

Nhận xét: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa chỉ số khối cơ thể (BMI), tăng huyết áp, tiền sử gia đình có người suy thận, sử dụng thuốc hạ áp, Insulin và statin với chỉ số uACR $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu này cho thấy các đặc điểm nhân khẩu học tương đồng với nghiên cứu của David Ray Chang và cộng sự với trung vị của tuổi là 58,6 tuổi (45,4-70,8), nữ giới chiếm 41,6%. Tuy nhiên, một số nghiên cứu khác trên thế giới và tại Việt Nam lại đưa ra kết quả khác với nghiên cứu của chúng tôi như nghiên cứu của Phạm Thị Hoa và cộng sự có độ tuổi trung bình là $68,4 \pm 14,1$ tuổi, nam giới chiếm tỉ lệ thấp hơn (44,0%), tương đồng với nghiên cứu của Yorihiro Koeda và Bùi Hữu Minh Trí [2],[8],[1]. Sự khác biệt giữa các nghiên cứu trên với kết quả nghiên cứu của chúng tôi có thể do sự khác biệt về cỡ mẫu, nghiên cứu của Yorihiro có cỡ mẫu là 22.975 người, lớn hơn rất nhiều so với nghiên cứu này. Bên cạnh đó sự khác biệt trong việc lựa chọn đối tượng nghiên cứu cũng có thể dẫn tới sự khác biệt trong kết quả. Tác giả Phạm Thị Hoa chỉ lựa chọn những bệnh nhân đột quỵ để đưa vào nghiên cứu, tương tự Bùi Hữu Minh Trí chỉ lựa chọn những bệnh nhân đái tháo đường type 2 khác với tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu của chúng tôi.

Đối tượng nghiên cứu có giá trị trung vị của uACR là 13,55 (6,50-38,53), eGFR là 94,54 (80,75-105,41), phân nhóm mức uACR < 30 mg/g, 30-300 mg/g và > 300 mg/g lần lượt chiếm tỉ lệ là 71,0%, 27,4% và 1,6%. Thấp hơn kết quả nghiên cứu này, Bùi Minh Hữu Trí và cộng sự có tỉ lệ bệnh nhân có mức uACR từ > 30 mg/g đến < 300 mg/g và ≥ 300 mg/g lần lượt là 11,2% và 0,4%. Sự khác biệt này có thể do uACR được chia thành các nhóm với mốc giá trị khác nhau giữa hai nghiên cứu [1].

Cầu thận có 3 lớp chính: tế bào nội mô, màng đáy cầu thận và tế bào biểu mô có chân (podocyte). Màng lọc này cho phép nước và các phân tử nhỏ đi qua, nhưng giữ lại protein (đặc biệt là albumin). Khi màng lọc bị tổn thương, khả năng giữ albumin giảm, khiến albumin bị rò rỉ vào nước tiểu làm tăng albumin niệu, biểu hiện qua uACR tăng. Tổn thương kéo dài làm mất dần số lượng nephron hoạt động gây giảm tổng mức lọc cầu thận, eGFR giảm phản ánh suy giảm chức năng thận. Vì vậy, hai chỉ số này phản ánh hai khía cạnh khác nhau nhưng liên quan chặt chẽ trong cơ chế tiến triển bệnh thận mạn [7]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tìm thấy mối liên

quan giữa mức lọc cầu thận ước tính với chỉ số uACR ($p < 0,05$) tương đồng với các nghiên cứu khác [1],[8].

Tỉ lệ đối tượng có nguy cơ mắc bệnh thận mạn trung bình, cao và rất cao theo phân tầng nguy cơ của KDIGO trong nghiên cứu này lần lượt là 24,1%, 5,1% và 1,9% khá tương đồng với trong nghiên cứu của Bùi Minh Hữu Trí và cộng sự với 21,0% nguy cơ trung bình, 5,7% nguy cơ cao và 2,9% nguy cơ rất cao [1]. Tương tự, tác giả Yorihiro cũng báo cáo tỉ lệ nguy cơ mắc bệnh thận mạn ở mức trung bình, cao và rất cao tương ứng tỉ lệ 25,0%, 3% và 1% [8].

Các yếu tố liên quan tới chức năng thận được tìm thấy trong nghiên cứu này là chỉ số khối cơ thể (BMI), tăng huyết áp, tiền sử gia đình có người mắc suy thận, dùng thuốc hạ áp, insulin và statin. Khá tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi, Yorihiro cũng chỉ ra các yếu tố có liên quan tới uACR là tuổi, BMI và tỷ lệ mắc bệnh tiểu đường, tăng huyết áp và rung nhĩ tăng, đồng thời tác giả cũng không tìm thấy mối liên quan giữa rối loạn chuyển hoá lipid và hút thuốc với uACR [8]. Bùi Hữu Minh Trí cũng chỉ ra những bệnh nhân tăng huyết áp có mức uACR ≥ 30 mg/g chiếm tỉ lệ cao hơn so với nhóm không tăng huyết áp [1].

Nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn một số hạn chế như thiết kế nghiên cứu sử dụng là mô tả cắt ngang, điều này không cho phép xác định quan hệ nhân - quả giữa uACR và mức lọc cầu thận ước tính (eGFR). Chúng tôi sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, có thể gây sai số chọn mẫu và làm giảm tính đại diện của kết quả nghiên cứu cho cộng đồng dân số chung. Do hạn chế về nguồn lực cũng như thời gian nên nghiên cứu không được tiến hành theo dõi dọc, do đó không theo dõi được tiến triển của uACR và eGFR theo thời gian để đánh giá nguy cơ thật sự chuyển sang bệnh thận mạn của đối tượng.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy trong nhóm bệnh nhân có yếu tố nguy cơ cao, tổn thương thận ở giai đoạn tiềm ẩn là khá phổ biến, mặc dù mức lọc cầu thận ước tính trung bình vẫn ở giới hạn bình thường. Tỉ lệ người bệnh có chỉ số albumin/creatinin niệu tăng ở mức nhẹ đến vừa (30–300 mg/g) chiếm 27,4%, và mức nặng (> 300 mg/g) là 1,6%. Phân tầng nguy cơ theo hướng dẫn KDIGO cho thấy 24,1% người bệnh thuộc nhóm nguy cơ trung bình, 5,1% nguy cơ cao và 1,9% nguy cơ rất cao mắc bệnh thận mạn.

Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng tổn thương thận (thông qua chỉ số

uACR) bao gồm: chỉ số khối cơ thể (BMI), tăng huyết áp, tiền sử gia đình suy thận, sử dụng thuốc hạ áp, insulin và statin.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Xét nghiệm uACR nên được đưa vào quy trình sàng lọc định kỳ cho các đối tượng có nguy cơ cao (tăng huyết áp, đái tháo đường, béo phì, có tiền sử gia đình suy thận) nhằm phát hiện tổn thương thận sớm ngay cả khi eGFR còn bình thường hoặc mới giảm nhẹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Hữu Minh Trí và các cộng sự.** (2024), Tỷ lệ bệnh thận mạn ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại khoa Khám bệnh Bệnh viện Tim mạch An Giang, truy cập ngày April 19th-2025, tại trang web http://benhvientimmachangiang.vn/DesktopModules/NEWS/DinhKem/2715_14.BS-TRI-GD.pdf#page=11.41.
2. **Phạm Thị Hoa, Phạm Thị Mai và Cao Thị Vân** (2024), "Mối liên quan giữa MAU (+), uACR (+) và độ lọc cầu thận ước tính ở bệnh nhân đột quỵ", Tạp chí Y học Việt Nam. 543(2).
3. **Association, American Diabetes** (2023), "11. Chronic kidney disease and risk management:

standards of care in diabetes—2023", Diabetes care. 46, tr. S191-S202.

4. **Centers for Disease, Control và Prevention** (2019), "Chronic kidney disease in the United States, 2019", Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. 3.
5. **Cheung, Alfred K và các cộng sự.** (2021), "KDIGO 2021 clinical practice guideline for the management of blood pressure in chronic kidney disease", Kidney International. 99(3), tr. S1-S87.
6. **Hill, Nathan R và các cộng sự.** (2016), "Global prevalence of chronic kidney disease—a systematic review and meta-analysis", PloS one. 11(7), tr. e0158765.
7. **Kidney Disease: Improving Global Outcomes, C. K. D. Work Group** (2013), KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease, Kidney International Supplements, KDIGO.
8. **Koeda, Yorihiro và các cộng sự.** (2016), "Comparison between urine albumin-to-creatinine ratio and urine protein dipstick testing for prevalence and ability to predict the risk for chronic kidney disease in the general population (Iwate-KENCO study): a prospective community-based cohort study", BMC Nephrology. 17(1), tr. 46.

TỶ LỆ THIẾU CƠ THEO BỘ CÂU HỎI SARC-CALF Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI CÓ LOÃNG XƯƠNG ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ

Võ Hoàng Duy Kha¹, Trần Hồng Thụy²,
Phạm Ngọc Thùy Trang¹, Cao Thanh Ngọc^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tỉ lệ và các yếu tố liên quan thiếu cơ theo bộ câu hỏi SARC-CalF ở bệnh nhân cao tuổi có loãng xương điều trị ngoại trú. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả thực hiện trên 422 bệnh nhân ≥ 60 tuổi có loãng xương tại phòng khám Nội cơ xương khớp và phòng khám Lão khoa bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh từ tháng 07 năm 2023 đến tháng 05 năm 2024. Các đối tượng nghiên cứu được ghi nhận thông tin cá nhân, chỉ số nhân trắc học, bệnh đồng mắc, các đặc điểm lão khoa và bộ câu hỏi SARC-CalF dùng để đánh giá thiếu cơ. **Kết quả:** Tỉ lệ thiếu cơ theo bộ câu hỏi SARC-CalF trên bệnh nhân cao tuổi ngoại trú có loãng xương là 37,91%. Yếu tố liên quan thiếu cơ trên bệnh nhân loãng xương gồm có chỉ số khối cơ thể BMI (OR = 3,43; KTC 95% 1,07 – 11; p = 0,038 đối với nhóm gầy và OR = 0,29; KTC 95% 0,09 – 0,95; p =

0,041 đối với nhóm béo phì), tình trạng suy yếu (OR = 5,71; KTC 95% 2,34 – 13,94; p < 0,001 đối với nhóm tiền suy yếu và OR = 26,47; KTC 95% 4,13 – 169,76; p = 0,001 đối với nhóm suy yếu), tiền căn té ngã (OR = 26,39; KTC 95% 10,07 – 69,02; p < 0,001) và tình trạng dinh dưỡng (OR = 6,03; KTC 95% 2,73 – 13,3; p < 0,001 đối với nhóm có nguy cơ suy dinh dưỡng và OR = 14,34; KTC 95% 3,54 – 58,16; p < 0,001 đối với nhóm suy dinh dưỡng). **Kết luận:** Tỉ lệ thiếu cơ trên bệnh nhân cao tuổi có loãng xương điều trị ngoại trú tương đối cao. Chỉ số khối cơ thể, suy yếu, tiền căn té ngã và suy dinh dưỡng là các yếu tố có liên quan đến thiếu cơ. **Từ khóa:** Thiếu cơ, suy yếu, té ngã, SARC-CalF, loãng xương.

SUMMARY

PREVALENCE OF SARCOPENIA ACCORDING TO THE SARC-CALF QUESTIONNAIRE IN ELDERLY OUTPATIENTS WITH OSTEOPOROSIS

Objective: To determine the prevalence and associated factors of sarcopenia according to the SARC-CalF questionnaire in elderly outpatients with osteoporosis. **Methods:** This cross-sectional descriptive study was conducted on 422 outpatients aged ≥ 60 years with osteoporosis at the Rheumatology Clinic and the Geriatrics Clinic of the University Medical Center Ho Chi Minh City from July

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Cao Thanh Ngọc

Email: ngoc.ct@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.7.2025

Ngày duyệt bài: 26.8.2025

2023 to May 2024. The participants' personal information, anthropometric indices, comorbidities, geriatric characteristics, and data from the SARC-CalF questionnaire to assess sarcopenia were collected. **Results:** The prevalence of sarcopenia, assessed using the SARC-CalF questionnaire, among elderly outpatients with osteoporosis was 37,91%. Factors associated with sarcopenia in outpatients with osteoporosis include: body mass index (OR = 3,43; 95% CI: 1,07–11; p = 0,038 for the underweight group and OR = 0,29; 95% CI: 0,09–0,95; p = 0,041 for the obese group), frailty status (OR = 5,71; 95% CI: 2,34–13,94; p < 0,001 for the pre-frail group and OR = 26,47; 95% CI: 4,13–169,76; p = 0,001 for the frail group), fall history (OR = 26,39; 95% CI: 10,07–69,02; p < 0,001), and nutritional status (OR = 6,03; 95% CI: 2,73–13,3; p < 0,001 for the at-risk group and OR = 14,34; 95% CI: 3,54–58,16; p < 0,001 for the malnourished group). **Conclusion:** The prevalence of sarcopenia in elderly outpatients with osteoporosis is relatively high. Body mass index, frailty, fall history, and malnutrition are factors associated with sarcopenia. **Keywords:** sarcopenia, frailty, falls, SARC-CalF, osteoporosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Với sự gia tăng của dân số người cao tuổi, thiếu cơ đang trở thành một vấn đề sức khỏe cộng đồng nghiêm trọng trên toàn cầu. Tỷ lệ thiếu cơ ở những người từ 65 tuổi trở lên trên toàn thế giới là khoảng 6% – 22%, tăng theo độ tuổi và thay đổi tùy theo vùng. Thiếu cơ làm tăng nguy cơ té ngã, gãy xương, tử vong và suy giảm chất lượng sống. Loãng xương, nguyên nhân chính gây gãy xương, liên quan đến tử vong, bệnh tật và chi phí y tế lớn. Một người cao tuổi bị loãng xương nếu có kèm theo thiếu cơ sẽ làm tăng nguy cơ gãy xương hông và tử vong trong năm đầu sau gãy xương hông so với người chỉ có loãng xương đơn thuần. Do đó, bộ câu hỏi SARC-CalF đã được ra đời để tầm soát nhanh thiếu cơ ở người cao tuổi, nhưng ứng dụng trong thực hành lâm sàng đặc biệt là đối tượng bệnh nhân ngoại trú vẫn còn hạn chế. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm khảo sát tình trạng thiếu cơ của người cao tuổi có loãng xương điều trị ngoại trú và các yếu tố liên quan.

II. 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 07/2023 đến tháng 05/2024

2.3. Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân ≥ 60 tuổi đến khám ngoại trú tại phòng khám Nội cơ xương khớp và phòng khám Lão khoa Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh được chẩn đoán loãng xương

2.4. Cỡ mẫu: áp dụng công thức ước lượng một tỉ lệ

$$n = Z^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Chọn p = 0,5. Với α = 0,05, d = 0,05, cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu là 376 bệnh nhân

2.5. Kỹ thuật chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện

2.6. Tiêu chuẩn chọn vào: Bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên được xác định loãng xương bằng phương pháp DXA thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán loãng xương của WHO

2.7. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, không thể hoàn thành bộ câu hỏi

2.8. Phương pháp thu thập số liệu: phiếu thu thập số liệu đã được chuẩn bị trước

2.9. Định nghĩa biến số:

- Thiếu cơ: biến nhị giá gồm 2 giá trị: có và không, dựa trên tổng điểm của bộ câu hỏi SARC-CalF gồm 6 tiêu chí: sức mạnh cơ, hỗ trợ khi đi lại, đứng dậy từ ghế, leo cầu thang, té ngã và chu vi vòng bắp chân; trong đó có thiếu cơ khi tổng điểm ≥ 11 điểm

- Loãng xương: được chẩn đoán khi có T-score ≤ -2,5 dựa trên kết quả đo mật độ xương theo phương pháp DXA

- Các biến số nền như chỉ số nhân trắc, bệnh đồng mắc và các đặc điểm lão khoa được ghi nhận dựa trên hồ sơ bệnh án và phỏng vấn trực tiếp tại thời điểm tiếp xúc bệnh nhân

2.10. Xử lý số liệu: Dữ liệu sau khi thu thập được xử lý bằng phần mềm STATA 14. Các biến số định tính được trình bày dưới dạng tần suất (n) và tỉ lệ (%). Các biến số định lượng được trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn (nếu có phân phối chuẩn) hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị (nếu có phân phối không chuẩn). Kiểm định Chi bình phương hoặc chính xác Fisher (biến định tính), kiểm định t không bắt cặp hoặc Mann-Whitney (biến định lượng). Hồi quy logistic khảo sát một số yếu tố liên quan thiếu cơ. Khác biệt có ý nghĩa thống kê khi p < 0,05.

2.11. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh số 606/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 15/06/2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thu nhận được 422 bệnh nhân ≥ 60 tuổi có loãng xương điều trị ngoại trú. Trong đó, 160 (37,91%) bệnh nhân có tình trạng thiếu cơ và 262 (62,09%) bệnh nhân không thiếu cơ theo bộ câu hỏi SARC-CalF.

Bảng 1. Đặc điểm dân số nghiên cứu (n=422)

	Tổng (n=422)	Thiếu cơ (n=160)	Không thiếu cơ (n=262)	p
Đặc điểm nhân trắc học				
Tuổi (năm)	72,08 ± 7,83	74,84 ± 8,58	70,39 ± 6,82	<0,001**
Nhóm tuổi, n (%) : 60 – 69 tuổi	184 (43,60)	52 (32,50)	132 (50,38)	<0,001*
70 – 79 tuổi	157 (37,20)	52 (32,50)	105 (40,08)	
≥ 80 tuổi	81 (19,20)	56 (35,00)	25 (9,54)	
Giới tính, n (%) : Nam	27 (6,40)	19 (11,88)	8 (3,05)	<0,001*
Nữ	395 (93,60)	141 (88,12)	254 (96,95)	
BMI (kg/m²)	22,11 ± 3,18	20,54 ± 2,89	23,06 ± 2,97	<0,001**
Nhóm BMI, n (%) : Gầy	57 (13,51)	46 (28,75)	11 (4,20)	<0,001*
Bình thường	216 (51,18)	84 (52,50)	132 (50,38)	
Thừa cân	83 (19,67)	22 (13,75)	61 (23,28)	
Béo phì	66 (15,64)	8 (5,00)	58 (22,14)	
Hút thuốc lá	15 (3,55)	12 (7,5)	3 (1,15)	0,001*
Tiền căn bệnh lý nội khoa, n (%)				
Tăng huyết áp	281 (66,59)	116 (72,5)	165 (62,98)	0,044*
Rối loạn lipid máu	207 (49,05)	86 (53,75)	121 (46,18)	0,131*
Đái tháo đường	155 (36,73)	66 (41,25)	89 (33,97)	0,132*
Hội chứng mạch vành cấp	15 (3,55)	12 (7,50)	3 (1,15)	0,001*
Hội chứng mạch vành mạn	82 (19,43)	42 (26,25)	40 (15,27)	0,006*
Nhồi máu não	35 (8,29)	25 (15,62)	10 (3,82)	<0,001*
Rung nhĩ	11 (2,61)	5 (3,12)	6 (2,29)	0,754*
Bệnh thận mạn	61 (14,45)	28 (17,50)	33 (12,60)	0,164*
Suy tim	12 (2,84)	11 (6,88)	1 (0,38)	<0,001*
Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	23 (5,45)	16 (10,00)	7 (2,67)	0,001*
Ung thư	27 (6,40)	13 (8,12)	14 (5,34)	0,257*

*Kiểm định Chi bình phương; **Kiểm định t không bắt cặp

Bảng 1 cho thấy dân số nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 72,08 ± 7,83 tuổi. Trong đó tuổi nhỏ nhất là 60 tuổi, lớn nhất là 95 tuổi. Ngoài ra nghiên cứu cũng ghi nhận nhóm thiếu cơ có tiền căn bệnh lý tăng huyết áp, hội chứng mạch vành cấp, hội chứng mạch vành mạn, nhồi máu não, suy tim và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhiều hơn so với nhóm không thiếu cơ có ý nghĩa thống kê.

Bảng 2. Đặc điểm lão hoá của dân số nghiên cứu (n = 422)

	Tổng (n=422)	Thiếu cơ (n=160)	Không thiếu cơ (n=262)	p
Phụ thuộc ADL, n (%)	19 (4,50)	18 (11,25)	1 (0,38)	<0,001*
Phụ thuộc IADL, n (%)	159 (37,68)	100 (62,50)	59 (22,52)	<0,001*
Suy yếu, n (%) : Không suy yếu	185 (43,84)	25 (15,62)	160 (61,07)	<0,001*
Tiền suy yếu	186 (44,08)	89 (55,63)	97 (37,02)	
Suy yếu	51 (12,08)	46 (28,75)	5 (1,91)	
Tiền căn té ngã, n (%)	82 (19,43)	67 (41,88)	15 (5,73)	<0,001*
Dinh dưỡng, n (%) : Không suy dinh dưỡng	233 (55,21)	39 (24,38)	194 (74,04)	<0,001*
Nguy cơ suy dinh dưỡng	135 (31,99)	76 (47,50)	59 (22,52)	
Suy dinh dưỡng	54 (12,80)	45 (28,12)	9 (3,44)	
Đa bệnh, n (%)	414 (98,10)	156 (97,50)	258 (98,47)	0,485**
Đa thuốc, n (%)	371 (87,91)	149 (93,12)	222 (84,73)	0,01*

*Kiểm định Chi bình phương; **Kiểm định chính xác Fisher

Bảng 2 cho thấy đa số bệnh nhân trong nghiên cứu còn độc lập trong các hoạt động ADL, IADL. Tỷ lệ phụ thuộc các hoạt động ADL, IADL lần lượt là 4,5% và 37,68%. Chỉ có một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân có tình trạng suy yếu (12,08%). Tỷ lệ không suy yếu và tiền suy yếu

gần tương đương nhau, chiếm tỉ lệ lần lượt là 43,84% và 44,08%. Tiền căn té ngã được ghi nhận chiếm khoảng 19,43% đối tượng tham gia nghiên cứu. Đa số người tham gia có tình trạng không suy dinh dưỡng (55,21%) và nguy cơ suy dinh dưỡng (31,99%). Tỷ lệ người suy dinh

dưỡng chỉ chiếm tỉ lệ thấp (12,8%). Phần lớn các bệnh nhân đến khám có tình trạng đa thuốc. Sự khác biệt giữa nhóm thiếu cơ và nhóm không thiếu cơ trong các đặc điểm lão hoá trên có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3. Phân tích hồi quy logistic đa biến khảo sát các yếu tố liên quan đến thiếu cơ ở người cao tuổi có loãng xương điều trị ngoại trú (n = 422)

	OR	KTC 95%	p
Nhóm BMI			
Thiếu cân	3,43	1,07-11	0,038
Bình thường	1		
Thừa cân	0,8	0,32-2,03	0,646
Béo phì	0,29	0,09-0,95	0,041
Suy yếu			
Không suy yếu	1		
Tiền suy yếu	5,71	2,34-13,94	<0,001
Suy yếu	26,47	4,13-169,76	0,001
Tiền căn té ngã	26,39	10,07-69,02	<0,001
Dinh dưỡng			
Không suy dinh dưỡng	1		
Nguy cơ suy dinh dưỡng	6,03	2,73-13,3	<0,001
Suy dinh dưỡng	14,34	3,54-58,16	<0,001

OR (odds ratio): tỉ số chênh; KTC 95%: khoảng tin cậy 95%

Các biến số có ý nghĩa trong phân tích hồi quy logistic đơn biến được đưa vào phân tích hồi quy logistic đa biến, chỉ các biến số có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) sau khi phân tích được ghi nhận trong bảng 3.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận trong 422 bệnh nhân cao tuổi loãng xương điều trị ngoại trú có 160 (37,91%) bệnh nhân có tình trạng thiếu cơ theo SARC-CalF và 262 (62,09%) bệnh nhân không thiếu cơ. Sự khác biệt trong các đặc điểm dân số nghiên cứu cũng phù hợp với các dữ liệu trong các y văn và nghiên cứu liên quan.

4.1. Tình trạng thiếu cơ ở bệnh nhân cao tuổi có loãng xương điều trị ngoại trú. Trong nghiên cứu này chúng tôi đã sử dụng bộ câu hỏi SARC-CalF gồm 6 tiêu chí để đánh giá tình trạng thiếu cơ. Đây là một bộ câu hỏi tầm soát thiếu cơ, giúp đánh giá cả về hoạt động chức năng, sức mạnh cơ và khối lượng cơ. Khoảng hơn một phần ba dân số nghiên cứu của chúng tôi được ghi nhận có tình trạng thiếu cơ theo SARC-CalF. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của tác giả Genest¹ năm 2021 khi sử dụng bộ câu hỏi SARC-F khảo sát thiếu cơ trên đối tượng bệnh nhân nữ loãng xương cao tuổi với tỉ lệ là 30,8%. Trong khi đó, tác giả Okamura² tại Nhật Bản (năm 2020) và tác giả

Nguyễn Thế Hoàng³ tại Việt Nam (2022) báo cáo tỉ lệ thiếu cơ khi xác định theo tiêu chuẩn của Nhóm các chuyên gia về thiếu cơ châu Á (AWGS) trên bệnh nhân cao tuổi có loãng xương lần lượt là 19,6% và 57,3%. Điều làm nên sự khác biệt này có thể là do sự khác nhau trong độ tuổi chọn vào nghiên cứu, dân số chọn mẫu, chủng tộc, cũng như các đặc điểm của đối tượng tham gia (như tình trạng phụ thuộc ADL, IADL, suy yếu, dinh dưỡng,...) và cả tiêu chuẩn dùng để xác định thiếu cơ. Tuy nhiên chúng ta vẫn thấy được rằng bệnh nhân loãng xương cao tuổi có tỉ lệ thiếu cơ khá cao. Qua đây đã góp phần nhấn mạnh tầm quan trọng của việc phát hiện thiếu cơ sớm để có biện pháp can thiệp và chăm sóc thích hợp, từ đó giảm được chi phí điều trị, gánh nặng kinh tế cho bản thân người bệnh, cho gia đình và xã hội, hơn hết là mang lại chất lượng cuộc sống tốt hơn cho người bệnh.

4.2. Các yếu tố có liên quan thiếu cơ trên bệnh nhân cao tuổi có loãng xương điều trị ngoại trú. Sau khi phân tích hồi quy logistic đa biến, chúng tôi ghi nhận ở bệnh nhân loãng xương cao tuổi điều trị ngoại trú có mối liên quan giữa thiếu cơ và các yếu tố như chỉ số khối cơ thể BMI (OR = 3,43; $p = 0,038$ đối với nhóm gầy và OR = 0,29; $p = 0,041$ đối với nhóm béo phì), tình trạng suy yếu (OR = 5,71; $p < 0,001$ đối với nhóm tiền suy yếu và OR = 26,47; $p = 0,001$ đối với nhóm suy yếu), tiền căn té ngã (OR = 26,39; $p < 0,001$) và tình trạng dinh dưỡng (OR = 6,03; $p < 0,001$ đối với nhóm có nguy cơ suy dinh dưỡng và OR = 14,34; $p < 0,001$ đối với nhóm suy dinh dưỡng).

Chỉ số khối cơ thể: kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Okamura và cộng sự² tại Nhật Bản cũng ghi nhận khi giảm chỉ số BMI mỗi 1 kg/m² thì nguy cơ thiếu cơ tăng 1,7 lần và không có bệnh nhân béo phì nào bị thiếu cơ. BMI vẫn không thay đổi sau khi phân tích hồi quy đa biến trong tất cả các nhóm tuổi và dường như là yếu tố mạnh nhất liên quan đến sự hình thành thiếu cơ. Do đó, đến thời điểm hiện tại thì chỉ số khối cơ thể vẫn là một yếu tố liên quan độc lập của thiếu cơ với BMI thấp là yếu tố nguy cơ của thiếu cơ còn BMI cao là yếu tố bảo vệ của thiếu cơ.

Tình trạng suy yếu: tương tự với nghiên cứu của chúng tôi thì trong nghiên cứu gồm 273 phụ nữ lớn tuổi sống trong cộng đồng tại Nhật Bản đã chứng minh rằng cả tiền suy yếu và suy yếu đều liên quan đến tình trạng thiếu cơ với OR lần lượt là 2,77 (KTC 95% 1,05 – 9,26) và 19,1 (KTC 95% 3,73 – 98).⁴ Nguyên nhân một phần có thể là do giữa hai yếu tố này có nhiều tương tác qua lại với