

V. KẾT LUẬN

Suy yếu là yếu tố độc lập làm tăng nguy cơ xuất huyết nội viện sau can thiệp mạch vành qua da ở người cao tuổi, với nguy cơ tăng theo mức độ. Kết quả ủng hộ sàng lọc lão khoa để cá thể hóa chống đông; liều heparin không phân đoạn quanh thủ thuật cũng liên quan độc lập, cần hiệu chỉnh theo cân nặng và đặc điểm lão khoa, kèm theo theo dõi sát. Cần thêm nghiên cứu đa trung tâm, cỡ mẫu lớn và theo dõi dài hạn để củng cố kết quả này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Shi H, Xia Y, Cheng Y, et al. Global burden of ischaemic heart disease from 2022 to 2050: projections of incidence, prevalence, deaths, and disability-adjusted life years. *European Heart Journal - Quality of Care and Clinical Outcomes* 2025;11(4):355–66.
2. Chhatrwalla AK, Amin AP, Kennedy KF, et al. Association Between Bleeding Events and In-hospital Mortality After Percutaneous Coronary Intervention. *JAMA* 2013;309(10):1022.
3. Schulman S, Beyth RJ, Kearon C, Levine MN. Hemorrhagic Complications of Anticoagulant and Thrombolytic Treatment. *Chest* 2008;133(6):257S-298S.
4. Wang S-S, Liu W-H. Impact of frailty on outcomes of elderly patients undergoing percutaneous coronary intervention: A systematic review and meta-analysis. *World J Clin Cases* 2024;12(1):107–18.
5. Mehran R, Rao SV, Bhatt DL, et al. Standardized Bleeding Definitions for Cardiovascular Clinical Trials: A Consensus Report From the Bleeding Academic Research Consortium. *Circulation* 2011;123(23):2736–47.
6. Rockwood K, Theou O. Using the Clinical Frailty Scale in Allocating Scarce Health Care Resources. *Can Geriatr J* 2020;23(3):254–9.
7. Dodson JA, Hochman JS, Roe MT, et al. The Association of Frailty With In-Hospital Bleeding Among Older Adults With Acute Myocardial Infarction. *JACC: Cardiovascular Interventions* 2018;11(22):2287–96.
8. Schulz S, Mehili J, Neumann F-J, et al. ISAR-REACT 3A: a study of reduced dose of unfractionated heparin in biomarker negative patients undergoing percutaneous coronary intervention. *European Heart Journal* 2010;31(20):2482–91.
9. Melloni C, Alexander KP, Chen AY, et al. Unfractionated heparin dosing and risk of major bleeding in non-ST-segment elevation acute coronary syndromes. *American Heart Journal* 2008;156(2):209–15.

TÌNH TRẠNG SARCOPENIA VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI NĂM 2025

Bùi Thị Trà Vi¹, Nguyễn Thùy Linh^{1,2}, Đinh Yến Ngọc³,
Tạ Thanh Nga¹, Nguyễn Hà Phương Vy²

TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 210 bệnh nhân điều trị nội khoa tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2025 nhằm xác định tình trạng sarcopenia và phân tích một số yếu tố liên quan ở người bệnh. Sarcopenia được chẩn đoán theo tiêu chuẩn AWGS 2019, bao gồm đánh giá sức mạnh cơ, khối lượng cơ và chức năng vận động. Các yếu tố liên quan được khảo sát gồm tuổi, giới, số bệnh lý kèm theo và tình trạng dinh dưỡng (đánh giá bằng GLIM, MNA và SGA). Kết quả cho thấy có 22,4% người bệnh có nguy cơ sarcopenia khi sàng lọc bằng bộ công cụ SARC – Cal. Tỷ lệ sarcopenia chẩn đoán theo AWGS 2019 là 54,8%. Tuổi ≥ 60 là yếu tố nguy cơ độc lập (OR = 4,0;

$p < 0,001$). Suy dinh dưỡng theo GLIM và SGA có liên quan chặt chẽ với sarcopenia (OR lần lượt là 6,0 và 4,4). Các thành phần chẩn đoán như lực bóp tay, ASMI và chức năng vận động đều suy giảm đáng kể. Như vậy, sarcopenia phổ biến ở bệnh nhân nội khoa và có liên quan đến nhiều yếu tố, đặc biệt là tuổi cao và suy dinh dưỡng. Việc sàng lọc và can thiệp sớm là cần thiết để cải thiện chức năng và chất lượng cuộc sống cho người bệnh. **Từ khóa:** Sarcopenia, tình trạng dinh dưỡng, suy dinh dưỡng, nội khoa

SUMMARY

PREVALENCE OF SARCOPENIA AND ASSOCIATED FACTORS IN INTERNAL MEDICINE PATIENTS AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL IN 2025

A cross-sectional study was conducted on 210 patients receiving internal medicine treatment at Hanoi Medical University Hospital in 2025 to determine the prevalence of sarcopenia and analyze associated factors. Sarcopenia was diagnosed based on the Asian Working Group for Sarcopenia (AWGS) 2019 criteria, which include assessments of muscle strength, muscle mass, and physical performance. Investigated factors comprised age, sex, number of comorbidities, and

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Trường Đại học Y Hà Nội

²Viện Đào tạo Y học Dự phòng và YTCC, Trường Đại học Y Hà Nội

³Trường Đại học Y tế Công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thùy Linh

Email: linhngthuy@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 19.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

nutritional status, evaluated using the GLIM, MNA, and SGA tools. The findings revealed that 22.4% of patients were at risk of sarcopenia according to the SARC-Cal screening tool. The prevalence of sarcopenia diagnosed by AWGS 2019 criteria was 54.8%. Age ≥ 60 years was identified as an independent risk factor (OR = 4.0; $p < 0.001$). Malnutrition, as assessed by GLIM and SGA, was strongly associated with sarcopenia, with odds ratios of 6.0 and 4.4, respectively. Diagnostic components such as handgrip strength, appendicular skeletal muscle mass index (ASMI), and physical performance were significantly impaired. These results indicate that sarcopenia is prevalent among internal medicine patients and is associated with multiple factors, particularly advanced age and malnutrition. Early screening and intervention are essential to improve functional outcomes and quality of life in affected individuals

Keywords: Sarcopenia, nutritional status, malnutrition, internal medicine

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sarcopenia là một hội chứng đặc trưng bởi sự suy giảm khối lượng cơ, sức mạnh cơ và chức năng vận động, làm tăng nguy cơ té ngã, gãy xương, suy giảm chức năng, tăng thời gian nằm viện và tử vong ở người cao tuổi. Theo định nghĩa của Hiệp hội Sarcopenia Châu Á (AWGS), chẩn đoán Sarcopenia dựa trên 3 tiêu chí: Khối lượng cơ xương chi thấp (ASM), giảm sức mạnh cơ (thường đánh giá qua lực bóp cánh tay) và chức năng vận động suy giảm [1]. Tuy nhiên, tại Việt Nam, trong thực hành lâm sàng, việc sàng lọc và chẩn đoán sarcopenia vẫn chưa được triển khai rộng rãi.

Tình trạng dinh dưỡng (TTDD) của người bệnh đóng vai trò trung tâm trong cơ chế bệnh sinh và tiến triển của Sarcopenia. Suy dinh dưỡng (SDD) đặc biệt là SDD thiếu protein làm giảm tổng hợp protein của cơ thể, thúc đẩy quá trình dị hóa, viêm mãn tính từ đó dẫn đến mất cơ. Một số nghiên cứu gần đây đã chỉ ra mối quan hệ giữa sarcopenia và các chỉ số dinh dưỡng như albumin huyết thanh, chỉ số tiền lượng dinh dưỡng (PNI), và điểm MNA-SF. Nghiên cứu của Liu và cộng sự năm 2024 cho thấy sarcopenia có liên quan chặt chẽ với SDD, BMI thấp và chỉ số bệnh đi kèm Charlson (CCI) [2]. Nghiên cứu của MacCarone và cộng sự trên 247 bệnh nhân cao tuổi cho thấy, tỷ lệ sarcopenia chiếm 46,1% trong đó có 10,1% chẩn đoán mức độ nặng. Bệnh nhân chẩn đoán sarcopenia có điểm MNA thấp hơn rõ rệt [3]. Tổng quan hệ thống và phân tích gộp trên 11 nghiên cứu cho thấy, các chế độ ăn lành mạnh giúp giảm nguy cơ sarcopenia 24%.

Việc hiểu rõ tình trạng sarcopenia và mối liên quan đến TTDD giúp cung cấp những số liệu, cơ

sở quan trọng trong công tác lập kế hoạch can thiệp dinh dưỡng cho người bệnh cũng như nâng cao hiệu quả điều trị. Với mục tiêu cải thiện TTDD cho người trưởng thành điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, đề tài "Tình trạng Sarcopenia và một số yếu tố liên quan ở người bệnh điều trị nội khoa tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2025" được tiến hành với 2 mục tiêu: *Mô tả tình trạng sarcopenia ở người bệnh điều trị nội khoa; Phân tích một số yếu tố liên quan đến tình trạng Sarcopenia ở người bệnh.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh trưởng thành điều trị nội khoa tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Người bệnh từ 20 tuổi trở lên.
- Người bệnh được điều trị nội khoa tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội
- Có thể đứng để cân đo các chỉ số nhân trắc
- Người bệnh được giải thích đầy đủ và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.
- Không bị rối loạn nhận thức.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Người bệnh đang trong tình trạng nặng
- Người bệnh được nuôi dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn
- Người bệnh có phù, cổ trướng

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành tại các khoa điều trị Nội tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội: Khoa Nội tiêu hóa, Khoa Nội tiết, Khoa Nội thần kinh, Khoa Bệnh nhiệt đới và can thiệp giảm hại.

Thời gian thực hiện nghiên cứu: Từ tháng 1/2025 đến tháng 10/2025

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu. Cỡ mẫu được tính theo công thức ước tính một tỷ lệ:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \cdot \frac{p \cdot (1-p)}{(\varepsilon \cdot p)^2}$$

Trong đó: n: là cỡ mẫu nghiên cứu

p: tỷ lệ người bệnh cao tuổi có nguy cơ bị SDD theo GLIM, lấy từ nghiên cứu trước [4] là $p = 0,2566$; ε : giá trị tương đối = 0,2

α : mức ý nghĩa thống kê, lấy $\alpha = 0,1$. Khi đó, $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,645$. Thay vào công thức tính được cỡ mẫu của nghiên cứu là $n = 197$, thực tế thu thập được 210 người bệnh

2.5. Phương pháp chọn mẫu. Bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn, tiêu chuẩn loại trừ và đồng ý tham gia được tuyển chọn vào nghiên cứu

2.6. Biến số và chỉ số trong nghiên cứu.

Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới, trình độ học vấn, xếp loại kinh tế, nơi ở, dân tộc, tình trạng bệnh lý và tình trạng sử dụng thuốc.

Các biến số, chỉ số để đánh giá TTDD của đối tượng nghiên cứu

- Chỉ số nhân trắc: các chỉ số nhân trắc học bao gồm: Cân nặng (kg), chiều cao (cm), chỉ số khối cơ thể (BMI), chu vi vòng eo (cm), tỷ lệ eo-hông, chu vi vòng cánh tay, bề dày lớp mỡ dưới da cơ tam đầu cánh tay tại thời điểm nhập viện.

- Đo thành phần cơ thể bằng máy Inbody 770: khối lượng protein cơ thể (kg), khối lượng khoáng chất (kg), khối lượng cơ xương (SMM) (kg), tỷ lệ mỡ cơ thể (FM) (%), khối lượng cơ xương trên cân nặng (SMM/W) (%), khối lượng cơ xương chi dưới điều chỉnh theo chiều cao hoặc chỉ số cơ xương (ASM/ht² hoặc SMI) (kg/m²).

- Sàng lọc, đánh giá nguy cơ suy dinh dưỡng theo MNA, SGA. Chẩn đoán suy dinh dưỡng theo GLIM tại thời điểm nhập viện.

- Sarcopenia được sàng lọc với tổng điểm SARC-Cal ≥ 4 . Chẩn đoán sarcopenia theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Sarcopenia Châu Á 2019 (Asian Working Group for Sarcopenia – AWGS)

2.7. Phương pháp thu thập thông tin

Nghiên cứu áp dụng kỹ thuật thu thập thông tin bằng bộ câu hỏi, đánh giá TTDD bằng các chỉ tiêu nhân trắc, đo thành phần cơ thể bằng máy Inbody 770 và một số chỉ số xét nghiệm của người bệnh:

+ Phòng vấn thu thập thông tin của đối tượng nghiên cứu như: tuổi, giới, trình độ học vấn, nơi ở, một số thông tin liên quan đến bệnh tật và sàng lọc nguy cơ SDD theo bộ công cụ MNA, SGA phân loại nguy cơ dinh dưỡng theo GLIM.

+ Đo các chỉ số nhân trắc: chiều cao, cân nặng, BMI

+ Đo thành phần cơ thể gồm: khối lượng protein cơ thể (kg), khối lượng khoáng chất (kg), khối lượng cơ xương (SMM) (kg), tỷ lệ mỡ cơ thể (FM) (%), khối lượng cơ xương trên cân nặng (SMM/W) (%), khối lượng cơ xương chi dưới điều chỉnh theo chiều cao hoặc chỉ số cơ xương (ASM/ht² hoặc SMI) (kg/m²).

+ Đánh giá, phân loại tình trạng suy mòn cơ Sarcopenia : SARC-Cal, Sức mạnh cơ (Đo bằng Handgrip), test đi bộ, đo khối cơ bằng máy Inbody

+ Thống kê kết quả xét nghiệm công thức máu và sinh hoá theo bệnh án: hemoglobin, albumin, protein, prealbumin... để đánh giá TTDD theo chỉ số hoá sinh và huyết học.

2.8. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được nhập vào máy tính bằng phần mềm Epi-info với các tệp Check để hạn chế sai số. Phần

mềm Stata 15.0 được sử dụng trong xử lý và phân tích số liệu. Phân tích thống kê mô tả và thống kê phân tích được áp dụng. Các thuật toán như khi bình phương, Mann Whitney, Kruskal-Wallis được áp dụng để so sánh giữa các nhóm với mức xác suất 0,05.

2.9. Đạo đức nghiên cứu. Người bệnh được giải thích nội dung, mục đích nghiên cứu rõ ràng. Các đối tượng tham gia nghiên cứu một cách tự nguyện và có quyền từ bỏ tham gia. Các thông tin về đối tượng được giữ bí mật và chỉ được sử dụng với mục đích nghiên cứu, đem lại lợi ích cho người bệnh. Nghiên cứu đã được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức y sinh học của Trường Đại học Y Hà Nội số 1776/GCN-HMUIBR.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm nhân khẩu học	Số lượng (n=210)	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình X $\pm$ SD (Min – Max)	54,2 $\pm$ 16,1 (17 – 95)	
Nhóm tuổi		
<60 tuổi	109	51,9
60–79 tuổi	96	45,7
≥ 80 tuổi	5	2,4
Giới tính		
Nam	121	57,6
Nữ	89	42,4
Bệnh lý kèm theo		
THA	60	28,6
Bệnh lý tim mạch khác	13	6,2
ĐTĐ	48	22,9
Suy thận	10	4,8
COPD	3	1,4
Ung thư	6	2,9
Bệnh khác	49	23,3
Số bệnh X $\pm$ SD (Min – Max)	1,3 $\pm$ 0,8 (1 – 6)	

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 54,2 $\pm$ 16,1 tuổi. Nhóm người bệnh dưới 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 51,9%, trong khi chỉ có 5 bệnh nhân trên 80 tuổi, chiếm 2,4%. Nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn với 57,6%. Tăng huyết áp và đái tháo đường là 2 bệnh lý kèm theo phổ biến nhất.

Bảng 2. Sàng lọc và chẩn đoán sarcopenia ở đối tượng nghiên cứu

	Số lượng (n=210)	Tỷ lệ (%)
Có nguy cơ Sarcopenia theo công cụ SARC-Cal	47	22,4
Có giảm sức mạnh cơ	114	54,3
Lực bóp cánh tay	22,7 $\pm$ 7,8	

X $\pm$ SD (Min – Max)	(0 – 43,3)	
Có giảm khối lượng cơ đánh giá qua ASMI	125	59,5
ASMI (kg/m ²)	6,3 $\pm$ 1,0	
X $\pm$ SD (Min – Max)	(3,9 – 10,2)	
Có giảm chức năng vận động	103	49,0
Chẩn đoán Sarcopenia theo AWGA 2019	115	54,8

Bảng 2 trình bày kết quả sàng lọc và đánh giá các thành phần chẩn đoán Sarcopenia theo

tiêu chuẩn AWGS 2019. Có 22,4% người bệnh có nguy cơ sarcopenia khi sàng lọc bằng bộ công cụ SARC-Cal. Khi đánh giá bằng tiêu chuẩn AWGS 2019, có 54,8% người bệnh được chẩn đoán Sarcopenia với tỷ lệ giảm sức mạnh cơ là 54,3%, giảm khối lượng cơ là 59,5% và 49% người bệnh có giảm chức năng vận động. Lực bóp cánh tay trung bình là 22,7 kg. Khối lượng cơ xương chi trung bình là 6,3 kg/m²

Bảng 3. Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Chung (n=210)	Nam (n=121)	Nữ (n=89)
Cân nặng (X $\pm$ SD)	54,7 $\pm$ 9,4	56,9 $\pm$ 9,0	51,6 $\pm$ 9,1
Chiều cao (X $\pm$ SD)	1,60 $\pm$ 0,08	1,64 $\pm$ 0,06	1,54 $\pm$ 0,07
Suy dinh dưỡng theo GLIM (n=210)	82 (39,1)	52 (43,0)	30 (33,7)
Suy dinh dưỡng theo MNA (n=100)	57 (57,0)	38 (61,3)	19 (50,0)
Suy dinh dưỡng theo SGA (n=110)	33 (30,0)	20 (33,9)	13 (25,5)

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng cho thấy, tỷ lệ suy dinh dưỡng theo tiêu chí GLIM là 39,1%, cao hơn ở nam giới. Đánh giá bằng bộ công cụ MNA và SGA cũng cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng ở nam cao hơn, lần lượt là 61,3% và 33,9%. Những kết quả này cho thấy, tình trạng suy dinh dưỡng khá phổ biến trong nhóm bệnh nhân điều trị bệnh lý nội khoa.

Bảng 4. Mối liên quan giữa Sarcopenia thông tin chung của người bệnh

Đặc điểm		Sarcopenia theo AWGS 2019		OR (95% CI)	P
		Có (n=115)	Không (n=95)		
Phân loại tuổi	≥ 60 tuổi	72 (62,6)	28 (29,5)	4,0 (2,2 – 7,2)	0,000
	<60 tuổi	43 (37,4)	67 (70,5)		
Giới	Nữ (n=89)	43 (37,4)	46 (48,4)	0,6 (0,4 – 1,1)	0,107
	Nam (n=121)	72 (62,6)	49 (51,6)		
Số bệnh kèm theo	≥ 3	10 (8,7)	6 (6,3)	1,4 (0,5 – 4,0)	0,518
	<3	105 (91,3)	89 (93,7)		

Bảng 4 trình bày mối liên quan giữa một số đặc điểm nhân khẩu học và bệnh lý với tình trạng sarcopenia theo tiêu chuẩn AWGS 2019. Kết quả cho thấy nhóm người bệnh cao tuổi (≥ 60 tuổi) có liên quan chặt chẽ với nguy cơ sarcopenia, với OR = 4,0 (95% CI: 2,2–7,2; p <

0,001). Giới tính nữ và số bệnh kèm theo ≥ 3 không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với sarcopenia (p > 0,05). Điều này cho thấy tuổi cao là yếu tố nguy cơ độc lập, trong khi giới tính và đa bệnh lý chưa chứng minh được ảnh hưởng rõ rệt trong nhóm nghiên cứu.

Bảng 5. Mối liên quan giữa Sarcopenia và tình trạng dinh dưỡng của người bệnh

Đặc điểm		Sarcopenia theo AWGS 2019		OR (95% CI)	P
		Có (n=115)	Không (n=95)		
Cân nặng		52,1 $\pm$ 8,7	57,7 $\pm$ 9,3	-	0,000
Chiều cao		1,59 $\pm$ 0,07	1,61 $\pm$ 0,08	-	0,0749
Suy dinh dưỡng theo GLIM (n=210)	Có (n = 82)	65 (56,5)	17 (17,9)	6,0 (3,1 – 11,3)	0,000
	Không (n = 128)	50 (43,5)	78 (82,1)		
Suy dinh dưỡng theo MNA (n=100)	Có (n = 57)	45 (62,5)	12 (42,9)	2,22 (0,9 – 5,4)	0,075
	Không (n = 43)	27 (37,5)	16 (57,1)		
Suy dinh dưỡng theo SGA (n=110)	Có (n = 33)	21 (48,8)	12 (17,9)	4,4 (1,8 – 10,4)	0,001
	Không (n = 77)	22 (51,2)	55 (82,1)		

Người bệnh có sarcopenia có cân nặng trung bình thấp hơn đáng kể so với nhóm không sarcopenia (52,1 $\pm$ 8,7 kg so với 57,7 $\pm$ 9,3 kg; p < 0,001). Suy dinh dưỡng theo tiêu chí GLIM có liên quan chặt chẽ với sarcopenia (OR = 6,0; 95% CI: 3,1–11,3; p < 0,001), trong khi đánh

giá bằng SGA cũng cho thấy mối liên hệ có ý nghĩa thống kê (OR = 4,4; p = 0,001).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu nhằm đánh giá tình trạng sarcopenia ở người bệnh điều trị Nội khoa tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Kết quả cho thấy, tỷ

lệ sarcopenia trong nghiên cứu là 54,8%. Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu tại Bệnh viện lão khoa trung ương năm 2020 sử dụng tiêu chuẩn AWGS 2019. Nghiên cứu của Phùng Thị Lê Phương năm 2022 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội cho kết quả cao hơn với 67,5% [5]. Những kết quả này cho thấy, sarcopenia là vấn đề phổ biến ở người bệnh điều trị nội khoa, đặc biệt trong nhóm người bệnh cao tuổi. Khi so sánh với các nghiên cứu trên thế giới, nghiên cứu của Shafiee cho kết quả từ 10 – 40%. Nghiên cứu của Wu và cộng sự năm 2025 cho thấy tỷ lệ sarcopenia ở nhóm người trưởng thành có nguy cơ dinh dưỡng cao là 38,2% [6]. Tuy nhiên, những nghiên cứu quốc tế này chủ yếu ở cộng đồng. Điều này khẳng định Sarcopenia phổ biến hơn ở bệnh nhân nội khoa, đặc biệt khi cho bệnh lý mãn tính và suy dinh dưỡng.

Trong nghiên cứu, bộ công cụ sàng lọc SARC – Cal được sử dụng nhằm phát hiện nguy cơ sarcopenia ban đầu trước khi đánh giá. Kết quả cho thấy, chỉ có 22,4% người bệnh có nguy cơ qua sàng lọc. Tỷ lệ này thấp hơn nhiều so với kết quả qua đánh giá đầy đủ theo tiêu chuẩn AWGS 2019. Nghiên cứu của Phạm Thị Kiều Chinh 2025 cũng ghi nhận tỷ lệ nguy cơ theo SARC – Cal là 49,1%, thấp hơn so với tỷ lệ chẩn đoán theo AWGS 61,2% [7]. Điều này cho thấy, SARC-Cal phù hợp để sàng lọc ban đầu trong cộng đồng nhưng có thể bỏ sót tỷ lệ lớn người bệnh sarcopeni, đặc biệt trong nhóm bệnh nhân nội khoa có biểu hiện lâm sàng không rõ ràng.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tuổi ≥ 60 là yếu tố nguy cơ độc lập của sarcopenia, với OR = 4,0 (95% CI: 2,2–7,2; $p < 0,001$). Điều này phù hợp với cơ chế bệnh sinh của sarcopenia, vốn liên quan đến quá trình lão hóa, giảm tổng hợp protein cơ, thay đổi nội tiết và tăng viêm mạn tính. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Mitcheck, trong đó tuổi cao là yếu tố nguy cơ mạnh nhất của sarcopenia. Tỷ lệ sarcopenia không có sự khác biệt giữa hai giới trong nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của Papadopoulou cho thấy nam giới có nguy cơ cao hơn do khối lượng cơ ban đầu lớn hơn và tốc độ mất cơ nhanh hơn theo tuổi [8]. Nghiên cứu tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2022 lại cho thấy tỷ lệ mắc sarcopenia cao hơn ở nữ giới do tốc độ già hóa nhanh hơn [5].

Bệnh nhân có sarcopenia có cân nặng trung bình thấp hơn đáng kể so với nhóm không sarcopenia ($52,1 \pm 8,7$ kg so với $57,7 \pm 9,3$ kg; $p < 0,001$). Chiều cao không có sự khác biệt rõ rệt ($p = 0,0749$). Điều này cho thấy cân nặng thấp có thể phản ánh mất khối lượng cơ và mô

nạc, đặc biệt ở người cao tuổi. Tuy nhiên, cần phân biệt với giảm cân do bệnh lý mạn tính hoặc ung thư.

Nghiên cứu sử dụng ba công cụ đánh giá TTDD: GLIM, MNA và SGA. Kết quả cho thấy SDD theo GLIM có liên quan chặt chẽ với sarcopenia (OR = 6,0; 95% CI: 3,1–11,3; $p < 0,001$), trong khi SGA cũng cho thấy mối liên hệ có ý nghĩa thống kê (OR = 4,4; $p = 0,001$). MNA có xu hướng liên quan nhưng chưa đạt ngưỡng ý nghĩa thống kê ($p = 0,075$). Điều này cho thấy GLIM là công cụ nhạy hơn trong phát hiện SDD liên quan đến sarcopenia, đặc biệt khi kết hợp các tiêu chí về giảm khối lượng cơ và viêm mạn tính. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Maccarone et al. (2023), trong đó điểm MNA thấp có liên quan đến tỷ lệ sarcopenia cao hơn ở bệnh nhân ≥ 65 tuổi.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ sarcopenia ở người bệnh trong nghiên cứu là 54,8%, phản ánh mức độ phổ biến cao của hội chứng này trong môi trường bệnh viện. Tuổi ≥ 60 là yếu tố nguy cơ độc lập, trong khi giới tính và số bệnh lý kèm theo chưa cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê. TTDD đóng vai trò quan trọng, đặc biệt khi đánh giá bằng tiêu chí GLIM và SGA, với nguy cơ sarcopenia tăng gấp 4–6 lần ở nhóm SDD. Các thành phần chẩn đoán sarcopenia như sức mạnh cơ, khối lượng cơ và chức năng vận động đều có tỷ lệ suy giảm cao, cho thấy ảnh hưởng toàn diện của hội chứng này đến người bệnh. Kết quả nghiên cứu góp phần khẳng định mối liên hệ chặt chẽ giữa sarcopenia và TTDD, đồng thời nhấn mạnh sự cần thiết của việc sàng lọc sớm, đánh giá toàn diện và can thiệp dinh dưỡng phù hợp nhằm cải thiện chức năng, giảm biến chứng và nâng cao chất lượng sống cho người bệnh nội khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chen LK, Woo J, Assantachai P, et al.** Asian Working Group for Sarcopenia: 2019 consensus update on sarcopenia diagnosis and treatment. *J Am Med Dir Assoc.* 2020;21(3):300–307.e2.
2. **Liu Y, et al.** Sarcopenia and malnutrition in older adults: a retrospective and Mendelian randomization study. *BMC Geriatrics.* 2024;24:5341
3. **Maccarone M, et al.** Sarcopenia and nutritional status in older adults: a cross-sectional study. *Front Endocrinol.* 2023;14:1194676
4. **Thanh VT, Tâm NN, Lực TV.** Thực trạng suy dinh dưỡng ở người bệnh cao tuổi tại bệnh viện lão khoa trung ương. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2023;533(1). doi:10.51298/vmj.v533i1.7766
5. **Phung Thi Le Phuong, Le Thi Huong.** Sarcopenia and nutrition status in elderly

- inpatients. Vietnam Journal of Medicine. 2022; 519(2), 270-278
6. **Wu Q, et al.** Prognostic nutritional index, sarcopenia, and risk of mortality. Nutr Metab. 2025;22:106.
 7. **Phạm TKC, Trần KT, Phạm TD, và c.s.** Nutritional status and prevalence of sarcopenia using the different classification scales among the elderly in a rural commune in thái bình province. Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm. 2025; 21(2E): 118-126. doi:10.56283/1859-0381/891
 8. **Papadopoulou SK.** Sarcopenia: A Contemporary Health Problem among Older Adult Populations. Nutrients. 2020;12(5):42-56. doi:10.3390/nu12051293

NHẬN XÉT TÌNH TRẠNG RỐI LOẠN MAGIE VÀ PHOSPHO MÁU TRÊN BỆNH NHÂN LỌC MÁU TĨNH MẠCH – TĨNH MẠCH LIÊN TỤC

Trần Hoài Linh¹, Nguyễn Thị Bảo Liên¹, Lê Thị Nhài¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu thực hiện nhằm nhận xét tình trạng rối loạn Magie và Phospho máu trên bệnh nhân lọc máu tĩnh mạch – tĩnh mạch liên tục. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 29 bệnh nhân được thực hiện lọc máu tĩnh mạch – tĩnh mạch liên tục tại khoa Hồi sức tích cực – chống độc, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/02/2025 – tháng 01/10/2025. **Kết quả:** Trong 29 bệnh nhân tỷ lệ bệnh nhân nam/nữ : 3/1, tuổi trung bình tương đối cao : $70,6 \pm 11,0$ độ tuổi phổ biến là 60 – 79 tuổi với 72,4%, ổ nhiễm khuẩn phổ biến nhất là đường hô hấp với 51,7%, thứ hai là tiêu hóa với 24,1%. Hơn một nửa số bệnh nhân nhập viện có tình trạng sốc với 55,1%, với 100% bệnh nhân được lọc CVVHDF. Nồng độ Magie sau quá trình lọc ($0,89 \pm 0,20$ so với $0,72 \pm 0,15$ với $p < 0,05$), thời gian lọc, tốc độ dịch thay thế, tốc độ dịch thẩm tách, tốc độ máu và chỉ số bệnh đồng mắc không tương quan với biến thiên nồng độ Magie sau lọc máu. Nồng độ Phospho giảm sau quá trình lọc với 0,78 so với 1,2 mmol/l khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$. Thời gian lọc máu kéo dài hơn có mức giảm nồng độ Phospho cao hơn, các thay đổi khác không có ý nghĩa với $p > 0,05$. **Kết luận:** Nồng độ Magie và nồng độ Phospho đều có xu hướng giảm sau quá trình lọc máu tĩnh mạch – tĩnh mạch liên tục, có sự tương quan giữa biến thiên nồng độ Magie và Phospho với thời gian lọc máu. Các yếu tố khác như giới tính, độ tuổi không ảnh hưởng đến biến thiên nồng độ Magie và Phospho

Từ khóa: nồng độ Magie, nồng độ Phospho, lọc máu tĩnh mạch tĩnh mạch liên tục

SUMMARY

REVIEW THE STATUS OF MAGNESIUM AND PHOSPHORUS DISORDERS IN PATIENTS UNDERGOING CONTINUOUS VENOVENOUS HEMODIALYSIS

Objective: The study was conducted to evaluate the status of blood magnesium and phosphorus

disorders in patients undergoing continuous venovenous hemodialysis. **Method:** A Cross-sectional description study, data was collected on 29 patients undergoing CVVHDF at the Department of Intensive Care and Anti-Poisoning, Bach Mai Hospital from January 2025 to January 10, 2025. **Results:** A 29 patients study in which, the male/female ratio is 3/1, the average age is relatively high: 70.6 ± 11.0 , the common age is 60 - 79 years old with 72.4%, the most common site of infection is the respiratory tract with 51.7%, the second is the digestive tract with 24.1%. More than half of the hospitalized patients were in shock with 55.1%, with 100% of patients receiving CVVHDF filtration. Magnesium concentration after dialysis (0.89 ± 0.20 vs. 0.72 ± 0.15 with $p < 0.05$), dialysis time, replacement fluid rate, dialysate rate, blood flow rate and comorbidity index were not correlated with the variation of Magnesium concentration after dialysis. Phosphorus concentration decreased after dialysis with 0.78 vs. 1.2 mmol/l, a significant difference with $p < 0.05$. Longer dialysis time had a higher decrease in Phosphorus concentration, other changes were not significant with $p > 0.05$. **Conclusion:** Magnesium concentration and Phosphorus concentration both tended to decrease after continuous venovenous hemodialysis, there was a correlation between the variation of Magnesium and Phosphorus concentration and dialysis time. Other factors such as gender and age did not affect the variation of Magnesium and Phosphorus concentration. **Keywords:** Magnesium concentration, Phosphorus concentration, continuous venovenous hemodialysis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Magie và phospho là hai khoáng chất thiết yếu trong cơ thể, đóng vai trò quan trọng trong chuyển hóa năng lượng, chức năng cơ và thần kinh, cũng như duy trì cân bằng nội môi. Rối loạn magie máu bao gồm hạ magie máu và tăng magie máu, có thể ảnh hưởng nghiêm trọng đến hệ tim mạch, thần kinh và chức năng cơ. Hạ magie máu có thể gây loạn nhịp tim, co giật, tăng nguy cơ tử vong, trong khi tăng magie máu có thể dẫn đến hạ huyết áp, rối loạn nhịp tim, thậm chí ngừng tim. Tương tự, rối loạn phospho máu bao gồm hạ phospho máu và tăng phospho

¹Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hoài Linh

Email: linhtranhoai.yhn@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025