

mắt xích cuối cùng trong cơ chế bệnh sinh phức tạp của bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zuberbier T., Abdul Latiff A.H., Abuzakouk M. và cộng sự. (2022). The international EAACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. *Allergy*, 77(3), 734–766.
2. Li J., Mao D., Liu S. và cộng sự. (2022). Epidemiology of urticaria in China: a population-based study. *Chin Med J (Engl)*, 135(11), 1369–1375.
3. Gonçalo M., Gimenez-Arnau A., Al-Ahmad M. và cộng sự. (2021). The global burden of chronic urticaria for the patient and society. *Br J Dermatol*, 184(2), 226–236.
4. Bộ Y tế (2014). Hướng dẫn và điều trị các bệnh dị ứng - Miễn dịch lâm sàng, 118–120.
5. Huang C., Jiang Z., Wang J. và cộng sự. (2019). Antihistamine effects and safety of fexofenadine: a systematic review and Meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Pharmacol Toxicol*, 20, 72.
6. Nguyễn Văn Đoàn (2022). Bài giảng dị ứng - miễn dịch lâm sàng - Nhà Xuất Bản Y Học,
7. Kameyoshi Y., Tanaka T., Mihara S. và cộng sự. (2007). Increasing the dose of cetirizine may lead to better control of chronic idiopathic urticaria: an open study of 21 patients. *Br J Dermatol*, 157(4), 803–804.
8. Shoshan M.B., Clarke A., và Raz A. (2012). Psychosocial Factors and the Pathogenesis of Chronic Hives: A Survey of Canadian Physicians. *J Allergy Ther*, 03(01).
9. Phạm Thị Thu Hà (2011). Nghiên cứu căn nguyên gây bệnh và hiệu quả điều trị mày đay mạn tính bằng phối hợp thuốc kháng histamine H1 và H2.
10. Ansotegui I.J., Bousquet, Jean, Canonica, Giorgio Walter và cộng sự. (2024). Why fexofenadine is considered as a truly non-sedating antihistamine with no brain penetration: a systematic review. *Curr Med Res Opin*, 40(8), 1297–1309.

SÀNG LỌC THIỂU CƠ Ở NGƯỜI SUY TIM MẠN

Trần Ngọc Việt¹, Trần Kim Trang¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thiếu cơ là tình trạng mất khối cơ vân, đi kèm với sự suy giảm sức mạnh cơ bắp và/hoặc giảm hoạt động thể chất. Thiếu cơ được chứng minh là một bệnh đồng mắc phổ biến ở bệnh nhân suy tim mạn, gây giảm chức năng thể chất và là yếu tố tiên lượng độc lập đối với khả năng gắng sức cũng như nguy cơ tử vong. SARC-CalF là công cụ gồm các thành tố đơn giản, dễ thực hiện, có thể đánh giá nhanh, phù hợp trong sàng lọc các trường hợp nguy cơ thiếu cơ để có biện pháp chẩn đoán và can thiệp kịp thời. Đây là công cụ sàng lọc được Hội Thiếu cơ Châu Á (AWGS) khuyến nghị sử dụng trong thực hành lâm sàng và có thể sử dụng trong chương trình quản lý suy tim ngoại trú. **Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ nguy cơ thiếu cơ, các mối liên quan đến nguy cơ thiếu cơ trên người suy tim mạn tính. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả 119 bệnh nhân suy tim mạn tính tại Phòng Khám suy tim, Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, cơ sở 1. Các bệnh nhân được thu thập thông tin lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá nguy cơ thiếu cơ bằng công cụ SARC-CalF. **Kết quả:** Tuổi trung vị là 63 [49–69]. Nữ giới chiếm 35,3%. Tỉ lệ bệnh nhân suy tim có nguy cơ thiếu cơ là 20,2%. Chỉ số khối cơ thể, giới nữ, phân suất tống máu thất trái và ung thư là những yếu tố liên quan nguy cơ thiếu cơ ($p < 0,05$). **Kết luận:** Xem xét sàng lọc thiếu cơ là một phần của chương

trình quản lý suy tim ngoại trú.

Từ khóa: Nguy cơ thiếu cơ, công cụ sàng lọc thiếu cơ SARC-CalF, suy tim mạn.

SUMMARY

SARCOPENIA SCREENING IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE

Background: Sarcopenia is defined as a loss of skeletal muscle mass, accompanied by a decline in muscle strength and/or reduced physical performance. It is a common comorbidity in patients with chronic heart failure, leading to impaired physical function and serving as an independent predictor of exercise capacity and mortality. The SARC-CalF tool, recommended by the Asian Working Group for Sarcopenia (AWGS) for clinical practice, is a simple, easy-to-implement instrument for rapid screening of sarcopenia risk, enabling timely diagnosis and intervention. This tool is well-suited for outpatient heart failure management programs. **Objectives:** To determine the prevalence of sarcopenia risk and its associated factors in patients with chronic heart failure. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 119 patients with chronic heart failure attending the Heart Failure Clinic at the University Medical Center, Ho Chi Minh City (Campus 1). Clinical and laboratory data were collected, and sarcopenia risk was assessed using the SARC-CalF tool. **Results:** The median age of the cohort was 63 (IQR: 49–69) years, and 35.3% were female. The overall prevalence of sarcopenia risk was 20.2%. Body Mass Index (BMI), female sex, left ventricular ejection fraction (LVEF), and cancer were significantly associated with sarcopenia risk ($p < 0.05$). **Conclusion:** Screening for sarcopenia should be considered as part of an outpatient heart failure

¹Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Ngọc Việt

Email: tngviet@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.7.2025

Ngày duyệt bài: 15.8.2025

management program. **Keywords:** Sarcopenia risk, SARC-CalF screening tool, Chronic heart failure.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim (ST) là một hội chứng lâm sàng phức tạp, đe dọa tính mạng người bệnh, có tỉ lệ mắc bệnh và tử vong cao. Suy tim đã được xác định là đại dịch toàn cầu, vào năm 2021, ước tính 55,5 triệu người suy tim trên toàn thế giới[1]. Thiếu cơ là tình trạng mất khối cơ vân, đi kèm với sự suy giảm sức mạnh cơ bắp và/hoặc giảm hoạt động thể chất[2]. Thiếu cơ được chứng minh là một bệnh đồng mắc phổ biến ở người suy tim mạn, gây giảm chức năng thể chất và là yếu tố tiên lượng độc lập đối với khả năng gắng sức cũng như nguy cơ tử vong[3]. Theo nghiên cứu SICA-HF, thiếu cơ ảnh hưởng khoảng 20% bệnh nhân suy tim mạn và là yếu tố dự báo độc lập về khả năng gắng sức và tử vong [3,4].

Đến nay, các nghiên cứu về thiếu cơ ở người suy tim mạn tại Việt Nam vẫn còn hạn chế và chủ yếu tập trung vào người cao tuổi, chưa có nghiên cứu nào về tình trạng này trên người suy tim mạn ở mọi lứa tuổi. SARC-CalF là công cụ gồm các thành tố đơn giản, dễ thực hiện, có thể đánh giá nhanh, phù hợp trong sàng lọc nguy cơ thiếu cơ để có biện pháp chẩn đoán và can thiệp kịp thời, được Hội Thiếu cơ Châu Á (AWGS) khuyến nghị sử dụng trong thực hành lâm sàng và trong chương trình quản lý suy tim ngoại trú. Do đó, nhằm bước đầu cung cấp số liệu tham khảo về thiếu cơ ở người suy tim trên mọi lứa tuổi tại Việt Nam, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với 2 mục tiêu: (1) Xác định tỉ lệ bệnh nhân suy tim mạn ngoại trú có nguy cơ thiếu cơ, dựa vào công cụ SARC-CalF; (2) Khảo sát mối liên quan giữa nguy cơ thiếu cơ với các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn vào: Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên điều trị suy tim mạn theo hướng dẫn của Bộ Y tế Việt Nam[5] năm 2022, tại Phòng Khám suy tim, Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, cơ sở 1 và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: những trường hợp không thể hoàn thành bài test trong nghiên cứu như sau:

+ Bệnh cấp tính nặng như: suy hô hấp cấp, phù phổi cấp, nhồi máu cơ tim cấp, suy tim mất bù, đột quỵ cấp, thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch, hẹp hoặc tắc động mạch chi dưới, hoặc có chỉ định nhập viện.

+ Bệnh nhân có bệnh cơ xương khớp cấp, mạn
+ Có bệnh tâm thần kinh
+ Bệnh răng miệng cấp và mạn tính, bệnh đường tiêu hóa cấp và mạn tính ảnh hưởng hấp thu chất dinh dưỡng, bệnh tuyến giáp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu cắt ngang mô tả. Từ tháng 01- 06/2025

Cỡ mẫu: ≥ 60 bệnh nhân

Biến số nghiên cứu: Nghiên cứu viên trực tiếp thu thập các thông tin bộ công cụ SARC-CalF và các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bao gồm: tuổi, giới tính, chỉ số khối cơ thể, tiền sử hút thuốc lá, phân độ suy tim NYHA, tần số tim, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương, bệnh đồng mắc: (Bệnh mạch vành, tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh thận mạn, rối loạn lipid máu, rung nhĩ, ung thư, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, phân suất tống máu thất trái, NT-ProBNP, bộ công cụ SARC-CalF (<11 điểm: không có nguy cơ thiếu cơ, ≥ 11 : có nguy cơ thiếu cơ). Bộ công cụ SARC-CalF: Bảng câu hỏi SARC-F được thực hiện bằng hình thức phỏng vấn trực tiếp bởi nghiên cứu viên. Chu vi bắp chân: đo tư thế ngồi, đo ở vị trí chu vi tối đa, ghi lại ở mức gần nhất 0,5 cm khi không có cơ cơ và gối gấp 90 độ. Đo ở cả 2 chân và giá trị cao hơn được sử dụng để cho điểm.

Nhập và xử lý số liệu: Nhập liệu bằng phần mềm Microsoft Excel 2018. Xử lý số liệu bằng phần mềm Stata 17 với mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$ và khoảng tin cậy là 95%. Các phép so sánh, hệ số 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 của Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh theo quyết định số 2759/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 07/10/2024 và Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM, cơ sở 1 ngày 16/11/2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tuyển chọn 119 bệnh nhân

3.1. Tỉ lệ bệnh nhân suy tim có nguy cơ thiếu cơ



Biểu đồ 1. Phân bố nguy cơ thiếu cơ ở bệnh nhân suy tim mạn

Cứ 5 bệnh nhân suy tim mạn thì có 1 bệnh nhân bị nguy cơ thiếu cơ.

Bảng 1. Phân bố thành tố của bộ câu hỏi SARC-F và nguy cơ thiếu cơ

Đặc điểm	N: 119 (100%)	Nguy cơ thiếu cơ n=24	Không nguy cơ thiếu cơ n=95
Sức mạnh cơ	Không	73 (61,3)	1 (4,2)
	Một chút	32 (26,9)	11 (45,8)
	Rất nhiều hoặc không thể làm được	14 (11,8)	2 (2,1)
Hỗ trợ khi đi bộ	Không	93 (78,1)	8 (33,4)
	Một chút	24 (20,2)	14 (58,3)
	Rất nhiều hoặc không thể làm được	2 (1,7)	2 (8,3)
Đứng dậy từ ghế	Không	83 (69,7)	7 (29,2)
	Một chút	35 (29,4)	16 (66,7)
	rất nhiều hoặc không thể làm được	1 (0,9)	1 (4,1)
Leo cầu thang	Không	63 (52,9)	0 (0)
	Một chút	37 (31,1)	8 (33,3)
	Hoặc rất nhiều hoặc không thể làm được	19 (16)	16 (66,7)
Ngã	Không	95 (79,8)	7 (29,2)
	1-3 lần	16 (13,5)	9 (37,5)
	≥ 4 lần	8 (6,7)	8 (33,3)
SARC-F	≥ 4	24 (20,2)	8 (10,4)
	<4	95 (79,8)	69 (89,6)
Chu vi bắp chân (CC)	0 điểm (Nam: ≥34 cm; Nữ: ≥ 33 cm)	85 (71,4)	0 (0)
	10 điểm (Nam: <34 cm; Nữ: <33 cm)	34 (28,6)	24 (100)

3.2. Môi liên quan giữa đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, bệnh đồng mắc với nguy cơ thiếu cơ

Bảng 2. Môi liên quan giữa các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng với nguy cơ thiếu cơ

Đặc điểm	Chung N= 119	Nguy cơ thiếu cơ		p	OR (KTC 95%)
		Có (n=24)	Không (n=95)		
Tuổi					
TV[IQR]	63 [49-69]	70 [66-75]	59 [45-67]	<0,001 [#]	1,1 (1,05-1,16)
Giới tính					
Nam	77 (64,7)	10 (41,7)	67 (70,5)	0,008*	3,35 (1,3-8,4)
Nữ	42 (35,3)	14 (58,3)	28 (29,5)		
BMI (kg/m ²)					
TV[IQR]	23,4 [20,5-25,8]	20,2 [18,7-22,5]	23,9 [22,1-26,9]	<0,001 [#]	0,67 (0,55-0,82)
Tiền sử hút thuốc lá					
Có	59 (49,6)	11 (45,8)	48 (50,5)	0,68*	0,82 (0,3-2)
Không	60 (50,4)	13 (54,2)	47 (49,5)		
Huyết áp tâm thu (mmHg)	114 [102-130]	115,5 [103.5-131.5]	114 [102-130]	0,86 [#]	0,99 (0,97-1,02)
Huyết áp tâm trương (mmHg)	72,2 ± 1,2	67,5 ± 2,9	73,4 ± 1,3	0,05*	0,96 (0,92-1,00)
Tần số tim (lần/phút)	74,9 ± 13,9	71,6 ± 2,6	75,7 ± 1,5	0,19*	0,98 (0,94-1,01)
NYHA	I	47 (39,5)	9 (37,5)	0,89**	1,14 (0,57-2,29)
	II	60 (50,4)	12 (50,0)		
	III-IV	12 (10,1)	3 (12,5)		
NT-ProBNP (pg/ml)	494 [164-1108]	1150 [490-1826]	395 [134-931]	0,0001 [#]	1,001 (1,000-1,002)
EF (%)	46,5 ± 14,1	41,2 ± 12	47,8 ± 14,4	0,04*	0,96 (0,93-0,99)
Phân nhóm EF	< 40 %	13 (54,2)	30 (31,6)	0,04*	0,16-0,97
	≥ 40 %	11 (45,8)	65 (68,4)		

"#" vì là biến định lượng không phân phối chuẩn nên chúng tôi dùng kiểm định Wilcoxon Mann Whitney.

*Biến định lượng phân phối chuẩn, kiểm định phương sai 2 nhóm là đồng nhất. Dùng phép

kiểm T test.

** Kiểm định chi bình phương để so sánh 2 nhóm, đối với những biến số có tần suất kì vọng <5 ở bất kì ô nào trong bảng chéo phân tích, chúng tôi dùng kiểm định chính xác Fisher

Hồi quy Logistic tìm mối liên quan Tuổi, giới tính, chỉ số khối cơ thể, NT-ProBNP

và phân suất tống máu thất trái có liên quan nguy cơ thiếu cơ ($p < 0,05$).

Bảng 3. Mối liên quan giữa các bệnh đồng mắc với nguy cơ thiếu cơ

Bệnh đồng mắc		Chung n (%)	Nguy cơ thiếu cơ		p*	OR**
			Có	Không		
Bệnh vành mạn	Có	83 (69,7)	23 (95,8)	60 (63,2)	0,002	13,4 (1,7-103,7)
	Không	36 (30,3)	1 (4,2)	35 (36,8)		
Tăng huyết áp	Có	96 (80,7)	23 (95,8)	73 (76,8)	0,04	6,9 (0,9-54,3)
	Không	23 (19,3)	1 (4,2)	22 (23,2)		
Đái tháo đường	Có	44 (37)	10 (41,7)	34 (35,8)	0,6	1,3 (0,5-3,2)
	Không	75 (63)	14 (58,3)	61 (64,2)		
Bệnh thận mạn	Có	25 (21)	7 (29,2)	18 (19)	0,3	1,8 (0,6-4,0)
	Không	94 (79)	17 (70,8)	77 (81)		
Rối loạn lipid máu	Có	87 (73,1)	21 (87,5)	66 (69,5)	0,08	3,1 (0,9-11,1)
	Không	32 (26,9)	3 (12,5)	29 (30,5)		
Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	Có	8 (6,7)	3 (12,5)	5 (5,3)	0,2	2,6 (0,6-11,6)
	Không	111(93,3)	21 (87,5)	90 (94,7)		
Rung nhĩ	Có	30 (25,2)	7 (29,2)	23 (24,2)	0,3	1,3 (0,5-3,5)
	Không	89 (74,8)	17 (70,8)	72 (75,8)		
Ung thư	Có	9 (7,6)	7 (29,2)	2 (2,1)	0,0001	19,2 (3,7-100,1)
	Không	110 (92,4)	17 (70,8)	93 (97,9)		

* Kiểm định Chi bình phương để so sánh tỉ lệ 2 nhóm. Biến số tăng huyết áp, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, ung thư dùng kiểm định Fisher do có số ô vọng trị < 5 .

** Hồi quy Logistic tìm mối liên quan

Về bệnh đồng mắc ghi nhận: bệnh vành mạn, tăng huyết áp, ung thư có liên quan nguy cơ thiếu cơ ($p < 0,05$).

3.3. Phân tích đa biến. Chúng tôi chọn các biến độc lập có giá trị $p < 0,2$ (theo tác giả Bendel và Afifi năm 1977) đưa vào mô hình hồi quy Logistic đa biến.

Bảng 3. Mô hình phân tích đa biến nguy cơ thiếu cơ và các yếu tố liên quan

Yếu tố liên quan	p	OR	KTC 95%
Tuổi	0,9	1,1	0,18-6,0
Chỉ số khối cơ thể	$<0,001$	0,5	0,31-0,7
Giới tính	0,048	6,6	1.01-42,99
PSTM thất trái	0,041	0,93	0,86-0,99
NT-ProBNP	0,08	1,0	0,99-1,0
Huyết áp tâm trương	0,356	1,04	0,96-1,12
Bệnh mạch vành	0,289	5,7	0,23-142,48
Tăng huyết áp	0,092	48,08	0,53-4375,4
Ung thư*	0,04	37,87	1,18-121,5
Rối loạn lipid máu	0,947	0,9	0,05-18,11

Thực hiện hồi quy Logistic đa biến ghi nhận kết quả: giới tính ($p = 0,048$; OR: 6,6), chỉ số khối cơ thể ($p < 0,001$; OR: 0,5), phân suất tống máu thất trái ($p=0,041$; OR: 0,93), ung thư ($p=0,04$; OR: 37,87) liên quan độc lập có ý nghĩa thống kê với nguy cơ thiếu cơ.

* Ung thư: phổi, đại trực tràng, vú, đầu mặt cổ

IV. BÀN LUẬN

Từ tháng 01/2025 đến tháng 06/2025, nghiên cứu tuyển chọn 119 bệnh nhân suy tim mạn tại Phòng khám suy tim Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, cơ sở 1. Trong đó tỉ lệ nguy cơ thiếu cơ là 20,2%. Hiện tại ở Việt Nam, các nghiên cứu về thiếu cơ chủ yếu tập trung vào nhóm bệnh nhân suy tim mạn ≥ 60 tuổi, chưa có nhiều dữ liệu trên tất cả các lứa tuổi. Tỉ lệ này của chúng tôi gần như tương đồng với nghiên cứu của Prapromporn Pinijmung [6] (19,1%) tại Thái Lan, có thể do sự tương đồng về đặc điểm dân số trong khu vực Đông Nam Á và thấp hơn với phân tích tổng hợp của Yan Zhang (37%)[7], do đây là nghiên cứu gộp có cỡ mẫu lớn hơn và bao gồm nhiều quần thể suy tim đa dạng. Kết quả của chúng tôi cung cấp số liệu tham khảo trên toàn bộ phổ tuổi bệnh nhân suy tim mạn tại Việt Nam, đồng thời nhận thấy rằng tỉ lệ này gần như tương đồng với các nước trong khu vực. Cập nhật hướng dẫn năm 2022, ESC ghi nhận tỉ lệ thiếu cơ ở bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm là từ 20–50%[8]. Tình trạng này có liên quan chặt chẽ đến tình trạng suy nhược và đồng thời làm tăng tỉ lệ tử vong. Thậm chí, thiếu cơ còn được xem là yếu tố tiên lượng kết cục quan trọng hơn tác động của cân nặng cơ thể và chỉ số khối cơ thể[8].

Về bộ công cụ SARC-CalF, 50% bệnh nhân nhóm nguy cơ thiếu cơ báo cáo gặp khó khăn "Rất nhiều hoặc không thể làm được" cao vượt trội với nhóm còn lại (2,1%). Kết quả tương tự ở

các thành tố đánh giá hỗ trợ đi bộ, leo cầu thang và đứng dậy từ ghế, chu vi bắp chân. Về té ngã, chỉ 29,2% nhóm nguy cơ thiếu cơ chưa từng ngã, so với 92,6% ở nhóm còn lại; với một phần ba trong nhóm nguy cơ thiếu cơ đã ngã ≥ 4 lần. Điều này cho thấy thiếu cơ là yếu tố hàng đầu dẫn đến té ngã tái diễn. Hơn nữa, suy tim làm trầm trọng thêm những vấn đề này, trực tiếp gây giảm sức mạnh cơ bắp, làm yếu khả năng vận động và tăng khó khăn khi đi lại hoặc đứng lên. Tình trạng khó thở do suy tim cũng khiến việc leo cầu thang trở nên khó khăn. Suy tim còn làm tăng nguy cơ té ngã do chóng mặt và mất thăng bằng, đặc biệt nguy hiểm khi kết hợp với thiếu cơ.

Về mối liên quan với nguy cơ thiếu cơ, nữ giới là yếu tố nguy cơ độc lập của thiếu cơ ($OR = 6,6$; $p = 0,048$), tương đồng nhiều nghiên cứu khác[6,7] và có thể giải thích một phần bởi những thay đổi nội tiết tố sau mãn kinh (sự giảm estrogen) làm gia tăng các yếu tố tiền viêm, thúc đẩy quá trình mất cơ. Bên cạnh đó, chỉ số khối cơ thể cũng cho thấy một mối liên quan ($OR = 0,5$; $p < 0,001$) và là yếu tố bảo vệ. Tuy nhiên, cần nhấn mạnh rằng không có nghĩa là BMI cao sẽ tốt, mà những bệnh nhân có BMI thấp có nguy cơ cao. LVEF thấp cũng là một yếu tố liên quan có ý nghĩa. LVEF thấp phản ánh mức độ suy tim nặng hơn, dẫn đến giảm tưới máu mô, tăng tình trạng viêm hệ thống và kích hoạt quá trình dị hóa, từ đó gây mất cơ. Và tiền sử mắc bệnh ung thư cũng là yếu tố nguy cơ trong mô hình của chúng tôi ($OR = 37,87$; $p = 0,04$). Điều này cho thấy rằng ung thư và các liệu pháp điều trị của nó (hóa trị, xạ trị) có tác động vô cùng tiêu cực lên khối lượng và chức năng cơ.

Hạn chế trong nghiên cứu: Trên bệnh nhân suy tim ngoại trú tại thời điểm đến khám, chúng tôi chưa thực hiện theo dõi đánh giá diễn tiến nguy cơ thiếu cơ. Thiếu cơ được sàng lọc bằng bộ công cụ SARC-CalF mà không xác định bằng tiêu chuẩn vàng như đo khối lượng, sức mạnh cơ. Bộ câu hỏi SARC-F, một thành phần trong công cụ này dễ bị ảnh hưởng bởi các yếu tố gây nhiễu như khả năng nhớ lại của bệnh nhân và người thân sống cùng. Thời gian thực hiện nghiên cứu ngắn nên chúng tôi chỉ thu thập được mẫu bệnh nhân giới hạn. Vì cỡ mẫu chưa đủ lớn, nên chúng tôi chỉ có thể xác định mối liên quan có ý nghĩa giữa các yếu tố nguy cơ và tình trạng thiếu cơ nhưng không thể ước lượng chính xác mức độ nguy cơ.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ nguy cơ thiếu cơ ở bệnh nhân suy tim mạn trong mọi lứa tuổi ở mức cao (cứ 5 bệnh nhân có 1 bệnh nhân có nguy cơ thiếu cơ). Giới tính nữ, chỉ số khối cơ thể thấp, phân suất tống máu thất trái giảm và đồng mắc ung thư là những yếu tố có liên quan cao đến nguy cơ thiếu cơ. Việc nhận diện và can thiệp sớm trên các nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao này là hết sức quan trọng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chen Q. F., Chen L., Katsouras C. S., Liu C., Shi J., Liang D., et al.** Global burden of heart failure and its underlying causes in 204 countries and territories, 1990-2021. *Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes*. 2025. Epub 20250107. doi: 10.1093/ehjqcco/qcae110. PubMed PMID: 39774847.
2. **Chen L. K., Woo J., Assantachai P., Auyeung T. W., Chou M. Y., Iijima K., et al.** Asian Working Group for Sarcopenia: 2019 Consensus Update on Sarcopenia Diagnosis and Treatment. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2020;21(3):300-7 e2. Epub 20200204. doi: 10.1016/j.jamda.2019.12.012. PubMed PMID: 32033882.
3. **Chen R., Xu J., Wang Y., Jiang B., Xu X., Lan Y., et al.** Prevalence of sarcopenia and its association with clinical outcomes in heart failure: An updated meta-analysis and systematic review. *Clin Cardiol*. 2023;46(3):260-8. Epub 20230116. doi: 10.1002/clc.23970. PubMed PMID: 36644878; PubMed Central PMCID: PMC10018088.
4. **Fülster S., Tacke M., Sandek A., Ebner N., Tschöpe C., Doehner W., et al.** Muscle wasting in patients with chronic heart failure: results from the studies investigating co-morbidities aggravating heart failure (SICA-HF). *European heart journal*. 2013;34(7):512-9. Epub 2012/11/28. doi: 10.1093/eurheartj/ehs381. PubMed PMID: 23178647.
5. **Quyết định về việc ban hành tài liệu chuyên môn hướng dẫn chẩn đoán và điều trị suy tim cấp và mạn.** Bộ Y tế; 2022. p. 1-25.
6. **Pinijmung P., Yuenyongchaiwat K., Buakhamsri A.** Prevalence and Impact of Sarcopenia in Heart Failure: A Cross-Sectional Study. *The Open Cardiovascular Medicine Journal*. 2022; 16(1). doi: 10.2174/18741924-v16-e2202240.
7. **Zhang Y., Zhang J., Ni W., Yuan X., Zhang H., Li P., et al.** Sarcopenia in heart failure: a systematic review and meta-analysis. *ESC heart failure*. 2021;8(2):1007-17. Epub 20210211. doi: 10.1002/ehf2.13255. PubMed PMID: 33576177; PubMed Central PMCID: PMC8006658.
8. **McDonagh T. A., Metra M., Adamo M., Gardner R. S., Baumbach A., Böhm M., et al.** 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European heart journal*. 2021;42(36):3599-726. doi: 10.1093/eurheartj/ehab368.