

giá chủ yếu ở ngắn hạn và trung hạn, chưa nhiều nghiên cứu đánh giá dài hạn, cỡ mẫu còn hạn chế để xác định hiệu quả rõ ràng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. J. Velázquez-Saornil và các cộng sự. (2017), "Efficacy of quadriceps vastus medialis dry needling in a rehabilitation protocol after surgical reconstruction of complete anterior cruciate ligament rupture", *Medicine (Baltimore)*. 96(17), tr. e6726.
2. C. Wang và các cộng sự. (2021), "The efficacy of 5 rehabilitation treatments after anterior cruciate ligament reconstruction: A network meta-analysis", *Medicine (Baltimore)*. 100(45), tr. e27835.
3. Nathan Schilaty và các cộng sự. (2017), "Incidence of Second Anterior Cruciate Ligament Tears and Identification of Associated Risk Factors From 2001 to 2010 Using a Geographic Database", *The Orthopaedic Journal of Sports Medicine*. 5.
4. 赵佳, 丁罗宾, 关健, 李锋, 聂喜增, 谢磊, 王华军, 郑小飞, 许啸 (2020), "电针对膝关节前交叉韧带重建术后膝关节运动功能康复的影响", *中国针灸*. 40, tr. 142-146.
5. 周明 và các cộng sự. (2022), "大补阴丸结合针刺促进前交叉韧带重建术后腱骨愈合的临床研究", *江西中医药*. 53(06), tr. 45-47.
6. 张磊 và các cộng sự. (2022), "电针足少阳经穴在膝关节前交叉韧带损伤术后康复中的应用价值", *中医正骨*. 34(06), tr. 9-16.
7. 陆琳 và các cộng sự. (2018), "基于等速肌力测试分析不同频率电针对膝关节镜下前交叉韧带重建术后功能康复的临床疗效", *湖南中医药大学学报*. 38(09), tr. 1073-1076.
8. 黄超 và các cộng sự. (2021), "膝三针结合康复功能训练在前交叉韧带重建术患者中的应用意义", *中国疗养医学*. 30(01), tr. 33-35.

TỈ LỆ THIẾU CƠ THEO PHƯƠNG PHÁP DEXA Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI CÓ SUY TIM MẠN

Nguyễn Đặng Phương Kiều^{1,3}, Lê Đình Thanh², Nguyễn Thanh Huân^{2,3}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thiếu cơ là một bệnh lý phổ biến ở bệnh nhân cao tuổi suy tim mạn do sự chống lấp về cơ chế sinh lý bệnh và tác động của lão hóa hệ cơ xương. Thiếu cơ góp phần làm suy giảm khả năng vận động và chức năng thể chất, đồng thời làm gia tăng nguy cơ té ngã, gãy xương, biến cố tim mạch và tử vong ở nhóm bệnh nhân này. Do đó, việc đánh giá chính xác tỷ lệ thiếu cơ bằng phương pháp DEXA đóng vai trò quan trọng trong chiến lược chăm sóc toàn diện ở bệnh nhân cao tuổi suy tim. **Mục tiêu:** Nghiên cứu tần suất hiện mắc và các yếu tố liên quan đến thiếu cơ ở bệnh nhân cao tuổi suy tim mạn ngoại trú. **Phương pháp:** Cắt ngang. Dân số chọn mẫu là bệnh nhân cao tuổi suy tim mạn ngoại trú tại Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 10/2024 đến tháng 07/2025. Thiếu cơ được đánh giá bằng phương pháp hấp thụ tia X năng lượng kép (DEXA) theo tiêu chuẩn chẩn đoán của AWGS 2019. Các yếu tố liên quan đến thiếu cơ được xác định dựa vào hồi quy logistic. **Kết quả:** Trong 244 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu (tuổi trung bình $68,9 \pm 6,7$; nam giới chiếm 62,7%), 126 bệnh nhân (52,8%) có thiếu cơ. Các yếu tố liên quan đến thiếu cơ bao gồm: Tuổi từ 70 trở lên (OR = 2,03; KTC 95%: 1,08–3,81; $p = 0,027$), nhóm nhẹ cân hoặc

cân nặng bình thường (OR = 4,18; KTC 95%: 2,24–7,82; $p < 0,001$), trầm cảm (OR = 3,52; KTC 95%: 1,58–7,82; $p = 0,002$), và sử dụng thuốc đối kháng aldosteron (OR = 2,05; KTC 95%: 1,14–3,66; $p = 0,016$). **Kết luận:** Ở các bệnh nhân cao tuổi suy tim mạn điều trị ngoại trú, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tần suất thiếu cơ là 52,8%. Tuổi cao, chỉ số cơ thể thấp, trầm cảm và sử dụng đối kháng aldosteron là các yếu tố liên quan đến thiếu cơ.

Từ khóa: bệnh nhân cao tuổi, DEXA, thiếu cơ, suy tim mạn, ngoại trú

SUMMARY

PREVALENCE OF SARCOPENIA ASSESSED BY DEXA IN ELDERLY PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE

Background: Sarcopenia is common in elderly patients with chronic heart failure, driven by overlapping pathophysiological mechanisms and age-related musculoskeletal decline. It contributes to reduced physical function and increased risks of adverse outcomes. Accurate assessment using dual-energy X-ray absorptiometry (DEXA) is essential for optimizing comprehensive care in this population. **Objective:** To investigate the prevalence and associated factors of sarcopenia in elderly outpatients with chronic heart failure. **Methods:** A cross-sectional study was conducted among elderly outpatients with chronic heart failure at Military Hospital 175 from October 2024 to July 2025. Sarcopenia was diagnosed using dual-energy X-ray absorptiometry (DEXA) based on the Asian Working Group for Sarcopenia (AWGS) 2019 criteria. Logistic regression was used to identify associated factors. **Results:** Among 244 patients (mean age 68.9 ± 6.7

¹Bệnh viện Quân y 175

²Bệnh viện Thống Nhất – Thành phố Hồ Chí Minh

³Trường Y – Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Huân

Email: huannguyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.9.2025

Ngày duyệt bài: 27.10.2025

years; 62.7% male), sarcopenia was present in 126 cases (52.8%). Significant factors associated with sarcopenia included age ≥ 70 years (OR = 2.03; 95% CI: 1.08–3.81; $p = 0.027$), underweight or normal body weight (OR = 4.18; 95% CI: 2.24–7.82; $p < 0.001$), depression (OR = 3.52; 95% CI: 1.58–7.82; $p = 0.002$), and use of aldosterone antagonists (OR = 2.05; 95% CI: 1.14–3.66; $p = 0.016$). **Conclusion:** In elderly outpatients with chronic heart failure, the prevalence of sarcopenia was 52.8%. Older age, lower body mass index, depression, and aldosterone antagonist use are independently associated with increased risk of sarcopenia.

Keywords: elderly patients, DEXA, sarcopenia, chronic heart failure, outpatient

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim mạn là một trong những bệnh lý tim mạch phổ biến ở người cao tuổi, đặc trưng bởi tiến triển chậm và liên quan đến nhiều rối loạn chức năng cơ quan. Trong đó, thiếu cơ đang ngày càng được nhận diện như một tình trạng lâm sàng có ý nghĩa, không chỉ là hệ quả của quá trình lão hóa sinh lý mà còn là biểu hiện của tình trạng viêm mạn, suy giảm chuyển hóa và giảm hoạt động thể lực thường gặp ở bệnh nhân suy tim¹. Mỗi liên hệ chặt chẽ giữa thiếu cơ và suy tim tạo thành một vòng xoắn bệnh lý, làm trầm trọng thêm tình trạng suy giảm chức năng, tăng nguy cơ té ngã, nhập viện, biến cố tim mạch và tử vong². Hiện nay, việc tầm soát và chẩn đoán thiếu cơ ngày càng được chuẩn hóa với sự ra đời của các tiêu chuẩn quốc tế, trong đó phương pháp đo hấp thụ tia X năng lượng kép (DEXA) được xem là tiêu chuẩn vàng trong đánh giá khối lượng cơ³. Tại Việt Nam, dữ liệu về tỷ lệ hiện mắc thiếu cơ ở bệnh nhân cao tuổi suy tim mạn vẫn còn hạn chế, đặc biệt là các nghiên cứu ứng dụng tiêu chuẩn AWGS 2019 và sử dụng phương pháp DEXA. Khoảng trống này đặt ra nhu cầu cấp thiết về những nghiên cứu dịch tễ học có độ chính xác cao nhằm cung cấp cơ sở khoa học cho chiến lược chăm sóc và can thiệp sớm ở nhóm đối tượng có nguy cơ cao này. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với 2 mục tiêu: (1) khảo sát tần suất thiếu cơ và (2) các yếu tố liên quan đến thiếu cơ trên bệnh nhân cao tuổi suy tim mạn điều trị ngoại trú.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang

2.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 10/2024 đến tháng 07/2025

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân ≥ 60 tuổi đã được chẩn đoán suy tim mạn theo ESC 2021 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Quân y 175.

2.4. Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ

mẫu ước lượng một tỉ lệ

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

Chọn $p = 0,5$. Với $\alpha = 0,05$, $d = 0,07$, sai số 5%, cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu là 208.

2.5. Kỹ thuật chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện liên tục

2.6. Tiêu chuẩn chọn bệnh

Tiêu chuẩn nhận vào: Bệnh nhân ≥ 60 tuổi được chẩn đoán suy tim mạn, điều trị ngoại trú ổn định ≥ 01 tháng và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Ung thư, hội chứng vành cấp trong vòng 3 tháng trước, COPD giai đoạn cuối, lọc máu chu kỳ, tiền lượng sống còn < 12 tháng. Đang mắc các bệnh lý cấp tính như nhiễm trùng, hội chứng vành cấp, suy tim cấp, suy hô hấp cấp, suy thận cấp, đột quỵ não (ĐQN) cấp, suy tim NYHA IV. Giảm thính lực và thị lực mức độ nặng. Rối loạn vận động như di chứng yếu liệt do ĐQN, Parkinson và sa sút trí tuệ mức độ nặng, bệnh thần kinh cơ. Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.7. Thu thập số liệu: Thu thập thông tin bằng phiếu thu thập số liệu đã được chuẩn bị trước.

2.8. Định nghĩa biến số

Thiếu cơ: Biến định tính, chia thành ba nhóm: Thiếu cơ, thiếu cơ nặng, không thiếu cơ theo tiêu chuẩn chẩn đoán của AWGS 2019.

Các biến số dịch tễ học, lâm khoa, bệnh đồng mắc được đánh giá trực tiếp trên bệnh nhân và kết hợp hồ sơ bệnh án giấy và bệnh án điện tử.

2.9. Xử lý số liệu. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 21. Các biến số định tính được mô tả bằng tần số (n) và tỉ lệ (%). Các biến số định lượng được mô tả bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn. Phép kiểm chi bình phương hoặc Fisher so sánh sự khác biệt giữa các biến định tính. Kiểm định t để so sánh các biến định lượng. Hồi quy logistic khảo sát các yếu tố liên quan với thiếu cơ. Khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $P < 0,05$.

2.10. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu này đã được Hội đồng y đức của Bệnh viện Quân y 175 chấp thuận theo quyết định số 4812/GCN-HĐĐĐ ngày 18 tháng 10 năm 2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thu nhận 244 bệnh nhân ≥ 60 tuổi ngoại trú suy tim mạn. Kết quả ghi nhận: Tỷ lệ bệnh nhân suy tim mạn có thiếu cơ chiếm tỉ lệ 51,8%. Trong đó, thiếu cơ nặng chiếm 29,9%. Bảng 1–3 trình bày đặc điểm của bệnh nhân dựa trên có và không có thiếu cơ. Bảng 4 trình bày các yếu tố liên quan thiếu cơ.

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ và nhân trắc học của dân số nghiên cứu

Đặc điểm	Tổng số (n=244)	Không thiếu cơ (n=118)	Thiếu cơ (n=126)	P
Tuổi, năm	68,9 ± 6,7	67,6 ± 5,4	70,1 ± 7,5	0,010
Nhóm tuổi, n (%)				0,010
60 – 69	161 (66)	86 (72,9)	75 (59,5)	
70 – 79	71 (29,1)	32 (27,1)	39 (31)	
≥ 80	12 (4,9)	0 (0)	12 (9,5)	
Giới tính, n (%)				0,998
Nam giới	153 (62,7)	74 (62,7)	79 (62,7)	
Nữ giới	91 (37,3)	44 (37,3)	47 (37,3)	
Nơi sống, n (%)				0,809
Nông thôn	70 (28,7)	33 (28,0)	37 (29,4)	
Thành thị	174 (71,3)	85 (72,0)	89 (70,6)	
Tình trạng hôn nhân, n(%)				0,333
Độc thân/ly dị/góa	41 (16,8)	17 (14,4)	24 (19,0)	
Còn hôn nhân	203 (83,2)	101 (85,6)	102 (81,0)	
Trình độ học vấn, n (%)				0,488
Dưới THPT	6 (2,5)	3 (2,5)	3 (2,4)	
Tốt nghiệp THPT	176 (72,1)	81 (68,6)	95 (75,4)	
Sau THPT	62 (25,4)	34 (28,8)	28 (22,2)	
BMI, kg/m ²	23,8 ± 3,2	25,1 ± 3,1	22,5 ± 2,8	0,36
Nhóm BMI, n (%)				<0,001
Thiếu cân	11 (4,5)	0 (0)	11 (8,7)	
Bình thường	80 (32,8)	28 (23,7)	52 (41,3)	
Thừa cân	77 (31,6)	38 (32,2)	39 (31,0)	
Béo phì	76 (31,1)	52 (44,1)	24 (19,0)	

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi, phân nhóm BMI giữa hai nhóm có và không thiếu cơ. Bệnh nhân có thiếu cơ có tuổi cao hơn so với bệnh nhân không thiếu cơ, trong khi đó nhóm thiếu cân và cân nặng bình thường có tỉ lệ thiếu cơ cao nhất.

Bảng 2. Đặc điểm lão khoa và bệnh đồng mắc của dân số nghiên cứu

Đặc điểm	Tổng số (n=245)	Không thiếu cơ (n=118)	Thiếu cơ (n=126)	P
Đặc điểm lão khoa, n (%)				
Phụ thuộc ADL	6 (2,5)	1 (0,8)	5 (4,0)	0,116
Phụ thuộc IADL	90 (36,9)	39 (33,1)	51 (40,5)	0,230
Suy yếu	94 (38,5)	36 (30,5)	58 (46,0)	0,013
Suy dinh dưỡng	15 (6,1)	3 (2,5)	12 (9,5)	<0,001
Trầm cảm	50 (20,5)	12 (10,2)	38 (30,2)	<0,001
Tiền sử nội khoa, n (%)				
Tăng huyết áp	201 (82,4)	103 (87,3)	98 (77,8)	0,051
Rối loạn lipid máu	217 (98,2)	108 (91,5)	109 (86,5)	0,212
Đái tháo đường	73 (29,9)	44 (37,3)	29 (23,0)	0,015
Nhồi máu cơ tim	64 (26,2)	36 (30,5)	28 (22,2)	0,141
Hội chứng vành mạn	160 (65,6)	83 (70,3)	77 (61,1)	0,129
Đột quỵ	24 (9,8)	12 (10,2)	12 (9,5)	0,866
Rung nhĩ	103 (42,2)	48 (40,7)	55 (43,7)	0,638
Bệnh thận mạn	116 (47,5)	50 (42,4)	66 (52,4)	0,118
Thiếu máu	26 (10,7)	9 (7,6)	17 (13,5)	0,138

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận nhóm bệnh nhân thiếu cơ có tỷ lệ các vấn đề lão khoa (suy yếu, suy dinh dưỡng, trầm cảm) và tỷ lệ có đái tháo đường cao hơn so với nhóm bệnh nhân không thiếu cơ.

Bảng 3. Đặc điểm suy tim của dân số nghiên cứu

Đặc điểm	Tổng số (n=244)	Không thiếu cơ (n=116)	Thiếu cơ (n=128)	P
Phân độ NYHA, n (%)				<0,001
Độ II	112 (45,9)	44 (37,3)	68 (54,0)	

Độ III	75 (30,7)	33 (28,0)	42 (33,3)	
Suy tim theo EF, n (%)				0,678
EF ≤ 40	36 (14,8)	15 (12,7)	21 (16,7)	
EF 41 – 49	31 (12,7)	15 (12,7)	16 (12,7)	
EF ≥ 50	177 (72,5)	88 (74,6)	89 (70,6)	
Giãn thất trái, n (%)	58 (23,8)	27 (22,9)	31 (24,6)	0,752
Giãn nhĩ trái, n (%)	101 (41,4)	47 (39,8)	54 (42,9)	0,631
Hở van 2 lá TB-nặng, n (%)	95 (38,9)	37 (31,4)	58 (46,0)	0,019
Điều trị hiện tại, n (%)				
ARNI/ACEI/ARB	167 (68,4)	88 (74,6)	79 (62,7)	0,046
Chẹn beta	195 (79,9)	93 (78,8)	102 (81,0)	0,677
Ức chế SGLT2	142 (58,2)	65 (55,1)	77 (61,1)	0,340
Đối kháng aldosteron	116 (47,5)	45 (38,1)	71 (56,3)	0,004
Furosemide	24 (9,9)	09 (7,6)	15 (11,9)	0,262
Digoxin	14 (5,7)	04 (3,4)	10 (7,9)	0,127

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận nhóm bệnh nhân thiếu cơ có tỷ lệ phân độ suy tim NYHA II và III cao hơn so với nhóm bệnh nhân không thiếu cơ. Nhóm bệnh nhân thiếu cơ có tỷ lệ hở 2 lá trung bình – nặng cao hơn có ý nghĩa thống kê so với

nhóm không thiếu cơ. Về điều trị, nhóm thiếu cơ có tỷ lệ sử dụng thuốc nhóm ARNI hoặc ức chế men chuyển hoặc ức chế thụ thể angiotensinogen và đối kháng aldosteron cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không thiếu cơ.

Bảng 4. Các yếu tố liên quan đến thiếu cơ trong phân tích hồi quy logistic

Yếu tố*	Hồi quy đơn biến		Hồi quy đa biến	
	OR thô (KTC 95%)	P	OR điều chỉnh (KTC 95%)	P
Tuổi ≥ 70	1,83 (1,07–3,15)	0,029	2,03 (1,08 – 3,81)	0,027
BMI ≤ 22,9	3,21 (1,86–5,57)	<0,001	4,18 (2,24 – 7,82)	<0,001
Suy yếu	1,94 (1,15–3,29)	0,013		
Suy dinh dưỡng	3,31 (0,89–12,32)	0,075		
Trầm cảm	3,81 (1,88 – 7,74)	<0,001	3,52 (1,58 – 7,82)	0,002
Đái tháo đường	0,50 (0,29 – 0,88)	0,016		
NYHA độ III	1,29 (0,75–2,23)	0,364		
Hở van 2 lá TB-nặng	0,54 (0,32–0,90)	0,019		
ARNI/ACEI/ARB	0,57 (0,33–0,99)	0,047		
Đối kháng aldosteron	2,09 (1,26–3,49)	0,005	2,05 (1,14 – 3,66)	0,016

*Các yếu tố có P < 0,05 trong bảng 1–3 được đưa vào phân tích hồi quy đơn biến. Các yếu tố có P < 0,05 trong phân tích đơn biến được đưa vào phân tích đa biến. Chỉ yếu tố có P < 0,05 trong hồi quy đa biến được hiển thị.

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận tuổi cao, nhẹ cân/bình thường, trầm cảm, có dùng kháng aldosteron là các yếu tố liên quan đến thiếu cơ.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành trong 9 tháng trên 244 bệnh nhân, độ tuổi trung bình 68,9 ± 6,7; nam giới chiếm 62,7%. Từ các kết quả thu được, chúng tôi tập trung phân tích hai vấn đề chính.

4.1. Tần suất thiếu cơ theo phương pháp DEXA ở bệnh nhân cao tuổi suy tim mạn ngoại trú. Thiếu cơ ở bệnh nhân cao tuổi suy tim mạn là một tình trạng phổ biến, có liên quan mật thiết đến tiên lượng bất lợi⁴. Trong một phân tích tổng hợp gần đây của Chen và cộng sự thì tỷ lệ thiếu cơ chung trên bệnh nhân

suy tim là 31% và tỷ lệ này thay đổi tùy thuộc vào tùy thuộc vào đặc điểm dân số nghiên cứu (nội trú hay ngoại trú, giai đoạn ổn định hay cấp tính) và tiêu chuẩn chẩn đoán; trong đó, tỷ lệ thiếu cơ ở bệnh nhân suy tim nội trú cao hơn gần gấp đôi so với ngoại trú². Và Châu Á là khu vực có tỷ lệ thiếu cơ ở bệnh nhân suy tim cao nhất tuy nhiên các nghiên cứu tập trung vào nhóm bệnh nhân cao tuổi suy tim mạn điều trị ngoại trú còn hạn chế về số lượng². Bên cạnh đó, đa phần các nghiên cứu trong khu vực thường sử dụng phương pháp phân tích trở kháng điện sinh học (BIA) hoặc công thức nhân trắc² – là hai phương pháp có độ chính xác không cao khi so sánh với phương pháp DEXA trong đánh giá khối lượng cơ tứ chi³. Cụ thể, nghiên cứu của Nozaki và cộng sự trên 191 bệnh nhân từ 60 tuổi, NYHA II-IV ghi nhận tỷ lệ thiếu cơ là 10,8% khi sử dụng phương pháp BIA⁵. Trong khi đó, Kamiya và cộng sự báo cáo tỷ lệ thiếu cơ là 35,2% ở 706 bệnh nhân suy tim mạn từ 65 tuổi khi sử dụng công

thức nhân trắc⁶.

Tại Việt Nam, hiện chưa có nghiên cứu chuyên biệt đánh giá thiếu cơ ở bệnh nhân cao tuổi suy tim ngoại trú. Trong một nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Tâm và cộng sự trên 600 bệnh nhân cao tuổi điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương, trong 09 trường hợp suy tim mạn thì tỷ lệ thiếu cơ đánh giá bằng phương pháp DEXA là 55,6%⁷. Các nghiên cứu khác trong nước đều thực hiện trên nhóm bệnh nhân nội trú. Cụ thể, Nguyễn Bá Huỳnh khảo sát 59 bệnh nhân cao tuổi suy tim mạn nội trú tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương bằng phương pháp BIA ghi nhận tỷ lệ thiếu cơ là 52,5%, trong đó thiếu cơ nặng chiếm 27,1%⁸. Phạm Thị Mai Hậu sử dụng công thức nhân trắc để đánh giá thiếu cơ trên bệnh nhân nội trú tại Bệnh viện Thống Nhất và Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long, ghi nhận tỷ lệ thiếu cơ là 48,1%⁴. Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng phương pháp DEXA theo tiêu chuẩn AWGS 2019 để đánh giá khối lượng cơ ở bệnh nhân cao tuổi suy tim mạn điều trị ngoại trú. Kết quả cho thấy hơn một nửa số bệnh nhân này có thiếu cơ và gần một phần ba thuộc nhóm thiếu cơ nặng. Thiếu cơ và suy tim tạo thành vòng xoắn bệnh lý, làm tăng các biến cố tim mạch bất lợi, giảm chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân cao tuổi suy tim². Do đó, việc đánh giá tình trạng thiếu cơ cần được xem là một phần thiết yếu trong quy trình chăm sóc toàn diện bệnh nhân cao tuổi mắc suy tim mạn, nhằm cải thiện chất lượng sống cũng như tiên lượng lâu dài.

4.2. Các yếu tố liên quan tới thiếu cơ ở bệnh nhân cao tuổi suy tim mạn ngoại trú.

Phân tích hồi quy logistic đa biến trong nghiên cứu này đã xác định bốn yếu tố có liên quan độc lập đến tình trạng thiếu cơ ở bệnh nhân cao tuổi suy tim mạn, bao gồm: Tuổi từ 70 trở lên (OR = 2,03; KTC 95%: 1,08–3,81; $p = 0,027$), nhóm nhẹ cân hoặc cân nặng bình thường (OR = 4,18; KTC 95%: 2,24–7,82; $p < 0,001$), trầm cảm (OR = 3,52; KTC 95%: 1,58–7,82; $p = 0,002$), và sử dụng thuốc đối kháng aldosteron (OR = 2,05; KTC 95%: 1,14–3,66; $p = 0,016$).

Về mặt sinh lý học, khối cơ xương người được cấu tạo chủ yếu từ hai loại sợi cơ: Sợi cơ chậm (loại I) có đặc tính bền bỉ và sợi cơ nhanh (loại II) có khả năng tạo lực lớn. Quá trình lão hóa làm suy giảm chọn lọc sợi cơ loại II nhiều hơn loại I – đây là nhóm sợi cơ chịu trách nhiệm chính trong việc duy trì sức mạnh cơ và chức năng vận động, cụ thể: Số lượng tế bào sợi cơ típ 2 giảm ở 60 tuổi là khoảng 3% hàng năm và sẽ giảm lên đến 60% hàng năm ở cả hai loại tế bào lúc 80 tuổi¹. Ngoài ra, các yếu tố liên quan

đến tuổi tác khác như suy dinh dưỡng và giảm hoạt động thể chất, góp phần vào sự phát triển của thiếu cơ thông qua sự suy giảm tổng hợp protein và giảm chức năng thần kinh cơ³. Do đó, tuổi cao có liên quan đến tình trạng mất khối lượng cơ, giảm sức mạnh cơ và hoạt động thể chất kém. Từ phân tích hệ thống của Chen và cộng sự trên 21 nghiên cứu với tổng số 68.556 bệnh nhân suy tim ghi nhận rằng: Tỷ lệ thiếu cơ phổ biến hơn đáng kể ở nhóm bệnh nhân từ 75 tuổi trở lên so với nhóm trẻ hơn². Như vậy, kết quả này trong nghiên cứu của chúng tôi là thống nhất với chứng cứ ghi nhận trong y văn trước đây: Tuổi là yếu tố nguy cơ quan trọng của thiếu cơ². Bên cạnh đó, chỉ số khối cơ thể thấp – cụ thể là nhóm bệnh nhân thuộc phân loại nhẹ cân hoặc cân nặng bình thường ($BMI < 23$, theo tiêu chuẩn châu A) – có mối liên quan độc lập với tình trạng thiếu cơ ở bệnh nhân cao tuổi suy tim mạn điều trị ngoại trú trong nghiên cứu của chúng tôi. Ở bệnh nhân suy tim, các yếu tố như viêm mạn tính, stress oxy hóa, rối loạn chuyển hóa protein, giảm tưới máu ngoại vi, và giảm hấp thu dinh dưỡng làm gia tăng tốc độ mất cơ¹. Do đó, BMI thấp là một chỉ dấu gián tiếp nhưng có giá trị cảnh báo về tình trạng giảm khối lượng cơ và suy dinh dưỡng tiềm ẩn. Chen và cộng sự ghi nhận rằng: Tỷ lệ thiếu cơ cao hơn rõ rệt ở nhóm BMI thấp hơn². Khi đề cập đến các vấn đề lão khoa thì trầm cảm không chỉ là bệnh lý đồng mắc thường gặp mà còn là yếu tố nguy cơ góp phần thúc đẩy tiến triển thiếu cơ ở bệnh nhân cao tuổi suy tim, điều này có thể được giải thích do cơ chế bệnh sinh của trầm cảm và thiếu cơ ở bệnh nhân cao tuổi suy tim là chồng lấp nhau⁹. Trong một tổng quan hệ thống và phân tích tổng hợp của Meng trên 32 nghiên cứu thì thấy trầm cảm là yếu tố nguy cơ của thiếu cơ với (OR = 1,38; KTC 95 % 1,25-1,53)⁹. Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận việc sử dụng thuốc kháng aldosteron làm tăng nguy cơ thiếu cơ. Nghiên cứu của Numazawa trên 320 bệnh nhân suy tim từ 60 tuổi tại Nhật Bản đánh giá ảnh hưởng của thuốc kháng aldosteron lên chỉ số khối lượng cơ tứ chi bằng phương pháp DEXA ở nhóm bệnh nhân có và không dùng thuốc ức chế hệ renin-angiotensinogen (RAS) thấy rằng: Thuốc kháng aldosteron khi dùng đơn độc không phối hợp với nhóm ức chế RAS có thể tăng hoạt động renin huyết tương và làm giảm khối lượng cơ. Các cơ chế có thể liên quan đến việc tăng hoạt hóa angiotensin II— yếu tố gây thoái giáng cơ qua stress oxy hóa và tác động chống androgen (đặc biệt của spironolactone)¹⁰. Do đó, cần thận trọng khi sử dụng thuốc kháng

aldosterone ở bệnh nhân suy tim không dùng đồng thời thuốc ức chế RAS đặc biệt ở nhóm suy tim PSTM bảo tồn.

V. KẾT LUẬN

Thiếu cơ là một tình trạng phổ biến ở bệnh nhân cao tuổi suy tim mạn điều trị ngoại trú và có liên quan mật thiết đến tiên lượng bất lợi. Nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ thiếu cơ là hơn 50%, trong đó gần một phần ba thuộc nhóm thiếu cơ nặng theo tiêu chuẩn AWGS 2019 khi sử dụng phương pháp DEXA. Phân tích hồi quy đa biến cho thấy bốn yếu tố liên quan độc lập với tình trạng thiếu cơ bao gồm: Tuổi ≥ 70 , chỉ số khối cơ thể thấp (nhẹ cân hoặc bình thường), trầm cảm và sử dụng thuốc đối kháng aldosteron. Những kết quả này nhấn mạnh vai trò của việc sàng lọc và đánh giá thiếu cơ như một phần không thể thiếu trong quy trình chăm sóc toàn diện bệnh nhân cao tuổi suy tim mạn. Việc nhận diện sớm các yếu tố nguy cơ sẽ tạo điều kiện cho các chiến lược can thiệp dinh dưỡng, vận động và điều chỉnh điều trị phù hợp từ đó góp phần cải thiện chức năng vận động, chất lượng cuộc sống và tiên lượng lâu dài cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Collamati A, Marzetti E, Calvani R, Tosato M, D'Angelo E, Sisto AN, Landi F. Sarcopenia in heart failure: mechanisms and therapeutic strategies. *J Geriatr Cardiol*. Jul 2016;13(7):615-24. doi:10.11909/j.issn.1671-5411.2016.07.004
2. Chen R, Xu J, Wang Y, et al. Prevalence of sarcopenia and its association with clinical outcomes in heart failure: An updated meta-analysis and systematic review. *Clin Cardiol*. Mar 2023;46(3):260-268. doi:10.1002/clc.23970
3. Mirzai S, Eck BL, Chen P-H, Estep JD, Tang WHW. Current Approach to the Diagnosis of Sarcopenia in Heart Failure: A Narrative Review on the Role of Clinical and Imaging Assessments. *Circulation: Heart Failure*. 2022;15(10):e009322. doi:doi:10.1161/CIRCHEARTFAILURE.121.009322
4. Tân NV, Viên BA, Hậu NTM. Nghiên cứu ảnh hưởng của thiếu cơ trên tiên lượng ngắn hạn ở bệnh nhân cao tuổi suy tim mạn tính. *Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy*. 2024;doi:10.52389/ydls.v19i3.2199
5. Nozaki Y, Yamaji M, Nischiguchi S, Fukutani N, Tashiro Y, Shirooma H. Sarcopenia predicts adverse outcomes in an elderly outpatient population with New York heart association class II–IV heart failure: a prospective cohort study. *Aging Med Healthcare*. 2019; 10 (2): 53–61. 2019.
6. Kamiya K, Hamazaki N, Matsuzawa R, et al. Sarcopenia: Prevalence and Prognostic Implications in Elderly Patients with Cardiovascular Disease. *JCSM Clinical Reports*. 2017; 2(2): 1-13. doi:https://doi.org/10.17987/jcsm-cr.v2i2.41
7. Nguyen TN, Nguyen TN, Nguyen AT, et al. Prevalence of sarcopenia and its associated factors in patients attending geriatric clinics in Vietnam: a cross-sectional study. *BMJ Open*. Sep 17 2020; 10(9): e037630. doi:10.1136/bmjopen-2020-037630
8. Nguyễn BH, Nguyễn TTH, Nguyễn NT, Trần VL, Nguyễn TA. Sarcopenia ở người bệnh cao tuổi có suy tim mạn tính. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 02/19 2023;522(2)doi:10.51298/vmj.v522i2.4318
9. Meng X, Wang Z, Lyu L. Bidirectional association between sarcopenia and depression: A systematic review and meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr*. May 2025;132:105787. doi:10.1016/j.archger.2025.105787
10. Numazawa R, Katano S, Yano T, et al. Independent Link Between Use of Mineralocorticoid Receptor Antagonists and Muscle Wasting in Heart Failure Patients Not Receiving Renin-Angiotensin System Inhibitors. *Circ J*. Dec 25 2023;88(1):10-19. doi:10.1253/circj.CJ-23-0567

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG ĐỘNG KINH Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI THÁI BÌNH

Lê Văn Giang¹, Đỗ Mạnh Dũng¹, Phạm Thị Hương¹,
Trần Văn Học³, Đỗ Thanh Hương²

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Nhi Thái Bình

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thanh Hương

Email: dothanhhuong@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.9.2025

Ngày duyệt bài: 29.10.2025

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của trẻ mắc động kinh tại Bệnh viện Nhi Thái Bình. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang thực hiện trên 138 trẻ mắc động kinh thông qua phỏng vấn trực tiếp, thu thập thông tin từ sổ khám bệnh, bệnh án nghiên cứu kết hợp quan sát lâm sàng và xem video cơn co giật của trẻ. **Kết quả:** Động kinh gặp ở trẻ trai nhiều hơn trẻ gái (với tỷ lệ 56,5% và 43,5%). Động kinh khởi phát toàn thể gặp nhiều hơn với 73,2%; 18,8% cơn động kinh khởi phát cục bộ và 8,0% không rõ khởi phát. Thời gian trung bình cơn ≤ 5 phút chiếm 97,8% và