nhân đang nằm điều trị tại Trung Tâm Tim Mạch, Bệnh viện Thống Nhất thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 03 năm 2022 đến tháng 10 năm 2022.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân bị khuyết tật bẩm sinh, bệnh nhân bị tai biến mạch máu não, có bệnh lý về khớp mạn tính gây ảnh hưởng đến khả năng thực hiện hoạt động chức năng cơ bản. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Cỡ mẫu được tính theo ước lượng 1 tỷ lệ, p là 0,27 theo tác giả Trần Quốc Tuấn [6]; $\alpha = 0,05$ và $d = 0,06$, chúng tôi ước tính cỡ mẫu tối thiểu là 214. Mất mẫu cho phép $\sim 10\%$. Nên số lượng bệnh nhân tối thiểu trong nghiên cứu là 236.

Chọn mẫu liên tục không xác suất. Thu thập dữ

liệu theo mẫu số liệu dựng sẵn bao gồm các đặc điểm nhân chủng học, lâm sàng, cận lâm sàng. Theo dõi 90 ngày sau xuất viện, bệnh nhân được liên lạc bằng điện thoại và ghi nhận các thông tin cần thiết.

Định nghĩa biến số chính trong nghiên cứu:

- Thang điểm Katz (bảng 1) bao gồm 6 hoạt động: tắm rửa, mặc quần áo, đi vệ sinh, di chuyển, tiêu tiểu tự chủ, ăn uống. Mỗi hoạt động bệnh nhân thực hiện độc lập đạt 1 điểm, bệnh nhân cần hỗ trợ đạt 0 điểm. Không suy giảm HĐCNCB khi điểm Katz là 6 điểm và có suy giảm HĐCNCB khi điểm Katz từ 0 đến 5 điểm hay suy giảm ít nhất 1 hoạt động [8]. Được thực hiện bằng hỏi bệnh thời điểm 2 tuần trước nhập viện.

Bảng 1: Hoạt động chức năng cơ bản theo KATZ

Các hoạt động	Không suy giảm HĐCNCB	Suy giảm HĐCNCB
Tắm rửa	BN thực hiện độc lập	BN cần hỗ trợ
Mặc quần áo	BN thực hiện độc lập	BN cần hỗ trợ
Đi vệ sinh	BN thực hiện độc lập	BN cần hỗ trợ
Di chuyển	BN thực hiện độc lập	BN cần hỗ trợ
Tiêu tiểu tự chủ	BN thực hiện độc lập	BN cần hỗ trợ
Ăn uống	BN thực hiện độc lập	BN cần hỗ trợ
Điểm	6 điểm	0 - 5 điểm

- Chỉ số bệnh đồng mắc Charlson [9]

- Biến chứng nội viện: Tồn thương thận cấp theo KDIGO [10]; Nhiễm trùng bao gồm viêm phổi, nhiễm trùng tiểu, nhiễm trùng tiêu hóa, nhiễm trùng huyết.

- Tử vong nội viện: tử vong trong thời gian nằm viện và các trường hợp bệnh nặng xin về.

- Tái nhập viện được ghi nhận cho tới thời điểm 90 ngày sau xuất viện.

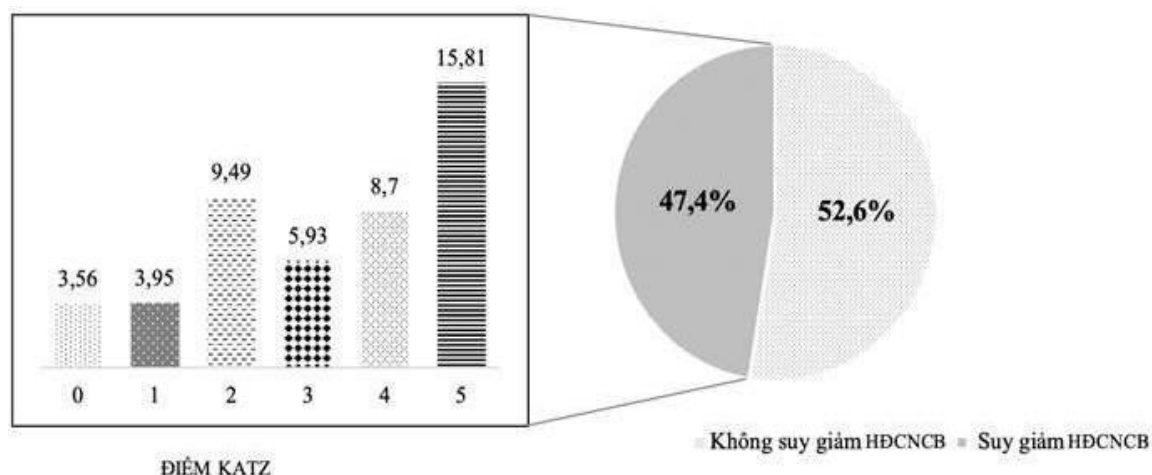
Xử lý số liệu bằng phần mềm STATA 14.1. Phân tích thống kê: Kết quả được trình bày dưới dạng tần suất, tỷ lệ %, trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (có phân phối chuẩn), trung vị và tứ phân vị 25th - 75th (phân phối không chuẩn). So sánh sự khác nhau bằng kiểm định Chi bình phương hoặc chính xác Fisher cho biến định tính, T - test (phân phối chuẩn) hoặc Wilcoxon - Mann - Whitney (phân phối không chuẩn) cho biến định lượng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. Xác định ảnh hưởng của suy giảm HĐCNCB đến dự hậu, sử dụng hồi quy logistic và hồi quy Cox.

Y đức: nghiên cứu được chấp thuận của Hội đồng y đức trong nghiên cứu y sinh học bệnh viện Thống Nhất thành phố Hồ Chí Minh số 693/QĐ-BVTN ngày 24/07/2020.

III. KẾT QUẢ

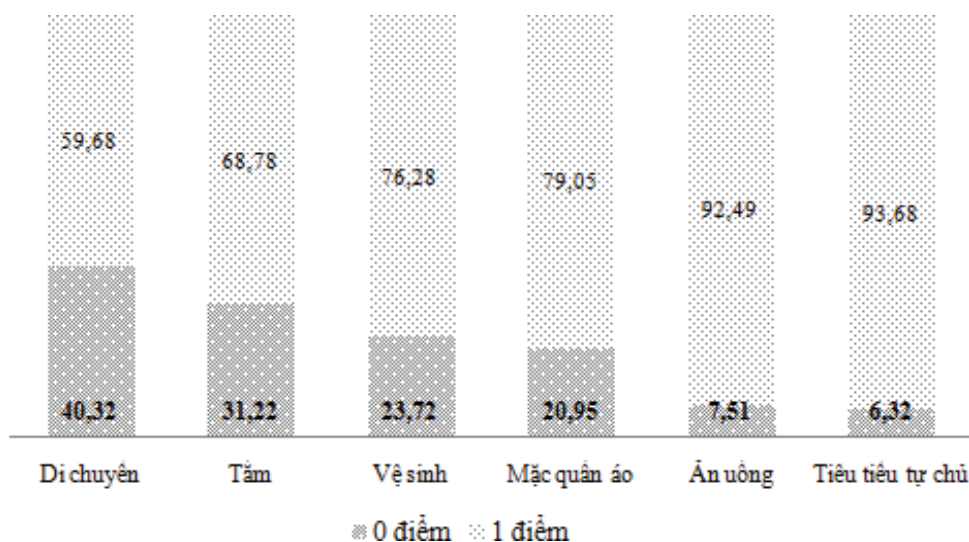
Trong thời gian 8 tháng, nghiên cứu thu thập được 253 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu. Tỷ lệ bệnh nhân có suy giảm HĐCNCB là 47,5% (120 bệnh nhân). Phân bố điểm suy giảm HĐCNCB theo Katz trình bày ở biểu đồ 1. Trong đó, bệnh nhân phụ thuộc hoàn toàn (0 điểm) là 3,56% và ít phụ thuộc nhất (5 điểm) chiếm tỷ lệ cao nhất là 15,81%.

Khảo sát suy giảm hoạt động chức năng cơ bản ở bệnh nhân cao tuổi...



Biểu đồ 1: Tỷ lệ suy giảm HĐCNCB và phân bố của điểm KATZ

Trong nhóm bệnh nhân có suy giảm HĐCNCB thì chỉ số hoạt động di chuyển là bị ảnh hưởng nhiều nhất với 40,32% và chỉ số hoạt động ăn uống và tiêu tiểu tự chủ là ít bị ảnh hưởng nhất với tỷ lệ lần lượt là 7,51% và 6,32% (biểu đồ 2).



Biểu đồ 2: Tỷ lệ suy giảm các chỉ số hoạt động theo Katz

Bảng 2: Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu

Đặc điểm	Suy giảm HĐCNCB (n = 120)	Không suy giảm HĐCNCB (n = 133)	Giá trị P
Tuổi [Trung vị (IQR1 - IQR3)]	76 (70 - 82)	69 (65 - 74)	< 0,001
Nam giới, n (%)	68 (56,7)	86 (64,7)	0,193
Hội chứng mạch vành mạn	37 (30,8)	47 (35,3)	0,447
Hội chứng mạch vành cấp	83 (69,2)	86 (64,7)	0,367
Chỉ số bệnh đồng mắc Charlson [Trung vị (IQR1 - IQR3)]	6 (5 - 7)	5 (4 - 5)	< 0,001

Khảo sát suy giảm hoạt động chức năng cơ bản ở bệnh nhân cao tuổi...

Đặc điểm	Suy giảm HĐCNCB (n = 120)	Không suy giảm HĐCNCB (n = 133)	Giá trị P
Đa thuốc, n (%)	116 (96,7)	95 (71,4)	< 0,001
Tăng huyết áp, n (%)	114 (95,0)	124 (93,2)	0,552
Đái tháo đường, n (%)	60 (50,0)	56 (42,1)	0,208
Suy tim, n (%)	34 (28,3)	28 (21,1)	0,323
Bệnh thận mạn, n (%)	20 (16,7)	10 (7,5)	0,025
Rối loạn lipid máu, n (%)	86 (71,7)	101 (75,9)	0,440
Nhồi máu cơ tim cũ, n (%)	16 (13,3)	9 (6,7)	0,081
Rung nhĩ, n (%)	9 (7,5)	9 (6,7)	0,821
Số nhánh mạch vành tổn thương			
BMV 1 nhánh, n (%)	30 (25,0)	34 (25,6)	0,981
BMV 2 nhánh, n (%)	30 (25,0)	35 (26,3)	0,811
BMV 3 nhánh, n (%)	37 (30,8)	39 (29,3)	0,794
BMV 3 nhánh + thân chung, n (%)	23 (19,2)	25 (18,8)	0,940
Thuốc điều trị			
Aspirin, n (%)	98 (81,7)	110 (82,7)	0,892
Clopidogrel, n (%)	99 (82,5)	108 (81,2)	0,789
Statin, n (%)	118 (98,3)	128 (96,2)	0,311
Ức chế beta, n (%)	63 (52,5)	100 (75,2)	< 0,001
Ức chế can xi, n (%)	53 (44,2)	43 (32,3)	0,053
Ức chế men chuyển, n (%)	10 (8,3)	21 (15,8)	0,071
Ức chế thụ thể, n (%)	76 (63,3)	84 (63,2)	0,977
Lợi tiểu quai	32 (26,7)	16 (12,0)	< 0,001
Điều trị can thiệp, n (%)	62 (51,7)	82 (61,7)	0,109

Bảng 2 cho thấy tuổi ở nhóm có suy giảm HĐCNCB cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không suy giảm. Tương tự như ở chỉ số bệnh đồng mắc Charlson, tình trạng đa thuốc. Trong thời gian nằm viện thì ghi nhận có 23 trường hợp tổn thương thận cấp, trong đó nhóm suy giảm HĐCNCB là 16 trường hợp chiếm 13,3%, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không suy giảm với $p = 0,026$ (**bảng 3**). Có 15 trường hợp nhiễm trùng thì nhóm suy giảm HĐCNCB có 11 trường hợp chiếm 9,2%; cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không suy giảm với $p = 0,038$. Có 3 trường hợp tử vong nội viện, trong đó 2 trường hợp ở nhóm suy giảm HĐCNCB.

Bảng 3: Biểu chứng nội viện

	Suy giảm HĐCNCB, n (%)	Không suy giảm HĐCNCB, n (%)	OR (KTC 95%)	p
Tổn thương thận cấp	16 (13,3)	7 (5,3)	1,01 (0,09 - 1,94)	0,026
Nhiễm trùng	11 (9,2)	4 (3,0)	1,18 (0,01 - 2,35)	0,038
Tử vong	2 (1,7)	1 (0,8)	2,18(1,2 - 24,1)	0,523

Tại thời điểm 90 ngày sau xuất viện, nghiên cứu ghi nhận có 56 trường hợp tái nhập viện do mọi nguyên nhân, trong đó 32 trường hợp ở nhóm có suy giảm HDCNCB, 24 trường hợp không suy giảm HDCNCB. Trong 56 trường hợp tái nhập viện thì có 22 trường hợp do nguyên nhân tim mạch, trong đó 17 trường hợp ở nhóm suy giảm HDCNCB và 5 trường hợp ở nhóm không suy giảm HDCNCB. Phân tích hồi quy Cox cho thấy bệnh nhân suy giảm HDCNCB có nguy cơ tái nhập viện do mọi nguyên nhân cao gấp 1,74 lần và nguy cơ tái nhập viện do nguyên nhân tim mạch cao gấp 5,11 lần so với nhóm không suy giảm HDCNCB (bảng 4).

Bảng 4: Tái nhập viện sau 90 ngày xuất viện

Tái nhập viện	Suy giảm HĐCNCB, n (%)	Không suy giảm HĐCNCB, n (%)	HR (KTC 95%)	p
Do mọi nguyên nhân	32 (12,8)	24 (9,6)	1,74(1,02 - 2,97)	0,039
Do tim mạch	17 (6,8)	5 (2,0)	5,11(1,91 - 13,7)	0,001

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ suy giảm HDCNCB ở bệnh nhân mắc bệnh ĐMV trong nghiên cứu này theo thang điểm Katz là 47,4%. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu ở nhóm bệnh nhân suy tim nội viện của tác giả Nguyễn Ngọc Tú (26,1%) [5] và nhóm bệnh hội chứng vành cấp của tác giả Trần Quốc Tuấn (27,6%) [6]. Kết quả nghiên cứu này thấp hơn so với của tác giả Trần Thị Thanh Thảo thực hiện trên bệnh nhân sa sút trí tuệ (70%) [11]. Điều này là phù hợp vì bệnh nhân sa sút trí tuệ hầu như phụ thuộc hoàn toàn vào người chăm sóc đặc biệt ở giai đoạn muộn. Nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng trên nhóm bệnh nhân điều trị nội trú tại khoa Lão của tác giả Hồ Thị Kim Thanh (39%) [12] hay bệnh nhân bị viêm phổi cộng đồng cần nhập viện điều trị [13].

Trong suy giảm HDCNCB thì hoạt động di chuyển bị ảnh hưởng nhiều nhất chiếm 40,32% và ăn uống và tiêu tiểu không tự chủ là bị ảnh hưởng ít nhất với tỷ lệ lần lượt là 7,51% và 6,32%. Điều này là phù hợp với sinh lý bệnh, cũng được cho kết quả tương đồng với nghiên cứu của tác giả Paul Gerrard thực hiện tại các viện dưỡng lão ở Hoa Kỳ năm 2004, khảo sát hơn 13000 bệnh nhân cho thấy hoạt

động ăn uống, rối loạn cơ vòng ít bị ảnh hưởng nhất [8]. Hoạt động ăn uống dễ thực hiện so với các hoạt động còn lại, trong khi rối loạn cơ vòng hay tiêu tiểu không tự chủ xuất hiện có thể do tác dụng phụ của thuốc điều trị hay bệnh lý nguyên nhân liên quan cột sống, các tình trạng rối loạn tri giác, giãn nở thất áp lực bình thường, sa sút trí tuệ hay bệnh nhân nằm liệt giường lâu ngày. Hoạt động di chuyển bị ảnh hưởng nhiều nhất do bệnh nhân thực hiện hoạt động này nhiều trong ngày. Nó dễ bị suy giảm do bệnh lý cơ xương khớp (gây đau cấp hay mạn tính), suy dinh dưỡng. Hoạt động di chuyển cũng khá quan trọng vì nó là một trong những tiêu chí trong đánh giá suy yếu ở người cao tuổi. Tuy nhiên, hoạt động này có thể hồi phục khi được điều trị nguyên nhân hay vật lý trị liệu.

Trong đặc điểm chung của dân số nghiên cứu thì tuổi cao, đa thuốc, chỉ số bệnh đồng mắc Charlson có liên quan đến suy giảm HDCNCB ở bệnh nhân mắc bệnh ĐMV. Điều này cũng phù hợp khi các yếu tố này nằm trong hội chứng lão hóa. Đặc điểm này cũng thấy ở các nghiên cứu của các nghiên cứu kể trên. Người ta đã chứng minh rằng bệnh nhân mắc các bệnh như suy tim, rung nhĩ và hội chứng

mạch vành cấp hay mạn (có điều trị tái thông) đều có khuynh hướng đa thuốc. Nghiên cứu của tác giả Erdal (2021) thực hiện trên 248 bệnh nhân từ 65 tuổi trở lên cho thấy số lượng thuốc uống càng nhiều thì chỉ số Charlson càng cao ($r = 0,430$; $p = 0,001$) và chỉ số Charlson càng cao, bệnh nhân càng bị suy giảm HĐCNCB ($r = -0,343$; $p = 0,001$) [14]. Hậu quả trực tiếp của tình trạng đa bệnh - đa thuốc là bệnh nhân bị tác dụng phụ của thuốc, đặc biệt là các thuốc tim mạch và thuốc hướng tâm thần. Toa có các nhóm thuốc này dễ bị vấp phải việc kê toa thuốc không thích hợp theo tiêu chuẩn BEER, phổ biến ở bệnh nhân cao tuổi điều trị nội trú khi có tình trạng đa thuốc. Từ đó, tạo thành vòng xoắn bệnh lý của tác dụng phụ và kê thêm thuốc để điều chỉnh tác dụng không mong muốn này. Dẫn tới hậu quả là tăng nguy cơ té ngã, hạ huyết áp tư thế, suy giảm nhận thức... làm nặng thêm tình trạng suy giảm HĐCNCB ở người cao tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận điều này, tình trạng đa thuốc cao hơn có ý nghĩa ở nhóm suy giảm HĐCNCB 96,7% so với 71,4% với $p < 0,001$. Nghiên cứu của tác giả Gulistan Bahat (Thổ Nhĩ Kỳ, 2014) khảo sát tình trạng đa bệnh - đa thuốc và HĐCNCB trên 515 nữ giới lớn tuổi, cho thấy mối liên quan giữa suy giảm HĐCNCB với làm tăng số lượng thuốc sử dụng ($p < 0,01$) [15].

Trong các nhóm thuốc điều trị thì nhóm thuốc ức chế beta sử dụng ít hơn ở nhóm suy giảm HĐCNCB so với nhóm không suy giảm với tỷ lệ lần lượt là 52,5% và 75,2%. Ngược lại nhóm thuốc lợi tiểu quai được sử dụng nhiều hơn có ý nghĩa so với nhóm không suy giảm, với tỷ lệ lần lượt là 26,7% và 12%. Thuốc ức chế beta là một trong những thuốc điều trị theo khuyến cáo ở bệnh nhân có bệnh lý mạch vành, mục tiêu cải thiện triệu chứng ở bệnh nhân hội chứng mạch vành mạn và cải thiện tiên lượng ở bệnh nhân có hội chứng mạch vành cấp. Tuy nhiên, trong năm nhóm thuốc điều trị hội chứng mạch vành thì nhóm ức chế beta có tần suất kê toa ít nhất cho tới thời điểm xuất viện trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tân [16]. Nguyên nhân khách quan đã được các nghiên cứu thống kê là do nằm trong chống chỉ định tương đối như suy tim có chức năng tâm thu thất trái giảm nặng, bệnh phổi mạn tính, rối loạn nhịp chậm. Bên cạnh đó thì nhóm thuốc này cũng làm tệ hơn triệu chứng lâm sàng ở suy tim nên

phần nào tạo thái độ “trì hoãn” khi kê toa thuốc. Riêng thuốc lợi tiểu quai thường sử dụng khi bệnh nhân có tình trạng suy tim chưa ổn định nên cho thấy những bệnh nhân này có tình trạng suy giảm HĐCNCB cao hơn.

Biến chứng nội viện gồm tổn thương thận cấp và nhiễm trùng cao hơn có ý nghĩa ở nhóm có suy giảm HĐCNCB. Tỷ lệ tử vong nội viện là 1,2%. Bệnh nhân sau khi xuất viện được theo dõi ít nhất 90 ngày, nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 32/56 trường hợp tái nhập viện do mọi nguyên nhân có suy giảm HĐCNCB, chiếm tỷ lệ 57,1 %. Trong đó, 17/22 trường hợp tái nhập viện do nguyên nhân tim mạch có suy giảm HĐCNCB. Điều này chứng minh suy giảm HĐCNCB làm tăng tỷ lệ tái nhập viện ở bệnh nhân có bệnh mạch vành, $p < 0,05$. Kết quả của chúng tôi tương đồng với các tác giả Trần Quốc Tuấn cho thấy bệnh nhân bị suy giảm HĐCNCB làm tăng tái nhập viện gấp 5,49 lần so với bệnh nhân không suy giảm HĐCNCB (KTC95% 1,40 - 21,46; $p = 0,014$) [6]; tương tự nghiên cứu của tác giả Nguyễn Ngọc Tú thì suy giảm HĐCNCB làm tăng tái nhập viện gấp 2,75 lần (KTC 95% 1,25 - 6,05; $p = 0,01$) [5].

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy suy giảm HĐCNCB chiếm tỷ lệ khá cao ở bệnh nhân có bệnh động mạch vành, trong đó hoạt động bị ảnh hưởng nhiều nhất là di chuyển. Suy giảm HĐCNCB làm tăng nguy cơ biến chứng nằm viện như tổn thương thận cấp, nhiễm trùng. Suy giảm HĐCNCB cũng làm tăng nguy cơ tái nhập viện ít nhất là trong 3 tháng sau xuất viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dodson JA, Arnold SV, Reid KJ, et al. Physical function and independence 1 year after myocardial infarction: observations from the Translational Research Investigating Underlying disparities in recovery from acute Myocardial infarction: Patients' Health status registry. *Am Heart J*. 2012;163(5):790-6.
2. Kamper AM, Stott DJ, Hyland M, et al. Predictors of functional decline in elderly people with vascular risk factors or disease. *Age Ageing*. 2005;34(5):450-5.
3. Levine DA, Davydow DS, Hough CL, et al. Functional disability and cognitive impairment after hospitalization for myocardial infarction and stroke. *Circ Cardiovasc*

Khảo sát suy giảm hoạt động chức năng cơ bản ở bệnh nhân cao tuổi...

- Qual Outcomes. 2014;7(6):863-71. doi:10.1161/hcq.0000000000000008
4. Forman DE, Arena R, Boxer R, et al. Prioritizing Functional Capacity as a Principal End Point for Therapies Oriented to Older Adults With Cardiovascular Disease: A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association. *Circulation*. 2017;135(16):e894-e918.
 5. Nguyen TV, Dang HT, Burns MJ, et al. Impairment in activities of daily living and readmission in older patients with heart failure: a cohort study. *BMJ Open*. 2021;11(2):e044416. doi:10.1136/bmjopen-2020-044416
 6. Trần Quốc Tuấn, Thân Hà Ngọc Thê, Phạm Hòa Bình. Tiên lượng ngắn hạn ở bệnh nhân cao tuổi nhồi máu cơ tim không ST chênh lên có suy giảm hoạt động chức năng cơ bản tại bệnh viện Thống Nhất. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*. 2020;25(2)
 7. Knuuti J, Wijns W, Saraste A et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. *Eur H J* (2020) 41, 407-477
 8. Gerrard P. The hierarchy of the activities of daily living in the Katz index in residents of skilled nursing facilities. *J Geriatr Phys Ther*. 2013;36(2):87-91.
 9. Karabağ T, Altuntaş E, Kalaycı B, et al. The relationship of Charlson comorbidity index with stent restenosis and extent of coronary artery disease. *Interv Med Appl Sci*. 2018;10(2):70-75. doi:10.1556/1646.10.2018.20
 10. KDIGO Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury. *Kidney Int Suppl* 2012; 2:8.
 11. Trần Thị Thanh Thảo. Tỷ lệ sa sút trí tuệ và suy giảm hoạt động chức năng ở bệnh nhân cao tuổi tại khoa Lão bệnh viện Nhân Dân Gia Định. Luận văn Thạc sỹ Y học. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh 2016.
 12. Hồ Thị Kim Thanh, Phạm Thị Phương Thanh. Đánh giá ảnh hưởng của quá trình nằm viện ảnh hưởng đến hoạt động hằng ngày của người cao tuổi. *Tạp chí Nghiên Cứu Y Học*. 2016;100(2):164-171.
 13. Trần Bình Gấm. Khảo sát mối liên quan giữa hạn chế hoạt động chức năng cơ bản và bệnh viêm phổi cộng đồng ở người cao tuổi. Luận án chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Dược TP.HCM; 2017.
 14. Sahingoz Erdal G, Kocoglu H, Karandere F, et al. The Effect of Polypharmacy on the Charlson Comorbidity Index and Katz Index in Aging People with and without Diabetes Mellitus. *Eurasian J Med*. Jun 2021;53(2):85-89.
 15. Bahat G, Tufan F, Bahat Z, et al. Comorbidities, polypharmacy, functionality and nutritional status in Turkish community - dwelling female elderly. *Aging Clin Exp Res*. 2014;26(3):255-9. doi:10.1007/s40520-014-0229-8.
 16. Nguyễn Văn Tân, Bàng Ái Viên, Trần Tấn Đạt. Tuân thủ điều trị và kết cục lâm sàng ngắn hạn sau xuất viện ở bệnh nhân cao tuổi bị hội chứng vành cấp. *Tạp Chí Y Học Lâm Sàng - Số 77/2022*, 40 - 47.