

- review. *Cancer Biol Med*, 14(1), 9-32.
2. **Bookman M. A. (2016).** Optimal primary therapy of ovarian cancer. *Ann Oncol*, 27 Suppl 1, i58-i62.
 3. **Bamberger E. S., Perrett C. W. (2002).** Angiogenesis in epithelial ovarian cancer. *Mol Pathol*, 55(6), 348-59.
 4. **Cramer D. W. (2012).** The epidemiology of endometrial and ovarian cancer. *Hematol Oncol Clin North Am*, 26(1), 1-12.
 5. **Harter P., Gershenson D., Lhomme C. et al. (2014).** Gynecologic Cancer InterGroup (GIG) consensus review for ovarian tumors of low malignant potential (borderline ovarian tumors). *Int J Gynecol Cancer*, 24(9 Suppl 3), S5-8.
 6. **Partheen K., Kristjansdottir B., Sundfeldt K. (2011).** Evaluation of ovarian cancer biomarkers HE4 and CA-125 in women presenting with a suspicious cystic ovarian mass. *J Gynecol Oncol*, 22(4), 244-52.
 7. **Li H. M., Qiang J. W., Ma F. H. et al. (2017).** The value of dynamic contrast-enhanced MRI in characterizing complex ovarian tumors. *J Ovarian Res*, 10(1), 4.
 8. **Thomassin-Naggara I., Bazot M., Darai E. et al. (2008).** Epithelial ovarian tumors: value of dynamic contrast-enhanced MR imaging and correlation with tumor angiogenesis. *Radiology*, 248(1), 148-59.

NGUY CƠ TẾ NGÃ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN BỆNH NHÂN SUY TIM NHẬP VIỆN

Nguyễn Phú Cường¹, Trần Kim Trang¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tế ngã là biến cố bất lợi lớn tại bệnh viện và bệnh nhân suy tim ≥ 65 tuổi có nguy cơ tế ngã cao hơn 14% so với những người không mắc suy tim[1]. Công cụ đánh giá nguy cơ tế ngã Johns Hopkins (JHFRAT) được sử dụng rộng rãi chăm sóc người bệnh bao gồm cả người suy tim. JHFRAT là một công cụ hữu ích giúp cho người điều dưỡng có thể lượng giá nguy cơ và thực hiện các biện pháp chăm sóc toàn diện bệnh nhân suy tim nhưng cần phối hợp với bác sĩ trong việc thu thập thêm thông tin về triệu chứng lâm sàng, điều chỉnh phác đồ điều trị, tư vấn sử dụng các thiết bị hỗ trợ, hướng dẫn bệnh nhân và gia đình. **Mục tiêu:** Xác định sự phân bố các mức nguy cơ tế ngã và các mối liên quan đến nguy cơ tế ngã trên bệnh nhân suy tim nhập viện. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả 91 trường hợp suy tim nhập khoa Nội Tim mạch bệnh viện Chợ Rẫy. Các bệnh nhân được thu thập thông tin và đánh giá nguy cơ tế ngã bằng công cụ Johns Hopkins. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là $60,8 \pm 14,5$, nam giới chiếm 42,9%. Bệnh nhân suy tim có nguy cơ tế ngã cao chiếm 28,6%, nguy cơ trung bình và thấp lần lượt là 47,2% và 24,2%. Các mối liên quan đến nguy cơ tế ngã trên bệnh nhân suy tim bao gồm hội chứng mạch vành mạn, hạ kali máu, sử dụng lợi tiểu furosemide, ức chế men chuyển hoặc ức chế thụ thể và nitrate. **Kết luận:** nhân viên y tế, đặc biệt là điều dưỡng, xem xét sử dụng công cụ Johns Hopkins để đánh giá nguy cơ tế ngã ở bệnh nhân suy tim điều trị nội trú.

Từ khóa: Công cụ đánh giá nguy cơ tế ngã John Hopkin, nguy cơ tế ngã, suy tim.

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phú Cường

Email: phucuong250895@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 10.3.2025

SUMMARY

FALL RISK AND SOME RELATED FACTORS IN HOSPITALIZED HEART FAILURE PATIENTS

Background: Falls are among the most significant adverse events in hospitals. Hospitalized heart failure patients aged 65 years or older have a 14% higher risk of falling compared to those without heart failure. The Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool (JHFRAT) is widely used in patient care, including for heart failure patients. JHFRAT is a useful tool that helps nurses assess fall risk and implement comprehensive care measures for heart failure patients. However, its application requires collaboration with physicians to collect further information about clinical symptoms, adjust treatment regimens, provide guidance on the use of assistive devices, and educate patients as well as their families. **Objective:** To define the prevalence of fall risk levels and the factors involved in fall risk in hospitalized heart failure patients. **Materials and methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 91 cases diagnosed with heart failure admitted to the Department of Cardiology, Cho Ray Hospital. We collected patient information and performed a Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool (JHFRAT). **Results:** The mean age was 60.8 ± 14.5 years, male patients accounted for 42.9% of the study population. The heart failure patients with a high risk of falls was 28.6%, the moderate and low fall risk were 47.2% and 24.2%, respectively. Conditions associated with an increased risk in falls include chronic coronary syndrome, hypokalemia, medications such as furosemide, ACE inhibitors or receptor inhibitors, and nitrates. **Conclusion:** Clinicians, especially nurses, should consider using the Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool to evaluate fall risk in hospitalized patients with heart failure. **Keywords:** Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool, Fall Risk, Heart Failure.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tế ngã là một trong những nguyên nhân

chính gây tàn phế, cũng như hội chứng sau ngã, mất tự chủ, bất động, trầm cảm. Tại Hoa Kỳ năm 2018, nghiên cứu của Sheila M.Manemann [2] cho thấy khoảng 60% người trưởng thành mắc bệnh tim mạch nhập viện có nguy cơ té ngã trung bình đến cao. Té ngã khi nhập viện cao hơn ở nhóm bệnh nhân suy tim, có thể liên quan đến tình trạng rối loạn điện giải, hạ huyết áp tư thế, suy yếu, thiếu cơ, suy giảm nhận thức hay các thuốc đang điều trị. Đây là vấn đề sức khỏe nghiêm trọng liên quan đến tỉ lệ chấn thương và chi phí chăm sóc y tế cao, tác động tiêu cực đến chất lượng cuộc sống, thậm chí tăng nguy cơ tử vong.

Năm 2021, thống kê của tác giả Veronica [3] kết luận hiện có 38 công cụ hay thang điểm đánh giá nguy cơ té ngã, tiêu biểu là công cụ đánh giá nguy cơ té ngã Johns Hopkins (Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool - JHFRAT) được sử dụng phổ biến do đơn giản, nhanh chóng, dễ thực hiện, phù hợp môi trường bệnh viện. Hiện vấn đề té ngã dù đã được quan tâm trong môi trường bệnh viện, tuy nhiên trên bệnh nhân suy tim chưa được đánh giá đầy đủ. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu là sử dụng công cụ JHFRAT xác định sự phân bố các mức nguy cơ té ngã và tìm các mối liên quan đến mức nguy cơ té ngã trên bệnh nhân suy tim nhập viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn: Bệnh nhân suy tim cấp hoặc mạn ≥ 18 tuổi tại Khoa Nội Tim mạch bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/2024 đến 07/2024.

Tiêu chuẩn loại: Bệnh nhân cấp tính nặng đang cấp cứu (hội chứng vành cấp, phù phổi cấp, suy hô hấp cấp đang cần liệu pháp hỗ trợ oxy, thở máy xâm lấn hoặc không xâm lấn, đột quỵ não cấp...); bệnh nhân nằm bất động, liệt hoàn toàn, hôn mê; đang co giật, đang điều trị co giật hoặc đang kích động; đã té ngã trong lần nằm viện này; có bệnh lý tâm thần, khiếm khuyết về ngôn ngữ, giảm nhận thức không thể hoàn thành bộ công cụ đánh giá; có một số bệnh đồng mắc ngoài bệnh tim mạch ảnh hưởng kết quả để án bao gồm bệnh cơ xương khớp như thoái hóa khớp nặng, viêm khớp cấp, gout cấp; bệnh thần kinh như tai biến mạch máu não, Parkinson; bệnh huyết học như thiếu máu mạn mức độ nặng đang truyền máu; suy thận mạn

giai đoạn cuối đang lọc thận định kỳ; huyết khối thuyên tắc tĩnh mạch chân, hẹp hoặc tắc động mạch chân.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả, tiến cứu.

Biến số nghiên cứu: Nghiên cứu viên trực tiếp thu thập các thông tin theo nội dung của Công cụ JHFRAT và một số yếu tố nguy cơ té ngã trong vòng 24 giờ đầu sau nhập viện bao gồm : tuổi, giới, tiền căn hút thuốc lá, thừa cân - béo phì (chỉ số khối cơ thể $\geq 25 \text{ kg/m}^2$), huyết áp tâm thu và tâm trương, tần số tim, các bệnh đồng mắc, phân suất tổng máu thất trái, NT-proBNP, eGFR (CKD-EPI), hemoglobin, natri máu và kali máu, các thuốc đang điều trị gồm furosemide, ACE-i/ARB, MRA, chẹn kênh canxi, chẹn beta, nitrate và digoxin và điểm số JHFRAT (JHFRAT > 13 điểm: nguy cơ cao; JHFRAT ≤ 13 nguy cơ thấp-trung bình).

Quản lý số liệu: Nhập số liệu bằng phần mềm Microsoft Excel 2013. Xử lý số liệu bằng phần mềm Stata 17.0.

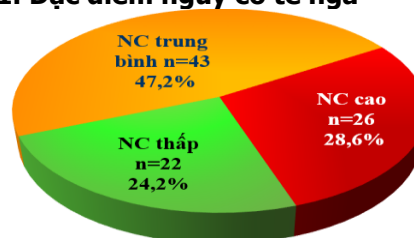
Xử lý số liệu: Nghiên cứu sử dụng ý nghĩa $\alpha = 0.05$ và khoảng tin cậy là 95%. Các phép so sánh, mối liên quan có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã thông qua Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học tại Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh số 1298/HĐĐĐ-ĐHYD.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

91 bệnh nhân suy tim thỏa tiêu chuẩn được nhận vào nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm nguy cơ té ngã



■ Nguy cơ thấp ■ Nguy cơ trung bình ■ Nguy cơ cao

Biểu đồ 1. Tỷ lệ mức nguy cơ té ngã ở bệnh nhân suy tim

Hơn 1/3 bệnh nhân suy tim nhập viện có mức nguy cơ té ngã cao.

Bảng 1. Phân bố đặc điểm nguy cơ té ngã theo công cụ Johns Hopkins

Tuổi	Đặc điểm	n	%
	Dưới 60	40	43,9
60- 69 tuổi	21	23,1	
70-79 tuổi	21	23,1	

	≥80 tuổi	9	9,9
Tiền sử té ngã	Không tiền sử té ngã	65	71,4
	Té ngã 1 lần vòng 6 tháng trước nhập viện	26	28,6
Bài tiết	Không có vấn đề	49	53,8
	Tiểu không kiểm soát	5	5,5
	Tiểu tiểu gấp hoặc nhiều lần	28	30,8
	Tiểu gấp/nhiều lần và không kiểm soát	9	9,9
Thuốc: giảm đau thuộc nhóm gây nghiện, chống co giật, hạ huyết áp, lợi tiểu, an thần, nhuận tràng	Không	14	15,4
	Một loại thuốc nguy cơ té ngã	45	49,5
	≥2 loại thuốc có nguy cơ té ngã	32	35,1
	thuốc an thần trong 24 giờ	0	0
Dụng cụ chăm sóc: truyền tĩnh mạch, ống dẫn lưu ngực, ống thông tiểu, các loại dẫn lưu khác	Không	64	70,3
	Có 1	27	29,7
	Có 2	0	0
	Có ≥3	0	0
Vận động	Bình thường	51	56
	Giảm thị lực hoặc thính lực liên quan đến di chuyển	9	9,9
	Cần trợ giúp như khung tập đi lại, nạng, xe lăn, người hỗ trợ di chuyển hoặc đi lại	29	31,7
	Di chuyển không thẳng bằng, phải vịn bàn ghế, bờ tường xung quanh để đi lại	17	18,7
Tình trạng nhận thức	Tỉnh táo, thực hiện đúng y lệnh	91	100
	Hôn mê, không tiếp xúc	0	0
	Lơ mơ, kích động	0	0

3.2. Mối liên quan giữa các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng và nguy cơ té ngã

Bảng 2. Liên quan đặc điểm nhân trắc-xã hội, lâm sàng, cận lâm sàng và nguy cơ té ngã

Yếu tố lâm sàng-cận lâm sàng		Chung n =91(%)	Nguy cơ té ngã		p	OR* KTC 95%
			Thấp-TB n =65(%)	Cao n=26(%)		
Nhân trắc - xã hội	Tuổi TB ± ĐLC	60,8±14,5 (27-84)	54,2 ± 11,9	63 ± 14,7	0,01 ^a	1(1-1,1)
	Thừa cân -Béo phì	30 (33)	22 (35,4)	7 (26,9)	0,4 ^b	0,7(0,2-1,8)
	Hút thuốc lá	22 (24,2)	18 (27,7)	4 (15,4)	0,2 ^b	0,5(0,1-1,6)
Bệnh đồng mắc	HC mạch vành mạn	57 (62,6)	34 (52,3)	23 (88,5)	0,001 ^b	7(1,9-25,6)
	Tăng huyết áp	63 (69,2)	43 (66,2)	20 (76,9)	0,3 ^b	1,7(0,6-4,9)
	Đái tháo đường	24 (26,4)	16 (24,6)	8 (30,7)	0,5 ^b	1,4(0,5-3,7)
	Bệnh thận mạn	19 (20,8)	12 (18,5)	7 (26,9)	0,4 ^b	1,6(0,6-4,7)
	Rối loạn lipid máu	49 (53,8)	30 (46,2)	19 (73,1)	0,02 ^b	3,2(1,2-8,6)
	Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	6 (6,6)	2 (3,1)	4 (15,4)	0,05 ^b	5,7(1-33,5)
	Rung nhĩ	31 (34,1)	19 (29,2)	12 (46,2)	0,1 ^b	2,1(0,8-5,3)
Ung thư	7 (7,7)	6 (9,2)	1 (3,9)	0,7 [*]	0,4(0,04-3,4)	
Lâm sàng	Huyết áp tâm thu	120(110-140)	115(110-130)	120(110-140)	0,9 [*]	1(1-1)
	Huyết áp tâm trương	74,4 ± 12,7	74,9 ± 13,2	73 ± 11,6	0,5 [*]	1(1-1)
	Tần số tim	90,1 ± 17,4	90,2 ± 19,1	89,8 ± 12,5	0,9 [*]	1(1-1)
Phân suất tổng máu	EF < 50%	55 (60,4)	36 (55,4)	19 (73,1)	0,1 ^b	2,2(0,8-5,9)
	EF ≥ 50%	36 (39,6)	29 (44,6)	7 (26,9)		
NT-proBNP (pmol/L)		285(124-673)	253(128-589,3)	293(121-1078)	0,1 [*]	1(1-1)
Hemoglobin (g/dL)		11,9 ± 2,3	11,8 ± 2,3	12,2 ± 2,2	0,4 [*]	1,1(0,9-1,3)
eGFR (mL/phút/1,73m²da)		68 ± 27,6	69,9 ± 27,8	63,4 ± 27,1	0,3 [*]	1(1-1)
Natri huyết thanh (mmol/L) TV(KTPV)		134 (130-136)	132,5 (130-135)	134 (130-137)	0,4 ^c	1 (0,9-1,1)
Kali huyết thanh (mmol/L) TB ± ĐLC		3,8 ± 0,6	3,9 ± 0,6	3,6 ± 0,6	0,08 ^c	0,5 (0,2-1,1)

(a): T-test; (b): Chi bình phương, đối với biến có tần suất < 5, dùng kiểm định chính xác Fisher; (c): Mann-Whitney; (*) Hồi quy logistic

Tuổi, hội chứng mạch vành mạn và rối loạn lipid máu có liên quan đến mức độ nguy cơ té ngã

3.3. Môi liên quan thuốc điều trị và nguy cơ té ngã

Bảng 3. Liên quan giữa thuốc và nguy cơ té ngã

Thuốc		Chung n=91 (%)	Nguy cơ té ngã		p*	OR# KTC 95%
			Thấp-TB n=65 (%)	Cao n=26 (%)		
Lợi tiểu furosemide	Có	60 (65,9)	39 (60)	21 (80,8)	0,06	2,8 (0,9 – 8,4)
	Không	31 (34,1)	26 (40)	5 (19,2)		
MRA	Có	43 (47,3)	29 (44,6)	14 (53,9)	0,4	1,4 (0,6 -3,6)
	Không	48 (52,7)	36 (55,4)	12 (46,1)		
ACE-i/ARB	Có	43 (47,3)	26 (40)	17 (65,4)	0,03	2,8 (1,1 -7,3)
	Không	48 (52,7)	39 (60)	9 (34,6)		
Chẹn kênh canxi	Có	9 (9,8)	8 (12,3)	1 (3,8)	0,4**	0,3 (0,03 -2,4)
	Không	82 (90,2)	57 (87,7)	25 (96,2)		
Chẹn beta	Có	6 (6,6)	5 (7,7)	1 (3,9)	0,7**	0,5 (0,05 – 4,3)
	Không	85 (93,4)	60 (92,3)	25 (96,1)		
Nitrate	Có	17 (18,7)	7 (10,7)	10 (38,5)	0,005**	5,2 (1,7 – 15,7)
	Không	74 (81,3)	58 (89,2)	16 (61,5)		
Digoxin	Có	5 (5,5)	4 (6,15)	1 (3,8)	0,6	0,61 (0,06 – 5,7)
	Không	86 (94,5)	61 (93,85)	25 (96,2)		

* Kiểm định Chi bình phương để so sánh tỉ lệ 2 nhóm

** Kiểm định Fisher do có số ô vọng trị < 5. # Dùng hồi quy Logistic đơn biến tìm mối liên quan

Ghi nhận nhóm thuốc ACE-i/ARB, nitrate liên quan đến gia tăng nguy cơ té ngã có ý nghĩa thống kê, tương ứng với công cụ JHFRA có thuốc lợi tiểu và hạ áp là các thành phần nguy cơ.

3.4. Phân tích đa biến nguy cơ té ngã và các yếu tố liên quan

Bảng 4. Phân tích đa biến các yếu tố liên quan té ngã

Yếu tố liên quan	p*	OR	KTC 95%
Tuổi	0,06	1,1	1 -1,1
Hội chứng mạch vành mạn	0,02	8,4	1,3 – 52,7
Rối loạn lipid máu	0,5	1,6	0,4 – 6,4
Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	0,2	6,3	0,4 – 98
Rung nhĩ	0,08	3,4	0,9 – 13,9
Hạ kali máu	0,04	4,4	1,1 – 17,5
PSTM	0,6	1,4	0,4 – 5,3
Lợi tiểu furosemide	0,04	6,4	1,1 – 38
ACE-i/ARB	0,03	4,7	1,2 – 18,5
Nitrate	0,007	8,2	1,8 – 37,6

Với kết quả có giá trị p < 0,2 ở phân tích đơn biến các biến có ý nghĩa lâm sàng, chúng tôi chạy mô hình hồi quy logistic đa biến ghi nhận bệnh nhân suy tim có kèm hội chứng mạch vành mạn, hạ kali máu, dùng thuốc lợi tiểu furosemide, ACE-i/ARB và nitrate tăng đáng kể nguy cơ té ngã.

IV. BÀN LUẬN

Từ tháng 01- 07/2024 tại khoa Nội Tim mạch bệnh viện Chợ Rẫy, chúng tôi chọn được 91 bệnh nhân suy tim thỏa tiêu chuẩn nhận vào. Dân số nghiên cứu có tuổi trung bình là 60,8 ± 14,5, nam giới chiếm 42,9%, gần 1/3 bệnh nhân suy tim nhập viện có nguy cơ té ngã cao. Điều này khẳng định vai trò quan trọng trong việc sử dụng công cụ đánh giá nguy cơ té ngã như công cụ Johns Hopkins trong thực hành lâm sàng, đặc biệt trên bệnh nhân suy tim nội viện. Các nghiên cứu gần đây cũng nhận định tình trạng suy giảm thể chất, suy yếu, nguy cơ té ngã và các yếu tố liên quan vẫn là vấn đề đáng quan tâm trong thực hành lâm sàng hàng ngày trên bệnh nhân suy tim nhập viện. Té ngã góp phần làm chậm hồi phục, hồi phục không hoàn toàn, tỉ lệ tái nhập viện và tử vong cao, mất khả năng độc lập lâu dài sau khi xuất viện.[4] Như vậy, đánh giá nguy cơ té ngã nên được xem xét là bước đầu tiên khi tiếp cận bệnh nhân suy tim nhập viện. Chúng tôi ghi nhận hội chứng mạch vành mạn, hạ kali máu và các thuốc lợi tiểu furosemide, ức chế men chuyển/ức chế thụ thể và nitrate làm tăng đáng kể nguy cơ té ngã trên bệnh nhân suy tim có ý nghĩa thống kê. Các thuốc này được sử dụng thường quy trên bệnh nhân suy tim nhằm mục tiêu giảm khó thở, giảm tình trạng sung huyết, giảm phù. Mối liên quan giữa các thuốc này và nguy cơ té ngã còn được thể hiện qua bài báo tổng hợp của L. Seppala[5] năm 2022 với

kết quả phân tích gộp nitrate cho thấy OR= 1,21, CI 95% (0,75–1,96), $p < 0,008$ và ACE-i với OR= 1,03, CI 95% (0,90–1,19), $p < 0,001$; trong đó lợi tiểu furosemide liên quan đáng kể với nguy cơ té ngã OR=1.36; KTC 95% (1,17 – 1,57); $p < 0.002$. Mỗi liên quan này được giả thuyết do tác dụng nhanh và mạnh so với các lợi tiểu khác gây ra thay đổi đáng kể dịch ngoại bào.[5] Hội chứng mạch vành mạn liên quan nguy cơ té ngã gián tiếp thông qua thiếu cơ (sarcopenia) do cơ chế viêm hệ thống mạn tính mức độ thấp. Sự tích tụ các tế bào bạch cầu và sự gia tăng chỉ số mỡ nội tạng gây ra tình trạng viêm hệ thống ở mức độ thấp, đặc trưng bởi sự gia tăng các cytokins tiền viêm làm kích hoạt dòng thác protein ubiquitin và ly giải protein cơ thúc đẩy tiến triển tình trạng yếu cơ và gián tiếp làm tăng nguy cơ té ngã trong tương lai.[6]

Kết quả của chúng tôi và các nghiên cứu tương tự cho thấy khó khăn trong sử dụng các nhóm thuốc điều trị vốn đã được chứng minh cải thiện triệu chứng và kết cục ngắn hạn cũng như dài hạn trên bệnh nhân suy tim. Khó khăn trong việc sử dụng trên thực tế lâm sàng đến từ tăng nguy cơ té ngã do giảm thể tích máu, hạ huyết áp và/hoặc chậm nhịp tim.[7] Hiện nay, không có khuyến cáo chỉ ra việc ngưng kê đơn hay điều chỉnh liều như thế nào nhằm mục tiêu giảm nguy cơ té ngã trên bệnh nhân suy tim. Do đó, để giải quyết vấn đề này nên dựa trên đặc điểm lâm sàng của từng bệnh nhân như xuất hiện triệu chứng hạ huyết áp, đau đầu, chóng mặt, rối loạn điện giải hay té ngã. Để đạt được mục tiêu này, Esther Liu[7] cũng đề cập một số giải pháp như sử dụng công cụ kê đơn nhằm hỗ trợ các bác sĩ lâm sàng tối ưu hóa việc sử dụng nhóm thuốc nguy cơ té ngã, như công cụ STOPP/START[8] (Công cụ sàng lọc đơn thuốc/Công cụ sàng lọc cảnh báo điều trị).

Hạn chế nghiên cứu. Đây chỉ là nghiên cứu cắt ngang, đánh giá nguy cơ té ngã trên bệnh nhân suy tim nhập viện dựa vào công cụ té ngã Johns Hopkins tại một thời điểm nhất định, chưa đánh giá sự thay đổi các tiêu chí của công cụ theo thời gian, theo diễn tiến bệnh. Do đó, nghiên cứu không đánh giá đầy đủ được các thuốc mà bệnh nhân đã sử dụng trước nhập viện hay thời gian thuốc còn tác dụng làm ảnh hưởng đến kết quả.

Nghiên cứu cũng chưa đánh giá mối liên quan giữa mức nguy cơ té ngã và mức độ suy tim theo NYHA để nhận biết mức độ ảnh hưởng của suy tim đến hoạt động thể lực, cũng chưa đánh giá về mức độ suy yếu hay thiếu cơ

(sarcopenia) trên bệnh nhân suy tim - đặc biệt nhóm bệnh nhân ≥ 60 tuổi mắc suy tim (chiếm gần 60%) - từ đó tìm mối liên quan cũng như ảnh hưởng như thế nào đến nguy cơ té ngã. Một số yếu tố liên quan chính là thành phần của công cụ JHFRAT.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân suy tim có nguy cơ té ngã cao chiếm 28,6%, nguy cơ té ngã trung bình và thấp lần lượt là 47,2% và 24,2%. Hội chứng mạch vành mạn có liên quan nguy cơ té ngã trên bệnh nhân suy tim với OR = 8,4; KTC 95% (1,3-52,7); $p = 0,02$. Bệnh nhân suy tim có hạ kali máu thì nguy cơ té ngã tăng gấp 4 lần so với không kèm hạ kali máu OR = 4,4; KTC 95% (1,1 -17,5); $p = 0,04$. Bệnh nhân suy tim sử dụng thuốc lợi tiểu furosemide, ức chế men chuyển hoặc ức chế thụ thể, nitrate đều gia tăng đáng kể nguy cơ té ngã. Do đó, nhân viên y tế - đặc biệt là điều dưỡng - xem xét việc sử dụng công cụ Johns Hopkins để đánh giá nguy cơ té ngã ở bệnh nhân suy tim điều trị nội trú.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lee K, Davis MA, Marcotte JE, et al.** Falls in community-dwelling older adults with heart failure: A retrospective cohort study. *Heart Lung*.2020;49(3):238-250.doi:10.1016/j.hrtlng.2019.12.005. Epub 2020 Jan 10. PMID: 3192065.
2. **Manemann SM, Chamberlain AM, Boyd CM, Miller DM, Poe KL, Cheville A, et al.** Fall Risk and Outcomes Among Patients Hospitalized With Cardiovascular Disease in the Community. *Circulation Cardiovascular quality and outcomes*. 2018;11(8):e004199.
3. **Strini V, Schiavolin R, Prendin A.** Fall Risk Assessment Scales: A Systematic Literature Review. *Nursing reports (Pavia, Italy)*. 2021;11(2):430-43.
4. **Kitzman DW, Whellan DJ, Duncan P, Pastva AM, Mentz RJ, Reeves GR, et al.** Physical Rehabilitation for Older Patients Hospitalized for Heart Failure. *N Engl J Med*. 2021;385(3):203-16
5. **Seppälä L.** Fall-risk-increasing drugs and falls prevention: Towards a personalized approach for medication management. 2022.
6. **Damij AA, Alfaraidhy M, AlHajri N, et al.** Sarcopenia and Cardiovascular Diseases. *Circulation*. May 16 2023;147(20):1534-1553. doi:10.1161/circulationaha.123.064071
7. **Liu E, Nahid M, Musse M, Chen L, Hilmer SN, Zullo A, et al.** Prescribing patterns of fall risk-increasing drugs in older adults hospitalized for heart failure. *BMC Cardiovascular Disorders*. 2023;23(1):372.
8. **O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P.** STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. Age and ageing. 2015;44(2):213-8.